Universidade de São Paulo

Faculdade Saúde Pública

Mobilidade do trabalho e disponibilidade de médicos no Brasil

Arnaldo Ribeiro Costa Lima

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

São Paulo
2013

Mobilidade do trabalho e disponibilidade de médicos no Brasil

Arnaldo Ribeiro Costa Lima

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

São Paulo
2013

DEDICATÓRIA

A **Rosana Quezado**,
com quem me agasalho,
em qualquer vento,
há muito tempo de vida,
juntos tecida.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida, pela criteriosa orientação deste estudo e por sua atitude sempre vigilante, cuidadosa e solidária nesta trajetória de pesquisa acumulada de difíceis enfrentamentos.

Ao Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, presença marcante em minha vida intelectual, pela atenção prontamente dispensada durante o desenvolvimento e na avaliação deste estudo.

Ao Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias (*in memorian*), pela significativa contribuição no processo de qualificação do projeto desta pesquisa.

Aos Profs. Drs. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, Laura Macruz Feurwerker, Lilia Blima Schraiber e Maria Helena Machado, pelas importantes colaborações prestadas na avaliação deste estudo.

Aos entrevistados desta pesquisa, cuja apresentação não se permite por exigência acadêmica, por seus valiosos depoimentos.

À Prof$^{a.}$ Dr$^{a.}$ Maria Vaudelice Mota, pela amizade e pela paciente ausculta em momentos decisivos desta pesquisa.

Ao Prof. MS. José Policarpo de Araújo Barbosa, pela amizade e pelo incentivo manifesto em entusiasmada interlocução.

Ao Prof. Elias Geovani Boutala Salomão, pela amizade e pelo apoio em todos os momentos.

Às Prof$^{as.}$ Dr$^{as.}$ Ana Patrícia Pereira Morais e Jaqueline Caracas Barbosa e ao Prof. MS José Roberto Pereira de Sousa, por suas oportunas colaborações.

A Janaina Teles Barbosa, pela determinante participação no acesso à tese de Jean Paul de Gaudemar junto à Biblioteca da Universidade do Porto.

A Mariana Quezado Costa Lima, filha querida, pelos seus desenhos e pelo apoio em amadurecidas sugestões.

Aos meus familiares, mãe e sogra queridas, irmãos, tios e primos, pelo apoio em momentos significativos de que se permeou este empreendimento, especialmente a Roberto Lessa Ribeiro, Ana Maria Costa Lima e Ileana Quezado.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela excelência das oportunidades de aprendizado.

À equipe técnico-administrativa da Faculdade de Saúde Pública, especialmente a Renilda, Cidinha e Angela da Comissão de Pós-Graduação e a Lívia, Maria do Carmo e Margareth do Dep^{to} de Prática de Saúde Pública, por suas diligentes providências.

À Prefeitura Municipal de Sobral, em nome de José Leônidas de Menezes Cristino e de Carlos Hilton Albuquerque Soares, e à Prefeitura Municipal de Fortaleza, em nome de Antônio Eusébio Teixeira Rocha, pelo compreensivo apoio para a consecução deste projeto.

EPÍGRAFES

O capitalismo é o senhor do tempo. Mas tempo não é dinheiro.
Isso é uma monstruosidade.
O tempo é o tecido da nossa vida.

(Antonio Candido citado por Maria Rita Kehl – **O tempo e o cão**)

(...) os médicos com serviços até o pescoço sequer tinham o consolo de pensar que estavam servindo a uma ideia, ao povo, já que a cabeça estava o tempo todo tomada por pensamentos, como o pão de cada dia, a lenha, as estradas ruins, as doenças.

(Anton Tchekhov — **Na Carroça**)

COSTA LIMA, A. R. **Mobilidade do trabalho e disponibilidade de médicos no Brasil**. 2013. 182 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo

Compreendendo a mobilidade do trabalho como um fenômeno que promove o deslocamento espacial, setorial e profissional de trabalhadores, com o objetivo de o capital explorar força de trabalho e acumular excedente econômico e observando que os médicos no Brasil trabalham de forma particularmente diversificada, transversa e longitudinalmente, em múltiplos sub-empregos, procura-se apreender dimensões da mobilidade da força de trabalho de médicos no sistema brasileiro de serviços de saúde. Com a intenção de contribuir para a compreensão e crítica do fenômeno da disponibilidade desses profissionais, como processo sócio-histórico significante para a implementação do Sistema Único de Saúde, desenvolvem-se táticas de aproximação sucessiva ao empírico da mobilidade do trabalho de médico, em diversidade metodológica, pela integração de métodos quantitativos e qualitativos, utilizando-se de entrevista, pesquisa bibliográfica e análise de documentos e de dados secundários de pesquisas. Apreende-se, além de espacial, setorial e profissional, um deslocamento temporal na mobilidade da força de trabalho de médicos no modo como se dispõe no sistema brasileiro de serviços de saúde. Captura-se o desenvolvimento de estratégias e contra-estratégias de mobilidade, indicando-se que, constituído como um dilema, da falta ou da má distribuição de médicos, o problema culmina tratado muitas vezes de forma derivada, restrita e recalcada, apesar de aludidos os seus condicionantes e determinantes. Colhem-se representações e categorias de pensamento de atores dos sistemas de formação, de gestão de sistema de serviço de saúde e de representação da categoria profissional de médicos sobre possibilidades e limites de interiorização do trabalho médico no Brasil denotativas da fragmentação e segmentação do sistema brasileiro de serviços de saúde. Prestam-se outras contribuições para estudos de epidemiologia, de sociologia do trabalho e de psicologia do trabalho.

Descritores: Disponibilidade de Médicos; Trabalho de Médicos; Sistemas de Serviços de Saúde; Força de Trabalho; Mobilidade do Trabalho; Acumulação do Capital.

COSTA LIMA, A. R. **Mobilidade do trabalho e disponibilidade de médicos no Brasil /** Labor mobility and availability of medical doctors in Brazil. 2013. 182 p. Thesis (PhD in Public Health) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Abstract

Understanding labor mobility as a phenomenon that promotes spatial, sectoral and professional displacement of workers, with the aim of capital exploiting their workforce and accumulating economic surplus, noting that medical doctors working in Brazil do it in a way which is particularly diverse, transverse and longitudinal, in multiple sub-jobs, seeking to grasp the dimensions of mobility of the workforce of medical doctors in the Brazilian system of health services. Aiming to contribute to the understanding and critique the phenomenon of availability of such professionals as a significant socio-historical process for the implementation of the National Universal Health System, developing tactics of successive approximation to the empirical labor mobility of medical, in methodological diversity, by the integration of quantitative and qualitative methods, using interviews, literature review and analysis of documents and secondary data research. Seizing up, beyond spatial, sectoral and professional, a temporal shift in the mobility of the workforce of medical doctors in the way it disposes the Brazilian system of health services. Capture the development of strategies and counter-strategies of mobility, indicating that, constituted as a dilemma, of lack or maldistribution of medical doctors, the problem often culminates being treated derivatively, restricted and repressed, although alluded their condition and determinants. Representations and thought thinking categories of actors of formation systems, management systems of health service and representation of the profession of medical doctors about the possibilities and limits of internalization of medical work in Brazil are gathered denoting the fragmentation and segmentation of the Brazilian health services system. It lends other contributions to epidemiology, sociology of work, psychology of work studies.

Keywords: Availability of Medical Doctors; Work of Medical Doctors; Health Services Systems, Labor Force, Labor Mobility; Capital Accumulation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **13**

OBJETIVOS **31**

DESENVOLVIMENTO METODÓGICO **32**

CAP. 1 A DISPONIBILIDADE DE MÉDICOS NO BRASIL **37**

1.1 MÉDICOS E SISTEMAS DE SAÚDE **37**

1.2 MOBILIDADE DA FORÇA DE TRABALHO DE MÉDICOS NO BRASIL **52**

CAP. 2 O DILEMA DA FALTA/MÁ DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL **92**

CAP. 3 MOBILIDADE DO TRABALHO E INTERIORIZAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: POSSIBILIDADES E LIMITES **124**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **154**

REFERÊNCIAS **162**

APÊNDICE **179**

ANEXOS **181**

Lista de Figuras

Figura 1 - Utilização da assistência à saúde nos subsetores do sistema brasileiro de saúde pelos usuários 45

Figura 2 - Proporção de despesas com assistência à saúde mensal familiar por classes de rendimento total familiar, Brasil – período 2008-2009 46

Figura 3 - Despesas com assistência à saúde mensal familiar por classes de rendimento total familiar, Brasil – período 2008-2009 46

Figura 4 - Redução da pobreza no Brasil, 1992-2009 48

Figura 5 - Beneficiários de planos de saúde*, Brasil, 2000-2009 48

Figura 6 - Beneficiários de planos de saúde, interior e capitais, Brasil, 2000-2009 49

Figura 7 - População e número de médicos por Região do Brasil 55

Figura 8 - Razão Médico por Habitante, Brasil e Regiões 56

Figura 9 - Evolução do número de médicos e da população do Brasil 57

Figura 10 - Evolução da taxa de crescimento da população de médicos e da população do Brasil, 1980 a 2010 60

Figura 11 - Ocupação de Programas de Residência Médica no Brasil, 2010 69

Figura 12 - Médicos e Postos de trabalho por 1.000 habitantes 72

Figura 13 - Razão de postos de trabalho médico ocupado e população usuária SUS e população usuária de planos de saúde, ordenada pela primeira 72

Figura 14 - Razão de postos de trabalho médico ocupado e população usuária de planos de saúde e população usuária do SUS, ordenada pela primeira 73

Figura 15 - Proporção percentual de postos de trabalho médico ocupado e respectiva população de usuário ANS e SUS 74

Figura 16 - Vínculos registrados no CNES, por região, 2010 79

Figura 17 - Especialidades exercidas conforme registro no CNES, 2010 79

Figura 18 - Massa de horas/médico por local de trabalho pelo CNES, 2010 80

Figura 19 - Massa de horas/médicos conforme natureza do vínculo registrado no CNES, 2010 80

Figura 20 - Especialidades Médicas 83

Figura 21 - Níveis de Atenção à Saúde 83

Figura 22 - Regimes de Contrato/Propriedade 83

Figura 23 - Mobilidade/Disponibilidade de Médicos 84

Figura 24 - Mapa da Mobilidade/Disponibilidade de Médicos 84

Figura 25 - Mapa da Mobilidade/Disponibilidade de Médicos 85

Lista de Quadros e Tabelas

Tabela 1 - Número de médicos e população do Brasil em 1930 e em 2010, proporção de crescimento e razão médico por 1.000 habitantes 56

Quadro 1 - Manchetes de notícias do Conselho Federal de Medicina (maio de 2010 a maio de 2012) 114

Quadro 2 - Manchetes de notícias do Conselho Federal de Medicina (junho a setembro de 2012) 115

Tabela 2 - Resultados de “falta de ...” em *site* busca da *Internet* 118

Siglas Utilizadas

AMB	Associação Médica Brasileira
AMC	Associação Médica Cearense
AMS	Pesquisa Assistência Médica Sanitária
ANS	Agencia Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	Comissão Mista de Especialidades.
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CREMEC	Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
GHWA	*Global Health Workforce Alliance*
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IES	Instituições de ensino superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Pop. SUS	População usuária do SUS

Pop.ANS	População usuária de planos de saúde
PRM	Programa de Residência Médica
PROVAB	Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIMEC	Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

INTRODUÇÃO

Num passado recente, algumas vivências acumuladas de outros tempos[1] haviam-me sublevado a investigar "a condição de ser médico"[2]. Naquela circunstância de pesquisa, afirmei que "o trabalho médico é um fenômeno histórico presente, embora variável enquanto possibilidade e qualidade de acesso, em todas as formas de organização social, pelo menos nos últimos 200 anos, e, efetivamente, na vida de cada um de nós". O foco estava na presença do fenômeno. Na ocasião, dirigia um hospital regional, em Fortaleza, com área de influência de cerca de 450 mil habitantes. Como gerente de serviço de saúde, estava em situação muito aproximada da realidade objeto da investigação que empreendia[3].

Noutra experiência, desempenhando também "trabalho de médico"[4] em gestão de sistema de serviços de saúde, como secretário municipal da saúde de Sobral (180 mil habitantes), município da região norte do Ceará, sede de microrregião com 24 municípios (520 mil habitantes) e de macrorregião de saúde com 56 municípios (cerca de 1.500.000 habitantes), a atenção se volta para a variabilidade de tal fenômeno que invoca relevância porquanto essa presença do trabalho médico "na vida de cada um de nós" tem-se adjetivado por sua possibilidade e pela qualidade de acesso.

Nas condições de gerente de serviço e de gestor de sistema de serviços de saúde citadas, tal variabilidade se apresentou cotidianamente. Garantir o acesso a cuidados médicos para os usuários daqueles serviços se configurou no principal

---

[1] "Os tempos de escola, dos romances de Érico Veríssimo e de A. J. Cronin, das novelas de Machado de Assis e de Anton Tchékhov, da faculdade, da residência; o exercício da clínica médica em diversas situações, e sob condições, muitas vezes adversas; o permanente convívio com médicos e médicas e a observação de suas vidas; a história da medicina; os estudos em saúde coletiva; a lida com planejamento e organização de serviços de saúde, sobretudo na área de gestão hospitalar; as oportunidades de trabalho em saúde ocupacional; e a leitura sobre saúde mental e trabalho de muitas categorias profissionais" em Costa Lima (2000)

[2] Como posteriormente publicada nos Cadernos IPUB (COSTA LIMA e SAMPAIO, 2002).

[3] Relação entre trabalho de médico e processo saúde/doença mental em "Sofrimento psíquico e trabalho de médico: desenvolvimento de instrumentos para estudo crítico" em Costa Lima (2000).

[4] Para fins de estudos sobre médicos e médicas foi proposta uma diferença categórica entre conceitos: trabalho médico, como trabalho específico de médico, a ele reservado em norma legal; e trabalho de médico como trabalho médico mais também todo o trabalho que médico possa fazer, no campo da saúde, e que não fira o reservado às demais profissões (COSTA LIMA, 2000).

desafio, enfrentado com grande dificuldade e inconstância. Experimentam situação símile outros gestores e gerentes em todo o Brasil.

A indisponibilidade de médicos compromete a integralidade da atenção à saúde e está inserida numa crise global de recursos humanos da saúde, alvo de importantes iniciativas em várias regiões, em escala mundial. Nas Américas, mesmo considerada "a extraordinária diversidade dos países da região", elencam-se alguns complexos problemas enfrentados por quase todos eles (OPAS, 2007):

- escassez aguda ou sistemática de pessoal de categorias específicas de trabalhadores da área de saúde;
- desalinhamento entre os provedores e o mercado de trabalho;
- déficit de recursos humanos para atender às necessidades de saúde de grandes setores da população;
- constante mobilidade da força de trabalho entre os diferentes segmentos do setor de saúde;
- condições e arranjos precários de trabalho;
- baixa motivação e produtividade do pessoal da saúde;
- ineficiência na alocação de recursos e profundos desequilíbrios na composição e distribuição da força de trabalho.

A quantidade de médicos por habitantes, comparada entre países; estados e municípios brasileiros, por meio de *rankings*, demonstra que há uma assimétrica distribuição espacial de médicos, qualquer que seja a dimensão geográfica observada (NERI, 2008). Endossam-se as tendências observadas no continente americano em que "a disponibilidade de médicos nas áreas urbanas é oito a dez vezes maior que em áreas rurais" e no mundo todo, sob preocupante prognóstico, de piora dessa escassez, agravada por crescente concentração, como de outros recursos, socioeconomicamente decorrente (OPAS, 2007). [5]

O número de médicos "por 100.000 (cem mil) habitantes na região Sudeste do Brasil chega a 171 (cento e setenta e um), no Sul são 142 (cento e quarenta e dois), enquanto que na região Norte existem 71 médicos para cada 100.000 (cem mil), pouco mais de um terço do contingente do Sudeste e metade do contingente do Sul do país" (CAMPOS, 2010).

---

[5] "A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization: *Working Together for Health*, World Health Report 2006) calcula que existem 59,2 milhões de profissionais de saúde assalariados em regime de tempo integral no mundo inteiro, e mais de 21,7 milhões (31,6%) deles residem nas Américas. Atualmente, existem cerca de 57 países no mundo inteiro com escassez crítica de recursos humanos de saúde, com um total de 2,4 milhões de médicos, enfermeiras e parteiras.Com o aumento da concorrência por recursos humanos escassos, a migração internacional dos profissionais de saúde provavelmente se intensificará nos próximos anos, levando à desestabilização adicional da força de trabalho em países menos desenvolvidos". Em "Tendências em Recursos Humanos da Saúde nas Américas". Plano de Ação Regional para Recursos Humanos de Saúde 2007-2015 (OPAS, 2007).

No Ceará, por exemplo, com população estimada em 8.547.750 habitantes e 8.436 médicos em atividade, havia um (0.9869) médico para cada 1.000 habitantes ou 1.013 habitantes para cada médico ativo, em 2009. Mais de três quartos deles estavam trabalhando na região metropolitana de Fortaleza (CREMEC, 2009).

Procurou-se então a compreensão desse desfalque, dessa assimetria, expressos em diversas pesquisas sobre o fenômeno, desenvolvidas em estudos de Ciências Sociais. Pela dinâmica das migrações (SOARES, 2002; FAZITO, 2005), quis-se entender como estariam ocorrendo os "fluxos migratórios" em geral assim como os ditos de retorno, para o caso dos médicos. Buscando resgatar experiências que foram desenvolvidas na tentativa de se promover formas de migração regulada para regiões desassistidas desses profissionais, verificou-se então, mais especificamente, o que se tem pesquisado sobre essa "falta de médicos", sobretudo no interior.

A distribuição geográfica dos médicos foi investigada em "dois ensaios econômicos" por Póvoa (2004), posteriormente publicados (PÓVOA e col. 2004; PÓVOA e ANDRADE, 2006). Observada como decorrente de um processo de "escolha locacional" realizado pelos próprios médicos, no primeiro ensaio[6], destaca-se entre os principais resultados a atração exercida pelos programas de residência médica, dado que "a probabilidade de um médico ser não-natural é maior em estados que oferecem mais vagas, indicativa de que a concentração dos programas de residência nas regiões Sul e Sudeste é um dos fatores que promovem a desigual distribuição geográfica dos médicos". O PIB *per capita* dos estados também é fator de atração. Conforme se verifica na literatura de referência pesquisada nesse ensaio, "um aumento da oferta de médicos e o consequente aumento da competição no mercado de trabalho podem alterar o padrão de localização desses profissionais". No entanto, a suposta distribuição assim provocada implicaria em que "médicos menos qualificados tenham de se localizar em áreas menos aglomeradas e mais afastadas dos grandes centros urbanos". Adverte-se sobretudo que "um aumento na oferta total de médicos, não necessariamente, levará a uma melhora na sua distribuição geográfica, podendo ocorrer um aumento no número de médicos em áreas de escassez, mas o

[6] A partir de um modelo *Probit* de escolha binária, utilizando dados da PNAD.

aumento será ainda maior em áreas onde já existe grande oferta". Enfatiza-se também que a situação de trabalho do cônjuge "é apontada como fator crítico na escolha locacional dos médicos". Falta de oportunidade profissional para o(a) parceiro(a), especialmente para aquele(a) que possui nível mais elevado de escolaridade, dificulta a escolha de pequenas comunidades para atuar. As regiões Norte e Centro-Oeste aparecem como "atrativas para médicos migrantes". No segundo ensaio[7] verificou-se que "o tamanho da população de um município e a sua renda per capita são importantes fatores explicativos da concentração de empregos médicos nos municípios" dada a perspectiva de economia de escala com redução de custo unitário de produção. Além disso a presença de grandes hospitais que acabam por atrair a instalação de clínicas permite que médicos possam dedicar parte do seu tempo no hospital e parte nessas clínicas, minimizando custo de transporte e maximizando tempo de trabalho e rendimentos, fator que inclusive possibilita "uma maior comunicação entre os profissionais que, em geral, resulta na formação de um complexo hospitalar".

Confirma-se a perspectiva de fixação ou não do médico com as oportunidades de emprego que lhe são oferecidas, coincidentes à concentração socioeconômica expressa pelo tamanho das cidades; PIB per capita; presença de bancos; infraestrutura de saúde; programas de residência médica. A importância do mover-se ou não pelo emprego ou desemprego dentre outros fatores de "escolha locacional" se pondera escancarada na situação do parceiro/cônjuge, que muitas vezes negligenciada se manifesta como fator contrário à fixação, sobretudo no interior.

Também procurando evidenciar os fatores e condicionantes que interferem na distribuição e fixação de médicos e identificar possíveis estratégias de intervenção que poderiam ser aplicadas à realidade brasileira, no contexto das políticas públicas, noutra pesquisa (MACIEL FILHO, 2007), também mais tarde publicada (MACIEL FILHO e BRANCO, 2008), foram abordadas as estratégias desenvolvidas pelo governo brasileiro, mais especificamente, o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e o Programa de Interiorização do SUS e, como estudo de caso, o PITS, implementado pelo

[7] A partir de instrumental da econometria espacial verificando "fatores aglomerativos".

Ministério da Saúde em 2001. Apresenta-se um referencial de análise[8] para a distribuição e a fixação de médicos, considerando dimensão política; capacidade de gestão dos municípios; formação dos médicos; distribuição de escolas médicas; e o movimento migratório dos médicos. Recomenda-se que a formação médica para o Programa Saúde da Família (PSF) ocorra em nível de graduação e se aposta nas implementações de políticas de "gestão do trabalho e educação na saúde".

Daí é que este estudo teria inicialmente se motivado pela constatação de que "há uma estreita relação entre o acesso aos serviços médicos e o *status* da saúde de uma comunidade" e, portanto, "compreender a dinâmica da localização dos empregos médicos torna-se fundamental para a elaboração de políticas de distribuição espacial dos serviços de saúde" (PÓVOA, 2004), assim como pela recomendação de que:

> (...) para a implantação de qualquer política e estratégia que pretenda enfrentar o problema da má distribuição e fixação de médicos em nosso país é necessário auscultar, cada vez mais, os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. Para identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão (MACIEL FILHO, 2007)

Mesmo ciente de que já se havia assim experimentado, o empreendimento desse projeto de pesquisa[9] também se orientou àquela "ausculta", instrumentado pela realização de entrevistas a alguns daqueles sujeitos recomendados.

Como processo detectado na "organização social das práticas médicas" (DONNANGELO, 1975; DONNANGELO e PEREIRA, 1979; NOGUEIRA, 2007) em que essas práticas são presididas e impulsionadas pelo social (SCHRAIBER, 2007, p. 13), a disponibilidade de médicos poderia ser apreendida na perspectiva da mobilidade de sua força de trabalho em função da acumulação de capital (GAUDEMAR, 1977) que também, mesmo que tardiamente, acabou sendo afetada na dimensão econômica terciária, dos serviços (BRAVERMAN, 1987, p. 303-315), dentre os quais os de saúde. Mobilidade do trabalho compreendida

---

[8] Construído a partir de revisão de literatura, discussão teórica, do aporte das experiências nacionais e internacionais e dos resultados obtidos no estudo de caso

[9] Projeto de pesquisa qualificado em 1º de outubro de 2009, provisoriamente intitulado "Interiorização de médicos implementando a integralidade no Sistema Único de Saúde – SUS" e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ceará.

como um fenômeno que promove o deslocamento espacial, setorial e profissional do trabalhador, com o objetivo do capital explorar sua força de trabalho e acumular excedente econômico (GOMES, 2009). Aqui se considera capital empregador, explorador da força de trabalho, o privado e o estatal.

Eis o que se deveria apreender. Mas como fazê-lo?

O problema está declarado e cremos tê-lo valorizado! Seu espectro, como o de outros, também ronda as Ciências Sociais![10]

Como nos enfrentamentos muitos das experiências de gestão, instiga-se a "compreender a realidade tal como ela é, indivisível, sem os compartimentos estanques criados pelas ciências. (...) Na realidade não existe o departamento de economia diferenciado do de sociologia, ciência política, história, etc." (MATUS, 1993, p. 99). Então, como apreender o fenômeno da disponibilidade de médicos, de repercussão coletiva, como um processo histórico e social?

Esteve-se antes e durante esse trabalho de campo numa extensa e permanente pesquisa bibliográfica que rendeu a percepção de que, detido na busca de se fixar médicos em áreas remotas, o problema vem muitas vezes sendo tratado, como questão migratória, de forma meramente descritiva. Nessa perspectiva, tem sofrido redução, por nem sequer se atender à crítica, destinada a outras situações, pela qual se reivindica que "é preciso trabalhar no sentido de inverter a concepção das pesquisas migratórias que, diante da postura de tomar o fenômeno de per si, enveredam pela quantificação e pela mensuração de fluxos, relegando a segundo plano as análises histórico-estruturais e a apreensão sociológica da migração"[11] (PALMEIRA e ALMEIDA citados por MENEZES, 2000). Migração que se motiva, em geral, por interesse ou mesmo necessidade, quase sempre de fundamento econômico, em contexto de acumulação capitalista, seja fordista, ainda, ou de lógica flexível, do quartil final do século XX e começo deste (OLIVEIRA, 2008).

Admitida "a necessidade de melhor investigar os processos de deslocamentos populacionais", em geral responsivos ao padrão capitalista de acumulação, verifica-se que em literatura pesquisada, embora se reconheçam as

---

[10] Como referido pelo prof. J. Jackson C. Sampaio "ao modo de apreender o fenômeno da doença mental como um processo coletivo", em "Epidemiologia da Imprecisão" (1998, p. 15).

[11] PALMEIRA, M. G. S.; ALMEIDA, A. W. B. Em "A Invenção da Migração" (Capítulo de relatório de pesquisa). Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 1977.

significativas mudanças ocorridas em movimentos de população, internos ou internacionais, surgem "controvérsias e lacunas nas abordagens teóricas", exatamente a partir "do período de transição de um regime de acumulação fordista para o chamado modelo de acumulação flexível". Para os estudos de demografia no Brasil, ratifica-se "a necessidade de pesquisas amostrais específicas para melhor permitir a apreensão do fenômeno", e tomando como referência trabalhos de Gaudemar e Harvey[12], propõe-se que nas investigações sobre processos migratórios sejam identificados "no lugar de origem e destino da pessoa que empreendeu o movimento qual a inserção ocupacional, o ramo de atividade, condição na ocupação, carga horária, remuneração, regime de trabalho, escolaridade" e que essas informações estejam conjugadas "com inserção econômica nos espaços de origem e destino" (OLIVEIRA, 2008).

De fato, se reclama que:

> "na sua acepção intuitiva, o conceito de mobilidade do trabalho apenas pode designar uma deslocação espacial dos homens. Por uma extensão da noção de espaço, ela parece poder englobar, além dos deslocamentos geográficos (migrações), os seus homólogos setoriais ou profissionais. Em todos os casos, trata-se de uma deslocação de uma esfera para outra; únicas dificuldades de apreensão do fenômeno considerar exaustivamente os fluxos e definir bem as esferas de origem e chegada. Não há qualquer outro problema teórico além desta designação e quantificação de um fluxo" (GAUDEMAR, 1977, p. 6).

Dessa forma, com algumas "notáveis exceções", investigam-se as causas dos movimentos, dos fluxos migratórios, mas distanciam-se da noção de mobilidade, que lhes desperta pouco interesse. Daí se constitui um permanente "debate, muito pragmático e frequentemente ríspido, que opõem os defensores de uma explicação em termos de níveis de salários, aos defensores dos níveis tecnológicos, dos níveis de empregos". E observadas as estratégias do poder capitalista e textos que as apoiam outro problema emerge: "com a 'mobilidade' do trabalho manifesta-se sempre o modo como os homens submetem o seu comportamento às exigências do crescimento capitalista". Entende-se "mobilidade do trabalho" como o uso capitalista das disponibilidades dos homens. Desenvolve-se por estratégias de mobilização, contra as quais, por vezes, se desenvolvem elementos de "contra-estratégia". Dentre as estratégias de

[12] Jean Paul de Gaudemar sobre a "Mobilidade do trabalho e acumulação do capital" e de David Harvey sobre uma "Condição pós-moderna".

mobilidade do trabalho, “sempre forçadas”, além do “encorajamento a determinados movimentos migratórios”, estariam “o desenvolvimento profissional” e “a intensificação, a produtivização de todo o trabalho, tanto industrial como ‘terciário’”. Aponta-se que os discursos clássicos e neoclássicos de economia servem de “verniz para demonstrar a inevitabilidade do fenômeno” assim como “a existência de vantagens individuais e coletivas” que teoricamente ele deveria apresentar. “O discurso recalcado, acerca da mobilidade do trabalho, não é mais do que o essencial do não-dito do crescimento econômico”, a disponibilidade dos trabalhadores no espaço e no tempo. “E o que quer que surja à superfície da economia política contemporânea”, se engana, sem dúvida, se forem ignorados “esses modos de recalcamento”. Pelo contrário, “é perfeitamente evidente poder adivinhar muito cedo na história do pensamento econômico, o lugar que realmente desempenha a noção de mobilidade do trabalho, apesar do modo sempre deformado como ela aflora ou, mais frequentemente, do fato de não aflorar”. (GAUDEMAR, 1977, p. 17-63).

Depreende-se que estariam os homens dispostos como força de trabalho que se qualificaria exatamente por mobilidade do trabalho. Homens disponíveis de cuja jornada de trabalho excedente se explora mais valia de uma produtividade como resultado, de que se apropria e se acumula o capital por controle estratégico sobre a mobilidade do trabalho.

Mas a força de trabalho como mercadoria tem sua mobilidade controlada, governada, sob condições muito especiais, uma vez que:

> é a única mercadoria que pode chegar ao mercado por seus próprios pés. Portanto o termo “mobilidade do trabalho” ocupa uma posição especial no discurso econômico. Na teoria burguesa, e frequentemente na linguagem cotidiana, refere-se à liberdade do trabalhador para vender sua força de trabalho quando e aonde quiser, a quem ele deseja e para os propósitos que lhe convém. Essa liberdade de contrato é crucial para as concepções burguesas dos direitos humanos e das liberdades civis. Marx não nega a importância destas liberdades positivas, mas insiste em que se veja em relação com o lado mais obscuro das coisas. Ou seja, o trabalhador “é livre num duplo sentido, pois de uma parte pode dispor livremente de sua força de trabalho como sua própria mercadoria, e de outra parte, não tem outras mercadorias que oferecer; pode-se dizer que está solto, livre de todos os objetos necessários para realizar por conta sua própria força de trabalho”.[13] “Liberados” pelo processo da acumulação originária do controle sobre os meios de produção (incluindo o acesso à terra), a maioria dos trabalhadores não tem outra opção se

[13] Como se lê em “O Capital, livro I” de Karl Marx (1998, p. 199).

> não vender sua força de trabalho ao capitalista a fim de sobreviver. (HARVEY, 2008)

O trabalho médico, “inserido na ordem social capitalista”, se direciona “tendencialmente para a estruturação geral do trabalho social” marcado pela cooperação. A força produtiva do trabalho se amplia proporcionando maior lucro pela divisão em trabalhos parcelares com escala estendida do processo de trabalho, aumento da produtividade e da quantidade de mais-valia produzida, seja porque divide, seja porque aliena o trabalhador do controle sobre o processo (SCHRAIBER, 1993, p. 26). É dessa forma que o “cuidado médico” aparece como produto do trabalho de médico, mais das vezes gerador de mais valia, por isso tido como “trabalho produtivo” (AROUCA, 2003, p. 226-232).

E no Brasil, o que teria havido com o trabalho de médicos com relação ao controle de meios de produção e de sua mobilidade e disponibilidade?

Informações sobre como estavam inseridos os médicos no sistema brasileiro de serviços de saúde, determinante de seu “mundo do trabalho”, foram obtidas[14] de um “Perfil dos Médicos no Brasil” composto a partir de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), realizada em todo o país (MACHADO, 1996).

Compilados os dados sobre o Ceará em comparação aos do Brasil, da década de 90, em grande parte, a situação nacional se reproduzia naquele estado, onde 4,3% da população brasileira residiam, mas apenas 2% dos médicos do país trabalhavam. Mais de dois terços atuavam em Fortaleza, onde menos de um terço da população do Estado residia, estabelecendo-se uma relação de quase dois médicos para cada mil habitantes, na capital cearense. No Brasil eram 1,2 médicos para a mesma proporção de habitantes, chegando a 3,28 nas capitais e somente 0,53 no interior do País.

Quanto à formação técnico-científica dos médicos que trabalhavam no Ceará: *lato sensu* – três quartos fizeram residência médica e pouco mais de um terço obteve título de especialista; *stricto sensu* – poucos são os que concluíram o mestrado (6,7%) e menos ainda os que possuíam o doutorado (2,8%). Semelhante quadro ocorria no Brasil. A grande maioria tinha participado de encontros científicos, sendo muito pouco destes de âmbito internacional. Um em

[14] Coligidas em trabalho anterior (COSTA LIMA, 2000).

cada sete médicos dizia ter assinatura de revistas. O acesso a essas publicações pela *Internet,* que aparentemente vinha crescendo, não fora investigado. Buscando equacionar necessidades de aprimoramento, quase a totalidade dos médicos teriam aderido fortemente às sociedades científicas médicas.

No mercado de trabalho, 83,2% dos médicos, no Ceará, tinham atividade no setor público, 58,8% no setor privado e 69,3% exerciam atividade dita liberal em seus consultórios privados. No Ceará, 72,8% tinha até três atividades e 27,2% se apresentavam com quatro ou mais atividades profissionais médicas; evidenciando-se o multiemprego. No Brasil, eram 75,6% os que tinham até três atividades (17,4% com uma, 27,9% com duas e 30,3% com três) e chegavam a 54,7% os que conciliavam três ou mais (!). O consultório destacava-se como a modalidade de trabalho que mais se vinculava à tradicional condição de profissional liberal, mas não significava seu exercício pleno e 92,6% dos que possuíam consultório (69,3%) declararam depender diretamente dos convênios com empresas de saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, dentre outros, para manutenção de seus consultórios em funcionamento. Pouco mais de um terço dos que têm atividade em consultório são mulheres, configurando-se outra questão de gênero. No Ceará, o rendimento mensal dos médicos era de US$ 1,579.00 e não seguia a moda nacional, de apenas US$ 1,280.00. Já a renda mensal desejada neste Estado era de US$ 2,826.00 e no Brasil chega a US$ 4,830.00.

Constatou-se ainda que metade dos médicos tinha parentes (avós, pais, filhos, tios, irmãos e sobrinhos) que também eram médicos, sugerindo-se uma “linhagem médica”. Os homens ainda eram maioria (61,3% no Ceará e 67,3% no Brasil), mas esta relação estava se invertendo. Esta condição feminina tinha conferido a quase um terço das médicas no Brasil obstáculos ao exercício profissional, sendo esta reclamação ainda mais acentuada aqui no Ceará.

Com a intenção de atualizar a pesquisa coordenada por Machado (1996), outro estudo[15], coordenado por Carneiro e Gouveia (2004), foi executado pelo próprio CFM, com apoio da Associação Médica Brasileira (AMB), entidades sindicais e sociedades de especialistas.

---

[15] Realizado entre outubro de 2002 a março de 2003.

Num quadro semelhante ao observado anteriormente, quase todos (99,1%) foram graduados no Brasil, “principalmente em instituições de ensino superior (IES) de natureza pública (70,6%)”, e grande parte (78,1%) tinha pós-graduação (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004, p. 53). “Enquanto a razão médicas - médicos com idade igual ou superior a 60 anos é de 1:12, entre aqueles com até 27 anos esta é de menos de 1:2 e amostras de estudantes universitários das cinco regiões do país, já sinalizam um equilíbrio do número de médicos e médicas”, confirmando-se a tendência à inversão anteriormente verificada “de que estas venham a compreender o maior contingente nos próximos anos” (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004, p. 137). No início dessa pesquisa, em 2002, dos 115 cursos de Medicina em funcionamento, reconhecidos pelo Ministério da Educação, quase um terço (35) foram criados a partir de 1994, dos quais 66% foram propostos por IES privadas. Com apenas 17,5 % dos médicos vinculados a apenas uma atividade, houve ampliação do “múltiplo vínculo” no exercício profissional (28,2% com mais de três atividades, contra 24,4% no estudo anterior) e pequena redução no percentual de médicos que atuavam nas capitais (de 65,6% para 62,1%), propensão que já havia sido detectada. No entanto, endossando a condição “eminentemente urbana”, de grandes centros, da profissão médica, contrariou-se a ideia de que estaria ocorrendo uma "marcha" para o interior dos estados, indicativa de “um ‘novo’ mercado de trabalho, com melhores remunerações”, podendo significar que “fugindo da violência e buscando melhor qualidade de vida”, os médicos estariam deixando algumas capitais, “não para se confinarem em vilarejos, mas viver e trabalhar em cidades de porte médio, onde a existência de infraestrutura, de oportunidades educacionais e culturais” garantiria uma “vida cômoda e segura” (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004, p. 138).

Na ocasião em que se desenvolvia o estudo coordenado por Machado, iniciava-se em 1994 a implantação do PSF, “apresentado como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada”, mais tarde estabelecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), estruturante para operacionalização dos cuidados primários de saúde da chamada Atenção Básica (AB). Sob a lógica da descentralização, como diretriz operacional do SUS, procedeu-se significativa transferência de atribuição da prestação de serviços de saúde, chegando, em

1999, a mais de 90%, os estabelecimentos de propriedade estatal que se encontravam sob gerência municipal (MACIEL FILHO e PIERANTONI, 2004). Criado como "sistema de direitos universais e arranjos institucionais descentralizados, de natureza pública e com gestão participativa (controle social)" o SUS é defendido como "o grande fator de interiorização e distribuição dos médicos" (CAMPOS e col., 2009). De lá pra cá muitas oportunidades de trabalho foram oferecidas, em todo o Brasil, nas equipes de Saúde da Família, abrindo-se oportunidades de emprego para médicos no interior em grande escala, embora muitas vezes sob condições muito precárias, como reclamadas em outras situações de trabalho médico. Nos "Pactos pela Saúde do SUS", as secretarias municipais de saúde ficaram responsáveis (porque foram responsabilizadas) por selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de AB, inclusive os da ESF (BRASIL, 2006), apesar de que sejam os municípios os entes federados com menor governabilidade e capacidade de governo[16], especialmente para responder pela manutenção da força de trabalho de médicos. Em 2004, cerca da metade dos municípios (48,4%) tinha menos de dez mil habitantes e 90% deles não ultrapassam população de 50 mil habitantes. Mais de 50% da população estava concentrada em apenas 4,1% dos municípios (com mais de 100 mil habitantes) e na metade dos mais de cinco mil municípios residem pouco mais de 8% da população brasileira (CAMPOS e col., 2009). Na complexa relação entre federalismo e descentralização na qual se implementa no Brasil uma reorganização de seu sistema federativo (ALMEIDA, 1995), novas competências se estabelecem, exigindo-se mais dos estados e municípios. Mas os gestores municipais têm demonstrando pouca capacidade de atrair e fixar profissionais de saúde, sobretudo médicos, principalmente em áreas remotas e/ou mais necessitadas, como na periferia das grandes cidades, não podendo dar conta de mobilidade e de outras questões inerentes a essa possível migração (PIERANTONI, 2006), embora haja sinais de melhora, recentemente

[16] "Governabilidade como relação entre variáveis sob ou fora de controle no processo de governo; (...) capacidade de governo como capacidade de condução e direção referente ao acervo de técnicas, destrezas, habilidades e experiências do governante e de sua equipe, para conduzir o processo social a objetivos desejados, dados a governabilidade e o conteúdo propositivo do projeto de governo" como em Carlos Matus em "Política, planejamento e governo"(1993, p. 60-61)

registrados, com aumento do tempo de permanência e de vinculação formal de profissionais de saúde, inclusos os médicos (GIRARDI e col. 2012).

Pela a produção científica em nível de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) por consulta aos registros do Banco de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), verificou-se que em 1998, dois estudos no Ceará já se reportavam a problemas relativos à fixação de médicos no interior. Num deles, em que se avalia o PSF, na época, implantado apenas há quatro anos, identificam-se benefícios obtidos e, dentre os problemas, se destacam: “profissionais sem a qualificação adequada para o programa; falta de médico em algumas equipes, decorrente da dificuldade de fixação em municípios mais carentes; grande variação salarial entre os municípios; sem garantia de direitos trabalhistas; más instalações físicas das unidades de saúde; quantidade de medicamentos insatisfatória” (ANDRADE, 1998)[17]. No outro, em que o processo de interiorização do médico é especificamente tomado como objeto, as dificuldades se reportam ao "trabalho com segmentos da sociedade marcados pela restrição aos bens necessários à vida; o desapontamento pela carência de tecnologia e meios terapêuticos; o isolamento profissional; a atuação ‘polivalente’, a grande rotatividade e a temporariedade na atuação como generalista”. Admite-se que a má distribuição de médicos é “consequência da desigual distribuição de renda” e constatando que “o incentivo econômico foi essencial para a decisão de trabalhar no interior”, a autora, no entanto, surpreendeu-se verificando que para a permanência dos profissionais nas localidades “a estabilidade no emprego, os relacionamentos interpessoais, origem rural, proximidade da capital e satisfação com o trabalho em estreito relacionamento com as comunidades assumiram importância inesperada” (MENEZES, 1998).[18] Em trabalho de Gugliemi (2006), foram encontrados resultados muito semelhantes relativos à fixação de profissionais, principalmente de médicos, no PSF de

[17] Estudo baseado em questionários sobre vários aspectos do programa. Dos enviados, foram respondidos por 82 (78%) secretários de saúde dos municípios onde programa estava implantado; 230 (67,4%) médicos; 278 (81,5%) enfermeiros e 2.507 (73,5%) agentes de saúde envolvidos no PSF. Além disso, 149 (43,6%) equipes responderam, conjuntamente, outro tipo de questionário.

[18] Estudo analisando o conteúdo de entrevistas a onze médicos trabalhando em municípios selecionados do interior do Ceará.

Pernambuco, mesmo consideradas algumas iniciativas tais como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), para incrementar aquele programa.

Em 2000, noutro estudo coordenado por Machado, foi composto um “Perfil dos médicos e dos enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família no Brasil”. Verificou-se que os médicos estavam atuando sobretudo em municípios com menos de 50 mil habitantes, nas regiões Nordeste e Sudeste do País. A maioria era do sexo masculino (55,9%) com uma média de 39 anos de idade e doze de graduação (73,8% em escolas públicas). Quanto à pós-graduação, 37, 2% havia feito residência médica, principalmente em Pediatria, Medicina Geral Comunitária e Gineco-Obstetrícia, 39,5% algum curso de especialização e 23,6% tinham título de especialista. Manifestaram necessidade de aprimoramento profissional, preferindo a especialização ou capacitações de curta duração. Cerca de 40% dos médicos atuavam no PSF há menos de um ano e havia médicos, sob contrato temporário, numa mesma proporção. Cumpriam carga horária semanal de 35 a 40 horas, com renda média de US$ 2,229.00. Cerca de 45% possuíam outro vínculo empregatício no setor público e 20% tinham atuado em PSF de outro município. Naquela ocasião, embora cerca 80% estivessem satisfeitos com o trabalho em equipe, 50% vissem com otimismo o futuro do programa, 70% avaliaram as condições de trabalho como desfavoráveis e consideraram a atividade profissional desgastante (MACHADO, 2000).

No repertório com a produção da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH) em que se apresentam 108 trabalhos de pesquisadores de 21 instituições participantes, sobre diversos temas relacionados a recursos humanos, investigando quantitativos e qualitativos, sobre processo e jornada de trabalho, sob diversos aspectos, destacam-se os resultados de três trabalhos que tratam da questão da fixação de médicos no interior de Pernambuco. Num primeiro, já citado, aponta-se precarização e sobrecarga de trabalho, por acumulação de carga horária de 40 horas semanais no PSF e outras atividades tais como plantão noturno, mas se constata, contraditoriamente, que a tática para fixar médicos em alguns municípios seria “a possibilidade de uma folga semanal”, ocasião em que os médicos “aproveitam para exercer outras

atividades" (GUGLIELMI, 2006). Como oportunidade de emprego, ocorre com grande rotatividade, como "num rito de passagem", ocupada por médicos, na grande maioria, "como 'um bico'", em duas situações: recém-formados ou em final de carreira. Observou-se também "uma segregação entre o trabalhar como médico do PSF e o ser considerado médico: ter uma especialidade (ideário de muitas décadas)". Admite-se que "ser médico do PSF não seja a meta nem dos que estão iniciando a graduação em Medicina, nem dos formandos. Além de haver uma certa hostilidade dos médicos especialistas em relação a seus colegas do PSF". No cotidiano, o desprestígio se objetiva, por exemplo, pelas "dificuldades de contra-referência de encaminhamentos realizados", visto como "fator comunicacional"[19]. Pouco antes, noutro estudo, já havia sido revelado que a expansão da cobertura da atenção básica em municípios não se acompanhou da presença de profissional médico[20] com residência estabelecida na localidade em 63% (56) dos 89 municípios com até 20 mil habitantes, 48% dos 185 de Pernambuco (SOUZA JÚNIOR E LUCENA, 2005). Internações hospitalares tem correlação positiva com a presença de médicos. A existência de agência bancária como sinal de desenvolvimento econômico do município, contribuiria para a fixação do profissional médico, como anunciado há mais de 20 anos por Mello Filho (1983), reportando-se a estudos realizados em 1968 e repetidos em 1973. Posteriormente, numa terceira pesquisa, se verificou que a maior rotatividade de médicos, do que de enfermeiros, na ESF[21] possivelmente estaria associada, como constatado em estudos tomados como referência, com "grande número de oportunidades de emprego para médicos, em função da possibilidade de exercício liberal da profissão em consultórios particulares" assim como a "porte, estrutura socioeconômica e cultural do município, capacidade técnico-administrativa da unidade de saúde, interesses pessoais, busca por cursos de aperfeiçoamento

---

[19] Analisam-se entrevistas semi-estruturadas a categorias participantes de grupo focal: iniciantes da graduação em Medicina; formandos em Medicina; residentes passíveis de integrar uma equipe de saúde da família; e médicos do PSF de município selecionado (GUGLIELMI, 2006)

[20] Conforme registro no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, segundo local de residência.

[21] Como referido anteriormente, em sua implementação o PSF perde o caráter de programa e passa a ser, como ESF, um (re)estruturador dos serviços, como instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS, exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo dominante.(VIANA E DAL POZ, 2005).

profissional, fatores relacionados à formação profissional, motivação e significado do trabalho" dentre outros (BENNING e DA GUARDA, 2006).

Resumem-se na constatação de dificuldades historicamente experimentadas em outras iniciativas agravada pela desvalorização do "ser médico do PSF", como expressão de heterogeneidade interna ao conjunto dos médicos fomentada desde o processo de sua formação.

Essas constatações recuperadas e outras questões suscitadas são partícipes do recorte final dado a este estudo. Viu-se que era preciso "re-situar toda a problemática" que se apresenta como "objeto complexo, fruto de uma realidade constituída de diversas dimensões", que numa dada totalidade "se apresentam, ademais, numa hierarquia de determinação"[22].

Por que não se perguntam os motivos pelos quais médicos e médicas têm se estabelecido nos grandes centros urbanos? O que os levou para as capitais e os tem mantido por lá? De resto não é o que tem acontecido com os demais trabalhadores? Há falta de médico apenas em áreas remotas, num longínquo interior do país? Em que outras perspectivas, para além dos cuidados primários, a atenção à saúde carece de integralidade por falta de médico? São questões que continuam reclamando esclarecimento!

Neste estudo, o tema circunscreve-se à disponibilidade de médicos, sob o modo capitalista de produção, delimitado ao momento histórico no qual se implanta e se tenta implementar o Sistema Único de Saúde, no Brasil.

Como estratégia de apreensão do fenômeno, procura-se investigar questões relacionadas a dimensões da mobilidade do trabalho de médico, aproximando-se do modo como esses profissionais se dispõem (ou são dispostos?) no "mundo do trabalho".

As primeiras aproximações se fazem pela História. Em seguida, pela Demografia em diálogo com a Geografia, ainda com amparo da História, e também da Matemática, da Estatística. Adiante, como ciências do social, a Economia Política, a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia, e ainda a História, a

---

[22] Como referido pela profª. Lilia B. Schraiber, em prefácio de "Educação Médica e Capitalismo" (1989, p. 13-15). Também se esteve em interlocução como "pensadores que buscam a superação de impasses e obstáculos na conquista de uma esperança – a plena assistência ao sofrimento, a recuperação dos doentes e a extensão do bem-estar que a medicina pode proporcionar a todas as pessoas de forma igualitária" igualmente estimulados "pela necessidade de melhorar as condições da vida cotidiana", pela mudança social.

Geografia, a Demografia... Continuam se perguntando: O que? Como? Quando? Para que?

Como diria Saramago, no seu “Memorial do Convento”, ou quis dizer, mais ou menos assim: o mundo está cheio de respostas, faltam-lhe as perguntas!

Apresenta-se uma contribuição para a compreensão e a crítica da determinação econômico-política da disponibilidade de médicos, pelo vigor e atualidade que tem a tese da dialética marxista sobre a mobilidade do trabalho sob controle do capital para explicá-la; e se apreende um deslocamento temporal na mobilidade da força de trabalho de médicos no Brasil.

Nesta Introdução são apresentadas as motivações do pesquisador seguidas da declaração do problema, acusando-se impropriedades de como tem sido tratado. Anunciam-se aproximações do empírico e retornos críticos como primeiras referências de como se estrutura todo o texto.

Pelo Capítulo 1, procura-se apreender a disponibilidade de médicos no Brasil, por resgate histórico dos processos de formação profissional e de inserção e permanência no mercado de trabalho, qualificados como processos de mobilidade da força de trabalho de médicos. Destaca-se uma dimensão temporal, para além da espacial; setorial e profissional, de deslocamento na mobilidade da força de trabalho de médicos, sob controle do capital, na lógica de organização do sistema brasileiro de serviços de saúde.

No Capítulo 2, busca-se capturar o desenvolvimento de estratégias e “contra-estratégias” de mobilidade do trabalho de médicos. Observam-se eventos recentemente promovidos nos quais se reuniram governantes, estudiosos do problema da disponibilidade de médicos, e representantes da categoria médica e verificam-se pronunciamentos de entidades médicas como expressões significativas do anúncio de políticas adotadas para enfrentar o problema assim como do debate em torno do objeto em questão. Indica-se que, constituído como um dilema, da falta ou da má distribuição de médicos, o problema culmina tratado muitas vezes de forma derivada, restrita e recalcada, apesar de alusões a seus condicionantes e determinantes.

Pelo Capítulo 3, colhem-se representações e categorias de pensamento de atores dos sistemas de formação, de gestão de sistema de serviço de saúde e de representação da categoria profissional de médicos, relacionadas com a

mobilidade do trabalho médico, sobre condições de disponibilidade do trabalho de médicos, denotativas da segmentação e da fragmentação do sistema brasileiro de serviços de saúde e sobre perspectivas de interiorização do trabalho médico, como possibilidades e limites.

Nas Considerações Finais se reapresentam conclusões parciais dos capítulos anteriores acompanhadas de outras contribuições. Compõem-se como desfecho de uma trajetória de pesquisa que se inicia pela intenção de contribuir nas investigações sobre a interiorização de médicos e se amplia pelo interesse de resgatar, no vasto campo das relações possíveis entre Capitalismo e Medicina, elementos distintivos do processo sócio-histórico da mobilidade da força de trabalho de médicos sob controle do capital, como determinantes do modo como esses profissionais se dispõem no sistema brasileiro de serviços de saúde.

OBJETIVOS

GERAL:

- Apresentar uma contribuição para a compreensão e crítica do fenômeno da disponibilidade de médicos, como processo sócio-histórico significante para a implementação dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do Sistema Único de Saúde.

ESPECÍFICOS:

- Apreender dimensões da mobilidade da força de trabalho de médicos no Brasil como determinantes da disponibilidade de médicos no sistema brasileiro de serviços de saúde.
- Verificar promoção e crítica em debate sobre iniciativas atuais de mobilidade do trabalho de médicos para áreas remotas e desassistidas no Brasil.
- Capturar representações e categorias de pensamento de atores envolvidos na formação médica, na gestão do sistema brasileiro de serviços de saúde e na representação da corporação médica, relacionadas com o fenômeno da disponibilidade de médicos, na perspectiva mobilidade do trabalho de médicos para áreas remotas e desassistidas no Brasil.

DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Investigação, interpretação e exposição são etapas que constituem a prática de pesquisa que de um momento de concepção se antecede. Na concepção e prática de pesquisa, são utilizados instrumentos conceituais, tais como as categorias de suporte, e instrumentos operacionais, a exemplo das pesquisas bibliográficas ou de outros que coletam dados, como os inventários, as entrevistas, os questionários. E é pela articulação desses diferentes instrumentos, nos mais variados métodos, que a ciência permanentemente se refaz, na busca por conhecer o mundo (COSTA LIMA, 2000).

Neste estudo procura-se apreender dimensões da mobilidade da força de trabalho de médicos no sistema brasileiro de serviços de saúde com a intenção de contribuir para a compreensão e crítica do fenômeno da disponibilidade desses profissionais, como processo sócio-histórico significante para a implementação do Sistema Único de Saúde.

Como estratégia de apreensão do fenômeno, desenvolvem-se táticas de aproximação sucessiva ao empírico da mobilidade do trabalho de médico, do modo como esses profissionais se dispõem no mundo do trabalho, para um retorno teórico que, mesmo provisório, se faça crítico.

Optou-se então pela diversidade metodológica, pela integração de métodos quantitativos e qualitativos, para captura do movimento real do objeto em questão[23]. Utilizaram-se como procedimentos básicos: a entrevista, a pesquisa bibliográfica e a análise de documentos e de dados secundários de estudos e pesquisas. Desenvolveram-se três momentos simultâneos de investigação cujos resultados são apresentados e discutidos em capítulos distintos.

A pesquisa bibliográfica abrangeu livros, artigos científicos, dissertações e teses sobre assuntos relacionadas a migração em geral; migração de médicos; processo e jornada de trabalho; mobilidade do trabalho; trabalho médico; ensino médico; mercado de trabalho em saúde; mercado de trabalho médico e sistema de serviços de saúde.

A análise de documentos se desenvolveu a partir de relatórios de pesquisas; de apresentações em eventos e de notícias em *sites* eletrônicos co-

[23] Considerando-se as recomendações de Breilh (1997, p. 50).

mo manifestações de pesquisadores de observatórios de recursos humanos em saúde; de governantes e de representantes da categoria médica frente ao problema da disponibilidade de médicos.

Considerou-se o valor heurístico dos dados secundários de estudos e pesquisas do Conselho Federal de Medicina; da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Documentos, livros, artigos, dissertações e teses estão citados como referências em capítulo próprio e/ou aparecem em notas explicativas ao longo do texto.

Tomadas as referências bibliográficas e documentais, para discussão dos resultados foram elaborados dois textos. No primeiro, que serve de referencial de análise de toda a pesquisa, apresenta-se uma contribuição para a compreensão e crítica da disponibilidade do trabalho de médicos, como processo sócio-histórico, observado no contexto do sistema brasileiro de serviços de saúde. No segundo, são abordadas iniciativas de mobilidade do trabalho de médicos como objeto de emergente debate que no momento se trava em torno da disponibilidade de médicos no Brasil.

Elegeu-se a entrevista como o instrumento adequado para promover a aproximação do empírico do trabalho de médicos com perspectivas de interiorização, com a intenção de colher representações e categorias de pensamento como expressão, explicação, justificativa ou questionamento da realidade investigada, admitindo-se que “é no plano individual que essas representações se expressam e a linguagem constitui a mediação privilegiada”. Atentou-se para a situação de “representatividade da fala” como “reveladora de condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos” que pode transmitir “representações de grupo determinado em determinada condição, histórica, sócio-econômica, cultural”; assim como para a “relação pesquisador/pesquisado” reconhecendo que “a entrevista não é um trabalho unilateral, ou uma exploração, é uma interação social, onde os atores afetam-se, beneficiam-se e prejudicam-se mutuamente”[24]

[24] Como referido por Sampaio (1998, p. 47) a partir de sistematização de Minayo (1996)

Aplicou-se entrevista semi-estruturada ancorada em roteiro composto em cinco módulos. No primeiro são registradas informações sobre o entrevistado. No segundo, com fins de contextualização, se apuram concepções do entrevistado sobre a Medicina; a condição de ser médico e o modo como se organiza o trabalho médico e no terceiro se interroga sobre possibilidades e limites de interiorização do trabalho médico. No quarto módulo, levantam-se questões relativas a outras situações sociais, econômicas, culturais, de gênero, que pudessem estar envolvidas no problema e, no quinto módulo, pede-se a opinião sobre duas estratégias de interiorização que dominam polêmicas sobre o assunto: carreira de estado e serviço civil. E por último ainda se perguntou sobre perspectivas do entrevistado trabalhar ou voltar a trabalhar no interior além de se lhe conceder tempo para outras considerações. As perguntas dos módulos foram entremeadas a fim de se minimizar eventual processo de “contra-controle” do entrevistado.

Constituiu-se o campo de pesquisa, para essa aproximação sobre a mobilidade/disponibilidade do trabalho de médicos, procurando garantir que se discutissem de forma extensiva e intensiva, embora não específica, as perspectivas de interiorização do trabalho médico, com referências à formação médica; à gestão do sistema brasileiro de serviços de saúde; e à representação da categoria profissional médica. Foram então entrevistados oito atores das seguintes instituições:

- Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (Med/UECE);
- Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FM/UFC);
- Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE);
- Conselho de Secretários de Saúde (CONASS);
- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Ceará – (COSEMS);
- Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC/CFM);
- Associação Médica Cearense / Associação Médica do Brasil (AMC/ AMB);
- Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará (SIMEC).

São oito médicos, com idade entre 50 e 60 anos, que se formaram entre 1973 e 1985. Há dois especialistas em Saúde Pública; um em Cirurgia Oncológica; um em Gestão de Sistemas Locais de Saúde; um em Cirurgia Geral;

um em Psiquiatria; um em Cancerologia, um em Microbiologia. Todas as entrevistas foram realizadas em hora e local escolhidos pelos entrevistados. O primeiro módulo foi preenchido em um formulário e os outros foram gravados, sem recusa de nenhum entrevistado. Depois de aplicadas as entrevistas foram transcritas, impressas e então submetidas a duas etapas de análise: longitudinal e transversal.

Na primeira etapa, longitudinal, cada entrevista foi submetida a três leituras - cursiva, analítica e crítica. O objetivo foi dominar os textos, procurando detectar a recuperação ou a recomposição de algumas respostas que, por um mecanismo de contra-controle, os entrevistados tenham realizado, no decurso da entrevista, ao responder outras questões.

Numa segunda etapa, compuseram-se, transversalmente, todas as respostas dos oito entrevistados a cada uma das questões, aproveitando-se as recuperações e recomposições detectadas. Assim compostas, buscamos então, comparando-as, estabelecer uniformidades e contradições entre os entrevistados mas sobretudo colher a diversidade de representações que, pelo universo investigado, ia-se revelando, em algumas das questões. Estivemos atentos também a contradições que se apanhavam por um olhar longitudinal sobre esse arranjo transversal das respostas. Esse modo de analisar entrevistas constitui-se no que poderíamos chamar de **análise transversal de conteúdo** e estaria especialmente adequado para capturar a diversidade de significados expressos.

Garimparam-se as concepções relativas às questões contempladas nos módulos da entrevista arquitetados e dessa apuração foram comparadas as manifestações, procurando identificar suas expressões genéricas e específicas, concretas e abstratas. Levaram-se em conta como referenciais de análise as possíveis associações dos 40 elementos componentes do processo e da jornada de trabalho[25], como genericamente abordados em SAMPAIO, HITOMI & RUIZ

[25] Elementos componentes do processo (natureza concreta) e da jornada (natureza abstrata) de trabalho, conforme divisão do trabalho: Processo de trabalho: I.1. Posto e local. I.2. Objeto de trabalho, matéria-prima e produto. I.3. Gesto, operação e tarefa. I.4. Ritmo e postura. I.5. Ferramenta, máquina e instrumento. I.6. Disciplina, sociabilidade e marca. I.7. Qualificação, função, cooperação e hierarquia. Jornada de trabalho: II.1. Trabalho necessário e categorias genéricas de exploração (trabalho necessário; trabalho excedente; mais-valia absoluta; mais valia relativa). II.2. Jornada (extensão de jornada; módulos contínuos; intervalos; preparação para o trabalho; deslocamento casa-trabalho-casa; férias; hora-extra; turno). II.3. Salário (escala; posição

(1995:72-84), e observamos especificidades do trabalho de médico desenvolvido nos grandes centros urbanos e no interior, as condições de trabalho, remuneração, infraestrutura, uso de tecnologias; com atenção também para às perspectivas de assistência à dor, ao sofrimento, à loucura e à morte, como objetos de trabalho médico, nessas circunstâncias diferenciadas.

Também foram colhidos, no trabalho de campo, em entrevista aberta, os depoimentos livres de mais outros seis atores, uma socióloga, mais quatro médicos e um físico. A socióloga em função de coordenação na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde; três médicos, um pesquisador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da UFMG; um professor emérito de medicina com experiência de trabalho no interior na perspectiva de integração ensino e serviço; um professor de medicina com experiência em representação e comissão técnica de conselho regional de medicina; e um quarto médico assim como um físico, cada um na condição de gerente de diferentes iniciativas de interiorização do trabalho de profissionais de saúde em estados da região Nordeste do Brasil. Esses depoimentos não foram transcritos nem impressos, mas da "ausculta" por áudio foram recolhidas situações do presente e do passado ilustrativas do contexto de investigação do trabalho médico na perspectiva de interiorização.

Procedeu-se então à construção de texto como objeto de discussão. Com a intenção de se compor um discurso coletivo representativo de uma totalidade explorada, admitiu-se que "a entrevista individualizada é uma experiência singular e os relatos individualizados são por isso formas ricas na ampliação, na profundidade e na diferenciação com que trabalham o coletivo" e considerou-se que "cada momento de entrevista e cada relato completado formam subtotalidades que se devem respeitar"[26].

Em cumprimento a preceitos éticos de pesquisa, informa-se que parecer favorável à execução deste estudo foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e também pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFC.

---

histórica; tipo; adicionais; descontos; remuneração de hora-extra; produtividade; ritmo orçamentário) como genericamente abordados por Sampaio, Hitomi e Ruiz (1995, p. 72-84).

[26] Como referido por Schraiber (1993, p.34).

CAP. 1 A DISPONIBILIDADE DE MÉDICOS NO BRASIL

Na perspectiva da interiorização do trabalho médico para implementar a integralidade da atenção à saúde, com intenção de subsidio à formulação de políticas públicas, neste capítulo se busca conhecer, como processo sócio-histórico, o fenômeno da disponibilidade de médicos no Brasil, como significante para a implementação dos princípios da universalidade da integralidade e da equidade do Sistema Único de Saúde.

1.1 MÉDICOS E SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde a antiguidade se conta gente, por censo[27], muitos cálculos e modelos estatísticos. Tentam estabelecer um "ótimo populacional" no qual se equilibrem "nascimentos e imigração por um lado, mortes e emigração por outro, recursos e espaço físico por um terceiro". O número de habitantes tem pautado o poder das nações. "Mercado, exército e excedente de força de trabalho só podem ser garantidos com grande população" (SAMPAIO, 1998, p. 67). Porquanto estão os médicos envolvidos em toda essa história, impressa de relações entre "Medicina e Sociedade", pespontada de intermédios estatais, da "Polícia Médica à Medicina Social", há muito tempo que se manifesta interesse pela mobilidade e disponibilidade de médicos.

Muito antes do texto *Mediziniche Polizei Ordnung*, *de* W. T. Rau (1764) e da obra *System einer vollständigen medcinischen Polizey*[28]*,* de Johann Peter Frank, que lançada em 1779, "exerceu forte e incomum influência na trajetória do conceito de polícia médica", o livro do italiano Lodovico Antonio Muratori, amigo de Ramazzini e Morgagni, *Della Publica Felicità*, que apareceu em 1749, lidando com "os problemas sociais mais abrangentes da saúde", assinalara que "**o melhor meio de melhorar as condições de um povo era proteger sua saúde através de medidas higiênicas e**

[27] "A palavra Censo vem do latim 'census', que quer dizer 'conjunto dos dados estatísticos dos habitantes de uma cidade, província, estado, nação etc'. http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/censo2k/historia.html.

[28] Regulamentos de Polícia Médica e Sistema Integral de Polícia Médica, respectivamente.

recuperá-la através de cuidados médicos". Em consequência, seria necessário, por um lado, "controlar a expansão de doenças transmissíveis, providenciar abastecimento de água e alimentos puros, manter a higiene das cidades e, por outro, **garantir a existência de um número suficiente de médicos**, cirurgiões, parteiras e hospitais que garantissem atenção médica a todos os cidadãos". E acrescentava ainda que "os pobres deveriam receber gratuitamente tal atenção e o tratamento de doenças venéreas deveria ser gratuito a todos" [29] (ROSEN, 1980, p. 182).

A organização sistemática de cuidados à saúde tem antecedentes na regulação do trabalho médico pelo Estado, na Alemanha do século XVIII, ainda como "uma justaposição de quase-estados" que, em disputa, desenvolvem conhecimento sobre o funcionamento do Estado. É nessa perspectiva que, desde as proposições de Seckendorff, no século XVII aos estudos de Rau, Frank e Daniel na Alemanha, sobre programas efetivos de melhoria da saúde da população, de meados do século XVIII, vai surgir uma primeira política médica de Estado (ROSEN, 1980, p.150). Emerge a noção de polícia médica, aplicada já no final do século XVIII e começo do século XIX. Consistia num sistema ampliado de observação de morbidades, para além da contagem de nascimento e de morte, solicitado a hospitais, médicos e verificado nos registros de epidemias e endemias, e numa estratégia de normalização do saber médico e subordinação de sua prática a um poder administrativo superior. Formação e concessão de diplomas, deixados às universidades e sobretudo às corporações, passam a ter também controle do Estado, pela normalização do ensino. "A medicina e o médico são, portanto o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha" A França se ocupara primeiro em normalizar a indústria militar, depois seus professores, nas suas primeiras "escolas normais" (FOUCAULT, 2010, p. 83).

[29] Os destaques são nossos.

Pela Polícia Médica foi então que médicos se tornaram “funcionários públicos, servidores públicos, isto é, servidores de toda gente, visando à realização de metas estabelecidas pelo Estado-empregador, propiciador de condições, mediador e filtrador de necessidades”. Mais adiante, “a Medicina Francesa de Higiene das Cidades, no séc. XVIII e a Medicina Inglesa da Força de Trabalho, no séc. XIX, reforçam, expandem, universalizam o processo” (SAMPAIO e COSTA-LIMA, 2006, p. 154).

Nesse contexto de guerras e de mercado, da necessidade de preservação dos exércitos; da higiene das cidades, e da manutenção de força de trabalho excedente, a medicina da classificação nosológica dos sintomas e febres é incentivada a pesquisar “signos e casos” que por semelhança e arranjo transformam o “ver e saber”. Abertos “alguns cadáveres”, o invisível torna-se visível, e pela anatomopatologia, nasce uma nova prática médica, a Clínica (FOUCAULT, 2001). O olhar atento se foi voltando para a lesão. Modificam-se as intervenções, diagnósticas e terapêuticas. Os médicos se aproximam da doença e vão se afastando da experiência do adoecer. Embora ainda perguntem como se sente o doente, não mais se interessam, querem saber o que tem o paciente, onde está o problema.

Contraditoriamente, desse modo os médicos foram convencendo a sociedade de que estavam prestando um cuidado mais específico, eficaz e, por conseguinte, confiável, valioso e imprescindível, cujo controle por competência lhes caberia. Sobre esse cuidado posto como apropriado para o atendimento de necessidades específicas da saúde e da doença, se defendeu o monopólio do exercício e do conhecimento requerido. Legalmente, o monopólio foi obtido sobre o estabelecimento de processos de formação, de licenciamento para o exercício profissional, de codificação da ética, além da constituição de associações. Funda-se a autonomia profissional, autorregulada, cuja proeminência se mantém com o envolvimento do Estado (ALMEIDA, 1997).

Por essas abordagens de cunho econômico-político à saúde, como problema social, foi que na modernidade se estabeleceram as relações entre

a Medicina e o Estado e, pressupõe-se, também aquelas primeiras grandes provocações às mudanças epistemológicas do saber e da prática médica, no século XIX, até hoje objeto de controvérsias (FOUCAULT, 2001; NOGUEIRA, 2007). Medicina e Sociedade, determinadas e determinantes, em relação histórica, dialética.

Nas sociedades capitalistas, a prática médica tem sua evolução histórica balizada pela "vinculação da Medicina com componentes políticos, ideológicos e econômicos que se institucionalizam em torno dela". Além da "polícia médica" como paradigma, outros dois se acumulam: o da "medicina científica" e o da "medicina comunitária" (MENDES, 1984, p. 16).

A "medicina científica", hegemônica desde o começo do século XX, dita flexneriana[30], caracterizada por "concepção mecanicista do homem, redução a-social e a-histórica da doença à sua dimensão biológica, individualização de seu objeto, crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital", além de "ênfase nos aspectos curativos da medicina, caráter urbano-cêntrico e hospital-cêntrico e exclusão de formas alternativas de prática" (MENDES, 1984, p. 35) e a "medicina comunitária" que, no último quartil do século passado, emerge como "uma prática médica não hegemônica, complementar à medicina científica e destinada a populações marginalizadas" que se caracteriza por "utilização de equipe de saúde com delegação de funções a pessoal auxiliar, destecnificação do ato médico e uso de tecnologia própria", pelo que se busca "a integração de ações promocionais, preventivas e curativas, a hierarquização de serviços para universalização dos cuidados primários, a inclusão de práticas médicas alternativas e a utilização da participação comunitária" embora tenha, restritamente, como objeto, a comunidade local (MENDES, 1984, p. 60) e como nova modalidade de recomposição dos meios de trabalho, dirija-se a categorias sociais excluídas do cuidado médico (DONNANGELO, 2011, p. 129).

---

[30] Instruída pelo Relatório de Abraham Flexner, produzido em 1910, pela Fundação Carnegie.

Como “margem de tolerância” a saúde “é um conjunto de segurança e seguros. Segurança no presente e seguros para prevenir o futuro. Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico. Ao contrário, a característica da doença consiste numa redução da margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2002, p. 160). Mas saúde é também um produto social, que se estoca e se desestoca em determinado contexto histórico, acumulando-se e se desacumulando (MENDES, 1996, p. 239-241), “como manifestação objetiva das condições de vida de uma população, determinada e resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas sociais, mais ou menos complexos” (MENDES, 2002, p. 17) como, por exemplo, e especificamente, o sistema de serviços de saúde. Em sentido mais amplo, como qualidade da própria vida, a saúde “não é um ‘bem de troca’, mas um ‘bem comum’, um bem e um direito social” que deve ser assegurado a todos pela “aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, dos conhecimentos e da tecnologia desenvolvidos pela sociedade” (ALMEIDA e col., 1998, p. 11).

Há uma extensa história relacionando o trabalho de médicos e os sistemas de saúde pelo mundo. Daquele primeiro de seguridade social, de Bismarck, em 1883, na Alemanha, ao sistema de saúde inglês, do Lord Beveridge, em 1942, até o Consenso de Washington e à Carta de Ljubljana dos anos 90, mas também das recomendações de cuidados primários de Alma-Ata em 1978, reiteradas em 2008, têm-se diversos modos de produção social da saúde.

Para se compreender como se dispõem os médicos, como se movem ou são movidos, em um modo de produção, requer que se tome oferta de médicos pelo modo como são formados, produzidos, e demanda por médicos pelo modo como são inseridos no processo produtivo em geral. Enfim, é preciso apreender como esses profissionais se estabelecem especificamente na produção de serviços de saúde, num determinado sistema de serviços de saúde organizado, pois é pelo modo de produção e pela demanda por trabalho que se distinguem os trabalhadores. No caso, médicos de outros trabalhadores e de população em geral, determinando

heterogeneidade. Impede-se, inclusive, o uso indistinto da categoria "população", salvo "como totalidade genérica" (SAMPAIO, 1998, p. 67). Seja pelo número de médicos, ou por "população médica", tomem-se os médicos como categoria profissional[31], determinada pelo seu modo de inserção no processo produtivo. Seu perfil produtivo, por sua vez, é determinante do modo como os médicos levam a vida... seu modo e possivelmente também de outros quem sabe (?)... familiares, pacientes!

Compreender como de dispõem os médicos no Brasil requer então que se apreenda como se encontra estruturado o sistema brasileiro de serviços de saúde.

De conformação histórica provida por todo o século XX por uma evolução de políticas públicas, como pode ser revista (ALMEIDA e col., 2001), o sistema brasileiro de serviços de saúde atual, do qual o SUS faz parte como subsetor público, se constitui de:

> rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento. (PAIM e col, 2011).

Do contexto que antecede e motiva a implantação do SUS, declarava-se que a saúde de grande parte da população brasileira ia mal e que, quando se precisava dos serviços de saúde, eles não funcionavam bem e não

---

[31] Conceito categórico que identifica grupo de trabalhadores do mesmo ramo de produção, em situação com possibilidade de se compartilhar visão de mundo e condições de reprodução social e, por conseguinte, de se associar fenômenos encontráveis no grupo com o modo como produz as condições de existência. Constitui unidade empírica, como força de trabalho, para nível analítico da Economia Política, da Sociologia; estruturadora de identidade, para o nível analítico da Psicologia; e população significativa, para o nível analítico da Epidemiologia. Adaptado de Sampaio, Borsoi e Ruiz (1998, p. 29-31).

conseguiam resolver adequadamente os problemas reclamados. Enquanto todos e cada um não gozassem de uma boa qualidade de vida, em termos de alimentação, moradia, saneamento básico, transporte, educação e lazer, não se poderia ter boa saúde (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 7-8). Reclama-va-se um sistema de saúde no qual se tivesse como objeto de trabalho o processo saúde-doença, em sua complexidade e abrangência, assim como os determinantes sociais das condições de saúde da população (ALMEIDA e col, 1998, p. 11).

A formulação e a implantação do SUS foi "resultado do Movimento da Reforma Sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país, que teve na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986) um de seus *loci* privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil" (ALMEIDA, 1998, p. 5).

Concluídos os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte de 1987, recupere-se que pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde passa a ser considerada como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"

Como proposta da reforma sanitária brasileira para reestruturar o sistema de saúde brasileiro, o SUS se projeta como um sistema descentralizado, hierarquizado, regionalizado, com gestão democratizada e com participação popular, tendo como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade[32]. Integra um sistema mais amplo: o sistema de Seguridade Social[33] (BARROS, 1994, p. 32)**.**

---

[32] A **Universalidade** como princípio do SUS significa que o sistema "deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo". Pela **Integralidade**, pretende-se assegurar ao usuário "uma atenção que abranja as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades". E pelo princípio da **Equidade**, se pretende promover "igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos". Todos têm direito ao atendimento de suas necessidades, mas as pessoas são diferentes, vivendo em situação diversa, muitas vezes em condições

Embora o SUS tenha conseguido “melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país”, passados quase 25 anos, a sua implementação se dificultou pela permanência histórica de “apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico” (PAIM e col, 2011).

Depois de promulgada a nova Constituição Federal de 1988, mais adiante, sob a reforma do aparelho administrativo do Estado, nos anos 90, foi que o subsetor suplementar teve regulação do campo, e só em 2000 seria institucionalizada a Agência Nacional de Saúde (ANS), com intervenção direta do Estado no meio privado de assistência à saúde procurando equilíbrio e solvência econômica do mercado e garantia de direitos dos consumidores de planos privados de saúde (BRASIL, 2007).

Examinadas as políticas públicas de apoio e de fortalecimento do setor privado na rede SUS, com forte envolvimento Estado-mercado de saúde “que se intensificou e se diversificou em nome do direito universal à saúde, nos anos 1990”, verifica-se que o privado permanece integrado ao SUS, sendo irreal a “ideia de autonomia do mercado de planos e seguros privados de saúde”. Assim, tem-se “um SUS polissêmico e não um SUS dual”; não existe um SUS e uma saúde suplementar; dado que os padrões de relações entre público-privado que estruturam e dinamizam o SUS não se excluem e inúmeras interfaces se mantêm com as incidentes no mercado de planos e

---

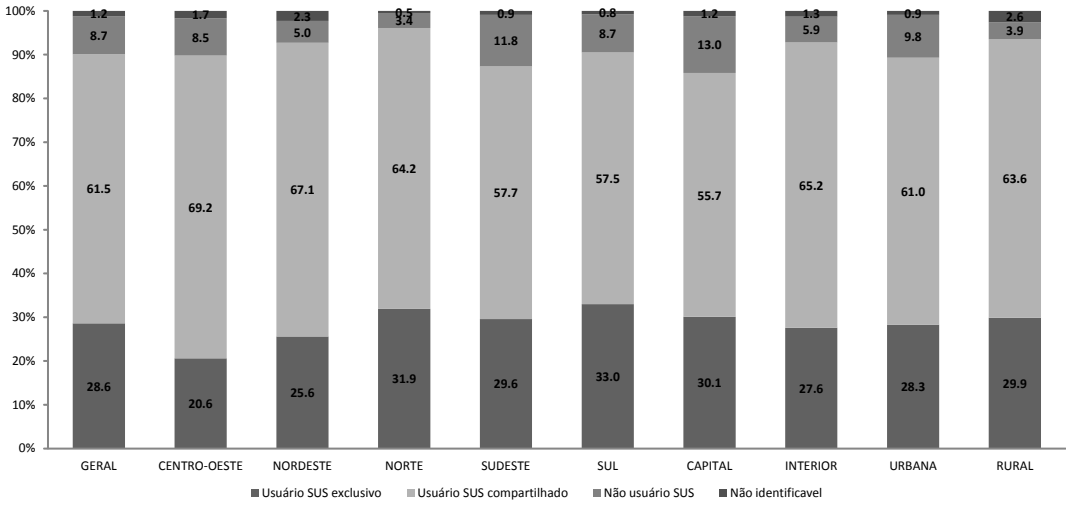
desiguais e por isto suas necessidades são também diferentes. “O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um e o que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário” (BRASIL, 2005). Os destaques são nossos.

[33] De acordo com o artigo 194 da Constituição Federal, a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Esse conjunto de ações deve ser oferecido a toda a população, conforme o parágrafo único, inciso I, desse artigo, que determina a “universalidade da cobertura e do atendimento”.

seguros de saúde. E dessa forma coincidentes impedem que o processo de democratização reduza a discriminação e os privilégios na saúde. (MATTA e LIMA, 2008, p. 15-16; BAHIA, 2008, p. 123-178).

A utilização da assistência à saúde nos subsetores pelos usuários é diferenciada e em todos os subsetores do sistema brasileiro de serviços de saúde, no público, no privado (complementar) e no suplementar, há possibilidade de desembolso direto pelo usuário com despesas relativas à assistência de saúde (Figura 1)

Figura 1 - Utilização da assistência à saúde nos subsetores do sistema brasileiro de saúde pelos usuários.



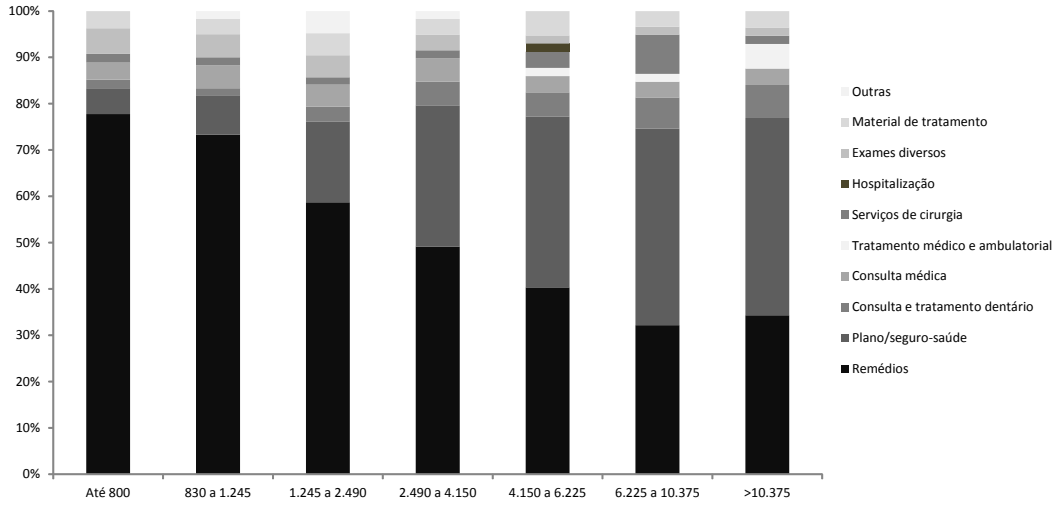
Fonte: BRASIL, 2007, com dados de 2003 do Conselho de Secretários de Saúde (CONASS).

A comparação de como se compõem as despesas com assistência à saúde conforme renda familiar mensal revela desigualdades sustentadas pelos tais subsídios concedidos por renúncia fiscal, exceto para despesas com remédios que sobrecarregam o baixo poder de consumo dos mais pobres Os de maior renda podem ter mais de 60% de suas despesas subsidiadas em até 27,5%[34], por renúncia fiscal na ocasião do ajuste anual do imposto de renda de pessoa física, enquanto os mais pobres com gastos praticamente restritos a medicamentos, correspondentes a cerca de 70% de

[34] Alíquota máxima de desconto de imposto de renda de pessoa física.

suas despesas com saúde, tem um consumo com tributação fixa no ato da aquisição, “na fonte” e sem direito a renúncia fiscal posterior (Figura 2).

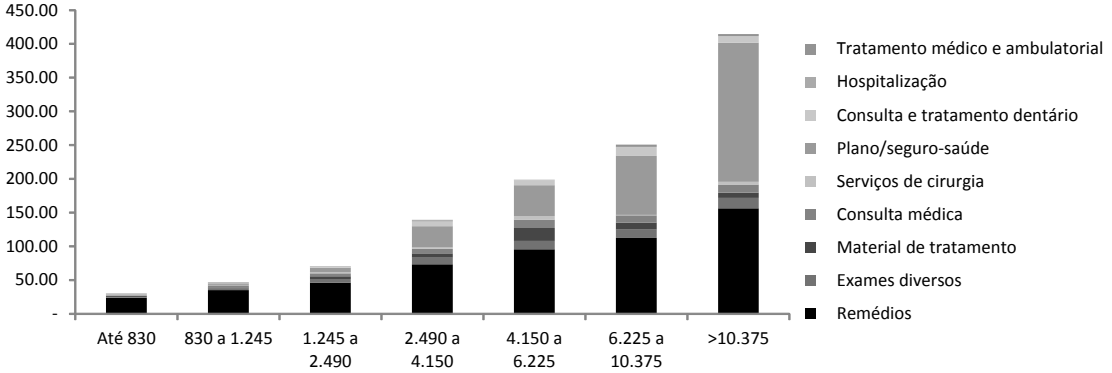
Figura 2 - Proporção de despesas com assistência à saúde mensal familiar por classes de rendimento total familiar, Brasil - período 2008-2009.



Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (IBGE, 2010a).

A renúncia fiscal com imposto de renda de pessoas físicas pode ser dimensionada pela composição dessas despesas em valores médios absolutos (Figura 3).

Figura 3 - Despesas com assistência à saúde mensal familiar por classes de rendimento total familiar, Brasil - período 2008-2009.



Fonte: Pesquisa de Orçamentos Domiciliares, 2008-2009 (IBGE, 2010a).

Dos gastos mensais (R$ 417,43), em média, com assistência à saúde, pelas famílias com renda mensal acima de R$ 10.375,00, excetuadas as despesas com remédios (R$ 156,27), cerca de 62,6% (R$ 261,16) do total

podem ser compensados em até 27,5% (R$ 71,82) por renúncia fiscal. Esse subsídio estatal a uma família de renda acima de R$ 10.375,00 corresponde, a cada mês, a mais do que o dobro de todas as despesas com saúde (R$ 30,34) de uma família com renda mensal de até R$ 830,00.

Consideradas as despesas (média mensal familiar) com assistência à saúde, por classes dos 40% com menores rendas e 10% com maiores rendas, segundo os tipos de despesa, com indicação do número e tamanho médio das famílias, no Brasil, no período de 2008 a 2009. Verifica-se que dos 40% com menores rendas e dos 10% com maiores renda (Tabela 1), estima-se que a renúncia fiscal de até 27,5% pelo imposto de renda de pessoa física, sobre cerca de R$ 31 bilhões em despesas anuais com assistência à saúde, excetuados os gastos com remédios, dos 10% mais ricos, pode ter chegado em 2010 a mais de R$ 8,5 bilhões[35]. Isso corresponde a mais de dois terços de todo o gasto com atenção básica, em todo o Brasil, em 2009, de cerca de R$ 12,4 bilhões, considerado o gasto per capita de R$ 65,40[36].

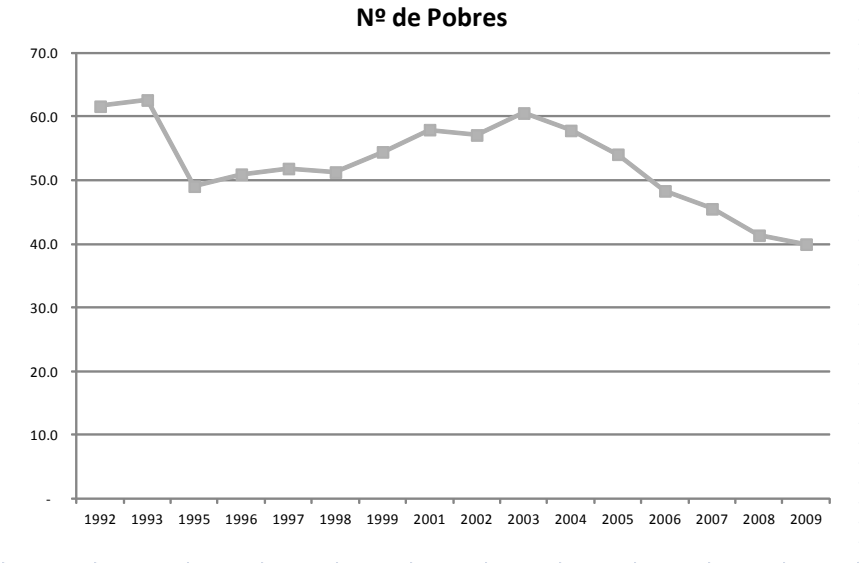
Observados os últimos 20 anos, foi na última década que houve significativa redução da pobreza no país (Figura 4). De 2003 para cá, ocorreu substancial e correspondente aumento dos beneficiários de planos de saúde do subsetor suplementar como se verificar em série histórica (Figura 5) da ANS.

---

[35] Sobre dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2209, IBGE (2010a).

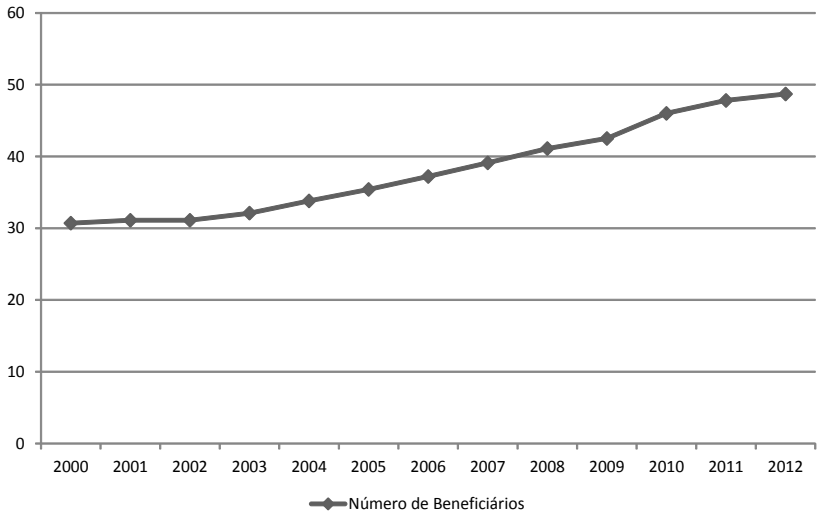
[36] Gasto do Ministério da Saúde com atenção básica à saúde *per capita* (BRASIL, 2010).

Figura 4 - Redução da pobreza no Brasil, 1992-2009.



*Em milhões.
Fonte: IETS, 2010, com base em série histórica PNAD/IBGE.

Figura 5 - Beneficiários de planos de saúde*, Brasil, 2000-2009.

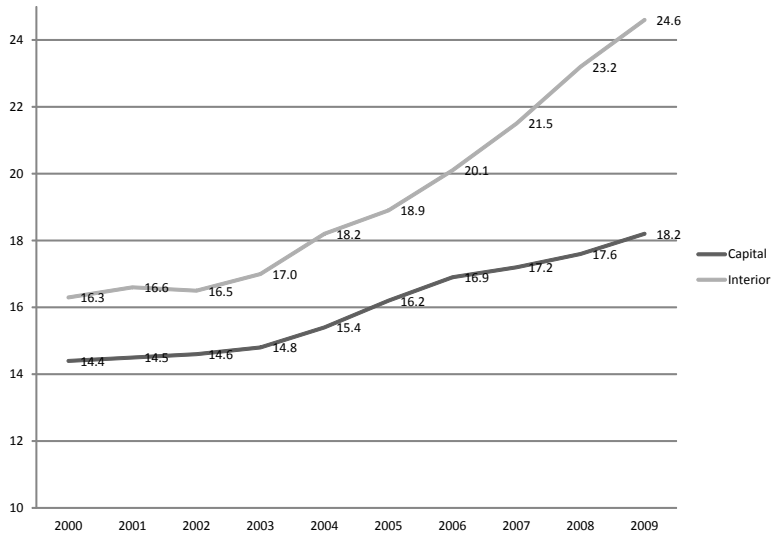


*Em milhões.
Fonte: ANS, 2012.

Em 2012, já chegam a 50 milhões os beneficiários de planos de saúde, mais de um quarto da população. De 2000 para cá houve um acréscimo de cerca de 50% no número de beneficiários, quando a população cresceu cerca 12% no mesmo período. Em todo o Brasil, a taxa de cobertura por planos de assistência médica é maior nas capitais do que

no interior, mas de 2000 a 2009, a maior parte dos vínculos de beneficiários está no interior, onde foi observado crescimento do número de vínculos mais acentuado do que aquele das capitais (Figura 6). Neste período o crescimento da população foi inferior ao crescimento do número de vínculos, gerando elevação de 13% da taxa de cobertura nas capitais e de 33,5% no interior. Os vínculos[37] a planos coletivos são predominantes (73,4%), correspondendo aos contratados por meio de empresas ou de associações. Dos mais de 42 milhões de beneficiários de planos de assistência médica em 2009, 11,3% eram idosos, com proporção um pouco maior na região Sudeste. "Quando comparada à população total brasileira, a população de beneficiários apresentou maior proporção de idosos e menor proporção de jovens até 24 anos, concentrando o maior volume de pessoas na faixa de 25 a 59 anos" (ANS, 2010). Parece que planos de saúde também estão precisando de médicos "rumo ao interior".

Figura 6 - Beneficiários de planos de saúde, interior e capitais, Brasil, 2000-2009.



Fonte: ANS, 2010.

[37] Um mesmo indivíduo pode ser beneficiário de mais de um plano de saúde, ou seja, ter mais de um vínculo contratual. O Sistema de Informações de Beneficiários registra vínculos contratuais, sendo o número de vínculos maior que o número de indivíduos. A taxa de cobertura calculada com os dados do SIB é, por este motivo, uma taxa aproximada.

Dessa forma, “o subfinanciamento público e os estímulos aos planos privados de saúde, inclusive ampliando o seu mercado mediante a inclusão de funcionários públicos e da chamada ‘classe C’, apontam para a reprodução de um SUS pobre para os pobres e complementar para o setor privado, sobretudo nos procedimentos de alto custo” (PAIM, 2012).

Observando como são ou deveriam ser cumpridas as macrofunções de regulação, de financiamento e de prestação de serviços esperadas de um sistema de serviços de saúde, pode-se identificar, do mesmo modo, algumas acumulações e desacumulações, assim como seus determinantes, relacionados com a gestão e possível solução desse problema. A regulação estatal dos sistemas de serviços de saúde não se restringe ao agendamento de consultas e internações das centrais de regulação, devendo abranger várias funções: a condução política; o planejamento estratégico; a comunicação social; a análise de situação e tendências de saúde; a avaliação econômica dos serviços de saúde; a avaliação tecnológica em saúde; a normalização dos processos de trabalho; o desenvolvimento de recursos humanos; a auditoria dos sistemas de serviços de saúde; a vigilância da saúde; o desenvolvimento científico e tecnológico (MENDES, 2002, p. 33-42). No entanto, para que se concretize a perspectiva constitucional da política de saúde fundada em rede hierarquizada e integrada sob um sistema único, se requer que na estratégia de regionalização do SUS sejam pressupostos: uma mudança em seu modelo de descentralização e a aproximação do formato organizacional a um padrão de interpendência e de gestão das políticas de saúde também em rede (OUVERNEY, 2008).

É difícil acreditar que do conjunto dessas funções e dos propósitos de regionalização se possa tramar uma solução, pois, da proposta da *Reforma Sanitária*, em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde, transformada em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao processo que vem se desenvolvendo pela implementação do SUS, analisado na conjuntura pós-constituinte de 1987,

muitas promessas não se cumpriram, tomadas as tendências que se configuram nas relações entre Estado e sociedade no Brasil (PAIM, 2008).

Também como um processo de acumulação e de desacumulação, o SUS ainda se depara sob dilemas, referenciados à equidade ou à iniquidade: permanecer segmentado ainda ou tornar-se universal; operar sob fragmentação ou com integralidade da atenção à saúde (MENDES, 2001). Enfim, implantar-se *de facto* ou restar-se *de jure,* pois não basta proclamar o SUS como um sistema que busca o "acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Observe-se que:

> (...) embora concebidas com perspectivas contraditórias, a proposta universalista expressa na Constituição brasileira e algumas propostas mais restritivas (como as defendidas pelo Banco Mundial nos anos noventa) partilham de algumas diretrizes comuns: a defesa da descentralização e da participação popular. O que nos leva a pensar que muitas das suas diferenças girem em torno da adesão ou não ao princípio da integralidade. (MATTOS, 2001)

Na interdependência dos princípios do SUS, a integralidade da atenção é impensável, inviável mesmo, sem a garantia da universalidade de acesso, considerados os sentidos que ela toma como traço da boa medicina; como modo de organizar as práticas; e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, de cuja busca se desvelam as iniquidades vividas por cada um (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001).

Nesse sistema brasileiro de serviços de saúde "plural onde o Estado atua tanto com provedor de serviços públicos e como financiador de serviços prestados pelo setor privado e onde existem também os serviços privados que operam com base nas leis de mercado, tais como: consultórios de médicos liberais, empresas médicas e os seguros-saúde" o trabalho médico continua inserido, numa "estrutura com grande variedade de serviços, diferenciados por tipo de financiamento, natureza jurídica, estrutura gerencial, formas de pagamento e modo de organização da prática médica"[38].

Como são os médicos oferecidos pelo processo de formação, de sua produção, a esse iníquo modo de prestação de serviços de saúde? Como é

[38] Como referido por VERAS, citada por MACHADO (1997, p. 172).

inserida a força de trabalho de médicos num Brasil de SUS e de muitas "empresas médicas" articuladas com uma "indústria da saúde"[39]? Enfim, como são dispostos os médicos nesse sistema brasileiro de serviços de saúde, repleto de contradições?

1.2 MOBILIDADE DA FORÇA DE TRABALHO DE MÉDICOS NO BRASIL

Em 2009, observou-se um aumento dos serviços de saúde com uma maior disseminação dos recursos no país, ampliação dos postos de trabalho do setor, com aumento do nível de escolaridade. Dos postos com nível superior, 57,6% eram de médicos, dos quais, 40,2% estavam concentrados nas capitais, principalmente do Sudeste e no Distrito Federal. Na distribuição dos postos de trabalho dos médicos por mil habitantes em 2009, o Sudeste permanecia liderando (4,3 postos de trabalho por mil habitantes), seguido por Sul (3,4), Centro-Oeste (3,1), Nordeste (2,3) e Norte (1,9), e a média nacional ficou em 3,3. Ampliou-se a oferta de serviços de alta complexidade sem internação e de diagnóstico e terapia pelo setor privado. Predominam os serviços ambulatoriais de menor complexidade oferecidos pelo setor público municipal (IBGE, 2010b)[40].

Depois das pesquisas de 1996 e de 2004, promovidas pelo CFM[41], surgem recentemente novos abrangentes estudos sobre o trabalho de médicos no Brasil. Em novembro de 2011, foram divulgados os resultados

---

[39] Como referido pelo prof. Hésio Cordeiro, dissertando sobre "as transformações capitalistas da prática médica"sobre tendência ao empresariamento da medicina com crescente articulação com as indústrias farmacêutica e de equipamento médico, mediadas pela Previdência Social (CORDEIRO, 1980, 1984).

[40] Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009. Desenvolvida periodicamente pelo IBGE, a AMS investiga todos os estabelecimentos de saúde existentes no País que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluindo aqueles que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses, com o objetivo básico de revelar o perfil da capacidade instalada e da oferta de serviços de saúde no Brasil.

[41] "Perfil dos Médicos no Brasil", coordenada por Machado (1996) e "O Médico e o seu Trabalho" coordenada por Carneiro e Gouveia (2004).

de uma primeira fase da “Demografia Médica no Brasil”[42]. Novamente, por censo, contam-se médicos e procura-se localizar onde e como estão trabalhando. Nessa primeira fase, aponta-se “aumento consistente do número de médicos no Brasil”, mas “permeado por profundas desigualdades”, destacadas pelo estudo em três dimensões: de distribuição geográfica; de inserção nos setores público e privado da saúde; e de especialização profissional. Reporta-se a evolução do número de médicos e da população do Brasil, em taxas comparadas. A distribuição de médicos é apresentada por região, estados e capitais; por sexo; faixa etária e média de idade; entradas e saídas no mercado de trabalho; ocupação de postos de trabalho em estabelecimentos públicos ou privados. E em relatório de setembro de 2012, foram apresentados os resultados do estudo “Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil” [43]. Além do trabalho médico especializado, como objeto específico de investigação, a partir de dados sobre a formação médica e sobre o mercado de trabalho médico, caracteriza-se a força de trabalho de médicos e se lhe propõe um modelo de projeção. Nesses dois estudos são apontadas algumas tendências, mas outras podem ser desveladas pela relação entre as dimensões setorial, profissional, e geográfica de distribuição do trabalho médico exploradas, considerado o valor heurístico que guardam os dados dessas e de outras pesquisas quando relacionados a pressupostos mecanismos de mobilidade da força de trabalho de médicos.

As razões médico por habitante, ou habitantes para cada médico, têm sido utilizadas como referenciais de avaliação. Arbitrado como ideal, o parâmetro de um médico para cada mil habitantes, de instituição indevidamente atribuída à Organização Mundial da Saúde (OMS)[44],

---

[42] Iniciativa, em desenvolvimento, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), coordenado por Scheffer (2011).

[43] Integrante da linha de “Identificação de desequilíbrios e iniquidades no acesso e distribuição de recursos humanos em saúde” da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenado por Girardi (2012).

[44] “Um ponto deve ficar bem ressaltado: em nenhuma oportunidade a Organização Mundial da Saúde, através de qualquer dos seus representantes, afirmou que ‘existe

acumulou-se de valor normativo por repetição desse abuso de referência. Daí, como indicador norma, passa a designar adequação. Mais recentemente, se especula que todos os recursos humanos em saúde reunidos estejam numa proporção “adequada” de 2,5 por habitante. De forma derivada, empurrada escala acima para o patamar de 2,5 médicos por mil habitantes, a nova “razão”, como nova moda, já se anuncia no Brasil estabelecida como meta para 2020[45].

Como indicador de situação de assistência médica de uma determinada região, de forma isolada tem significado restrito, mas se confrontados os indicadores de duas ou mais situações, obtidos por desagregação de mesmo nível de definição geográfica, ou não, se demonstra a desigualdade de acesso ao cuidado médico.

No mundo, com população que já teria ultrapassado os sete bilhões de habitantes e com cerca de 9,2 milhões de médicos, há mais de um médico por mil habitantes. Mais enquanto na Europa essa proporção é de 3,33; nas Américas é de 2,50; no Pacífico Ocidental de 1,45, no Mediterrâneo Oriental de 1,10 para então cair pela metade no Sudeste da Ásia (0,54) e atingir a situação de penúria da África (0,23). Nesse continente o mínimo relatado está na Libéria e na Tanzânia (0,01). A máxima densidade registrada no mundo todo está em Cuba com 6,4 médicos para cada mil habitantes (SCHEFFER, 2011, p. 77-78).

No Brasil, da mesma forma, com mais de 190 milhões de habitantes e cerca de 370 mil médicos em atividade, há quase dois (1,95) médicos por mil habitantes. Desagregado o indicador, emergem desigualdades em todas as

---

uma relação ideal de um médico por mil habitantes’. Se isso tivesse ocorrido, a declaração deixaria de merecer respeito. Afinal, vários fatores determinam a necessidade de maior ou menor quantidade de médicos. Um deles é a nosologia prevalente na comunidade. Assim, por exemplo, se a relação de um médico por mil habitante for válida para a cidade do Rio de Janeiro, essa relação será muito diversa para a ilha do Bananal. Os problemas de saúde e as necessidades assistenciais são completamente diferentes. Os problemas de saúde se transmudam na medida em que se processa o desenvolvimento. Desaparecem as doenças pestilenciais, escasseiam as doenças de massa, surgindo, em substituição, as doenças degenerativas, os acidentes do trabalho e do trânsito” (MELLO, 1983, p. 23).

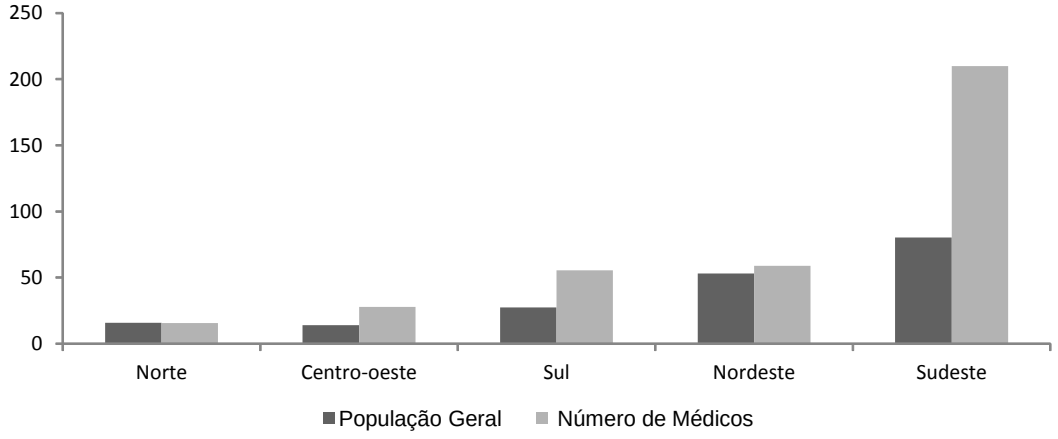
[45] Sobre plano de aumento do número de médicos em elaboração nos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2012a).

conformações espaciais: entre regiões; estados e municípios. Das unidades da federação, há cinco estados (Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Minas Gerais) com mais de 1,95 e o Distrito Federal se destaca com pouco mais de quatro médicos por mil habitantes. Os outros 22 estados têm menos que a média brasileira, alguns em situação equiparável a níveis asiáticos e africanos. Observadas as capitais, em vinte delas se ultrapassa a média nacional de 1,95 médicos por 1.000 habitantes e em dez, essa razão é maior do que 5,0 (SCHEFFER, 2011, p. 78).

Noutro extremo se encontram os habitantes de cerca de 280 dos 5.565 municípios do Brasil[46]. Essa situação já foi pior quando na década de 60 em metade dos municípios não havia um só médico (PINTO, 1999, p. 72).

A distribuição de médicos e população de cada região do Brasil são comparadas inicialmente (Figura 7) e depois, pela ordem crescente de população, comparadas as razões de médico por 1.000 habitantes de cada região do Brasil, revelam-se as desigualdades (Figura 8).

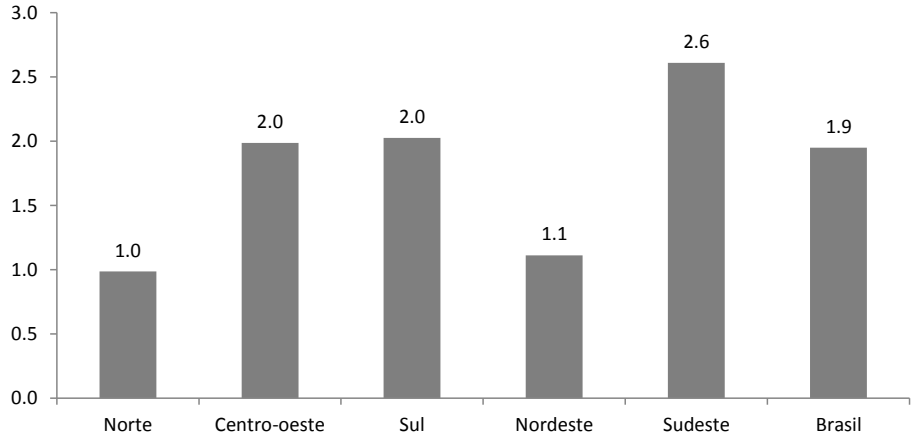
Figura 7 - População e número de médicos por Região do Brasil*.



Fonte: IBGE, 2010c; Scheffer, 2011.
*Nº de Médicos em milhares e População Geral em milhões de habitantes.

[46] Em “Mapas e números da atenção básica”. Disponivel em http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php. Acesso em 20 nov. 2012.

Figura 8 - Razão Médico por Habitante, Brasil e Regiões.



Fonte: Scheffer, 2011; IBGE, 2010c.

Nos últimos 80 anos, ao longo do século XX e começo deste, a quantidade de médicos no Brasil cresceu quase quatro vezes mais do que a população em geral (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de médicos e população do Brasil em 1930 e em 2010, proporção de crescimento e razão médico por 1.000 habitantes.

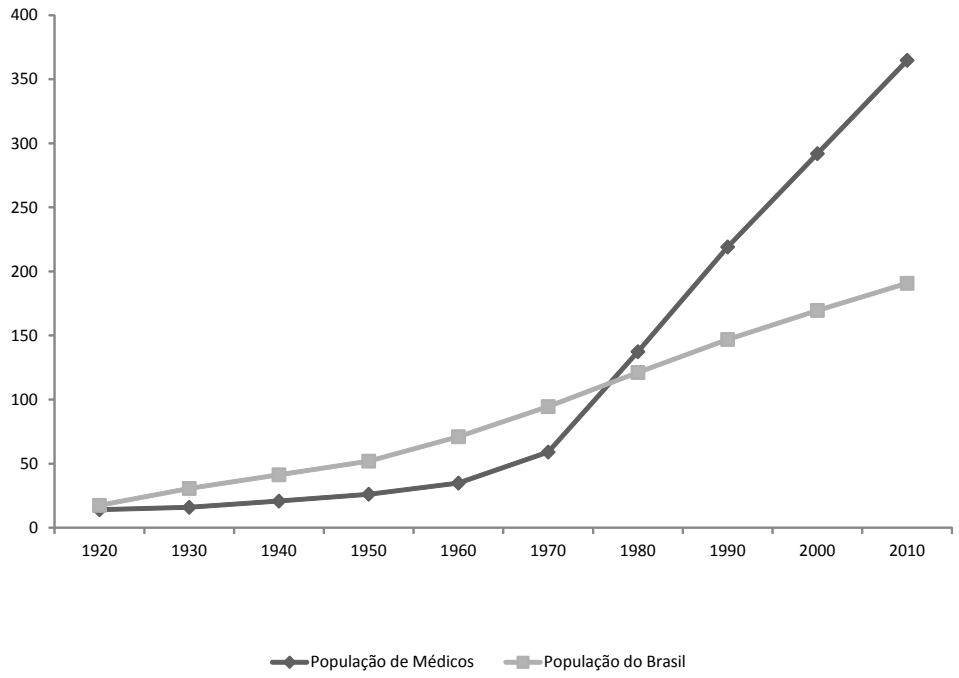
Ano	N º de Médicos	População do Brasil	Razão
1930	15.899	30.635.605	0,5
2010	364.757	190.755.799	1,9
Proporção	22,9	6,2	3,7

Fonte: Scheffer, 2011; IBGE, 2010c.

A razão de um médico por 1.000 habitantes foi ultrapassada pouco antes de 1980 e chega a 1,9 em 2010. Estima-se que o volume de médicos em 2030 oscilará em torno de 600 mil, com 2,5 médicos por habitante por volta de 2025. (GIRARDI, 2012).

O número de médicos e de habitantes no Brasil cresceu de modo muito diferente sinalizando determinação distinta (Figura 9).

Figura 9 - Evolução do número de médicos e da população do Brasil.*



Fonte: Scheffer, 2011; IBGE, 2010c.
*Número de médicos em milhares e população do Brasil em milhões de habitantes.

A população cresce, de forma constante, em leve exponencial, quase linear, até 1980, e daí então vem se desacelerando. O número de médicos evolui também de forma quase linear, mas com coeficiente menor. Destaque-se que evolui com escassez até 1960. Depois sofre inflexão ascendente até 1980, quando ultrapassa a razão de um médico por mil habitantes e continua crescendo num coeficiente bem maior do que da população, mas em desaceleração.

O aumento mais acentuado no número de médicos promovido pela abertura de várias escolas acompanha o processo de maior urbanização no Brasil como assinalado por Santos:

> Os anos 60 marcam um significativo ponto de inflexão. Tanto no decênio entre 1940 e 1950, quanto entre 1950 e 1960, o aumento anual da população urbana era, em números absolutos, menor que o da população total do País. Nos anos 1960-1970, os dois números se aproximavam. E, na década 1970-1980, o crescimento numérico da população urbana já era maior eu o da

> população total. O processo de urbanização conhece uma aceleração e ganha novo patamar, consolidado na década seguinte (SANTOS, 2008, p. 32-33).

Havia treze escolas, todas públicas, uma no Norte, três no Nordeste, sete no Sudeste; duas no Sul mas nenhuma no Centro-Oeste, até 1950, quando naquele ano foram criadas as duas primeiras instituições privadas de ensino médico no país, no Recife[47] e em Sorocaba. A década de 50 termina com mais 14 escolas, das quais, cinco particulares. Os próprios médicos, por suas entidades, clamavam pela formação de noviços colegas.

Sob pressão das classes médias urbanas pelo aumento geral das vagas no sistema universitário[48], na década de 60 são criadas outras 36 escolas, a maioria de natureza privada. Muitos estudantes eram mesmo de origem urbana. Mas sem a devida regulação desse processo de ampliação do ensino médico, em grande parte, privatizado, sob financiamento estatal, permitiu-se, durante o regime militar, a oferta de cursos sem as mínimas condições apropriadas de docência qualificada, de infraestrutura de apoio e de campo de prática, com “fuga para estágios extracurriculares”.

Como resultado daquela política dos anos 60, início dos 70, aparentemente planejada, para a “melhoria da assistência médica” no país, entre os meados dos 70 aos dos 80, grande número de empregos foi criado para as dezenas de milhares de novos médicos formados. Mais adiante, no entanto, crise econômica instalada, com diminuída criação de empregos, disputam-se os cargos assalariados pelo Estado, ainda com *status*, mas ganhos menores, num dito processo, genérico, de “desvalorização dos anos de estudo”[49]. Quanto desses novos “empregados” haviam se formado aos milhares em algum daqueles cursos com baixo padrão de ensino?

Muitos recém-formados têm ingressado no exercício profissional sem o devido preparo, sentindo-se inseguros e de fato desvalorizados. A

---

[47] A Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco iria compor em 1966 junto com outros cursos a Fundação de Ensino Superior de Pernambuco – FESP que viria a se transformar, no início da década de 1990, na Universidade de Pernambuco, adquirindo caráter público, estadual.

[48] As matrículas universitárias passaram de 100 mil, em 1960, a mais de um milhão em 1975 [Tedesco (1995) citado por Machado (1997, p. 55)].

[49] (Idem)

insegurança que sentem os recém-formados diante das primeiras oportunidades de trabalho e que põe em dúvida a eficácia do sistema de formação médica se ilustra nessa passagem confessada:

> Quando me formei, era mais uma ameaça para a sociedade do que qualquer outra coisa. Tudo o que eu sabia era o nome de algumas doenças e dos remédios com que, esperava-se, eu as trataria. Eu não sabia sequer manejar um simples fórceps. Tudo o que eu sei aprendi depois da faculdade. Mas quantos médicos aprendem algo além do escasso conhecimento que adquirem com a prática? Eles não têm tempo de estudar, os pobres coitados, andam sempre apressados [...] [Dr. Andrew Manson, personagem de A Cidadela (1937) de Archibald Joseph Cronin (1896-1981)].[50]

A desmedida multiplicação de escolas médicas e matrículas de primeiro ano durante os anos 60 e 70 foi denunciada como "*festa política, inconsequente e desastrosa".* Advertiu-se que "o Brasil não necessita de mais escolas médicas, e sim, de melhores escolas; não precisa de mais médicos, e sim de melhores médicos, preparados e qualificados" (NASSIF, 1996, p. 55).

Antes mesmo, como "crise do ensino médico", em 1971 foi proibida a abertura de novos cursos, impedimento cobrabo por movimento corporativo em reclamo "oposto ao preconizado nos anos 50 e 60". Nesse primeiro período de maior expansão do ensino médico, de 1955 a 1990, foram graduados, no Brasil, mais de 70% dos médicos que estavam em atividade no país nos anos 90.

Mantida até 1989, aquela proibição para abertura de novos cursos foi aliviada por decreto[51] estabelecendo critérios, semelhantes aos de 1960, "atualizados" para apreciação de "pedidos de autorização de funcionamento de novos cursos". Sob regulação igualmente ineficaz, outro período de expansão se inicia e novas escolas foram criadas não só por conta de "injunções políticas, a despeito de pareceres contrários, como por meio do artifício de criar 'universidades' e, com amparo do preceito constitucional da

---

[50] Excerto colhido por Moacyr Scliar em "A paixão transformada" (1996, p. 255).

[51] Decreto-lei nº 98.377, de 8 de novembro de 1989, dispondo sobre a criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, 28ª alteração da Lei Ordinária 4.024 de 20 de dezembro de 1961 que fixava as diretrizes e bases da educação nacional, no governo João Goulart.

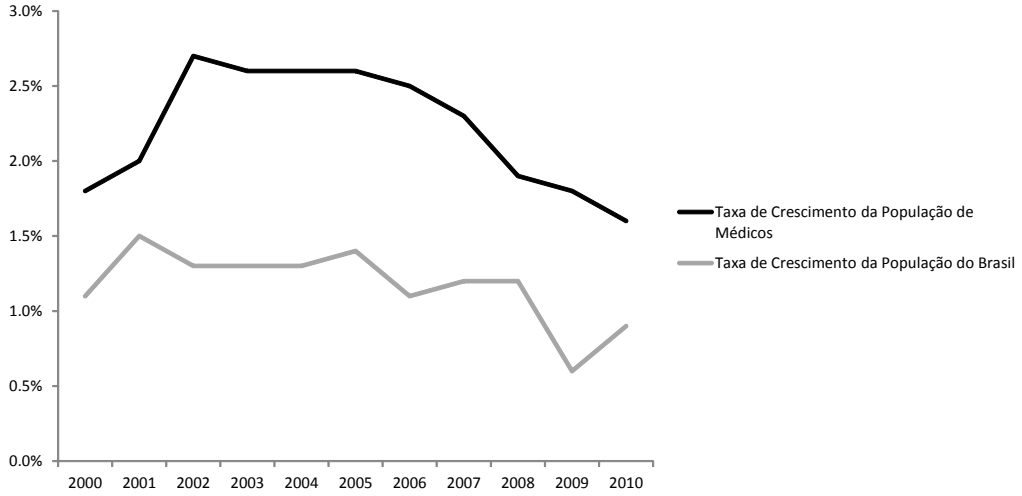
‘autonomia universitária’, adquirir a prerrogativa de funcionamento de qualquer curso superior”(MACHADO, 1997, p. 55-56).

Nos anos 90 são criadas outras dezessete escolas e na última década houve um extraordinário acréscimo de mais 88 novas escolas. As vagas de vestibular para Medicina foram acrescidas em 111,5%, saltando de 7.786 em 1991 para 16.468 em 2010.

Nesses últimos 20 anos, no entanto, os médicos formados naquele primeiro período de grande expansão do ensino médico, completando 35 a 40 anos de atividade, entram no processo de afastamento do trabalho.

Mesmo com o novo aumento de escolas e matrículas em medicina, considerado o envelhecimento da população e mantidos os cenários de 2010, o número de médicos continuaria aumentando, mas com taxas de crescimento em diminuição (Figura 10).

Figura 10 - Evolução da taxa de crescimento da população de médicos e da população do Brasil, 1980 a 2010.



Extraído da Pesquisa *Demografia Médica no Brasil* (SCHEFFER, 2011)

Assim, depreende-se que por volta de 2050 poderá advir escassez (GIRARDI, 2012). Como estarão se posicionando os médicos, hoje em movimento contrário a essa nova expansão do ensino?

Até o fim de 1994, havia 81 escolas no Brasil. Dentre elas, 75% estavam concentradas no Sudeste e no Sul; 54% (44) estavam no Sudeste, das quais 70% (31) em São Paulo e no Rio de Janeiro; 43 (53%) eram de

natureza pública, estando as federais distribuídas pelo país e poucas eram as estaduais e municipais; 38 (47%) escolas médicas eram privadas, concentradas no Sul e no Sudeste, com 74% (28) localizadas no interior; o setor público ainda era hegemônico no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Metade dos graduados em escolas públicas estava residindo no Sudeste, 20% no Nordeste e 16% no Sul. Historicamente, a criação das maiores escolas de medicina nas capitais do Brasil, quase todas federais, fomentou e solidificou a fixação de médicos nesses grandes centros. Somente foram para o interior, dos egressos de escolas federais, por exemplo, do Rio de Janeiro, 14%; do Pará, 8%; de Pernambuco, 7%; do Ceará, 4%; de Alagoas, 2%. Dos egressos de escolas privadas, 75% ficaram no Sudeste, onde estudaram. Confrontadas as situações de trabalho e de graduação, a localização da escola no interior, seja ela pública ou privada, julga-se que tenha "contribuído para a fixação de médicos fora da esfera urbana das capitais brasileiras". (MACHADO, 1997, p. 53).

Se o local da graduação for admitido como um dos fatores de fixação do médico, para que se possa corrigir e não exacerbar as desigualdades na distribuição de médicos, é fundamental que, na concessão para abertura de novas escolas, se estabeleça a descentralização como diretriz de uma nova regionalização do ensino médico.

Na evolução histórica do ensino médico no Brasil, as escolas de natureza pública instalam-se primeiro nas capitais, mas desde o primeiro período de expansão há interiorização do ensino médico, incluindo a localização das escolas privadas, mas ocorre sobretudo na região Sudeste, e esse processo se acentua no segundo *boom* dos últimos 20 anos (AMARAL, 2007, p. 69-71, 130-131).

Apesar da pressuposta terminalidade do curso médico, reiterada nas atuais diretrizes curriculares[52], pela qual o recém-formado estaria, e

[52] "Perfil do formando egresso/profissional: médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência,

legalmente de fato se encontra, apto para o exercício profissional, é comum que se procure programa de residência médica (PRM), não só como modalidade de aperfeiçoamento profissional, mas como busca por uma especialização. Nessa conjunção que historicamente configura o processo de formação médica devem-se considerar algumas premissas que ainda não foram resolvidas. O exercício da clínica na atenção básica continua negligenciado desde a graduação, em tempos acadêmicos de “promoção” e “prevenção” da saúde. Na Residência Médica (RM), permanece desprezada a apreensão do significado e, por conseguinte, do valor dos princípios fundamentais e das diretrizes operacionais do SUS (FEUERWERKER, 1998). Daí se estigma de pouca resolubilidade o cuidado médico de atenção primária à saúde sem que se incorpore à Atenção Básica tecnologia mínima apropriada. Reclama-se acesso integrado à atenção especializada, mas não se estabelece o matriciamento das diversas especialidades médicas com a atenção primária à saúde. E as principais tentativas de mudanças curriculares na educação médica brasileira “esbarraram, fundamentalmente, em: concepções limitadas do que seria a mudança; inadequações dos cenários de prática aos objetivos pretendidos; baixa capacidade do núcleo coordenador da mudança para romper a lógica formal das disciplinas; falta de capacitação pedagógica do corpo docente e limitações graves de poder” como afirmam Ciuffo e Ribeiro (2008), tomadas as considerações de Feuerwerker.

Tudo isso tem contribuído para dificultar a implementação do trabalho de médico em “áreas remotas e desassistidas”, incluídos interior e periferia de grandes cidades.

E para além de um processo de formação estendida e de especialização do trabalho médico, outros significados da RM para a constituição dos mercados de trabalho médico e por conseguinte da mobilidade da força de trabalho de médicos podem ser apreendidos, noutras

---

com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2001).

aproximações, dos antecedentes à atualidade da própria Medicina especializada.

Se reexaminadas suas origens no século XIX, observa-se que, por volta de 1880, a especialização médica foi percebida como uma necessidade da ciência médica, reclamada por duas razões. Primeiro, pela ampliação do conhecimento médico, demanda-se que pesquisadores clínicos se especializem, admitindo-se que “só a especialização permitiria uma rigorosa observação de muitos casos”. Segundo, a racionalidade administrativa sugeriu que “grandes populações poderiam ser melhor gerenciadas” por meio adequado de classificação de seus problemas, reunindo pessoas pertencentes à mesma classe e separando aqueles que pertencem a categorias diferentes. Ambas as condições surgem mais fortemente no início do século XIX em Paris, mas, em contraste, permanecem subdesenvolvidas na fragmentada comunidade médica de Londres durante aquele período. Essa racionalidade reage ao crescimento econômico e aos avanços tecnológicos nas sociedades capitalistas, determinantes de progressiva divisão técnica e social do trabalho (WEISZ, 2003).

Antes disso, sob mecanismos disciplinares impostos a seu confuso espaço, o hospital civil, reorganizado pelo modelo militar e marítimo antes instituído, havia se tornado *locus* privilegiado do processo de medicalização da sociedade, cujas raízes remontam ao século XVII. Selecionaram-se os lugares de instalação, regrou-se a arquitetura hospitalar (FOUCAULT, 2010, p. 103-109). Sustentadas naquele novo saber apreendido, juntaram-se a medicina interna e a cirurgia, primeiras históricas divisões, e se instalaram no hospital, sob disciplina médica. Criaram-se postos de chefia para médicos e cirurgiões; enfermarias por nosologia, leito individualizado, cubagem do ar, higienização das roupas (NOGUEIRA, 2007, p. 72).

Recondicionado, o hospital havia se transformado no século XVIII.

> Se em 1680 havia no Hôtel-Dieu de Paris uma visita por dia, no século XVIII aparecem vários regulamentos que sucessivamente precisam que deve haver uma outra visita, à noite, para os doentes mais graves; que deve haver uma outra visita para todos

> os doentes; que cada visita deve durar duas horas e finalmente, em torno de 1770, que um médico deve residir no hospital e pode ser chamado ou se locomover a qualquer hora do dia ou da noite para observar o que se passa. Aparece, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não havia (FOUCAULT, 2010, p. 109).

Ao sair de sua “manufatura” para trabalhar no hospital, o médico teve a seu alcance um recurso de que carecia o trabalhador comum, da indústria. Os pacientes, apesar das mudanças, mantinham uma relação pessoal com os seus médicos ainda que a atenção médica tivesse lugar num hospital ou numa clínica. Nesse sentido, hospitais e clínicas diferem das fábricas (STARR, 1991, p. 259). O poder do médico fundava-se no vínculo estabelecido com os pacientes, construído na prestação do cuidado à saúde.

Com os diversos recursos reunidos no hospital, num só espaço, se cumpriam os procedimentos com maior “produtividade”, como forte apelo econômico na perspectiva capitalista. Mas se na indústria, o trabalho do artesão qualificado se tornou semiqualificado e, por conseguinte, mais barato, na medicina os médicos mantiveram uma “integridade de seu ofício e o controle da divisão do trabalho”. Mesmo sob a lógica da especialização essa divisão do trabalho foi negociada entre os médicos e não “por vontade de patrões, administradores ou engenheiros”. Mais do que deter um “monopólio de competência” os médicos se valem dos hospitais sem ser “empregados” deles.

Nos Estados Unidos, querendo preservar a “autonomia” sem perder o controle assumido, são estabelecidas pelo menos três estratégias de manutenção de sua autoridade acumulada sobre o ambiente hospitalar: “valer-se de médicos em treinamento (internos e residentes) na operação dos hospitais; encorajar o profissionalismo responsável das camadas mais altas de trabalhadores subordinados da saúde; e empregar mulheres nos papéis auxiliares, as quais, ainda que profissionalmente qualificadas, não poriam em perigo nem a autoridade nem a posição econômica do médico” (STARR, 1991, p. 263).

Apresentada como principal modo de se atingir a condição de especialista, a RM se estende como um processo estratégico de

manutenção da ordem hierárquica de poder médico no hospital e por consequência, no setor econômico terciário da prestação de serviços de saúde, historicamente fundado, nas sociedades capitalistas, sobre a instituição hospitalar. Desse modo tem-se constituído como fator determinante na mobilidade do trabalho médico, sustentado em muitos países desenvolvidos. No Brasil, esse processo se desenrola no século XX (DONNANGELO, 2011, p. 82-105), tão tardio como seu capitalismo periférico dependente.

Em editorial intitulado *Fatal Flows – Doctors on the Move*, do periódico *The New England Journal of Medicine*, se denuncia que:

> O movimento dos médicos de países pobres para os países ricos é um crescente obstáculo para a saúde global. Gana, com 0,09 médico por mil habitantes, envia médicos para o Reino Unido, que tem 18 vezes mais médicos per capita. Os Estados Unidos da América, com 5% da população mundial, emprega 11% dos médicos do globo, e sua demanda está crescendo (CHEN e BOUFFORD, 2006).

Constatam que, de fato, um mercado de trabalho médico opera através das grandes regiões do mundo, com asiáticos se movendo para a América do Norte; egípcios indo para países exportadores de petróleo; e do Leste europeu para uma União Europeia em expansão. A África do Sul exporta profissionais para países mais ricos e simultaneamente importa de nações africanas vizinhas e mais pobres. Aceitam ser “inevitável a mobilidade internacional de profissionais, quando as pessoas possuem habilidades que podem ser vendidas num mercado global”. Embora estejam aparentemente preocupados com uma “saúde global”, admitem que a migração de profissionais médicos “reflete um equilíbrio de oferta e demanda, mas tem implicações éticas, também”. É o que se tem chamado de “*fatal flows*”, por conta dos quais os países mais pobres se tornam mais vulneráveis a devastadoras doenças e inevitável morte. Reconhecem que é, sem dúvida, danosa a emigração dos países mais pobres. Mais de uma dúzia de países na África subsaariana têm tido queda nas expectativas de vida, principalmente como resultado da epidemia de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e AIDS. Com pouco mais de 600.000 médicos,

enfermeiros e parteiras para mais de 600 milhões de pessoas, esses países africanos precisam um adicional equivalente a pelo menos um milhão de trabalhadores, para que possam oferecer serviços básicos consistentes com o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio propostos pela Organização das Nações Unidas (CHEN e BOUFFORD, 2006).

Nos Estados Unidos, 25% dos médicos em exercício foram graduados em outros países, e o número é ainda maior no Reino Unido, Canadá e Austrália. Muitos desses graduados no estrangeiro vêm de países pobres com alta carga de doenças - precisamente aquelas nações que menos podem se dar ao luxo de perder seus profissionais Os sistemas médicos dos Estados Unidos e outros países ricos são fortemente dependentes de trabalhadores importados - para complementar pessoal de hospitais, cobrir áreas carentes e suprir lacunas de certas competências. As escolas médicas dos EUA graduam cerca de 17.000 médicos anualmente e há 30% mais de vagas de RM. Essa lacuna é preenchida pelo por médicos licenciados no estrangeiro, a maioria dos quais alcança a cidadania ou residência permanente e permanecem nos Estados Unidos para praticar a medicina (MULLAN, 2005).

Sabe-se que desde o século XVIII, há migração de brasileiros para formação médica no exterior. Mesmo depois de instaladas as escolas da Bahia e do Rio de Janeiro pela corte portuguesa transmudada para cá, somente os mais ricos continuavam a ter sua formação na Europa. No século XX, sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial, outros brasileiros já formados médicos se destinaram para o exterior em PRM, na Europa e nos Estados Unidos e muitos por lá ficaram. Como em vários setores da economia, esses sequestros de força de trabalho, de alta qualificação e de enorme custo de formação, têm sido tratados como *brain drain*, literalmente e de fato, um sorvo, uma sorvedura de cérebros!

Na sequencia de estudos promovida pelo CFM, fluxos migratórios de médicos, internos ao Brasil, foram distinguidos na pesquisa de 1996, mas não na de 2004 e ainda não foram expostos na primeira fase da de 2011[53].

Nos percentuais registrados, em síntese, no primeiro estudo (MACHADO, 1997, p. 42-44), se capturam outras proporções. Por exemplo, os 21,9% (23.557 médicos) de migrantes de que se compunha a "população médica" do Sudeste (107.565 médicos), na época, equivalem a 80% de todos os médicos do Nordeste (29.249). Todos os médicos do Norte (5.698) e do Centro-Oeste (12.432) somados (18.130 médicos) chegam apenas a 77% dos médicos que migraram para o Sudeste. E somados os que migraram para o Sul e para o Sudeste (30.022 médicos) formava-se um contingente para lá "drenado" maior do que toda a "população médica" do Nordeste.

Assim é que "os estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste contam com a metade dos médicos que estão concentrados no Sul e no Sudeste" e "os cidadãos que moram no interior dos estados contam, em média, com duas vezes menos médicos do que aqueles que vivem nas capitais" (SCHEFFER, 2011, p. 85).

No Brasil, "funcionando em instituições de saúde", a RM[54] se compreende como "modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de capacitação" que além de "complementar a graduação, especializa e insere o profissional na prática médica." (FEUERWERKER citada por SCHEFFER, 2011, p. 56).

A condição de médico especialista é atribuída aos médicos que tenham, de forma certificada, concluído um PRM reconhecido pelo Ministério da Educação[55] e àqueles que obtêm o título de especialista por concurso da respectiva sociedade de especialidade médica vinculada à Associação Médica Brasileira, de natureza privada e corporativa. Nesse tipo de

---

[53] Respectivamente coordenados por Machado (1996), por Carneiro e Gouveia (2004) e por Scheffer (2011).
[54] Instituída em 1977 pelo Decreto Federal nº 80.281 (Scheffer, 2011).
[55] Regulado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)do Ministério da Educação.

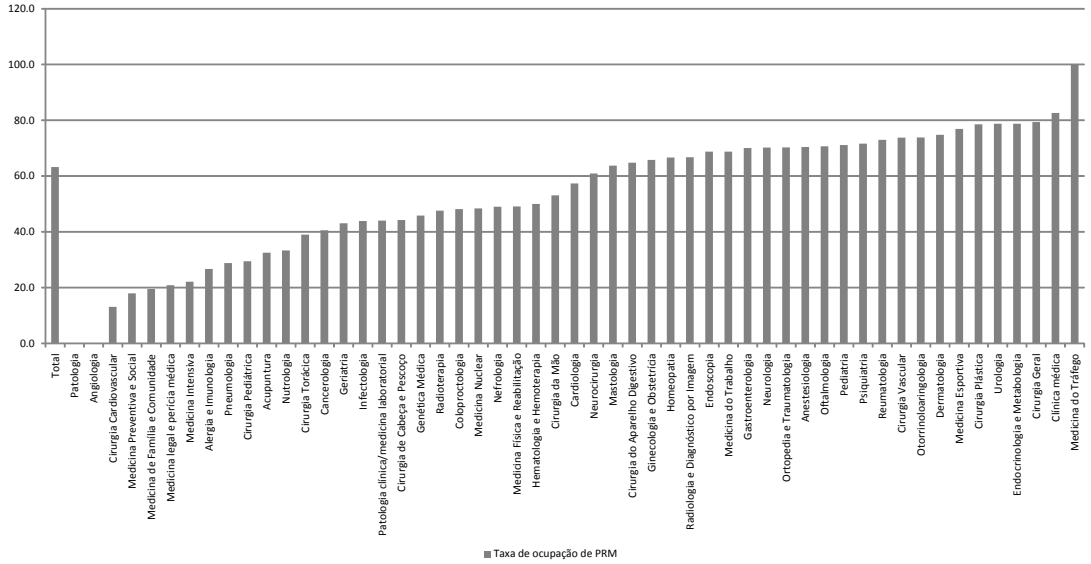
concurso, além de prova de conhecimentos teóricos e práticos, de natureza somativa, avaliam-se os candidatos, em tese, pela comprovação de prática da especialidade que tenha desenvolvido, sob supervisão, em locais em que ela reconhecidamente haja se institucionalizado.

No Sudeste se concentram 59,4% de todas as vagas de PRM do país e lá estão 71% de todos os residentes do Brasil. No Estado de São Paulo estão se formando 41,5% de todo o contingente. Considerados os estudos desenvolvidos no Brasil, mais determinante do que o local de graduação na fixação de médicos, e por conseguinte, na constituição da oferta de força de trabalho de médicos no Brasil, como no mundo todo, é o local de especialização cumprido em PRM (PINTO, 1999; PÓVOA e ANDRADE, 2006; SEIXAS, 2011).

Não como se coloca na “Demografia Médica no Brasil” em que se afirma que “não há vagas na Residência Médica para todos os egressos de cursos de medicina” (SCHEFFER, 2011, p. 56), por monitoramento se constata que há mais vagas para o primeiro ano, dito de R1, nos PRM no Brasil, do que são formados médicos no período exatamente anterior. Em 2011 foram oferecidas 13.840 vagas de R1 para uma pressuposta demanda 12.982 graduados de medicina em 2010, na razão de 1,07 vagas de R1 por egresso. “As especialidades com maior oferta de vagas coincidem com a demanda de profissionais no mercado de trabalho. São elas: Clínica médica (3.789), Ginecologia e obstetrícia (3.074), Cirurgia Geral (2.891) Pediatria (2.651), Anestesiologia (1.932), Ortopedia e Traumatologia (1.818), e Medicina de Família e Comunidade (1.620)”. Mas em 2010, apenas 70% (9.620) das 13.764 vagas de R1 oferecidas foram ocupadas. As 35.723 vagas ao todo, de R1 a R6, estavam em 2010 ocupadas por 21.346 residentes, portanto, com apenas 60% de aproveitamento Com exceção da Medicina de Tráfego, com suas quatro vagas preenchidas, sobram vagas em todas as outras especialidades, inclusive em algumas, tais como a Anestesiologia, a Pediatria e a Neurocirurgia, cuja demanda pelo mercado há algum tempo só vem sendo atendida depois de vários meses.Observe-se que enquanto na Clínica Médica 80% das vagas são preenchidas, na

Medicina de Família e Comunidade, somente 19,5% estão ocupadas. Em Patologia e Angiologia não há residentes (GIRARDI, 2012, p. 107-115) (Figura 11).

Figura 11- Ocupação de Programas de Residência Médica no Brasil, 2010.



Fonte: Girardi, 2012.

Se nos últimos oito anos, de 1993 a 2010, com um incremento de 211,13% das vagas dos cursos de medicina no Brasil, praticamente todas as essas vagas oferecidas em vestibular vêm sendo preenchidas (GIRARDI, 2012, p. 103) parece haver algum descompasso entre o que se oferece nos PRM e o que se procura como modalidade de especialização pelos recém-formados, incluindo local e reputação do programa, dentre outros fatores. O cumprimento dos PRM talvez não esteja também como opção de escolha imediata à conclusão do curso de medicina.

Registre-se que de 1999 a 2010, as admissões por primeiro emprego cresceram de 5.345 para 19.361, enquanto o número de egressos de medicina no ano anterior passou de 7.758 em 1998 para 12.982 em 2009. Se em 1999, houve menos de uma (0,68) admissão de primeiro emprego por egresso de 1998, em 2009, alguns egressos ocuparam mais de um posto por admissão em novo emprego, na razão de 1,49. Os salários também aumentaram progressivamente (GIRARDI, 2012, p. 102-105). Portanto se há

pouco mais de 10 anos parecia haver um excedente, agora o mercado pode estar reclamando a falta de médicos.

Em torno da especialização, o trabalho de médico se mobiliza entre disciplinas e profissões. Se ampliação e complexificação do conhecimento o desdobraram em disciplinas, em muitos programas de formação, são “as relações de mercado, da competição pela transformação de um valor de uso em um valor de troca, regida por regras econômicas e pelos poderes que normatizam poderes, reservas, monopólios”, que determinam as distintas profissões. “O desenvolvimento das especialidades atende a uma crítica tensão entre disciplina e profissão, ora respaldando-se na dinâmica da primeira, ora na da segunda, na maioria das vezes ocultando uma dinâmica na outra” (SAMPAIO e COSTA LIMA, 2006, p. 156).

Como especificamente as disciplinas, as muitas especialidades, se vinculam ao mundo do trabalho como “profissões” médicas, enfim, como os médicos, em geral, especializados ou não, se inserem no mercado de trabalho já foi objeto daquelas pesquisas anteriores (MACHADO, 1996; CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Sabe-se que atualmente os médicos continuam concentrados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, mas como estão inseridos no sistema brasileiro de serviços de saúde, como mercado de trabalho, passados quase 25 anos de implantação do SUS?

Num corte transversal, baseado em registros no CFM (SCHEFFER, 2011, p. 62), em que se incluem os recém-formados e os que ainda estão em processo de especialização, a condição de especialista chega apenas a 45% dos médicos. Mas, longitudinalmente, contrapostas as condições de generalista e especialista em uma pirâmide etária, pode-se observar que, entre 30 e 60 anos, depois de cumprido o extenso processo de formação a que se submetem os médicos, os especialistas somam 65% daqueles que, estando nessa faixa etária, se encontram, como se poderia dizer, em pleno exercício profissional e estabelecida inserção no mercado de trabalho. Verificada a especialidade dos médicos, por média de idade, de Clínica Médica (37,55), de Medicina da Família (39,5 anos) e também de Cirurgia Geral (42,7) se ocupam os mais jovens especialistas. Com idade entre 40 e

50 anos, já se encontram cerca de 70% nas diversas sub-especialidades clínicas e cirúrgicas, numa condição frequentemente atingida pelo cumprimento de outro PRM ou por obtenção do título de especialista.

Como se comentava, sobre o exercício da medicina e de outras profissões de saúde, no desenvolvimento da divisão do trabalho, "está cada vez mais difícil recrutar pessoas para os trabalhos médicos cuja formação técnica requisite investimento considerável de tempo e dinheiro. Se for assim, este fenômeno deve ser entendido como um sintoma de um processo mais amplo da industrialização avançada" (FREIDSON, 2008, p. 76). A sub ou superespecialização, como se queira representar, é uma tendência que se observa também em outros países[56] e vem sendo predominantemente obtida no Brasil por cumprimento de PRM (MACHADO, 1997; CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). A Clínica Médica é ainda muito procurada, nas disputas para ingresso em PRM, embora se perceba que muitas vezes, no exercício profissional, acontece apenas como condição temporária, de cumprimento precípuo para se alcançar uma subespecialização.

Ainda verificando-se os resultados dos novos estudos (SCHEFFER, 2011; Girardi, 2012) e cruzadas as dimensões geográfica e setorial, de serviços de saúde de naturezas pública e privada, por aproximações, se tomam outros elementos da mobilidade e disponibilidade de médicos no Brasil[57].

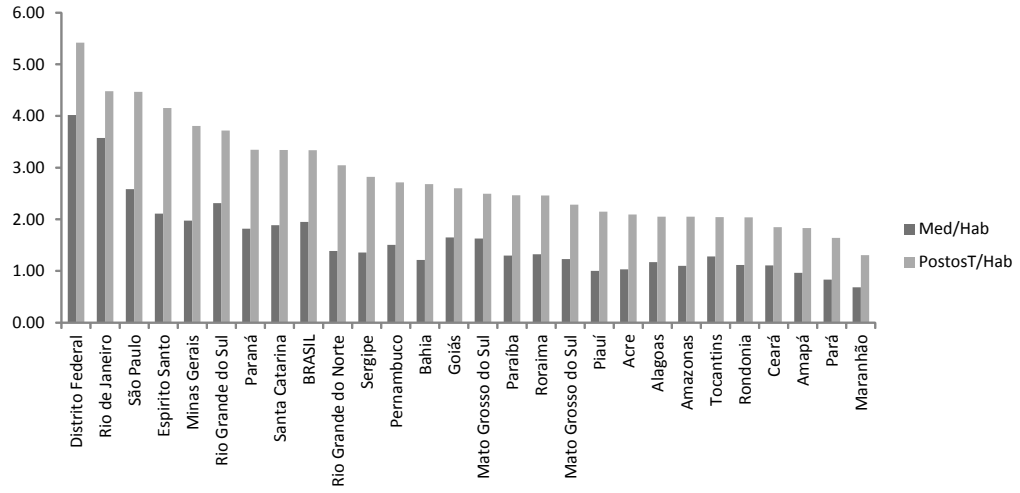
---

[56] "Nos 30 países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE, de 1990 a 2007, o número de especialistas aumentou 60%, contra 23% de crescimento dos generalistas. Em média, nos países desenvolvidos, há dois especialistas para cada generalista. Mesmo em países que ainda mantêm um certo equilíbrio entre generalistas e especialistas (Canadá, Austrália, Bélgica, França, Nova Zelândia e Portugal) a situação tende a mudar porque atualmente a maioria dos estudantes de medicina prefere se especializar" em Scheffer (2011, p. 55-56).

[57] Em associação de dados, por gráficos se revela "tendência", "qualitativa", por "imagem", aparente apenas. A correlação, positiva ou negativa, carece de confirmação, por significância estatística, para que a "hipótese nula", aquela que nega a correlação, possa ser testada.

Comparadas a razão médico por 1.000 habitantes e posto de trabalho médico ocupado, qualquer que seja a natureza, também por mil habitantes tem-se aparente correlação positiva (Figura 12).

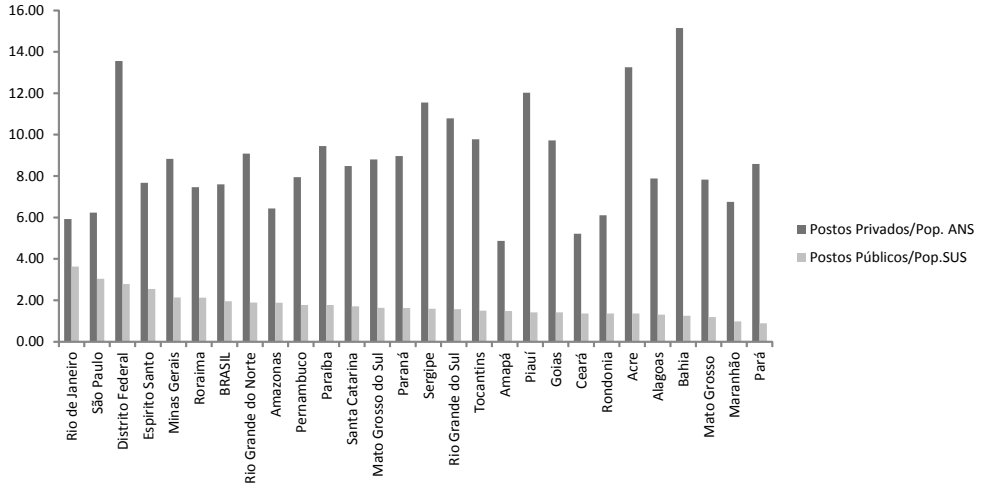
Figura 12 - Médicos e Postos de trabalho por 1.000 habitantes



Fonte: Scheffer, 2011.

Comparadas a razão de postos públicos e população usuária do SUS (Pop. SUS) com a de postos privados e população usuária de planos de saúde (Pop. ANS) (Figura 13), ordenada pela primeira, tem-se aparente correlação negativa. Onde há mais postos públicos para a Pop. SUS haveria menos postos privados para Pop. ANS.

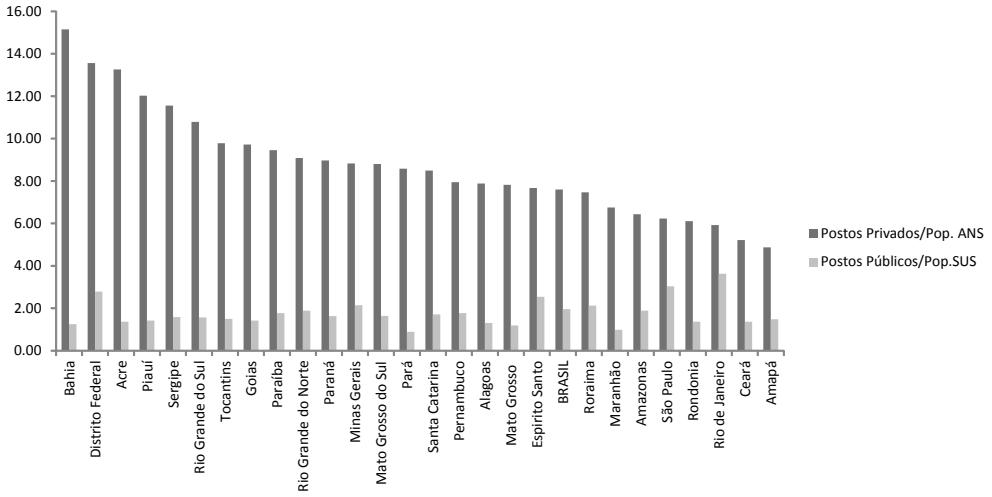
Figura 13 - Razão de postos de trabalho médico ocupado e população usuária SUS e população usuárias de planos de saúde (ANS), ordenada pela primeira.



Fonte: Scheffer, 2011.

De modo invertido, se comparadas a razão de postos privados e Pop ANS com a de postos públicos e Pop SUS (Figura 14), ordenada pela primeira, aparentemente se confirma a correlação negativa.

Figura 14 - Razão de postos de trabalho médico ocupado e população usuária de planos de saúde e população usuária do SUS, ordenada pela primeira.

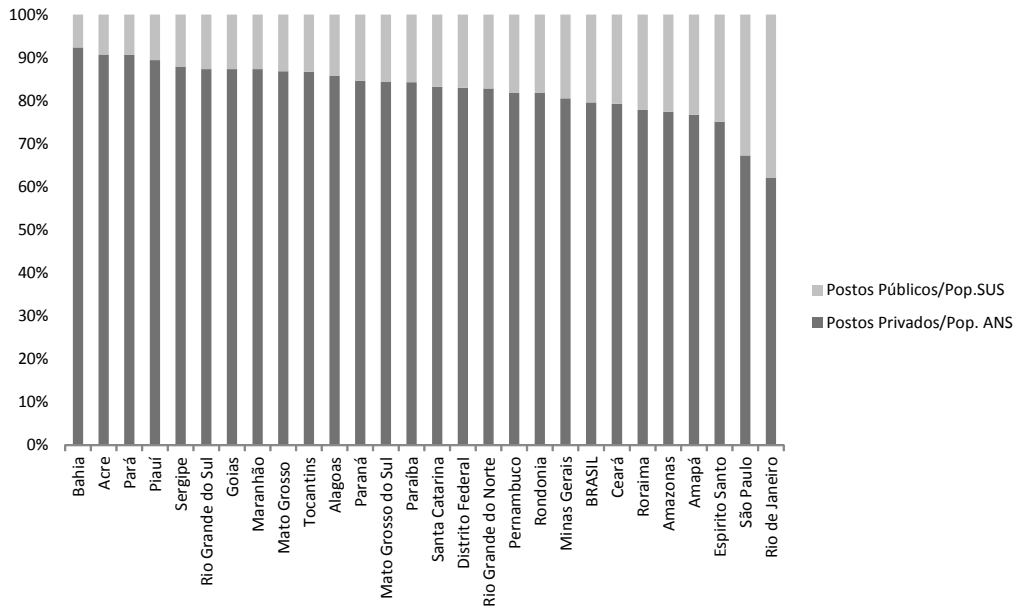


Fonte: Scheffer, 2011.

Onde há mais postos públicos de trabalho médico para acesso da Pop SUS haveria menos postos privados de trabalho médico para acesso da para Pop ANS.

De outro modo, em colunas de percentuais (Figura 15), expõe-se a desigualdade de oportunidade de acesso ao cuidado médico pelos usuários do SUS e de planos de saúde (ANS).

Figura 15 - Proporção percentual de postos de trabalho médico ocupado e respectiva população de usuário ANS e SUS.



Fonte: Scheffer, 2011.

A concentração de postos de trabalho médicos ocupados nos Estados de São Paulo, do Rio de Janeiro e no Distrito Federal se deu de forma diferenciada. No Estado do Rio de Janeiro, onde se implantou um dos dois primeiros PRM do Brasil, no Hospital dos Servidores do Estado, e muitos outros no grande número de hospitais que na antiga capital federal se instalara, houve maior concentração na cidade do Rio de Janeiro. Essa situação foi herdada pelo Distrito Federal, em Brasília, como nova capital. Noutra composição, no Estado de São Paulo, a capital como metrópole "avançada"[58] influenciou de imediato às cidades circunvizinhas e também as do interior. Dentro desse processo de urbanização, suas universidades estaduais, públicas ou privadas, respondem pela interiorização do ensino superior, e em algumas cidades, como Ribeirão Preto, com hospital de clínicas (escola) e muitos PRM, a razão médico por habitante já ultrapassa a da capital do estado.

Como se pôde perceber, nas capitais ou no interior do Brasil, a adoção do registro profissional, em conselhos regionais de Medicina (CRM)

[58] Como referido pelo prof. Milton Santos (2008).

e no CFM, serve de referência para a disponibilidade geográfica de médicos, com restrições em alguns casos, em que se trabalhe em mais de um município, ou mesmo em mais de um estado, em situações fronteiriças. Na dimensão setorial, os médicos estão em atividade cumprindo jornada de trabalho ocupados em múltiplos empregos, públicos ou privados, de vínculo formal ou informal. A referência passa a ser posto de trabalho ocupado. Os mais de 370 mil médicos em atividade no Brasil, registrados nos CRM, ocupam cerca de 640 mil postos de trabalho em todo o país. Enquanto no Brasil há 1,95 médicos por 1.000 habitantes, há 3,33 postos de trabalho ocupados por médicos para o mesmo número de habitantes (SCHEFFER, 2011, p. 29-33).

Dessa forma, atente-se que, em média, não são quase dois médicos disponíveis para mil habitantes, no país, mas sim pouco mais de três forças de trabalho de médicos disputadas por pessoas em diferentes situações de acesso aos cuidados médicos oferecidos nesse segmentado sistema brasileiro de serviços de saúde.

No Brasil, atualmente, são reconhecidas 53 especialidades e 53 áreas de atuação[59], conforme orientação da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta por representações do CFM, da AMB e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). “A AMB, que congrega as sociedades nacionais de especialidades médicas, emite apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME. Os CRM registram apenas informação de títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME.” Como exige o Código de Ética Médica, o profissional só deve atuar numa área que domine. Caso algum profissional

[59] “Em 11 de abril de 2002, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica criaram a Comissão Mista de Especialidades, que estabelece os critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades médicas e áreas de atuação na Medicina. As entidades também decidem conjuntamente a forma de concessão e os registros de títulos de especialista. A relação das especialidades médicas e áreas de atuação é renovada e republicada periodicamente. A última relação foi aprovada pela Resolução CFM 1973/2011 e reconhece 53 especialidades e 53 áreas de atuação. A CME só analisa propostas de criação de novas especialidades e áreas de atuação mediante solicitação da sociedade de especialidade, via Associação Médica Brasileira” (SCHEFFER, 2011).

esteja exercendo especialidades para as quais não tenha “formação e habilidade”, sobretudo se vier a causar prejuízo ao paciente, pode “responder a processos éticos perante o Conselho Regional de Medicina” e punição está prevista para “atos caracterizados como negligência, imperícia e imprudência” (SCHEFFER, 2011, p. 56).

Segundo o estudo coordenado por Scheffer (2011), há 204.563 médicos especialistas, em 2011, titulados em alguma das 53 especialidades, indicados pelo último registro de titulação ou PRM do profissional. Em estudo mais recente ainda (GIRARDI, 2012), utilizado como base de dados o CNES[60], verificaram-se 283.145 especialistas[61], uma vez que se permite considerar um número maior de médicos exercendo alguma especialidade do que de titulados, o que se aplica a todas as especialidades, refletindo melhor a dinâmica do mercado de trabalho que admite a prática independente da existência do diploma.

A probabilidade do exercício de especialidades médicas no Brasil[62], por razões de chance, foi observada nesse recente estudo coordenado por Girardi (2012). A ocorrência de vínculos na maioria das especialidades em municípios com menos de 100 mil habitantes é improvável. Há chances decrescentes, nos municípios de médio e pequeno porte (de 50 a 100 mil habitantes; de 20 a 50 mil habitantes e de 10 a 20 mil habitantes), de que se encontrem cirurgiões gerais, ginecologistas e obstetras e anestesiologistas. Nos municípios de 50 a 100 mil habitantes ainda há chance de vínculo com pediatras, otorrinolaringologistas, radiologistas, cardiologistas e oftalmologis-

---

[60]Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Apesar de problemas de atualização dessa base de dados, trata-se da principal alternativa de dimensionamento da força de trabalho que presta serviços diretos de assistência à saúde, não se limitando ao mercado formal de trabalho, como a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), embora se restrinja a atividades prestadas em estabelecimentos de saúde.

[61]No estudo de GIRARDI (2012, p. 59), uma classificação de especialidades conforme semelhança da natureza da atividade e organização do trabalho foi procedida por “correspondência taxonômica” entre especialidade reconhecida pelo CFM e ocupação, segundo Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) utilizada pelo CNES e pela RAIS: (i) Atenção Primária; (ii) Especialidades Clínicas; (iii) Especialidades Cirúrgicas; (iv) Especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica; e (v) Outras especialidades.

[62] Por “análise de regressão logística” de dados sobre ocupação por médicos especialistas de postos de trabalho, em “Padrões e perfis do trabalho médico” do relatório final do “Monitoramento da demanda por especialidades e Residências Médicas no Brasil” em Girardi (2012, p. 116-118).

tas. A Medicina de família e comunidade tem muito mais chances de ocorrer em municípios do Nordeste do que no Sudeste, mas também pode ocorrer com boas chances no Centro-Oeste; Norte e bem menos no Sul (GIRARDI, 2012, p. 119-126). Muitas outras razões de chance estão delineadas e apontam as desigualdades de acesso[63].

Há possibilidades diferenciadas de ocupação de postos na jornada de trabalho, também por razões de chance testadas, dependendo da especialidade predominantemente exercida.

É improvável que especialistas em Medicina de Família e Comunidade, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Geriatria, Infectologia, Psiquiatria, Oftalmologia e Genética Médica estejam exercendo outra especialidade. Num "padrão de trabalho fechado", isso sugere tais médicos devem estar com suas jornadas de trabalho praticamente ocupadas quase exclusivamente na especialidade.

Há pouca probabilidade, embora com mais chance, de que isso aconteça também com os especialistas em Alergia e Imunologia, Neurologia, Psiquiatria, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Anestesiologia, Patologia, Homeopatia e Medicina Preventiva e Social.

Com referência às especialidades cirúrgicas, em geral, se destaca que são as que possuem médicos com maior probabilidade de exercer outras especialidades. "O padrão observado é de exercício entre especialidades cirúrgicas ou especialidades clínicas que estabelecem alguma relação com o mesmo objeto de trabalho". Cita-se o exemplo dos médicos cirurgiões

---

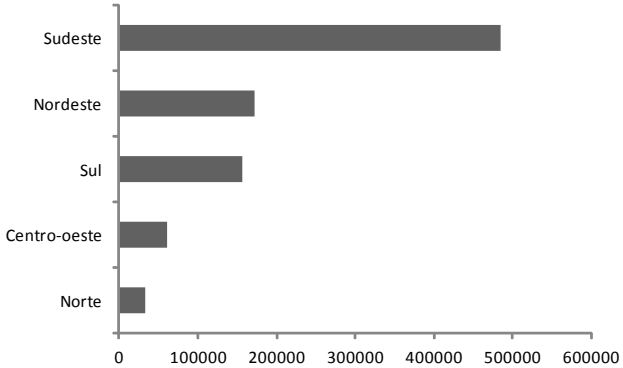
[63] "A região Nordeste é a que apresenta maior chance de municípios com vínculos de cirurgiões gerais, mastologistas e radiologistas, comparativamente ao Sudeste e controlando-se pelas demais regiões. A região Sul, por sua vez, maior probabilidade de cancerologistas, nefrologistas, cirurgiões do aparelho digestivo, cirurgiões torácicos e anestesiologistas. A região Centro-oeste, maior chance de vínculos nos municípios em Cirurgia Geral e Anestesiologia. Por outro lado, comparativamente ao Sudeste e considerando apenas as maiores razões de chance, os municípios da região Norte têm chance negativa de possuir vínculos de clínicos, cirurgiões pediátricos, anestesiologistas, endoscopistas, nutrologistas, radiologistas, patologistas e radiologistas. No Nordeste as chances diminuem em Clínica, Cardiologia, Endocrinologia, Cirurgia Pediátrica, Coloproctologia, Oftalmologia, Urologia e Radioterapia. No Sul, em Clínica, Geriatria, Infectologia, Psiquiatria, Reumatologia, Endoscopia, Medicina Legal e Medicina do Tráfego. Finalmente, nos municípios do Centro-oeste, menor probabilidade de ortopedistas, endoscopistas e patologistas" em Girardi (2012, p. 120).

cardiovasculares, como grande probabilidade de ocupação em Cirurgia Vascular; muita chance em Cirurgia Torácica e Angiologia, e ainda a possibilidade de atuação em Cardiologia; Cirurgia Geral e Medicina intensiva. Outras possibilidades de relação: “Ginecologia e Obstetrícia e Mastologia; Cirurgia Torácica e Pneumologia; Neurocirurgia e Neurologia; Mastologia e Cancerologia; Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e pescoço; Cirurgia Pediátrica e Pediatria”. Destaca-se também que “os cirurgiões gerais têm chance de exercer outras 18 especialidades, configurando-se como área geral no grupo das ocupações cirúrgicas”. Os cirurgiões, de diversas especialidades, costumam assumir vínculos em “medicina intensiva, radiologia e endoscopia”, possivelmente “de forma complementar a uma prática principal e muito provavelmente em um mesmo ambiente de trabalho”. (GIRARDI, 2012, p. 127-128).

Também utilizando o CNES de 2010, verificou-se que há 907.318 vínculos registrados para os 283.145 médicos ocupados nas especialidades (média de 3,2 vínculos por profissional). Somam 44% os vínculos formais (estatutário, 17%; celetista, 4%; contrato por prazo determinado, 11% e outro vínculo empregatício, 12%); chegam a 42% os autônomos (liberal/conveniado), e os demais (bolsa, proprietário, cooperado e outros) correspondem a 14%”(GIRARDI, 2012, p. 93). Excetuadas as situações de estatutário (17%) e de celetista (4%), pode-se dizer que há “flexibilização” em até 77% dos vínculos de trabalho médico, dado que grande parte da condição autônoma se cumpre vinculada a convênios de planos de saúde.

Quanto à distribuição geográfica, 485.156 estavam localizados no Sudeste, 171.511 no Nordeste, 156.581 no Sul; as regiões Centro-oeste e Norte, 60.413 no Centro-Oeste e 33.649 no Norte, similar a que se observa pelos registros do CFM (Figura 16).

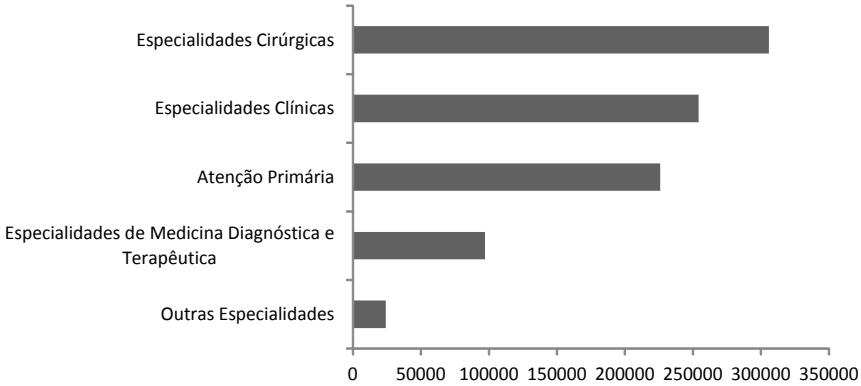
Figura 16 - Vínculos registrados no CNES, por região, 2010.



Fonte: Girardi, 2012.

Com relação à distribuição por grupos de especialidades, verificaram-se 305.895 de Especialidades Cirúrgicas, 254.259 de Especialidades Clínicas, 225.866 de Atenção Primária, 97.102 de Especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica e 24.196 de outras especialidades, com maior demanda de postos de trabalho para as especialidades cirúrgicas apesar do maior número de médicos em Atenção Primária (Clínica Médica e Saúde da Família) (Figura 17).

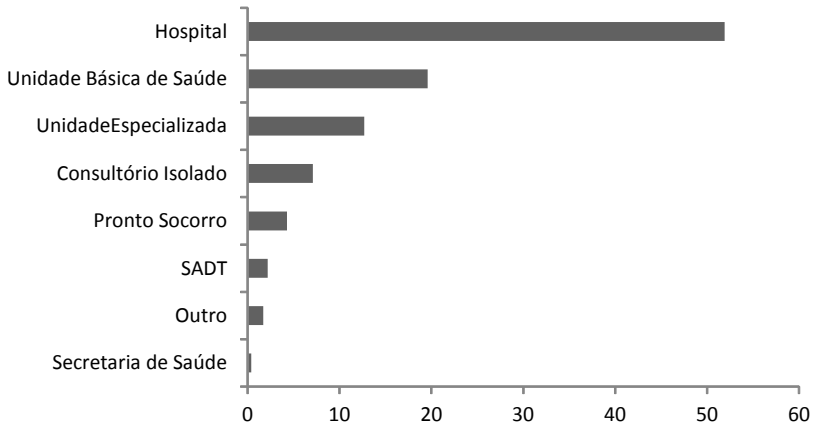
Figura 17 - Especialidades exercidas conforme registro no CNES, 2010



Fonte: Girardi, 2012.

Quanto à distribuição da massa de horas referentes aos vínculos de médicos por local de trabalho: 51,9% em hospitais, 19,6% em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ou postos de saúde, 12,7% em unidades especializadas e 7,1% em consultórios isolados, e o restante distribuído entre pronto socorro, cooperativa e outro estabelecimento (Figura 18).

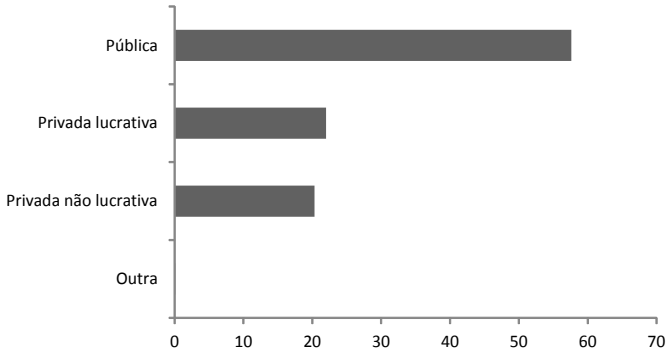
Figura 18 - Massa de horas/médico por local de trabalho pelo CNES, 2010.



Fonte: Girardi, 2012.

Considerando as unidades básicas como *locus* da atenção primária, mesmo pensada em situação central em redes de atenção à saúde ou ainda no modelo de pirâmide, vê-se contrariada a concepção de base; porta de entrada e de centralidade da atenção básica no sistema brasileiro de serviço de saúde. E por natureza do estabelecimento de saúde, 57,6% da massa de horas nos públicos, 22% em privado lucrativo, 20,3% em privado não lucrativo e 0,1% em outra natureza (Figura 19).

Figura 19 - Massa de horas/médicos conforme natureza do vínculo registrado no CNES, 2010.



Fonte: Girardi, 2012.

Sobre o cumprimento de carga-horária por cada médico também podem ser percebidas desigualdades.

Por certo não são as mesmas as táticas de sobrevivência no exercício profissional, “no orgulho de ofício e no mercado”, pois em alguns casos pode ser necessário “realizar lentamente as tarefas, a fim de valorizar o preço do lote trabalhado de tempo, sob o pretexto da qualidade, no caso do salário, em muitos outros casos urge apressar, para a obtenção do mesmo resultado econômico, sob o pretexto da quantidade eficiente, no caso da remuneração por procedimento” (SAMPAIO e COSTA-LIMA, 2006, p. 155).

Ainda segundo Girardi (2012, p. 96), pela RAIS[64] de 2010, há 280.426 empregos formais registrados, 61,49% no Sudeste, 17,88% no Nordeste; 11,03% no Sul; 5,09% no Centro-Oeste e 4,47% no Norte. Desses empregos formais 72,24% são públicos: municipais, 38,92%; estaduais, 24,37%; e federais, 8,94%. Apenas 19,1% são em entidades sem fins lucrativos; 8,03% em entidades empresariais privadas; 0,45% em empresas estatais e 0,16% em outros tipos de entidades. As melhores situações de emprego formal de médicos por 1.000 habitantes estão no Rio de Janeiro (2,68); Distrito Federal (2,58) e São Paulo (2,27) e as piores no Maranhão (0,29), Alagoas (0,37); Mato Grosso (0,48), Amapá (0,58) e Goiás (0,59).

Em estudo anterior, operando-se com o pressuposto básico da heterogeneidade histórico-estrutural da subjetividade e da objetividade, especificamente, do psiquismo e da população humana, a investigação da relação entre trabalho de médico e processo saúde/doença mental, “no estado em que se encontrava a arte, ficaria prejudicada, tecnicamente, se, pelo menos, dois instrumentos não fossem desenvolvidos: um, que desse conta da diversidade do trabalho de médico, e outro, que obtivesse adequadamente as informações dos sujeitos, médicos e médicas, objetivando estudo crítico sobre os fenômenos em relação”. Um instrumento descritivo que, empiricamente, é capaz de circunscrever simultaneamente os aspectos da diversidade do trabalho de médico foi construído e oferecido, com originalidade, e outro instrumento foi transformado e recriado, apresentando-se capaz de colher, como entrevista, as representações

[64] Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho.

sociais, as categorias de pensamento que expressam, explicam, justificam ou questionam a realidade vivida pelo médico. Pelo instrumento descritivo, procurou-se "visualizar a diversidade do trabalho dos médicos, compreendendo a imensidão de práticas desenvolvidas por esses profissionais, totalizando-a em modos homogêneos de produção de suas condições de existência, o seu perfil de produção" Obteve-se tal visualização pela captura de aspectos da diversidade por diferentes ângulos, a partir de pontos distintos de observação. Pelo instrumento construído pôde-se reparar, de um ponto, a divisão do trabalho de médico em especialidades; de outro, sua distribuição em níveis de atenção à Saúde e de um terceiro ponto ainda, seu vínculo a diferentes regimes de contrato/propriedade. Permitiu-se que os três aspectos da diversidade do trabalho de médico fossem observados e percebidos em conjunto, do mesmo modo que, na prática, no cotidiano daqueles profissionais, acontecem, ou seja, simultaneamente. Retratada em uma figura cúbica[65], a diversidade do trabalho de médico foi visualizada, percebida e capturada na simultaneidade de sua divisão em especialidades e serviços complementares, de sua distribuição em níveis de atenção e ainda de seu vínculo a diferentes regimes de propriedade. As especialidades médicas foram arranjadas em quatro grupos: cognitivas; técnico-cirúrgicas e de habilidades; intermediárias e tecnológicas e/ou burocráticas, pela abordagem ao modelo de Díaz-Jouanen proposta por Machado (1997, p. 26-29). Foram considerados primário, secundário e terciário, os níveis de atenção à Saúde, nos quais se distribui o trabalho de médico; e como regimes de contrato/propriedade a que se vincula o trabalho de médico foram levados em conta: assalariado estatal, assalariado privado, liberal/conveniado, cooperado e terceirizado, conforme validado em teste

[65] O instrumento foi construído afigurando-se numa "imagem cúbica, onde as vistas são representadas em três *faces* não *paralelas* e *perpendiculares* entre si. Cada face, retratando um dos aspectos da diversidade do trabalho de médico, foi então repartida por *planos secantes* e *paralelos* entre si, até a face oposta. As repartições arranjam-se de maneira não coincidente no espaço interior da figura e guardam também *ortogonalidade* entre si. Deste modo, a figura se arquiteta, preservando, em cada uma de suas partes, a mesma lógica que no todo se representa desenhada" (COSTA LIMA, 2000).

realizado por entrevista a “médicos em situação de representatividade da categoria médica” Reapresenta-se o “mapa da diversidade do trabalho de médicos” preservadas as divisões de cada aspecto visualizado dinamicamente (Figuras 20 a 25)

Figura 20 - Especialidades Médicas.

Fonte: Costa Lima, 2000.

Figura 21- Níveis de Atenção à Saúde.

Fonte: Costa Lima, 2000.

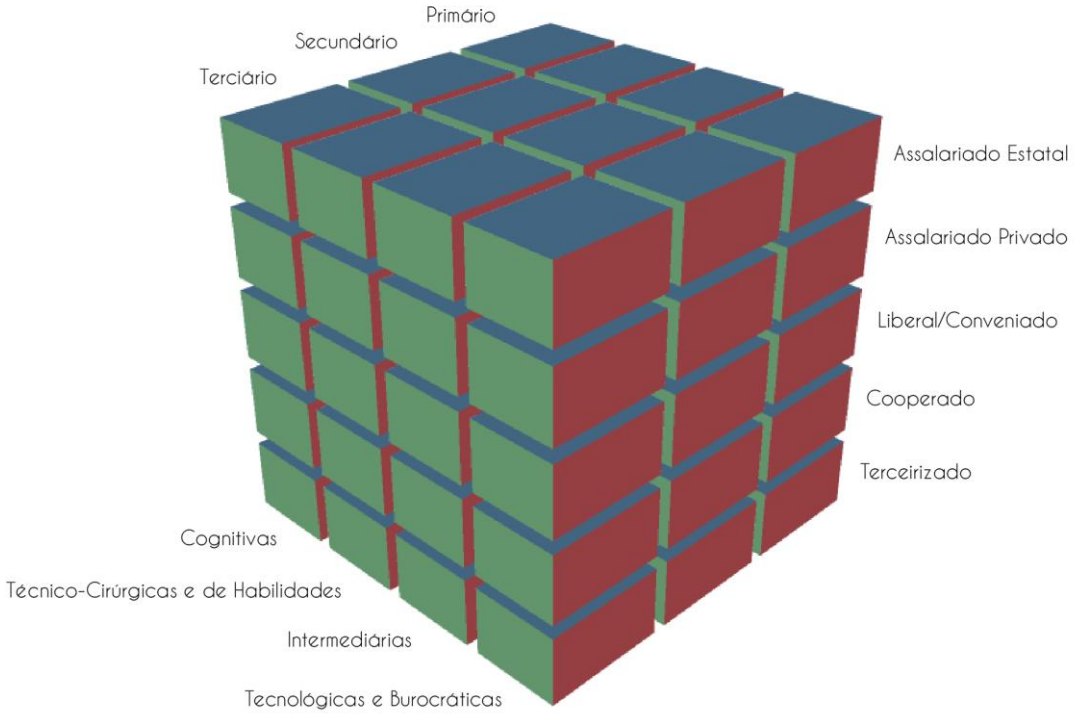
Figura 22 - Regimes de Contrato/Propriedade.

Fonte: Costa Lima, 2000.

Figura 23 - Mobilidade/Disponibilidade de Médicos.

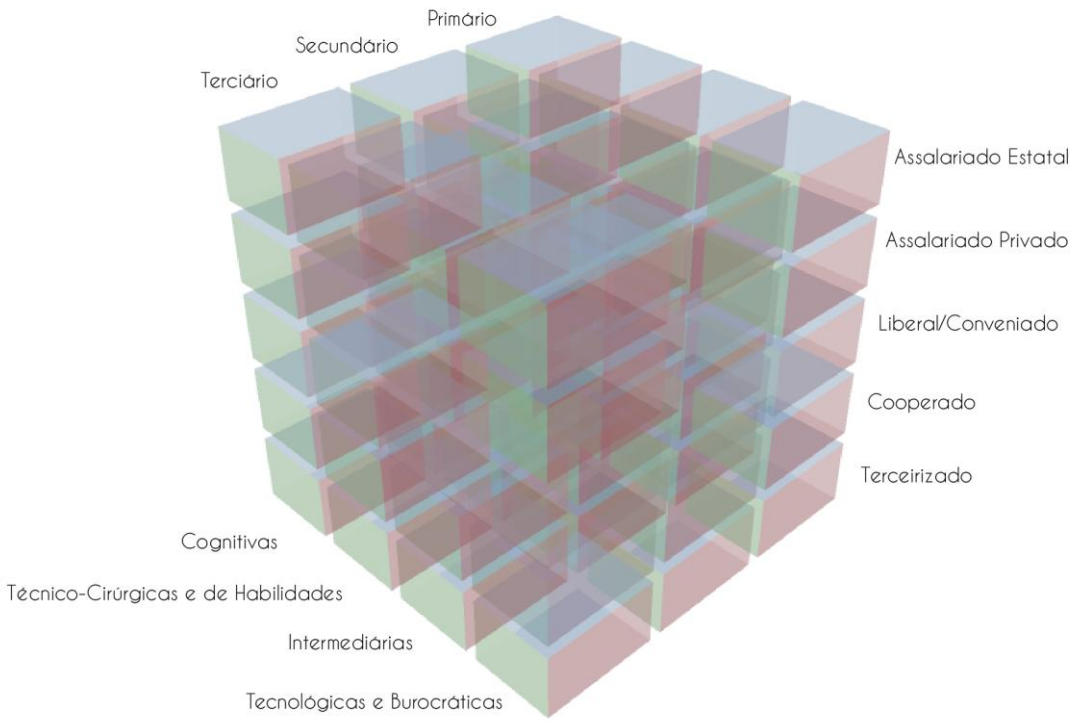
Fonte: Costa Lima, 2000.

Figura 24 - Mapa da Mobilidade/Disponibilidade de Médicos.



Fonte: Costa Lima, 2000.

Figura 25 - Mapa da Mobilidade/Disponibilidade de Médicos.



Fonte: Costa Lima, 2000.

Da forma como foi anteriormente apresentado, tinham-se 60 modos homogêneos de trabalho de médico, compondo a heterogeneidade da inserção dos médicos no “mundo do trabalho”.

Tomado agora como mapa conceitual da mobilidade/disponibilidade de médicos, observam-se múltiplas formas de inserção do médico no mercado de trabalho, reestabelecidas pelas informações colhidas de outras pesquisas.

Embora haja possibilidade de exercício profissional reconhecido pelo CFM em 53 especialidades médicas e 53 áreas de atuação, se consideradas as especialidades como são exercidas num empírico mercado de trabalho de médicos, registrado pelo CNES, somam-se 57 exercícios de especialidades, conforme classificação, já referida, de especialidades procedida por “correspondência taxonômica” entre especialidade reconhecida pelo CFM e ocupação, segundo Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) utilizada pelo CNES e pela RAIS (GIRARDI, 2012, p.59).

Quanto aos regimes de contrato/propriedade, admitam-se os nove tipos de vínculos, sejam de natureza pública ou privada: autônomo; estatutário; outro vínculo empregatício; contrato por prazo determinado; celetista; cooperado; proprietário; bolsa; outro tipo qualquer de contratação.

Quanto ao desenvolvimento do trabalho em níveis de atenção adotem-se os oito tipos de estabelecimento de saúde tomados como cenários da prática médica: Hospital; Unidade Básica de Saúde; Unidade Especializada; Consultório Isolado; Pronto Socorro; Serviços de Apoio Diagnóstico; Secretaria de Saúde; Outro tipo qualquer de estabelecimento de saúde.

Daí se teriam 4.104 (57 exercícios de especialidades X 9 tipos de vínculos X 8 tipos de cenários de prática médica) modos homogêneos de inserção de médicos no “mundo do trabalho” estabelecidos no sistema brasileiro de serviços de saúde.

Considerada a possibilidade de cada médico, como recurso humano de saúde, se desdobrar, em média, em 3,2 forças de trabalho de médico, vendidas e compradas, têm-se cerca de 13 mil modos de mobilidade de força de trabalho de médicos, controlados em oferta e demanda, constituindo a heterogeneidade da disponibilidade de médicos no sistema brasileiro de saúde, admitidas ainda as diferenças de rendimentos e outras hierarquias.

Durante o século XX, dos anos 1930 aos 1970 quando se inovam as técnicas de produção, se diversificam e se ampliam os meios de trabalho, em que o olhar clínico, acumulado dos ganhos cognitivos do século XIX, se arma numa “medicina tecnológica”, são estabelecidas as bases para o “solapamento” da forma “artesanal” de exercício liberal da medicina, com perda de controle sobre os principais elementos da produção: a clientela, os instrumentos de trabalho, o preço do trabalho. Na dinâmica de relações sociais da fase urbano-industrial capitalista do desenvolvimento da sociedade brasileira, em duas modalidades alternativas se reorganiza o trabalho médico: na produção estatal de serviços e a produção privada nucleada na empresa (DONNANGELO, 2011, p. 208). Predomina o

assalariamento e a compra e venda de força de trabalho médico em tempo parcial que foi estabelecida nos anos 1960[66], num quadro de escassez de força de trabalho. Mais adiante, nos anos 1980, com excedente, a queda nos salários compõe o quadro que promove o múltiplo emprego (MACIEL E PIERANTONI, 2004, p. 145).

Da década de 1990 adiante, da flexibilização, da precarização do trabalho, decorrente de "reestruturações produtivas", a situação se agrava:

> A oficina artesanal do clínico, que oferecia seus serviços diretamente às pessoas, através de pagamentos denominados honorários, matriz do modelo liberal, já esgotou suas possibilidades. A indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos, as instituições de cuidados, o número de especialistas a ser mobilizado, o alto custo dos procedimentos e a baixa renda das populações introduziram mediadores inevitáveis, desde o plano de saúde até o patrão, privado lucrativo, privado filantrópico, estatal e cooperativo. (SAMPAIO e COSTA LIMA, 2006, p. 155).

Em estudo sobre o trabalho médico, pesquisou-se sobre liberdade e autonomia profissional, pela análise de "histórias de vida" de oito médicos que se inseriram no mundo do trabalho entre 1930 e 1955 e exerceram a medicina durante esse longo período em que a incorporação tecnológica e a superação da medicina liberal no Brasil teriam provocado importantes alterações no trabalho dos médicos. Comentou-se então que:

> (...) começam suas vidas profissionais sob as determinações de uma medicina que já não se dá como prática tipicamente liberal. Mas se este é o seu traço comum, mesmo no interior desse agrupamento, as condições objetivas da prática transformam-se o suficiente para produzir identidades profissionais diferenciadas entre si. (...) É deste modo que, de um lado, eles participam do mercado de trabalho na forma de uma inserção em que coexistem as situações de trabalho assalariado, de emprego público ou privado, com a situação de trabalho "liberal" do consultório particular, à qual identificam um padrão de prática "difuso e maleável", próprio do exercício de caráter "essencialmente" pessoal e que por isso assumem como a principal atividade na profissão. De outro lado, ainda que para todos seja o consultório o que simboliza o trabalho profissional, o sentido que assume a convivência com as atividades sob vínculos empregatícios não é exatamente o mesmo para o conjunto dos entrevistados, parecendo mais lógico aos mais jovens dentre eles. Para estes parecerá bastante plausível a necessidade de um emprego como a forma primeira e mais imediata de inserção no mercado de trabalho (SCHRAIBER,1993, p. 48-49).

---

[66] Lei Nº 3.999 – de 15 de dezembro de 1961 - DOU de 21/12/61.

Noutro estudo sobre o trabalho médico, foram analisadas “histórias de vida” de outros oito médicos, dessa feita inseridos no mercado de trabalho entre 1980 e 1985, já caracterizado por uma “medicina empresarial e tecnológica” que se implementara desde os anos 1960. Defendeu-se então que as relações do médico “com o paciente e com o saber - construídas no interior da medicina liberal- sofreram transformações tão intensas na medicina tecnológica que se geraram ‘rupturas interativas’, que se estenderam também a suas relações com os colegas e com os demais profissionais de saúde” (SCHRAIBER, 2008, p. 20). Examinadas “as razões do atual desencontro, dos referenciais de cuidado e assistência que foram historicamente transformados em ausência daquelas relações interativas”, advoga-se que se tenha gerado uma “crise de confiança” (SCHRAIBER, 2008, p. 21).

Questiona-se, caso agora, também de forma comparada, se entrevistassem médicos de outro período de inserção no mercado de trabalho, mais ampliado, como no primeiro estudo, por exemplo, entre 1980 e 2005, ainda em exercício profissional, qual seria o sentido que assumiriam os vínculos na vida deles?

Como parecia aos mais jovens na pesquisa anterior, por hipótese se pressupõe que aos mais velhos, em nova pesquisa, “parecerá bastante plausível que a necessidade de um emprego tenha sido a forma primeira e mais imediata de inserção no mercado de trabalho”. E para os mais jovens, nessa nova pesquisa? Será que lhe seria plausível que “a forma primeira e mais imediata de inserção no mercado de trabalho” pela “necessidade de emprego” se dê sem uma “forma” precisa, ou seja, “informal”, “flexível”? Será que o processo de formação já está lhes produzindo nessa forma “flex”, prontos, para qualquer uso num modo de produção ainda capitalista, duma época de que se fala em “corrosão do caráter” (SENNET, 2010) e de “modernidade líquida” (BAUMAN, 2001)? Será que nesses tempos “fluidos”, “líquidos”, a informalidade de vínculos já lhes estaria “naturalizada”?

Observe-se que “um médico, ao amanhecer, pode atender em um serviço público, em troca de salário e vínculo estatutário; depois, seguir para

serviço privado lucrativo, em troca de remuneração por procedimento; no período da tarde, passar por uma cooperativa; e, já de noite, encerrar a jornada de trabalho atendendo planos de saúde no consultório próprio". No entanto, pondere-se que "em nenhum destes lugares o paciente e o cliente são mais as mesmas pessoas, pois o pagador do lote de tempo ou de procedimento é um terceiro personagem". Nessa dimensão temporal da disponibilidade do trabalho de médicos no Brasil, nesse "trânsito naturalizado" que o médico realiza num só dia de trabalho "o que a história da Medicina, sob o modo de produção capitalista, construiu nos últimos 200 anos" pode estar "a maior fonte de deslocamentos, deslizamentos, projeções, contradições e possibilidades de erro", um vez que se estabelece num empírico historicamente saturado de exigências porquanto se requer "heróis, super-homens a usarem carros e avenidas e estradas como cabines telefônicas para a troca de roupa, de função, de uso do conhecimento, de logística existencial e de ética" (SAMPAIO e COSTA LIMA, 2006, p. 155).

Como se constatara, a categoria médica "trabalha de forma particularmente diversificada, transversa e longitudinalmente. Não há um conjunto de trabalhadores desempenhando uma certa função, em determinado posto, local e empresa". Desse modo, "os médicos podem responder por diferentes funções e receber remuneração variada, até num mesmo local, se diferir a natureza contratual" (COSTA LIMA e SAMPAIO, 2002, p. 92). Norteando-se historicamente pelas tentativas de prevenir a posição de empregador único, monopsônica, do Estado, vinculam-se em diferentes formas de prática privada no sistema de serviços de saúde, como uma alternativa estratégica (Almeida, 1997) de "contra-mobilidade" do trabalho. E sentem-se aparentemente protegidos, em contraditória ilusão de autonomia econômica e técnica, contaminada de intermediários.

Os problemas que os médicos enfrentam na produção de suas condições de existência e as reclamações de uma precária qualidade de vida não lhes são particulares, mas os inserem num conjunto de trabalhadores, onde muitos estão em situação até pior. Afetam-se todos por fenômenos do mundo do trabalho em geral, onde se configura um cenário

crítico que atinge não somente os países do chamado Terceiro Mundo, como aqueles em desenvolvimento, como o Brasil, mas também os países capitalistas centrais. Esse quadro tem-se agravado com as tentativas de reestruturação da economia que, ficando muito além do sucesso proclamado, expõem uma crise muito mais profunda do sistema capitalista como um todo (ANTUNES, 1999).

Essa específica "condição de ser médico" no Brasil se remete à perspectiva genérica denunciada por Mészáros[67], destacada em resenha:

> O modo historicamente único de reprodução sociometabólica do capital degrada o tempo porque a determinação objetiva mais fundamental de sua forma própria de intercâmbio humano é a condução irreprimível à contínua auto-expansão, definida pelas características intrínsecas a esse modo de intercâmbio societário como a necessária *expansão do capital*, alcançada na sociedade de troca apenas por meio da exploração do tempo de trabalho. O capital, portanto, deve tornar-se cego com relação a todas as dimensões do tempo diversas da dimensão relativa ao trabalho excedente explorado ao máximo e o correspondente tempo de trabalho (ANTUNES, 2008).

Assim é que a profissão tem situado os médicos "na confluência de três lógicas absolutamente contraditórias", como lembra Minayo (1996, p. 180) citando Boltanski [68]:

> (a) lógica do humanitarismo, que se traduz na ideologia de fazer tudo pelo doente, na medida em que se julga o depositário da vida e da morte; (b) lógica da racionalidade e do interesse científico, o que torna cada cliente "um caso" ou possível laboratório de progressão da ciência; (c) lógica da rentabilidade econômica, "do ganhar dinheiro" que é o grande estímulo de seu status profissional na sociedade capitalista.

Tais contradições se refletem na relação "doente-médico" para além de uma "crise de confiança", como se denuncia pela possibilidade do uso, por parte dos médicos, desde os tempos de sua formação acadêmica, de tipos psicológicos para caracterizar os doentes, mascarando sua imediata e espontânea modificação de atitude, em função, principalmente, da classe social do doente:

> Longe de ser uma simples relação "de homem para homem" ou, como quer a ideologia médica – que ensina ver no doente um ser abstrato e indiferenciado, sem levar em consideração, por

[67] István Mészaros em "O desafio e o fardo do tempo histórico", livro originalmente lançado no Brasil, em 2007.
[68] Luc Boltanski em "As classes sociais e o corpo".

> exemplo, sua classe social ou sua religião - "o encontro de uma consciência e de uma confiança", ou ainda, como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também, sempre, uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente (BOLTANSKI, 2004, p. 40-41)

Quais as consequências de tudo isso num atendimento integral" em que se pretende "construir vínculos? Que tipo de vínculo?

Em diferentes dimensões geográficas, viu-se desagregada a razão médico por habitante. Numa mesma dimensão geográfica, em que postos de trabalho são ocupados por um médico, em tese, em tempos diferentes de jornada de trabalho, necessariamente se lhe remete o conceito de força de trabalho e agora quem se desagrega pelo indicador "posto de trabalho ocupado" é o trabalhador médico, em muitas "forças de trabalho". Num exercício profissional marcado por intensa divisão técnica e social do trabalho, de evidente caráter coletivo, de múltiplos vínculos, públicos ou privados, formais ou informais, no qual se disponibilizam horas/médico e não mais o médico, impede-se mesmo o uso do conceito de recurso humano, individualizado, para o médico como trabalhador.

Se houve um "solapamento" progressivo do trabalho médico no século XX, como num processo de "acumulação primitiva"[69] dos meios de produção de serviços de saúde, se diria que, no final desse século e no começo deste, de tempos neoliberais, esteja se processando um **esfacelamento** violento do trabalho médico, para além de perspectivas profissionais, setoriais e geográficas, numa dimensão temporal, como força de trabalho de médico mobilizada, controlada, disponibilizada por alienação[70] para o uso extensivo e intensivo no mercado da saúde no Brasil.

---

[69] No sentido referido por Karl Marx como o "ponto de partida" do "modo capitalista de produção" em "O Capital" (1998, p. 827).

[70] Alienação como "categoria que sintetiza as experiências de contradição, estranhamento e antagonismo entre o produtor e produto, criador e criatura, sujeito e objeto, subjetividade e objetividade. Tem fonte objetiva nas relações de produção, expressa-se psicologicamente e, desde sua forma mais genérica e primitiva, ligada ao próprio surgimento do psiquismo, expande-se, universaliza-se, sutiliza-se, a partir da expansão da divisão do trabalho, do assalariamento, da urbanização, da tercialização, da burocracia, da terceirização, do trabalho morto, do capital especulativo e do produto abstrato de trabalho", como em Sampaio, Borsoi e Ruiz (1998, p. 29-31).

CAP. 2 O DILEMA DA “FALTA” DE MÉDICOS NO BRASIL

Neste capítulo pretende-se verificar como vem sendo mais recentemente tratada a questão da disponibilidade de médicos num contexto motivado pela perspectiva de fixação de médicos em áreas remotas e desassistidas. Procura-se capturar o desenvolvimento de estratégias e “contra-estratégias” de mobilidade do trabalho de médicos.

Observam-se eventos recentemente promovidos nos quais se reuniram governantes, estudiosos do problema, e representantes da categoria médica e verificam-se pronunciamentos de entidades médicas como expressões significativas do anúncio de políticas adotadas para enfrentar o problema assim como do debate em torno do objeto em questão.

Assinalamos o Seminário Internacional sobre a Fixação de Profissionais de Saúde em áreas remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade, no Recife, Pernambuco, entre 1º e 4 de novembro de 2009; e o Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade, em Brasília, em 13 e 14 de abril de 2011, dentre muitos outros realizados.

O Seminário Internacional sobre a Fixação de Profissionais de Saúde em áreas remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade foi promovido pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e pela Aliança Pela Força de Trabalho em Saúde (*GHWA – Global Health Workforce Alliance*) com o objetivo de discutir políticas de incentivo que pudessem vencer os desafios da distribuição e da fixação de profissionais em áreas adversas revendo questões específicas sobre a força de trabalho em saúde e as necessidades de adequação de provimento de serviços de saúde nas áreas. Reportou-se que, ao longo do tempo, a carência e a má distribuição geográfica de provedores de serviços de saúde, de médicos principalmente, configuram uma situação grave e resistente às diversas estratégias adotadas para seu enfrentamento. Países com distintos

sistemas econômicos e políticos e níveis de riqueza e desenvolvimento diferenciados experimentam o mesmo drama. A expectativa do evento era de compartilhar e identificar os principais exemplos de boas práticas, ou falhas, bem como as principais vantagens e desvantagens das iniciativas adotadas, propiciando aos participantes[71] uma reflexão sobre esse significativo problema.

Na cerimônia de abertura, anunciadas as expectativas de colher subsídios à formulação de políticas que assegurem a implementação de um sistema de saúde universal no Brasil, os participantes estrangeiros foram instigados a contar como estariam procurando resolver esses problemas em seus países, pela avaliação de resultados obtidos. Foi então proposto que se desenhasse um projeto, um plano consistente, com análise de viabilidade. Reportou-se que durante quase 500 anos o Brasil experimentou a escassez de médicos e de outros profissionais de saúde; sendo poucos os graduados que praticavam aqui, até o século XVIII. A primeira escola de medicina só foi aberta com a chegada da família real portuguesa, em 1808. A primeira universidade brasileira teria sido criada nos anos 1920, enquanto que na América espanhola, em contraste, isto aconteceu 400 anos mais cedo. Citou-se o médico Gentile de Mello que teria afirmado, por volta de 1973, ter o Rio de Janeiro 80% dos médicos vivendo na sua capital, dos quais 80% possuíam consultório no bairro de Botafogo, concentrando-se aí, portanto, 64% desses profissionais. E também que havia uma forte coincidência entre cidades atendidas por médicos e a presença local de agências bancárias[72].

---

[71] Participaram do Seminário Internacional sobre a Fixação de Profissionais de Saúde em áreas remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade, em Recife, Pernambuco, entre 1º e 4 de novembro de 2009, representantes do MS, da OPAS, da OMS, da *GHWA* e de diversos países, incluindo Canadá, Chile, Estados Unidos, México, Etiópia, Índia, e Tailândia; além de representantes da Rede de Observatórios em Recursos Humanos em Saúde da OPAS; do CONASS; e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)(BRASIL, 2009).

[72] Verifica-se que, em "A Medicina e a realidade brasileira", Carlos Gentille de Mello Filho (1983, p. 21) escreveu: "É muito ilustrativo e didático o estudo comparativo entre municípios sem médico e os municípios sem agência bancária (...). A primeira pesquisa sobre a matéria se refere ao ano de 1968 (...). Em 1973 um novo estudo confirmou plenamente os achados anteriores. (...) Pode-se concluir, sem margem de erro, com base nos resultados dessas pesquisas, que os fatores que condicionam a localização

Lembrou-se também que essa má distribuição foi abordada pela Fundação Nacional de Saúde (Pública), criada durante a Segunda Guerra Mundial, se constituindo na maior experiência de implantação duradoura de profissionais de saúde em zonas pouco servidas desses serviços. A descentralização de serviços de saúde para estados e municípios levou à descontinuidade de intervenções federais nesse campo. Destacou-se ainda a experiência do PITS, iniciativa do Ministério da Saúde, que disponibilizou cerca de 2.000 médicos e enfermeiros para áreas mal servidas, 1.000 deles em áreas com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH)[73], detalhadamente investigada por Maciel Filho (2007) em pesquisa já citada. Argumentou-se que, no Brasil, as políticas de incentivo para a fixação dos profissionais nessas áreas poderiam contribuir de forma essencial para a continuidade do sucesso da ESF, anunciando que a oferta e falta de profissionais de saúde em diversas regiões e o descompasso entre o ensino em saúde e as necessidades vividas no âmbito da AB são alguns dos enfrentamentos que seriam colocados em pauta do encontro. Sobre o atual cenário de cuidados primários de saúde no Brasil, foi exposto que havia um pacto nacional negociado entre gestores e instâncias participativas que coordena uma cobertura universal de todo o país por intermédio da ESF, mas que, de fato, municípios pequenos, remotos e pobres não têm tido capacidade de recrutar profissionais a despeito dos altos salários oferecidos.

Foram mostrados ainda mapas da evolução da cobertura da ESF no Brasil de 1998 a 2008; gráficos demonstrando evolução de implantação de escolas médicas no Brasil assim como de suas matrículas de admissão; uma tabela com distribuição regional de médicos/100 mil hab. e outra com

---

de médicos são os mesmos fatores que condicionam a localização das agências bancárias: os fatores de ordem sócio-econômica".

[73] Composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita, como um indicador do padrão de vida. É utilizado como medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano", distinguindo desenvolvidos (alto desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). No Brasil também é adotado em perspectiva estadual e municipal.

número de cursos de graduação da área de saúde e correlatos (14 tipos), vagas oferecidas e taxa de ocupação de 1991 a 2006 (CAMPOS, 2009).

O representante da OMS declarou que a instituição tem procurado:

- construir uma base de evidências sobre estratégias de retenção eficazes - literatura, opiniões, consultas de especialistas, síntese de evidências, identificação de lacunas de conhecimento e pesquisa;
- colaborar com os países interessados para avaliar as estratégias passadas e em curso e para desenvolver e implementar planos específicos de cada país; e
- desenvolver e disseminar recomendações globais para aumentar o acesso a profissionais de saúde em áreas remotas e rurais através de uma melhor retenção.

Admite que o acesso local a um profissional de saúde é fundamental para se obter bons resultados para as situações de saúde; que o desequilíbrio rural/urbano é motivo de preocupação para os países desenvolvidos e em desenvolvimento e destaca que muita pesquisa já foi realizada, em especial sobre os fatores que afetam as escolhas de localização, mas que "histórias de sucesso" são muito poucas e que não há soluções operacionais prontamente disponíveis embora haja possibilidades de se desenvolver melhorias (SUNDARARAMAN, 2009a)[74].

Em seguida foram expostas as experiências dos outros países representados no seminário, aqui arranjadas pelos continentes de procedência: Ásia, África e Américas.

A experiência da **Índia**[75] foi exposta pelo representante da Missão Nacional de Saúde Rural[76], num “mapeamento dos esforços desenvolvidos e dos estudos em andamento na área de retenção de recursos humanos qualificados da Saúde para áreas rurais e remotas”. Busca-se uma mudança de paradigma. Atualmente a saúde é assunto das províncias e o governo federal cuida do controle de doenças por meio de programas que cobrem apenas 19% das morbidades além do planejamento familiar. A maioria das instituições e dos recursos humanos está no setor estatal. Afirmou que “o ajuste estrutural e a globalização na década de noventa tomaram um

---

[74] Participando também como representante da Índia.

[75] População: 1,1 bilhões de habitantes; Rural: 742,7 milhões de habitantes; Unidades administrativas: 35 Estados; 617 Distritos; 6.345 *Blocks*; 638.588 Vilas.

[76] *National Rural Health Mission*

‘pesado pedágio’ às despesas públicas com importantes consequências sobre a situação dos sistemas de saúde pública, ainda mais em estados fiscalmente estressados”. A proposta agora é de que haja um financiamento federal para a constituição de sistemas de saúde e não apenas o desenvolvimento de programas (SUNDARARAMAN, 2009b).

O diretor do hospital de Langu, cidade situada no extremo sul da **Tailândia**, declarou que em seu país “se vive em boa situação de saúde, com adequados serviços”[77]. Entre 1965 e 2005 houve migração, reportada como “*brain drain*”, inicialmente para o exterior, principalmente para os Estados Unidos da América, depois para o setor privado. Com a descentralização e a cobertura universal do sistema, houve tendência à reversão desse fluxo em favor do serviço público, acompanhando fases de crise ou de desenvolvimento econômicos. Intervenções se deram em educação e desenvolvimento profissional continuado; em regulação do sistema de saúde; por incentivos financeiros, diretos e indiretos (maior remuneração para profissionais em zona rural e mais ainda em localidades remotas); e em gestão do ambiente de trabalho e apoio social (melhoria de intraestrutura rural; autonomia e flexibilidade na duração do tempo de serviço; descentralização e delegação de tarefas para paramédicos, com supervisão de suporte, orientação, monitoramento e avaliação). Identificou-se que há uma tendência de que novos médicos graduados permaneçam menos em zona rural. Observa-se que são muitos os fatores que conduzem os profissionais de saúde para a zona rural e dela os retiram, indo desde a desigualdade social à atração do mercado de trabalho, à educação e aos sistemas de motivação e de incentivo, e até mesmo à questão de gênero. E tomando-se cuidado com o rápido crescimento econômico, com a demanda de países ricos, com o comércio internacional, sugere que seria muito bom que se estabelecesse um “mecanismo nacional de vigilância e de participação” para conceber, implementar e monitorar soluções eficazes,

[77] Com 65 milhões de habitantes, baixa renda per capita, expectativa de vida de 71,2 a 75 anos, contam com seis profissionais de saúde por 1.000 habitantes, 2,5 vezes mais do que a OMS tem sugerido, com cerca de uma enfermeira para cada 600 pessoas e um médico para cada 2.000 habitantes.

argumentando que motivação e mobilização social seriam tão importantes quanto os incentivos financeiros (VANICHANON, 2009).

Sobre a **Etiópia**, seu representante, professor universitário e membro do *Council of Ethiopia Public Health Training Initiative*, apresentou um perfil do país[78] e de sua política de saúde. O principal desafio em recursos humanos é a baixa densidade de profissionais de saúde, sendo crítica a falta de médicos generalistas; de parteiras com habilidades cirúrgicas e de anestesistas. Há insuficiente formação das principais categorias de profissionais de saúde aliada à má distribuição pelo país; migração para o Exterior e evasão para o setor privado. Executadas por programas, as estratégias para enfrentamento têm sido: aumento da formação de profissionais de saúde; ações de retenção dos mesmos; fortalecimento dos serviços de saúde da comunidade pela criação de novos tipos de profissionais de saúde e pela construção de centros de saúde e hospitais de cuidados primários. Revelou-se que não há mecanismos de monitoramento e avaliação instalados, mas sabe-se que, dos 96% dos recém-formados que se dirigem para o *Federal Ministry of Health*, nem todos aderem ao emprego em áreas remotas. Ratificadas as principias estratégias, propôs-se que os incentivos se concentrem nos profissionais mais “raros” (médicos generalistas e especialistas); que se expanda a formação de novas categorias de profissionais de saúde, baseada em realidades locais (HAJITO, 2009).

Pelo representante do **Canadá**, procedente do Centre for Rural and Northern Health Research, inicialmente foi declarado que, tão importante quanto as estratégias de recrutamento e de retenção, seriam os fatores estruturais que contribuem para a sua má distribuição geográfica de profissionais de saúde. Ressalta que duas fontes abastecem o contingente de profissionais de saúde: a educação e a importação. Deteve-se em

---

[78] A Etiópia é o segundo país mais populoso da África, com área geográfica de 1,12 $x10^6$ km^2, localizado no lado oriental da África, tem 73,9 milhões de habitantes, dos quais 83,9% vivem em áreas rurais (censo de 2007), com taxa de crescimento populacional de 2,7%. Constitui-se de nove Estados Regionais, subdivididos em 801 distritos, e duas administrações urbanas.

examinar como o sistema de educação em saúde pode contribuir para a má distribuição e reportou algumas tentativas de reverter essa tendência. A educação, com importante determinação na composição do pessoal da saúde, teria aspectos não favoráveis a uma distribuição equitativa dos profissionais, explicitados em três principais tendências: especialização, “credencialismo” e centralização da formação em universidades urbanas. A especialização ocorre em muitas ocupações de saúde, mas seria mais evidente na medicina em que o "generalismo" é deslocado, inclusive por sub-especialização[79]. Argumenta que isto tem levado muitas vezes à criação de "silos" na educação e na prática profissionais. O “credencialismo”, referido como o aumento progressivo de exigências no processo de formação e de qualificação para a prática profissional, teve seu objetivo questionado quanto à melhoria da qualidade do cuidado ou apenas como meio para maximizar seguros de trabalho; renda; ou matrículas universitárias. A formação de profissionais de saúde estaria ocorrendo quase sempre nas universidades, centralizando-se cada vez mais em grandes cidades. Apontando tais tendências sem, no entanto, lhes imputar erro em seus desenvolvimentos, admitiu apenas que teriam consequências “não intencionais”, Reconhece o grande impacto que tem a especialização de recursos humanos da saúde, especialmente para as áreas rurais e remotas, necessitadas de cuidados tipicamente primários, prestados por generalistas, de quem muitas vezes se exige perfil flexível, polivalente e/ou complementar. Diante das crescentes exigências para se tornar enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo ou outro profissional, os formados estariam menos propensos a trabalhar em áreas rurais[80]. O impacto da educação em saúde baseada em universidades sobre a força de trabalho em zona rural é

---

[79] Entre 1992 e 2001, a formação de especialistas, a cada ano, aumentou de 950 para 1.100, enquanto a de médicos da família decresceu de 1.000 para 550, por ano, no mesmo período. Ocorrências similares foram verificadas em outras profissões, como por exemplo, na enfermagem. Houve fragmentação das profissões de saúde e proliferação de novas ocupações (por exemplo, de laboratório e de imagem).

[80] No que diz respeito ao nível educacional alcançado, há mesmo significativas diferenças entre os profissionais de saúde de regiões urbanas e rurais, como por exemplo, e respectivamente, são 23,8% e 18% as enfermeiras com bacharelado, e 6,3 % e 2,9%, com pós-graduação.

percebida pela sub-representação de alunos procedentes daquela área nos cursos de formação profissional, particularmente nas escolas médicas[81]. Foram então citados alguns “desenvolvimentos positivos” no Canadá, tais como a formação profissional de novos tipos de prestadores de cuidados para aliviar a escassez (parteiras, enfermeiros “práticos” e médicos “assistentes”); o desenvolvimento de profissionais de saúde especificamente para as zonas rurais (representantes comunitários de saúde e médicos preparados para atuação rural); a utilização de profissionais de saúde multi-qualificados (técnico de laboratório e de raios-x, combinado); a introdução de educação e prática interdisciplinares; e o aumento do número de médicos com *background* "generalista", o que se tem demonstrado pela recuperação do número de pós-graduados em medicina da família.[82] Também houve aumento das oportunidades de formação profissional em saúde em áreas rurais; melhor observação de peculiaridades da zona rural, incluindo o treinamento clínico baseado em lógica comunitária; melhora na oferta de treinamento e educação a distância, usando tecnologia de telecomunicações; incentivo aos alunos de zonas rurais à formação profissional em saúde; assistência especial a alunos rurais para que eles possam competir com melhor êxito; e processo de admissão especial que valorizem um sólido interesse ou *background* rurais (PONG, 2009).

Como exposto pelo representante de seu Ministério da Saúde, o **Chile** tem um sistema misto de saúde, com prestadores e modelo de seguridade público e privado, estando 70% da população adscrita ao seguro público, 17% aos seguros privados e 13% a outros seguros[83]. Orientam-se por um modelo de atenção integral à saúde, com enfoque familiar e

---

[81] A população rural chega a 15% dos habitantes, mas apenas 7,5% dos alunos que se candidatam às escolas médicas têm origem rural e dos que são aprovados somente 6,5% vêm de lá. E a ida de alunos procedentes de zona urbana para trabalho em zona rural é pouco provável.

[82] De 2001 a 2008, de cerca de 550 para 950, por ano, mantido o número de outros especialistas em torno de 1.100 por ano, no mesmo período.

[83] Com divisão político-administrativa em 15 regiões, 51 províncias e 346 municípios; população de 16.494.750 habitantes (2006); expectativa de vida ao nascer: 78,5 anos; taxa de natalidade: 15,1 x 1000 hab.; taxa de mortalidade: 5,5 x 1000 hab.; e “ruralidade”: 13,4% (2002).

comunitário. As políticas de provisão e de retenção de pessoal têm dado ênfase a: existência de legislação trabalhista que garanta o desenvolvimento de uma carreira sanitária; proteção aos direitos trabalhistas e sistema de remuneração e incentivos; opções de desenvolvimento profissional; desenvolvimento de modelos de gestão e provisão de infraestrutura e tecnologia adequada. O sistema de carreira sanitária opera no sistema nacional de saúde distinguindo médicos, odontólogos, farmacêuticos e bioquímicos, além de profissionais técnicos, administrativos e auxiliares. Na atenção primária de saúde municipal há um estatuto comum para todos os funcionários e programas de remuneração diferenciada por zona de atuação, considerados desempenho e vulnerabilidade: a gratificação de zona; a bonificação de zona extrema; a gratificação de desempenho difícil (APS Municipal). Há programas de formação de especialistas que permitem atrair e reter profissionais nos serviços de saúde e na atenção primária municipal. É requisito essencial para se optar pelos programas de especialização o desempenho prévio, por período não inferior a três anos, em serviço de saúde de nível primário de atenção ou em estabelecimentos de saúde municipal. Quanto aos investimentos em infraestrutura na APS, de 2006 a 2010, anunciou-se a construção de 104 novos Centros de Saúde Familiar (42 já em operação; 30 em obras de execução; 18 em licitação; e 14 sendo projetados) e também de 165 novos Centros Comunitários de Saúde Familiar (129 já em operação; 36 em obras de execução) Dessas unidades de saúde, foram apresentadas tipos de plantas de arquitetura em perspectiva (RODRIGO, 2009).

Depois de apresentar mapa sobre a escassez de cuidados primários em todo o território norte-americano, por condados, o representante dos **Estados Unidos da América**, professor de medicina e política de saúde, expôs a experiência do *The U.S. National Health Service Corps* que tem por missão assistir às comunidades com escassez de profissionais na área da saúde no recrutamento de clínicos (médicos, dentistas, e profissionais de enfermagem e da área de saúde mental) pela concessão de bolsas de

estudo e do abatimento de empréstimos educacionais contraídos[84] em troca de serviço em comunidades carentes de maior necessidade. Declarando princípios (bom planejamento, transparência, claras atribuições, financiamento adequado e suporte técnico em campo) e mesmo considerando que não seja necessariamente uma solução permanente, benefícios do programa (distribuição e incremento de pessoal, equidade em saúde, fortalecimento do sistema de saúde, abatimento/reembolso de créditos educativos) foram alegados (MULAN, 2009).

Como foi realçado pela representação do **México**, procedente do Instituto Nacional de Salud Pública, seu sistema de saúde foi marcado pela criação, em 1943, do Instituto Mexicano de Seguro Social. Em contexto de alta migração nacional e internacional, houve decréscimo da população rural (comunidades até 2.500 habitantes), entre 1950 e 2005, de 55 para 20%, e manutenção de população indígena em torno de 8 a 10% do total de habitantes. Identificou-se um fator comum aos programas e às ações dirigidas para a atenção à saúde rural, desde a década de 30 do século passado: o provimento de médicos, em serviço social, e a participação de auxiliares comunitários. Salientou-se que a estratégia de serviço social tem sido certamente a mais duradoura, mas que desde a sua criação, tem gerado uma oferta de força de trabalho com enormes problemas de motivação e de comprometimento entre os estudantes, que o veem como inúteis em seu processo de formação. A decisão do estado mexicano de manter cuidados de saúde prestados aos pobres por parte dos alunos de graduação se basearia principalmente no baixo custo, sem encargos trabalhistas. Acrescentou, no entanto, que o sistema de pagamento na atenção básica é essencial para gerar incentivos positivos e que, dentere

[84] Em torno de US$ 130 mil e aumentando progressivamente, como anunciada pelo expositor. Informa-se também que "(...) Com mais de US$ 1 trilhão em empréstimos estudantis em torno do país, o saldo de empréstimos estudantis federais em todo o país é de US$ 902 bilhões, com outros US$ 140 bilhões em empréstimos estudantis particulares. Entre os que pediram empréstimos nos EUA, a dívida média em 2011 foi de US$ 23.300, com 10% devendo mais de US$ 54.000 e 3% mais de US$ 100.000, segundo o Federal Reserve Bank. (...) No Brasil, em 2012, 140 mil pediram o financiamento estudantil do governo federal". (http://www.pnbe.org.br/nos-eua-uma-geracao-imersa-em-emprestimos-estudantis.html)

outras considerações, os estagiários de serviço social deveriam ser substituídos por médicos graduados que apresentam maior probabilidade de permanecer nas zonas rurais por tempo mais prolongado; e que a vontade política de concretizar estes objetivos pelas partes interessadas (trabalhadores, sindicatos, instituições, população) seria tão importante quanto a disponibilidade de recursos financeiros (NIGENDA e col., 2009).

No **Peru**, com déficit de recursos humanos em saúde similar ao de países da África Subsahariana, foi exposto pela diretor geral de gestão de recursos humanos do Ministério da Saúde que há enorme desigualdade de disponibilidade de médicos: para cada 10.000 habitantes há somente 9 em todo o país, embora em Lima haja 15 na mesma razão, diferença percebida também se considerados os extratos de pobreza. Buscam alcançar até 2015 uma oferta de profissionais de saúde com competência adequada e bem distribuídos na razão de 25 para cada 10.000 habitantes, provimento distritos pobres com equipamentos de atenção básica à saúde; estabelecimento de carreira sanitária alinhada a objetivos sanitários, convênios e mecanismos de negociação. Desenvolvem duas principais estratégias: um programa de serviço social, o SERUMS, que conduz profissionais de saúde recém-egressos da graduação a áreas desassistidas, com evidente impacto na redução das “brechas de recursos humanos”, e um mais novo, o ProSalud, com intenção de fixar profissionais em áreas com déficit crítico. A escolha é por mérito e a adesão é premiada com pontuação em processos de seleção para a residência médica (VERGARA, 2009).

Depois de ouvidas as apresentações dos sete outros países participantes do evento, foram expostas as experiências em processo de implementação no **Brasil**, na gestão do trabalho e na educação na saúde. Como políticas prioritárias da gestão do trabalho foram elencadas: desprecarização do trabalho; carreira profissional; negociação do trabalho; regulação do trabalho e qualificação da gestão de recursos humanos. De nossos 5.564 municípios, dispostos em 26 estados, destacou-se que apenas 4,1% dos municípios têm entre 100 mil e 500 mil habitantes e somente 0,6% mais de 500 mil habitantes. Pouco menos da metade dos municípios têm até

10 mil habitantes e chegam a quase 90% se considerados aqueles com até 50 mil habitantes. Somam-se no país 2,5 milhões de empregos de saúde: 60% públicos e 40% privados; superior (34%); técnicos e auxiliares (30%) elementar (11%) e gestão do SUS (25%)[85]. Diante das experiências do outros países, reconhecidas as semelhanças entre problemas, dificuldades e soluções para a carência de profissionais, anunciou-se, "a partir do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde e Ministério da Defesa, uma agenda de intenções a serem discutidas em conjunto com atores fundamentais que compõem a estrutura democrática do SUS: usuários, gestores e trabalhadores"[86]:

- Apoiar a criação do Serviço Civil Obrigatório, abrangendo na área da saúde prioritariamente, os cursos medicina, odontologia, enfermagem;
- Proporcionar acesso imediato a Cursos de Especialização em Saúde Família na modalidade à distância através da UNASUS[87].
- Possibilitar o acesso à Biblioteca Virtual em Saúde.
- Expandir o acesso ao Telessaúde como ferramenta de educação permanente, através de convênios com o Ministério de Saúde.
- Criação de certificado de prestação de serviço nacional relevante, aos que prestarem serviços de saúde em áreas inóspitas, longínquas e de difícil acesso contempladas nessa política, com validade oficial do Ministério da Educação (MEC) para pontuação em concursos públicos, tais como: residência médica, concursos públicos em geral, mestrado, doutorado, etc..
- Adoção de medidas de discriminação positiva para o ingresso no Programa de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, com a criação de cotas nesse sentido.
- Propor a adoção de medidas/normatização objetivando a discriminação positiva para o ingresso na Carreira Nacional do SUS, quando instituída pelo Ministério da Saúde.
- Criar medidas compensatórias de natureza econômica e financeira que se referem às dívidas contraídas entre esses profissionais e instituições financeiras referentes a créditos educativos e FIES proporcionando o abatimento da dívida existente associado ao tempo de permanência nas áreas definidas.
- Estudar a instituição do ACISO-SUS- Ações Cívico Sociais, com a finalidade imediata e relevante de se prover assistência médico/odontológica em municípios sem qualquer assistência, por meio de convênio entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Defesa, com os três Comandos Militares, com o intuito de se e-

[85] Dados da AMS de 2005.

[86] Ressaltou-se que "o Brasil tem uma forma distinta de conduzir o Sistema de Saúde na qual a participação democrática dos atores principais (usuários, trabalhadores e gestores) está assegurada nas instâncias do sistema: Conselho de Gestores (Tripartite), Conselho Nacional de Saúde (três atores); Mesa de Negociação Nacional (trabalhadores e gestores)".

[87] Universidade Aberta do SUS.

> levar consideravelmente, e de forma direcionada o número de realização destas Ações Cívico Sociais já sendo realizadas por eles. (MACHADO, 2009).

Sobre a questão da Carreira Nacional (Federal/Estadual) para o SUS argumentou-se que :

> A ideia de Carreira Nacional visa auxiliar os gestores municipais e estaduais na solução deste grave problema da ausência de profissionais de saúde, que são essenciais nos municípios longínquos e de difícil acesso, com especial foco na Amazônia Legal. A Carreira Nacional está pensada para três categorias básicas do Sistema Único de Saúde: médicos, enfermeiros e odontólogos. Os municípios serão tipificados e agrupados em níveis de dificuldades de provimento destes profissionais, considerando as diversas características que revelam esta dificuldade. Dentre estes características, serão levados em conta indicadores como o IDH, desenvolvimento econômico (PIB), percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, distância da Capital e o perfil epidemiológico da população (MACHADO, 2009).

Sobre âmbito das experiências em “intervenções educacionais”, no Brasil, o MEC está encarregado da avaliação e da regulação da educação de nível superior, autorizando e reconhecendo os cursos de graduação, e ao MS cabe, constitucionalmente, por intermédio do SUS, a ordenação dos recursos humanos na área da saúde. Desde 2007, a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, criada por decreto presidencial, passa a atuar na avaliação, regulação e ordenação da educação superior, como política intersetorial na educação na saúde. O Programa Universidade para Todos - PROUNI e o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) são iniciativas de democratização do acesso à educação superior e de mudança no perfil dos ingressantes. Nas universidades federais houve duplicação do número de vagas de ingresso e interiorização com base nas vocações regionais, com 227 mil vagas. Regulação se dá com base na qualidade, supervisão e suspensão de vagas, com participação do Conselho Nacional de Saúde nesse controle social. Foi dado destaque ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, como intervenção “pré-serviço” e aos programas de educação permanente, Telessaúde Brasil e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), tipo *e-learning*, atuando “em serviço”. No Pró-Saúde há 96.000 estudantes

de 354 cursos de graduação participando, num investimento de 50 milhões de dólares. Alia-se a ele o Programa de Educação Tutorial – PET Saúde, de ensino e pesquisa, de 20 milhões de dólares, com 5.200 bolsas cedidas, em três modalidades: de tutor, para professor universitário; de preceptor para profissional de serviço de saúde e de monitor para estudante. Desses programas, anuncia-se como resultado, uma diretriz de integração ensino-serviço incorporada pela universidade; valorização da atenção primária como campo de prática efetiva e eficaz, desde a graduação e melhora da qualidade da atenção nas unidades de saúde em que os estudantes de graduação estão inseridos e qualificação da atenção básica a partir do estímulo ao desenvolvimento de pesquisa.

Informou-se ainda que há projeto de lei para alterar as regras de amortização para concluintes de curso de medicina beneficiados pelo FIES possibilitando "o abatimento de 1% ao ano de sua dívida, pelo tempo que permanecerem atuando na ESF em regiões remotas e carência na amortização se optarem pela RM nas especialidades e regiões do país onde há vazio assistencial. Não sendo um problema restrito à atenção primária, revelou-se percentual de gestores hospitalares que encontram "muita dificuldade" no recrutamento de médicos, por especialidade[88]: pediatria (32,1%); anestesiologia (30,5%); psiquiatria (28,8%); neurologia (23,6%); neurocirurgia (20,5%); medicina intensiva (17,8%); radiologia (17,6%); clínica médica (15,6%); cardiologia (15,0%) e nefrologia (10,7%). Essa situação é muito crítica na Região Norte do Brasil. Identifica-se, portanto, como prioridade de intervenção considerar a demanda do sistema de saúde no planejamento da oferta de RM, com foco em redes de serviços de: cuidados primários de saúde; saúde mental; oncologia; saúde da mulher; saúde da criança; saúde do idoso; e urgência e emergência. Essas áreas estão contempladas na expansão de PRM credenciados, com 2.000 novas bolsas já aprovadas e com ampliação de vagas. Nessas especialidades haverá provimento de infraestrutura de serviços de saúde e de centros de

[88] Citando dados de pesquisa do ObservaRH/Nescon/UFMG, de 2008.

referência, como hospitais universitários e outros classificados como de ensino, em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde. No Programa de Telessaúde buscam-se os objetivos de melhorar a qualidade da atenção primária; preparar os trabalhadores de equipes de Saúde da Família; integrar instituições acadêmicas e prestadores de cuidados de saúde primários; melhorar a tele-educação; estruturar segunda opinião por tele-consulta; e criar uma Biblioteca Virtual para Cuidados Primários, inserida na Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme). Foram selecionadas 900 unidades de saúde, por critério de prioridade, em municípios de difícil acesso geográfico; municípios com população menor ou igual a 100 mil habitantes, municípios com cobertura da ESF igual ou superior a 50%; municípios com baixo desenvolvimento humano (IDH menor que 0,500). A cobertura do projeto não deve estar em zonas metropolitanas em mais de 20% e deve estar presente em pelo menos 80% dos municípios situados em áreas remotas. Aliam-se ao Telessaúde as iniciativas da UNASUS e a Rede Universitária de Telemedicina - RUTE, esta com 57 hospitais universitários já conectados (HADDAD, 2009).

Ainda na abertura do evento, já haviam sido elencadas, obdecida uma ordem ou lógica de possibilidade, algumas medidas previstas para combater a má distribuição de profissionais de saúde, sobretudo de médicos, no Brasil: a garantia de instalações adequadas, de material e de medicamentos; a sistematização de encaminhamento imediato (referência imediata); a elevação dos salários; o suporte remoto via *e-saúde*; a redução de dívida com empréstimos educativos e a padronização do reconhecimento de diplomas estrangeiros. Seguiram-se considerados, a oferta de habitação diferenciada e de outros benefícios adicionais e também a possibilidade de se implantar o serviço civil obrigatório. Por último, aventa-se o recrutamento especial de estudantes das zonas rurais. Descarta-se a utilização de brigada de médicos estrangeiros e especial atenção tem sido dada à implantação de carreiras de estado, com vínculo federal, para “criar perspectivas ao longo da vida e estabilizar contratos” (CAMPOS, 2009).

Nesse seminário internacional de 2009, como se viu, somam-se diferentes iniciativas dirigidas a tentar superar diversos condicionantes da escassez de recursos humanos, sobrepesada a carência de médicos, mas nenhum país tem solução definitiva para tal problema.

Em 2010, intensificado o debate, a OMS apresentou documento com "diretrizes que apoiam os países a incentivarem os trabalhadores da saúde a viverem e trabalharem em áreas remotas e rurais", reclamando as "necessidades de ampliação do acesso a educação, melhores condições de trabalho e de vida para trabalhadores da saúde".

De 13 e 14 de abril de 2011, logo depois de inaugurada uma nova gestão federal, o MS em parceria com o CONASS, com o CONASEMS e com a OPAS realizou, em Brasília, o Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade. Com objetivo de avaliar e estruturar a proposição da política do país para o enfrentamento do problema no SUS, participaram do evento representantes de vários ministérios (Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia, Defesa, Trabalho) e da Casa Civil, assim como gestores do SUS nas esferas federal, estadual e municipal, além de representantes de instituições de ensino, pesquisadores, técnicos, entidades representativas dos trabalhadores e parlamentares com atuação na área de saúde (BRASIL, 2011).

Seguindo programação relacionada com o "Provimento e Fixação de Profissionais", principalmente no SUS, foram discutidas: experiências e desafios – limites e possibilidades; necessidades e estratégias; e iniciativas educacionais. Destaca-se a recomendação de que devem ser adotadas estratégias para provimento e fixação que incluam todos os profissionais e trabalhadores de saúde, admitindo que políticas para categorias específicas devem ser pensadas no contexto de uma visão geral do trabalho em saúde. Reconhece-se que o problema é complexo e há necessidade de múltiplas estratégias mediadas por intervenções educacionais e regulatórias; incentivos diretos e indiretos e suporte social e profissional que respeitem, inclusive, as diversidades regionais. Para Provimento e Fixação de Médicos no SUS, discutiram-se iniciativas educacionais, admitidas a graduação e a

residência médica como fatores de fixação de médicos e discutiu-se sobre carreira médica e serviço civil. Falou-se de distribuição da oferta de vagas de graduação equilibrada em relação à população das diferentes regiões do país; de políticas que priorizem o acesso de estudantes que morem na mesma região da instituição de ensino superior e de políticas de incentivo a mudanças curriculares de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e com as necessidades do SUS. Reiterada como melhor estratégia de fixação, a RM teve anunciada a oferta de bolsas residência médica em regiões e especialidades prioritárias com e abertura de programas com apoio matricial e instituições de excelência. Também consideradas como fatores de fixação, como se demonstra nas experiências internacionais, as carreiras profissionais estariam com diretrizes em discussão em mesa de negociação. Reclamou-se a necessidade de aprofundar o debate entre as esferas de governo, incluindo diálogo e negociação com as entidades representativas dos profissionais. Apresentou-se também pesquisa constatando ser o salário diferenciado e compensações para o ingresso em programas de residência médica são os incentivos que mais estimulariam a adesão e a maior permanência de recém-formados num Serviço Civil. Expôs-se como estão se desenvolvendo as ações programadas para diminuir o déficit de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade. O programa de incentivo à especialização médica, o Pró-Residência, seria ampliado em duas mil vagas em 2011 com previsão de abertura outras novas vagas até 2015 em atendimento atenderão as necessidades regionais. O programa Telessaúde Brasil, que oferece a segunda opinião formativa e auxilia na formação e capacitação dos profissionais do SUS, com funcionamento, na ocasião, anunciado em nove núcleos, em todas as regiões do país, também seria ampliado ainda naquele ano. Procurou-se reafirmar o alinhamento dessas ações nacionais, já implementadas, com as diretrizes da OMS, e incentivar a ampliação das ações e da articulação entre os atores do processo para o enfrentamento do problema" (MARTINS, 2011). Como questão prioritária, a carência de médicos se mantém na agenda de problemas de alto valor de gestores do SUS, nas três esferas de governo,

amiúde presente nas pautas das reuniões do conselho intergestores tripartite (NARDI, 2011).

Em 2012, implanta-se o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) com intenção de “provimento e fixação de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade”. Como se procedeu em outros países, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas recém formados receberiam incentivos para trabalharem nessas localidades, tais como proposto suporte técnico, bolsa-salário diferenciada e pontuação para concursos em programas de residência médica e multiprofissional. A estimativa era de que 3,7 mil vagas seriam abertas, sendo 2.000 vagas para médicos, 1.000 vagas para enfermeiros e 700 vagas para dentistas, nos municípios e localidades com déficit de profissionais de saúde. Mas, de fato, apenas 381 médicos foram contratados, com vínculo funcional com secretarias de saúde, dos quais, “347 iniciaram as atividades até 30 de março de 2012 e 340 foram avaliados positivamente pela instituição supervisora e pelo gestor local e receberão a pontuação adicional nas provas de residência médica do próximo ano” (BRASIL, 2012b)

Na intercorrência desses dois eventos promovidos pela SGTES do MS, aconteceram outros dois, promovidos por instituições de ensino e de pesquisa, de cujos relatórios se resgatam elementos de crítica a estratégias de mobilidade do trabalho de médicos, colocadas em pauta em 2009, as quais foram empregadas em outros países, sobretudo a descentralização da residência médica, o serviço social (civil) e a carreira sanitária de estado.

No Rio de Janeiro, entre 9 e 11 de junho de 2010, com o objetivo de reforçar evidências de pesquisas e promover o uso de abordagens metodológicas inovadoras para medir e monitorar a capacidade da força de trabalho em saúde, em resposta às necessidades de saúde da população, foi realizada a Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde[89], da qual participaram representantes da OMS e de

[89] Sob a coordenação geral do Centro Colaborador da OMS/OPAS em Planejamento e informação da Força de Trabalho em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

vários países: África do Sul, Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos, Holanda, Portugal, Uruguai, da OMS e de diversas instituições brasileiras, incluídas as integrantes da Rede ObservaRH. Dentre os muitos trabalhos apresentados[90], destaca-se, no campo da "dinâmica estabelecida entre a formação de profissionais na área da saúde e o mercado de trabalho", a observação da "movimentação espacial dos médicos no Brasil"[91], em estudo que investigou "fatores motivacionais que incidem na decisão de migrar" dos médicos (SEIXAS e col., 2011). Constatou-se que apesar de ser a graduação "um importante mecanismo de fixação de profissionais e base para criação e fortalecimento de um mercado local, seu impacto é relativo" sendo a residência que apresenta um "padrão de fixação mais forte e de eventual retenção profissional" como também fora anunciado em pesquisa realizada e na literatura revisada por Póvoa (2004). De maneira singular, em "estudo exploratório no âmbito da atenção primária", por um "índice de escassez de médicos" no Brasil (GIRARDI e col., 2011), se oferece um instrumento para a implementação de políticas de alocação de recursos humanos, ponderados, em conjunto, indicadores de oferta de recursos humanos; de alta necessidade de saúde; socioeconômico; e de barreiras de acesso ou distância.

E entre 10 e 24 de setembro de 2010, reuniram-se de forma diferenciada, virtualmente, pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde, com o objetivo "de promover um diálogo sobre as dificuldades enfrentadas pelos municípios brasileiros para atrair e manter profissionais de saúde em áreas remotas e mais necessitadas", e de oferecer a "oportunidade de se informar e se indagar sobre alternativas de políticas públicas e estratégias que vinham sendo adotadas pelos governos federal, estaduais e municipais para o

---

[90] Posteriormente publicados em coletânea (PIERANTONI e col., 2011) disposta em quatro áreas temáticas: sistemas de informação e modelos de alocação de recursos humanos em saúde; mercado de trabalho em saúde e dinâmica da oferta e da demanda; metodologia de análise e planejamento de recursos humanos em saúde; e metodologias de análise e planejamento de recursos humanos em saúde.

[91] Analisam-se bases de dados acerca dos registros profissionais de médicos do Brasil e títulos de especialistas registrados na CNRM e entrevistas estruturadas sobre fatores de migração, em pesquisa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo – ObservaRHSP, integrante da Rede ObservaRH.

enfrentamento do problema". Em Convenção *Online* sobre Recursos Humanos em Saúde[92], realizada via *Internet*, permitiu-se que os participantes acompanhassem e debatessem sobre o tema da "escassez e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas", no tempo mais adequado a cada um, com mensagens postadas em plataforma *web* construída para aquele propósito. Seguiu-se uma agenda pré-definida de quatro temas: problemas com a distribuição de profissionais de saúde no território nacional; determinantes da escassez, atração e fixação de profissionais de saúde; experiências brasileiras com estruturas dedicadas à interiorização e fixação de profissionais de saúde; e proposições legislativas. Cada tema foi desdobrado em tópicos e tratado por painelistas em dias específicos, os diálogos foram coordenados e orientados por moderadores. Ao final de cada dia uma síntese das discussões foi disponibilizada em biblioteca virtual, com dezenas de referências bibliográficas sobre políticas e estratégias de superação da escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis, reportando também experiências de outros países (EPSM, 2010). Destaca-se, do tratamento dado pelos painelistas, que a questão da atração e da fixação de profissionais de saúde só tem aparecido no Brasil como problema de política pública, relacionada ao direito à saúde, como parte dos direitos humanos e de cidadania. Dependeria, portanto, "da forma de implementação do SUS e especificamente do PSF", devendo-se levar em conta "a distribuição de equipamentos (plantas físicas e tecnologia, comunicações, suprimentos) e de recursos financeiros (transferências e subsídios entre regiões)". São também lembrados "fatores de expulsão" tais como "as dificuldades de emprego para marido/cônjuge, e as deficientes condições de escola e formação para filhos" assim com a percepção de serviço social médico compulsivo como "castigo". Em contraponto, são citadas as experiências com estudantes originários de áreas mais carentes observadas em "países tão diversos, como os Estados Unidos e Cuba, que utilizam com êxito as cotas de admissão para candidatos a estudantes de medicina de áreas rurais com baixa densidade de médi-

[92] Organizada pela EPSM do Nescon da Faculdade de Medicina da UFMG, e apoiado pela SGTES/MS/

cos". Adverte-se, no entanto, sobre a necessidade de coerência entre as intervenções selecionadas, "para produzir efeitos sinérgicos", dado o exemplo de que "um sistema de bolsas para estudantes de regiões rurais pode perder efeito se o sistema de alocação de vagas de Residência consolida o paradigma hospitalocêntrico e de alta tecnologia", além das dificuldades operacionais de implementação que "complicam a vida das burocracias estatais" (RIGOLI, 2010). A experiência acumulada mostra que "a fixação de profissionais em áreas remotas não depende somente de incentivos financeiros" e que "não basta construir uma carreira com mobilidade entre tais municípios", dada a sua difícil implementação. "O que fixa livremente o profissional é o próprio desenvolvimento econômico-social dos municípios. A gestão de pessoal não pode ultrapassar esses limites. O sistema de saúde acompanha o desenvolvimento". Ressalta-se que "não se pode ter por meta cobrir com assistência de saúde todo e qualquer município, quando municípios cada vez mais precários em matéria de sustentabilidade são criados a partir de interesses políticos particularistas" (NOGUEIRA, 2011).

E como se têm posicionado as entidades de representação da categoria médica sobre essas questões?

O CFM, a AMB e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), como entidades médicas nacionais, defendem a proposta de criação de Carreira Médica Estadual, de base municipal, inspirada em modalidade de carreiras do judiciário (CARDOSO, 2010). As manifestações dessas entidades também foram observadas por acesso a sítios eletrônicos institucionais mantidos na *Internet*. Verifica-se que estão engajadas no Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública com mais outras 42 instituições [93].

[93] Como o objetivo de coletar assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira, alterando, dessa forma, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a questão inclusa na Emenda Constitucional nº 29. Participam do movimento: 1. ABRA – Associação Brasileira de Autismo; 2. ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia; 3. ABRASCO – Associação Brasileira de Pós--Graduação em Saúde Coletiva; 4. ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer; 5. AMB – Associação Médica Brasileira; 6. APUBH – Sindicato dos Professores de Universidades Federais de Belo Horizonte; 7. CCT – Centro de Conhecimento e Trabalho; 8. CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 9. CFF

Reiteram assim uma posição histórica de reclamação ao Estado de papel financiador da Saúde, sobretudo das ações de assistência médica, direcionado à condição de contratador mais do que de prestador direto de serviços de saúde (DONNANGELO, 1975; CAMPOS, 2006). O CFM, promotor de várias pesquisas sobre os médicos, publica notícias sobre diversos assuntos julgados de interesse dos médicos em seu *site* diariamente. Quando inserido o descritor de assunto “falta de médicos” por meio de mecanismo de busca desse *site*, são resgatadas 35 notícias em cuja redação aparece o descritor utilizado, de cerca de 1.700 postadas entre maio de 2010 e maio de 2012, dispostas conforme manchetes pelas quais se anunciaram, da mais recente a mais antiga (Quadro 1).

– Conselho Federal de Farmácia; 10. CFFª – Conselho Federal de Fonoaudiologia; 11. CFM – Conselho Federal de Medicina; 12. CFN – Conselho Federal de Nutricionistas; 13. CFP – Conselho Federal de Psicologia; 14. CGTB – Central Geral dos Trabalhadores do Brasil; 15. CMP – Central dos Movimentos Populares; 16. CMS – Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG; 17. CMS – Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza/CE; 18. CNPL – Confederação Nacional de Profissionais Liberais; 19. CNS – Conselho Nacional de Saúde; 20. CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde; 21. CONAM – Confederação Nacional das Associações de Moradores; 22. CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 23. CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 24. CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura; 25. CSPB – Confederação dos Servidores Públicos do Brasil; 26. CTB – Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil; 27. CUT – Central Única dos Trabalhadores; 28. FBASD – Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; 29. FENACELBRA – Federação Nacional das Associações de Celíacos Do Brasil; 30. FENAFAR – Federação Nacional dos Farmacêuticos; 31. FENAM – Federação Nacional dos Médicos; 32. FENAPSI – Federação Nacional dos Psicólogos; 33. FIO – Federação Interestadual dos Odontologistas; 34. FNE – Federação Nacional dos Enfermeiros; 35. Força Sindical; 36. FST – Fórum Sindical dos Trabalhadores/DIAP – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar; 37. LBL – Liga Brasileira de Lésbicas; 38. MBHV – Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais; 39. MOPEM – Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla; 40. NCST – Nova Central Sindical de Trabalhadores; 41. OAB – Ordem dos Advogados do Brasil; 42. ONG Mulheres Negras/Movimento Negro; 43. Pastoral da Saúde; 44. UBM – União Brasileira de Mulheres; 45. UNE – União Nacional dos Estudantes.

Quadro 1 - Manchetes de notícias do Conselho Federal de Medicina (maio de 2010 a maio de 2012).

Nº	Título	Data
1	Senador se manifesta contrário à validação automática de diplomas estrangeiros de medicina	10/05/12
2	Senador propõe ação urgente para melhorar distribuição de médicos no país	12/04/12
3	CRMs pedem manutenção do Revalida e respeito à legislação que trata do tema	10/04/12
4	Médicos cancelarão consultas para reforçar atendimento nas UPAs no dia 21 de março	08/03/12
5	Conselhos de Medicina lamentam declarações de secretária de saúde do Acre	07/02/12
6	Em São Paulo, lideranças debatem rumos da formação e do trabalho médico	16/01/12
7	Relatório do Cremers sobre Operação Férias com Saúde será entregue às autoridades municipais do RS	16/12/11
8	MS defende em debate que vacina contra HPV não seja incluída por lei	14/12/11
9	Entidades Médicas entregam manifesto contra corrupção na Assembleia de RO	23/11/11
10	Goiás adere à paralisação nacional dos médicos	25/10/11
11	Observatório do SUS - Roraima	09/08/11
12	Lideranças médicas aprovam paralisação no SUS	05/08/11
13	Observatório do SUS - Minas Gerais	04/08/11
14	Observatório do SUS - Rondônia	08/07/11
15	Cremero fiscaliza hospitais e ouve médicos de Cacoal	25/05/11
16	Conselhos de medicina são contra abertura indiscriminada de escolas médicas no país	19/05/11
17	Abertura indiscriminada de escolas médicas no país coloca em risco a saúde da população	11/05/11
18	Conselhos Federal e Regionais de Medicina de todo o país se solidarizam com médicos paraibanos	08/05/11
19	Observatório da Pró-SUS dá informes sobre movimento nos estados	06/05/11
20	Perícia médica do INSS precisa de 1,5 mil profissionais, denuncia associação da classe	28/04/11
21	Conselho realizará em junho novo fórum de ensino médico	26/04/11

22	Para Padilha, Saúde precisa mostrar boa gestão para conquistar mais recursos no governo Dilma	25/04/11
23	Cremerj alerta para falta de médicos no Rio, em meio a aumento de casos de dengue	05/04/11
24	Nova presidente do Cremero garante luta por melhoria no financiamento do SUS	30/03/11
25	Edição de fevereiro do jornal Medicina está disponível no Portal Médico	10/03/11
26	Direção do CFM vistoria hospitais de Rondônia e discute saúde com Governo	17/02/11
27	Conselho Federal de Medicina divulga nota com comentários sobre estudo do IPEA	09/02/11
28	CFM e novo ministro da Saúde têm consenso sobre necessidade de mais verbas para a assistência	23/12/10
29	Fiscalização do Cremero averigua situação de hospital de Cacoal (RO)	26/11/10
30	Residentes recusam proposta do governo e mantêm greve	20/08/10
31	Greve de residentes é forte e ultrapassa adesão de 80% no País	18/08/10
32	Presidenciáveis recebem manifesto das entidades médicas	09/08/10
33	Médicos publicam Manifesto à Nação onde exigem melhora da saúde brasileira	02/08/10
34	Pediatras são profissionais em extinção, alerta presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo	28/07/10
35	Cremero fiscaliza policlínica para apurar denúncia de falta de médicos e remédios	01/06/10

Outras sete notícias mais recentes, entre junho a setembro de 2012, foram também resgatadas (Quadro 2).

Quadro 2 - Manchetes de notícias do Conselho Federal de Medicina (junho a setembro de 2012).

Nº	Título	Data
1	Rumos da saúde pública em debate no segundo dia do II Congresso de Políticas Médicas	13/09/12
2	Posse da nova diretoria do Cremesp conta com a presença do ministro da Saúde, Alexandre Padilha	03/09/12
3	CRM-PA denuncia condições de pronto-socorro municipal	30/07/12
4	Rota da caravana nacional da saúde em Alagoas flagra descaso dos gestores	23/07/12
5	MPF recomenda ao Ministério da Saúde solucionar questão da falta de médicos em estados na Amazônia Legal	20/07/12

6	CFM defende carreira de Estado para fixação de médicos no interior	28/06/12
7	Projeção de Conselhos de Medicina aponta aumento da desigualdade na distribuição de médicos	18/06/12

Reportam-se a más condições de trabalho; a “descaso de gestores”; a um consenso sobre necessidade de mais verbas para a assistência; e comentam resultados de pesquisa que indica ser a falta de médicos o maior problema de usuários entrevistados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); de estudo do próprio CFM em conjunto com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), coordenado por Scheffer (2011), que aponta aumento de desigualdade na distribuição de médicos e não exatamente uma falta de médicos; e de outras pesquisas de observatórios de recursos humanos em Saúde. Discutem rumos da formação e do trabalho médico; manifestam-se contra a “abertura indiscriminada de escolas médicas no país” como “risco a saúde da população”; refutam a validação automática de diplomas estrangeiros de medicina, reivindicam a manutenção do programa Revalida; e reclamam melhor distribuição de médicos no país. Anunciam manifesto exigindo “melhora da saúde brasileira”[94] e apoiam movimentos de paralisação de médicos no SUS e no setor suplementar de assistência médica. Advertem que pediatras são “profissionais em extinção”. A “falta de médicos”, implicada noutros fatos, também é noticiada por carência de médicos: em Unidades de Pronto Atendimento; na Perícia do Instituto Nacional de Seguridade Social; na preceptoria de residência médica, reclamada na pauta de médicos residentes quando estiveram em greve; e até mesmo como condicionante na adoção de certa vacina.

Essas muitas “faltas” estão também expostas na mídia e podem ser capturadas a qualquer tempo em *sites* de busca da *Internet.* Num último acesso[95], em 25 de julho de 2012, foram pesquisadas, tomada como

[94] Documento que teria sido entregue a presidenciáveis na última eleição.

[95] Ao *Google*, considerado pelo senso comum como o “mais procurado” e com arrogados mecanismos de classificação de relevância. A cada busca de uma determinada palavra-chave, baseado em um algoritmo, segundo fontes do buscador,

“palavra-chave” a expressão “*falta de*...” completada, por vez, com *médicos*, *enfermeiros*, *dentistas*, *engenheiros*, *advogados*, e *executivos*. Além dos médicos, os enfermeiros e os dentistas completam o quadro dos profissionais de formação universitária mais contratados no SUS; engenheiros e advogados porque medicina, advocacia e engenharia teriam se constituído nas “profissões tradicionais ao longo do século XIX e das primeiras décadas do seguinte", ditas “imperiais”[96], conferindo-lhes um pressuposto padrão socioeconômico similar; e executivos (de empresas) por serem os únicos profissionais de “carreira universitária” cuja média de “horas semanais de todos os trabalhos” de 50,83 horas supera um pouco a dos médicos com 50,14 horas (NERI, 2008). A busca teve como filtros: páginas “de Brasil” e período “01/07/2010 - 30/06/2012”. Foram resgatadas informações em geral da *web*; notícias; imagens; e vídeos. Com o uso do singular ou do feminino dos termos designativos de cada categoria, os registros de resultados foram nulos ou pouco significativos (< 10%) se comparados aos obtidos com o uso do plural e do masculino dos mesmos termos. Na tabela 6 os quantitativos obtidos mostram uma enorme disparidade de exposição entre a “falta de médicos” e a “falta de..” todas as outras categorias pesquisadas.

---

são utilizadas no cálculo da relevância aproximadamente 200 variáveis, como fatores de relevância externos (quantidade de sites relacionados à palavra-chave contendo *links* para determinado site; qualidade e peso desses *sites*, contando muito mais “um *link* importante” do que uma grande quantidade de *links* e *sites* sem importância; texto contido no link (*anchor text*); e internos (quantidade de páginas falando da palavra-chave, com pelo menos uma página focada nessa palavra-chave - título, texto, imagens etc; *title* dessa página claro e direto mencionando a palavra-chave), mutáveis para “prevenir vulnerabilidade a manipulações”.

[96] Como são tratadas em "versão do processo de constituição das profissões tradicionais” no estudo de Edmundo Campos Coelho, “As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro. 1822-1930” (1999).

Tabela 2 - Resultados de "falta de ..." em *site* busca da *Internet.*

CATEGORIA	Médico(a)s	Enfermeiros	Dentistas	Engenheiros(a)s	Advogado(a)s	Executivo(a)s
WEB	44.407	400	167	2.740	245	88
NOTÍCIAS	1.160	33	1	26	10	-
IMAGENS	48.106	340	145	1.360	158	75
VÍDEOS	2.450	3	1	5	-	-

Fonte: www.google.com.br. Acesso em 25 jul. 2012.

Utilizado o filtro "*Top 10*", mostram-se dez notícias, selecionadas por "mecanismos de relevância". Destaca-se a notícia sobre pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)[97] que, aparecendo na 1ª e novamente na 5ª colocação, teria sido veiculada em jornais brasileiros de grande circulação[98]. Essa pesquisa constatou que "a avaliação geral do SUS por aqueles que tiveram uma experiência de utilização dos serviços é bem mais positiva que a percepção expressa por aqueles que não utilizaram" e apurou que seu maior problema é a falta de médicos e "aumentar o número de médicos é a principal melhoria sugerida pelos entrevistados para a maioria dos serviços de saúde pesquisados". Chama também atenção, na 3ª colocação, "notícia" de *site* de sátiras por pressuposta manipulação de mecanismos de classificação de relevância, com provável vulnerabilidade não prevenida. Segue-se a lista de notícias sobre a "Falta de Médicos"- "Top 10" do Google, por relevância, acessado em 25 de julho de 2012.

1. "Ipea: 58,1% apontam falta de médicos como maior problema do SUS". http://oglobo.globo.com/politica/ipea-581-apontam-falta-de-medicos-como-maior-problema-do-sus-2825425
2. "Pacientes denunciam falta de médicos e equipamentos em hospitais do Rio: Segundo parentes, atendimento é feito em corredores e em macas no chão. Secretaria diz que há concurso em andamento para contratar profissionais".

---

[97] IPEA-SIPS: Sistema de Indicadores de percepção Social – Saúde (2011), pesquisa realizada com objetivo de avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo SUS. Foram analisadas respostas a questionário sobre os serviços do SUS, incluídas perguntas sobre planos e seguros privados de saúde, aplicado a uma amostra de 2.773 pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, considerada a distribuição dos domicílios em cotas para Brasil e regiões conforme parâmetros básicos para definição dessas distribuições advindos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008 pelo IBGE (IPEA, 2011).

[98] Dentre os maiores jornais de circulação paga, o O Globo é o 5º e O Estado de São Paulo o 4º do país, segundo Associação Nacional de Jornais (ANJ, 2012).

01/03/2012 15h26 - Atualizado em 01/03/2012 16h04
http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/03/pacientes-denunciam-falta-de-medicos-e-equipamentos-em-hospitais-do-rio.html

3. "Na falta de médicos SUS resolve contratar veterinários. Caos toma conta do SUS e governo contrata veterinários para atender a multidão de doentes". (SÁTIRA)
http://www.g17.com.br/noticia.php?id=230

4. "Cremerj alerta para falta de médicos no Rio, em meio ao aumento de casos de dengue. Fim do convênio da prefeitura com a Fundação Oswaldo Cruz poderá tirar mais 400 profissionais da rede municipal de saúde".
05 de abril de 2011 | 14h 04
http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,cremerj-alerta-para-falta-de-medicos-no-rio-em-meio-ao-aumento-de-casos-de-dengue,702039,0.htm

5. "Ipea: falta de médicos é apontada por 58,1% como maior problema do SUS. Segundo pesquisa, rapidez no atendimento é citada como maior motivação para a busca pelos planos de saúde."
09 de fevereiro de 2011 | 10h 30
http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,ipea-falta-de-medicos-e-apontada-por-581-como-maior-problema-do-sus,677211,0.htm

6. "Hospital sofre com falta de médicos, camas e matéria"[99]
22/03/2012
http://www.agora.uol.com.br/saopaulo/ult10103u1065413.shtml

7. "Falta de médicos e demora no atendimento do SUS levam população a ter planos de saúde: População também se queixa da demora nas consultas públicas e do preço do serviço privado"[100]
Publicado em 09/02/2011 às 10h31:
http://noticias.r7.com/saude/noticias/falta-de-medicos-e-demora-no-atendimentodo-sus-leva-populacao-a-ter-planos-de-saude-20120208.html

8. "Falsa solução para a falta de médicos"[101]
O Globo - 15/04/2012
https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CHUQFjAH&url=https%3A%2F%2Fconteudoclippingmp.planejamento.gov.br%2Fcadastros%2Fnoticias%2F2012%2F4%2F15%2Ffalsa-solucao-para-a-falta-de-medicos%2F&ei=qUoQUIKWKqy70QGhgYG4Cw&usg=AFQjCNEEkp5eAsC7QUnzRWS8Zq28BojqYA&sig2=ab6CLZ1ds7wbDZK_fKYmpQ

9. "Pesquisa aponta falta de médicos em pequenas cidades. Um problema que só se agrava: a falta de médicos nas pequenas cidades brasileiras. Uma pesquisa revela que os grandes centros urbanos ainda concentram a maioria dos profissionais"[102].
Atualizado em 01/12/2011 às 10h41

---

[99] Hospital Municipal do Campo Limpo, na zona sul de São Paulo
[100] Sobre pesquisa SIPS do IPEA.
[101] Referente ao PROVAB, programa de premiação de pontos em concursos para residência médica àqueles trabalharem por determinado período em áreas remotas ou desassistidas; aumento de escolas e vagas; revalidação de diploma e outras medidas. Capturada em clipping da assessoria de comunicação do gabinete do ministro do planejamento – ASCOM-GB – MP.
[102] Sobre pesquisa do CFM – Demografia Médica.

http://mais.uol.com.br/view/99at89ajv6h1/pesquisa-aponta-falta-de-medicos-em-pequenas-cidades-0402CD9A3066C8992326?types=A

10. “Baixos salários e estrutura precária causam "apagão médico" no Norte e Nordeste”[103]
05/09/2011 07h00
http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2011/09/05/baixos-salarios-e-estrutura-precaria-causam-apagao-medico-no-norte-e-nordeste.htm

Percebe-se que o problema da “falta de médicos” é, de fato, complexo e multifacetado e se espalha em muitas outras dimensões de espaço e de tempo.

Diante de proclamada contradição entre falta ou má distribuição de médicos, recorra-se, de início, por premente simplicidade, à definição do conceito de **falta**, num dicionário[104] mesmo.

Se “falta” significa “ato ou efeito de faltar”; “ausência”, também exprime “privação, carência, carecimento”, podendo ainda significar “culpa, pecado”; “erro, engano”; “imperfeição, defeito”, assim como “inobservância de preceitos legais e regulamentares, de obrigações contratuais, de deveres sociais, de diligência e lealdade, etc.”

Ora, se a má distribuição de médicos significar “privação, carência, carecimento” para alguém que não tenha acesso ao produto do trabalho desses profissionais, como uma das formas de satisfazer suas necessidades de saúde[105], então está claro que lhe falta médico, porquanto busca, porque lhe carece, mas não encontra. Insistir nessa (in)diferença seria como afirmar que para os pouco aquinhoados, despossuídos, em verdade,

---

[103] Sobre pesquisa do CFM citada e outras questões como “leilão”de médicos pelos municípios.

[104] “Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa” de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. São Paulo: Positivo. 4. ed. 2009.

[105] Como exposto pelos profs. Lilia B. Schraiber e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves no capítulo sobre “Necessidades de saúde na atenção primária” em “Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica” de Lilia B. Schraiber e col. (2000): “Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da ‘assistência’, pois a imagem mais clara delas está representada pela **procura de cuidados médicos** que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso de serviços. A origem dessa busca é o **carecimento**, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até mesmo uma situação que reconhece como ‘**uma falta**’, algo de que carece, como, por exemplo, uma informação.” (os destaques são nossos)

desapropriados, a má distribuição de renda não lhes implica passar "privação, carência, carecimento" de toda sorte de recursos, cotidianamente.

Adverte-se que, além de estarem assimetricamente mal distribuídos, como os profissionais mais raros no mercado brasileiro, "entre 31 carreiras universitárias de graduação comparadas, os médicos são os que se apresentam, ao mesmo tempo, com a maior taxa de ocupação (90% deles estão empregados), a maior média salarial (R$ 6.270) e a maior jornada de trabalho de 50 horas semanais. Esses indicadores econômicos são fortes indícios de que faltam médicos" (NERI, 2008).

O debate sobre escassez de recursos humanos na saúde, sobrepesada na (in)disponibilidade de médicos, de fato, se observa recrudescido no Brasil, desde 2008. Acirra-se contraditoriamente polarizado entre "falta" ou "má distribuição" de médicos. Dá-se principalmente pelo embate histórico de atores em situação de governo e de representação da "classe" médica (ALMEIDA, 1997), em que se reserva pouco ou nenhum espaço à participação popular. É assistido, num aparente silêncio, por representantes de empresas do setor de assistência médica suplementar, ditas de "planos de saúde", em pressuposta indiferença tática, própria de caladas estratégias de bastidores.

Buscando mudanças nessa mobilidade da força de trabalho de médicos, as iniciativas recentemente implementadas pelo poder público, lastreadas na condição de seu maior formador e empregador, podem ser consideradas legítimas, mas avaliação de seus resultados e impacto precisa de mais tempo. Muitas anteriores se mostraram ineficazes e pouco duradouras.

Ressalte-se que o que está em jogo, na discussão entre a falta ou a má distribuição de médicos, é o acesso ao trabalho médico, portanto a disponibilidade desses profissionais.

Talvez por conta disso se tenha reiterado que:

> aparentemente, a má distribuição de médicos não é como uma doença que pode ser curada, mas é mais parecido com uma condição crônica que precisa ser gerenciada. Estendendo-se a analogia médica, pode-se comparar o uso de múltiplas estratégias

> com uma polifarmacologia, com o perigo potencial de interação medicamentosa (PONG citado por CAMPOS, 2009). [106]

Compreende-se que a analogia seja feita num cenário de representações saturadas da práxis do campo da Saúde (e da doença). Reclamada a integralidade, no entanto, pondere-se que por essa forma derivada pode o entendimento do problema se arriscar em abordagens que tendem a naturalizá-lo.

Aqui então se endossa a crítica, de certa forma constituída também "por analogia médica", dirigida noutra ocasião a um cientificismo na produção do conhecimento médico, de que:

> prestigiar diagnóstico e terapêutica é, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, na medida em que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando mesmo nos níveis de promoção e proteção da saúde, um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização (AROUCA citado por MENDES, 1984)

Na alegação de "má distribuição" sem o reconhecimento da própria *falta* e tampouco desta como efeito daquela, a relação de determinação se recalca, travestindo-se mesmo, como um dilema.

Quando recuperada a "falta" explicada pela "má distribuição" na maioria das vezes emerge, detida noutra perspectiva, a geográfica, espacial, aparentemente restrita à atenção primária. Desse modo encarada, a questão tem sido alvo das principais estratégias de governo focadas como um problema de "provimento e fixação em áreas remotas e desassistidas" de profissionais de atenção básica à saúde.

Observa-se o fenômeno sócio-histórico da disponibilidade de médicos, tratado muitas vezes de forma deslocada, fixado na disparidade entre "falta" e "má distribuição" como explicações para a sua variabilidade, cuja investigação, consideradas a possibilidade e a qualidade de acesso, também requer que se capture a "historicidade do objeto que permitiria a sua identificação em uma dada conjuntura e a sua permanência processual,

---

[106] Tradução livre do inglês: "Apparently physician maldistribution is not like a disease that can be cured, but is more akin to a chronic condition that needs to be managed. Extending the medical analogy further, one could liken the use of multiple strategies to polypharmacy, with the potential danger of drug interaction".

enquanto cristalizações e transformações, possíveis de serem observadas no presente”.[107]

No debate que se assiste e nas políticas de intervenção propostas para resolver a indisponibilidade de médico, não parece apreendido, como significativo determinante, o modo como esse profissional está disposto em forças de trabalho no sistema brasileiro de serviços de saúde, por históricos mecanismos de mobilidade do trabalho sob controle do capital estabelecidos nos processos de formação e de inserção no mercado de trabalho.

[107] Como referido pelo prof. Jairnilson da Silva Paim em “Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica” (2008, p.35).

CAP.3 MOBILIDADE DO TRABALHO E INTERIORIZAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: POSSIBILIDADES E LIMITES

Neste capítulo procura-se colher, por entrevistas a professores, gestores e dirigentes de entidades médicas, representações e categorias de pensamento relacionadas genericamente à mobilidade e à disponibilidade do trabalho de médicos e especificamente a possibilidades e limites de interiorização de médicos no contexto do sistema brasileiro de serviços de saúde.

Operou-se com o pressuposto de que “para a implantação de qualquer política e estratégia que pretenda enfrentar o problema da má distribuição e fixação de médicos em nosso país” seria necessário “auscultar, cada vez mais, os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe” afim de que se pudesse “identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão” (MACIEL FILHO, 2007). Mas se considerou também que “há uma estreita relação entre o acesso aos serviços médicos e o *status* da saúde de uma comunidade” e de que para elaboração de políticas de “distribuição espacial dos serviços de saúde” requer que se compreenda “a dinâmica da localização dos empregos médicos” (PÓVOA, 2004)

Observa-se uma densidade das respostas aparentemente devida à condição privilegiada de depoimento dos sujeitos entrevistados, que foram selecionados como atores em situações muito aproximadas com o tema abordado. Por conta disso, como expressão atual de setores de formação, de governo e de representação de categoria profissional, expõe-se como resultado uma composição intensiva dessas respostas, contempladas em sequência, num discurso coletivo, comentando-se concordâncias e contradições, preservadas as manifestações individuais.

Inicialmente, com fins de contextualização, interrogou-se sobre o significado da Medicina e de ser médico e os entrevistados consideram que **Medicina** é:

> ***uma profissão antiga**, **nascida desde que o homem teve a primeira dor**, da necessidade de suprimir e melhorar o sofrimento; acompanha o homem da mais remota pré-história e como profissão ela surge com Hipócrates; evoluiu muito do ponto*

de vista técnico e também perdeu bastante o ar de caridade e de devoção àquele que sofre. ***Hoje é uma profissão mais técnica****, num mercado extremamente competitivo (Med/UECE); uma atividade desenvolvida pelo homem para manter ou reconquistar o estado de saúde (FM/UFC); é um sacerdócio, onde se podem executar ações que favoreçam a melhoria da qualidade de vida das pessoas, desde a prevenção e promoção da saúde até a cura (CONASS); uma das atividades mais nobres que pode existir e não é só tratar do doente (SESA); é uma arte, uma ciência.* ***A modernidade trouxe a medicina para ciência, mas ela nunca vai deixar de ser também uma arte****. É uma atividade que você lida com a pessoa no momento que ela está mais fragilizada (COSEMS);* ***é uma profissão a serviço da saúde do ser humano****, o que leva muitos a escolher essa profissão de ser médico. O desejo de fazer alguma coisa solidariamente, em benefício de outras pessoas.* ***Há outras motivações****, a busca de proeminência social, de sucesso profissional, de bom conceito, prestigio junto à sociedade, mas originariamente na adolescência, quando costuma surgir esse desejo, o que leva mais os jovens a escolher a medicina é essa busca de fazer alguma coisa para aliviar um pouco o sofrimento de outras pessoas (CREMEC/CFM); é ciência, no sentido de dar atenção ao povo nos níveis primário, secundário e terciário, sem esquecer de prevenção no nível primário e reabilitação em todos os três níveis. (AMC/AMB).*

E que **ser médico** é:

uma ***vocação****, ou pelo menos deveria ser e preservar um pouco da ideia de* ***sacerdócio*** *(Med/UECE); hoje, modernamente, além de se buscar conquistar a saúde de quem está doente ou manter a de quem é saudável, passa por um mundo vasto de pesquisa, de trabalhos em diferentes áreas, todos voltados para a saúde humana (FM/UFC); é uma coisa extraordinária... é uma coisa muito* ***especial*** *(COSEMS); é ter uma visão humanista, uma* ***visão holística*** *das coisas e ter sensibilidade de tratar os doentes, em termos de ser humano, pois saúde não é só ausência de doença; é ter a* ***visão dos determinantes sociais****, de que não estamos isolados no mundo, e precisamos realmente trabalhar em conjunto com todas as áreas; e é uma coisa muito mais ampla do que só tratar de doente ou dar assistência, inclusive envolve gestão, envolve outras áreas que anteriormente você não teria nenhuma possibilidade de associar (SESA); e do médico* ***se exige seriedade, competência, amor ao próximo, compromisso social e vontade de transformar a sociedade*** *para algo mais evoluído (CONASS); é o profissional que está focado em atuar nessas mais diversas áreas da medicina (AMC/AMB); e tem que* ***ter peito para enfrentar uma vida sobre quem toda a sociedade coloca responsabilidade e cobrança pelo caos na saúde****, muitas vezes não se é compreendido, nem pelos outros profissionais da área da saúde; existe disputa entre o pessoal da medicina e os outros profissionais da saúde. A imprensa coloca a culpa no médico por qualquer problema que existe na saúde publica e muitas vezes costumam responsabilizar o médico por alguma morte, algum problema, inclusive nas greves costumam ver muito essa questão, morreu alguém, ai é o médico o responsável porque parou, quando na realidade morre todo dia, por falta de condição de trabalho, condição de saúde pública.* ***O médico é deus... e é o diabo, deus quando salva, mas na maioria das vezes é o diabo****. Tem que ter muito amor à medicina para enfrentar esta barra, pois muita gente ainda acha que é uma maneira de viver bem financeiramente, mas hoje não é fácil ser médico, onde toda a sociedade procura sempre estar pegando no pé do médico (SIMEC).*

Destacam a antiguidade da Medicina, que na modernidade teria se tornado uma profissão mais técnica e que mesmo como ciência não deixou de ser arte, a serviço do ser humano, mas também envolta em outras motivações

sociais. Ser médico ainda se vincula a vocação, sacerdócio. Trata-se de uma condição de quem muita responsabilidade se exige, idealizada de forma contraditória: “médico é deus... e é o diabo, deus quando salva, mas na maioria das vezes é o diabo”.

Sobre as **possibilidades de trabalho para o médico**, genericamente tomadas, admite-se que:

> ***o campo de trabalho médico é muito vasto****, tanto por especialidades, quanto pelas oportunidades, mesmo* ***porque se trata de uma profissão 24h****. O sofrimento humano não tem hora e não costuma esperar. Em muitas situações, não dá para postergar o momento de ser atendido. Então o médico pode atuar em contato direto com o paciente ou em funções da saúde coletiva, pode atuar em pesquisa, na assistência, em planejamento. Essa profissão* ***comporta várias maneiras de atuar****. Pode ser um profissional liberal, que é uma espécie em franco declínio, pode ser um servidor público; pode trabalhar para empresas privadas e pode ser empregador e também pode ser empregado. Tem uma gama excepcional de formas de atuação do médico (Med/UECE).* ***É possível viver nos grandes centros urbanos****, e no Brasil, grandes conglomerados urbanos estão surgindo* ***no interior dos estados****, mesmo na região Nordeste, e isso começa a chamar a atenção e deslocar profissionais, principalmente médicos para essas áreas, mas muitas áreas do nosso país não têm condição necessárias para que um médico se instale e continue morando, vivendo, trabalhando por lá. (FM/UFC). Mas depende muito daquilo que se quer fazer. Ele pode buscar essa alternativa dentro da concepção que ele tem de vida e dentro da necessidade que ele tem de atuar. Se ele puder casar essas duas primeiras com a necessidade social da comunidade onde ele vai servir, com certeza essa soma de objetivos pode dar a ele uma oportunidade de exercer a profissão com bastante qualificação e chances de servir bem a comunidade a que ele se preste a servir (CONASS). Muitas possibilidades. Talvez seja a profissão que abra um enorme leque de oportunidades como nenhuma outra. Desde a pesquisa pura, de base, até outro extremo no contato com o paciente na atenção básica, em contato com a comunidade (COSEMS). Há muitas possibilidades em comparação com outras profissões.* ***Há muitas ofertas de trabalho para o interior do Estado, mas ainda há, infelizmente, resistência de muitos em querer ir para o interior.*** *Mas de um modo geral, ainda há muito espaço profissional para quem se forma em medicina hoje (CREMEC/CFM). São muitas possibilidades.* ***Se o médico não for preguiçoso, ele se ocupa o tempo inteiro trabalhando,*** *independente da capacidade técnica, do treinamento que ele teve, bom ou ruim, porque tem muita oportunidade de trabalho.* ***Se levarmos em consideração boas condições de trabalho e bons salários aí é muito pequeno o espaço que ele tem para trabalhar****, porque na maioria dos locais a remuneração não é boa, e em alguns locais em que a remuneração pode ser atrativa, a condição de trabalho não é boa.* ***Há uma precarização muito disseminada****, corrente no país inteiro, especialmente no interior, em que às vezes ele fica a mercê de políticos, de cargos eleitorais. Recentemente um médico de um ano de formado me procurou dizendo que saiu de uma determinada cidade do interior do Ceará porque foi chamado atenção pelo secretário de Saúde porque ter se recusado a dar uma receita para um cabo eleitoral, um líder comunitário. Há esse viés. São muitas oportunidades que se vê o tempo inteiro, chamadas em jornais e rádios, com salários atrativos, mas nem sempre as condições são muito boas. Uma fatia muito pequena da população tem bom salário com boas condições de trabalho. (AMC/AMB).* ***Olha, quando o médico termina a faculdade ele vem todo empolgado para exercer a profissão, na maioria das***

> ***vezes faz sua residência, mas quando ele começa a entrar no mercado, começa a decepção, decepção em todos os sentidos também, porque a questão da precarização do trabalho médico é muito grande****. Todo mundo acha que médico é para trabalhar de graça ou então para trabalhar por míseros salários, a maioria dos casos que nós temos no sindicato, quase toda semana, de colegas que vão para o interior, e recebem um mês, dois meses, três meses ou cinco meses e depois começa a atrasar e eles não pagam mais, então nós temos várias ações no nosso departamento jurídico de colegas que vem cobrar, vem pedir ajuda ao sindicato para cobrar dos gestores, dos governantes e a gente vive tendo problemas. Aqui mesmo na capital, nós temos a precarização dos vínculos, nos hospitais municipais, que é a questão do serviço prestado, totalmente ilegal, que o próprio Ministério Público do Trabalho deu em cima, mas não acaba. Todo mundo que pegar um pouquinho do médico. A greve nacional dos residentes que está acontecendo em todo o Brasil reclama reajuste da bolsa que está há quatro anos sem reajuste, uma decepção muito grande. E o médico começa a se desenvolver na Residência Medica****. Hoje estamos morrendo cedo porque o médico está correndo muito.*** *Teve uma pesquisa, que até que foi discutida agora, que a categoria que tem o maior número de horas é o médico, 52 horas por semana. Tem médico que tem 60, 70 quando qualquer trabalhador tem 40 horas. Nós médicos temos uma média de 52 horas. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo tem mostrado que* ***médico está enfartando mais cedo, hipertenso, entrando em dependência química, morrendo nas estradas****, porque trabalha numa cidade, sai às sete da manha, mas as sete horas tem que entrar de plantão em outra cidade, quer dizer, cada vez a situação do médico está piorando. A gente está correndo mais para conseguir sobreviver. Fazer medicina não é fácil e enfrentar o mercado também não é fácil, até porque o próprio Governo do Estado não está pagando muito bem, o nosso valor médio de salário hoje é em media R$ 3.500,00, por vinte horas, o referencial de salário que todo ano muda, feito pelo DIESE, hoje é de R$ 8.594,00, por 20 horas. A gente não ganha isso nem por 40 horas. Fomos a Iguatu e o pessoal veio reclamar, porque recebe R$ 5.700,00, brutos. Fomos para Juazeiro mais ou menos parecido, trabalhando 40 horas.* ***Dizem que o médico não trabalha, não dá regime de 40 horas. Pague bem, exija, mas tem que ser um salário digno,*** *defendemos que deve exigir. Infelizmente o salário que nós recebemos, na maioria das vezes, é salário indigno. Todo dia no jornal, estão chamando o médico no interior, dizendo que é um tanto, oferecem 8 mil, pelo horário normal do PSF que são 8 horas diárias e tem mais um plantão. Muitas vezes o médico tem que ficar o final de semana, então acaba morrendo mais cedo. Todos nós somos pessoas humanas, queremos trabalhar, queremos ter dignidade na hora do exercício da profissão, condições dignas de trabalho, um salário digno. Há um acesso fácil para medicamentos. Anestesistas, cirurgiões... Nós temos uma sala de autoajuda, toda quarta-feira a gente abre para tratar das questões da dependência química, dos colegas, médico é difícil de se abrir, de reconhecer, de se tratar, médico é mais difícil, tudo em médico é mais difícil, por isso também isso contribui para o médico morrer mais cedo (SIMEC).*

Reconhecem que são vastas as oportunidades de trabalho para o médico. Adiantam-se especificando possibilidades de trabalho nos grandes centros e no interior. A disponibilidade dos médicos já surge de forma contraditória, entre “empolgação” e “decepção”, indolência e diligência. Concordam que a ocupação dos postos de trabalho pelos médicos, como indicador de mobilidade, vem-se submetendo a condições precárias, em intensa e extensa jornada de trabalho.

Detalhando-se sobre **como tem-se organizado o trabalho médico**, indagados sobre questões relativas à especialização, níveis de atenção, observam os entrevistados que:

> *os médicos trabalham, nos grandes centros urbanos, ligados ao **serviço público**, mas também em **cooperativas**, podendo estar nas duas atividades. Há um contingente bem menor que vive só da atividade privada do consultório (FM/UFC). No Brasil, o trabalho médico é muito premido pela oferta, pela oportunidade de emprego. A **formação médica** tem importância crucial para a percepção desse profissional para a área que ele quiser atuar. O perfil do formando, o estilo adotado pela universidade em termos curriculares na formação deste acadêmico pode levá-lo a um caminho ou a outro. Há chance de trabalho em todos os níveis de atenção. Tem-se hoje uma oportunidade gigantesca de se atuar na conformação que está dada na Atenção Primária pela **Saúde da Família** como estruturante do SUS. Mas a maneira como o trabalho se dá aqui ainda é muito precária. Esse é um dos problemas que temos que nos debruçar. A gestão do trabalho, não só para médico, mas para todos os profissionais é um dos pontos cruciais para estruturar o SUS. Além da discussão do modelo de saúde que queremos adotar, sempre se deve considerar a questão do financiamento casada com os problemas que nós temos na gestão do trabalho, principalmente no que tange a contratação de pessoas (CONASS). O trabalho médico tem sofrido por diversos vícios. Um deles é exatamente a **superespecialização**. Deixamos de valorizar o médico como clínico, com visão mais ampla, para investir no profissional ultraespecializado e aí, então, ficou grande parte da assistência sem ter esse profissional mais dedicado. **Outro grande vício foi a medicina ter-se mercantilizado**. O mercado passou a dominar e nós da área tivemos uma responsabilidade grande, porque após o surgimento do SUS deveríamos ter definido com clareza os recursos humanos para o SUS e ter priorizado a formação dos profissionais de toda a área da saúde. Devemos **rever essa forma de como se dá a formação dos médicos** hoje e criar realmente uma **carreira pública para o SUS**, como existe uma carreira na área do Direito e em outras áreas. (SESA). Na verdade, no século XX, a medicina se organizou como se organizou o modo de produção capitalista. Então o fordismo, que inventou a linha de produção da indústria, especializou e alienou o trabalhador. O fordismo, como paradigma, organizou toda a produção, o modus vivendis no capitalismo moderno, e **a medicina se organizou assim também. Dividindo o ser humano, se especializando, imaginando que com uma gama de especialistas e trabalhando as partes do corpo humano se teria uma medicina organizada, cuidando do ser humano.** Tudo foi um grande equívoco, que nós estamos sofrendo até hoje (COSEMS). Do ponto de vista da corporação, há o desenvolvimento das especialidades e algumas novas vão surgindo ao longo do tempo, vão demonstrando a sua necessidade, se organizando em torno de corporações. Por outro lado, do poder público, o próprio Estado, pelas normas do SUS, tem o dever de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, até na hora de dizer e decidir se há vagas em determinadas áreas, influindo sobre a profissão médica (CREMEC/CFM). Em termos de assistência o trabalho médico se foca em **duas áreas, ambulatorial e hospitalar**, mas também em outras áreas, com outras atribuições, como ensino e pesquisa. Na assistência ambulatorial o foco é na atenção básica, embora a atenção secundária também tenha forte atuação ambulatorial. Na área hospitalar, na maioria das vezes, é também dividido por especialidade. Ao longo dos anos, a cultura tem sido de formar o especialista, uma ideia errada. Tendo também isso que ocorrer, não deve ser o cerne, o centro, o foco. Com uma população como a nossa, extremamente carente, num país pobre como o nosso, o ideal é que a hierarquização do atendimento predomine, com acesso inicial pela atenção básica e que o foco maior da formação dos profissionais de*

> *saúde seja para esse nível de atendimento. E só depois é que as pessoas passem para outros degraus de atenção, secundária e terciaria, excetuando obviamente os atendimentos de emergência (AMC/AMB). Se existem na equipe da saúde várias categorias profissionais, queiram ou não queiram, médico não é melhor nem pior que outra categoria, mas somos diferentes. Não pode existir cirurgia, por exemplo, sem o médico, mas tem que haver um trabalho harmônico com todas as categorias.* ***O médico muitas vezes é isolado dentro da própria equipe de saúde, discriminado, visto como elitista, que quer ser muita coisa. Somos trabalhadores, num papel diferente****. Numa época, há bastante tempo, quando se deu um aumento para os médicos, os odontólogos foram pedir aumento também, e se disse: 'meu filho, você já viu alguém morrer de dor de dente...' mas queira ou não queria, o médico é um profissional diferenciado, e por isso defendemos que o que ele ganha tem que ser diferenciado, que na hora de ser processado, quem é chamado não é o enfermeiro, não é o farmacêutico, quem é responsabilizado pela morte é o médico, por isso o médico tem que ser diferenciado. Se morrer uma pessoa na emergência vai direto em cima do médico, não vai em cima do farmacêutico e nem do auxiliar, se a gente paga por umas coisas, elas por elas (SIMEC).*

Os principais determinantes da mobilidade do trabalho médico aparecem relacionados à sua organização: o processo de formação médica e a inserção no mercado de trabalho. Ponderam a superespecialização e a mercantilização da medicina como "vícios" e há associação ao modo capitalista de produção. Considerado o modelo assistencial, acusa-se hierarquização imprópria da oferta de serviços de saúde, com desvalorização do papel do médico clínico, assim como indefinição e negligência sobre política de recursos humanos no processo de implantação do SUS, para além do subfinanciamento do setor público de saúde. Falam de modalidades de contrato, assalariado, cooperativado, autônomo; do papel da formação médica; de cenários de prática médica, ambulatorial e hospitalar e já se aponta para a necessidade de "carreira pública para o SUS". Reclama-se revisão no processo de formação médica, mas também um trato diferenciado para os médicos em relação a outros profissionais, argumentadas as peculiaridades do processo de trabalho dos médicos e das responsabilidades envolvidas.

Sobre **como se desenvolve o trabalho médico nos grandes centros urbanos**, nas capitais, examinam que:

> ***a medicina feita nos grandes centros urbanos****, como São Paulo, Rio ou Fortaleza, adotou uma estrutura menos dependente do SUS, em termos de estratégia de saúde da família e* ***se volta muito para o trabalho em hospitais, grande parte deles privada, ligada a convênios, a planos de saúde, cooperativas médicas mas também se desenvolve em instituições públicas*** *de diferentes esferas, estadual, federal ou municipal, em lugares de pronto-atendimento, outras próprias para urgência e emergência e outras que são unidades mais fechadas só com hospitalização ou até com uma clientela programada, diferenciada, com cirurgias eletivas. Você tem também uma ampla rede de serviços básicos de saúde através das unidades de saúde, no PSF*

(Med/UECE). ***Dado o numero maior de profissionais médicos*** *e a competição de mercado, há a necessidade do médico de se associar em grupos para obter um melhor sucesso;* ***há uma competição, às vezes não muito saudável****, que também precisa ser vencida (FM/UFC). Você não tem uma adequação de emprego ao potencial que você pode servir.* ***Atua-se em múltiplos empregos****, em várias unidades de saúde, em hospitais, clínicas e até no particular* ***para poder conformar uma renda adequada*** *para aquilo que se tem como visão de futuro ou que se estabelece como padrão de sustentação de qualidade de vida para a família e para si.* ***Isto fragiliza bastante a profissão, porque não se tem tempo adequado para estudar. É uma atuação que precisa ser estudada.*** *Entra numa linha de atuação premido por horários e por responsabilidades que levam o profissional ao estresse e consequentemente ao cansaço habitual da atuação da semana e impede que tenha uma vida de trabalho e tempo suficiente para estar se atualizando, e aprofundando seu conhecimento nas áreas que ele deseja.* ***É perniciosa à profissão e ao serviço também porque não cria vínculo do profissional com o trabalho em que ele atua e não cria vínculo do profissional com o próprio cliente. Isso é uma coisa muito danosa à afirmação do profissional médico e também para a sustentação da qualidade do trabalho onde ele atua*** *(CONASS). Há uma efervescência do mercado, porque existe mais demanda por médico do que médico para ocupar as atividades, não só na área pública mas também na área privada de uma forma geral.* ***Há um mercado extremamente aquecido por falta de médico****. Nós temos grande deficiência de médicos para a atenção primária e muitas outras áreas, na capital como também no interior. No mercado há um descompasso realmente grande que repercute no interior. Temos que fazer concurso público na área pública com uma remuneração realmente compatível com a necessidade, isso para todas as áreas, e ver uma forma de remunerar realmente os profissionais mais generalistas e os profissionais para atenção primária, e ver uma maneira de na área de especialidade formar aqueles especialistas que estão com uma carência maior no mercado (SESA). Nas capitais tem uma incorporação tecnológica muito grande.* ***Os grandes centros se tornaram globalizados, organizados dentro da lógica da especialidade, da lógica da divisão do ser humano e cada vez incorporando mais tecnologia.*** *Isso é um fenômeno no mundo todo. Não é só aqui. É Fortaleza, São Paulo, Nova Iorque, Tóquio (COSEMS). Há uma diversidade muito grande.* ***Temos medicina de ponta, transplantes, procedimentos da maior complexidade, até a medicina da atenção primária à saúde, passando pela atenção secundária, onde há um grande congestionamento****. É mais um espelho do que é a nossa sociedade, um contraste. Nós temos o que há de melhor e temos carência na atenção primária.* ***Há distribuição de médicos de uma maneira desigual, e aqui mesmo, na capital, nós vamos ter carência de profissionais na atenção primária****. Aqui em Fortaleza, por exemplo, a cooperativa de médicos da Unimed abrange um contingente de população importante. São muitos mais de duzentos mil usuários.* ***Há uma contribuição importante de planos de saúde, pois o serviço público não adquiriu ainda a capacidade de atender a todos.*** *Como não consegue, é necessário que a medicina suplementar esteja atuante e capaz de resolver também vários problemas da saúde (CREMEC/CFM). Nos grandes centros, o recém formado tem acesso a unidades de emergência, ou então, com a disseminação das equipes de Saúde da Família,* ***os médicos que normalmente têm dificuldades no acesso aos centros maiores, ou nas especializações, ou acesso aos programas de residência médica, usualmente derivam para a atenção básica, entrando numa dessas equipes de Saúde da Família.*** *Mas imaginemos* ***o médico que fez uma boa formação a nível de graduação, fez uma pós gra****duação quer seja em medicina de família e comunidade, quer seja numa especialidade de acesso direto à área básica, tipo clínica médica ou cirurgia geral, quer seja em uma subespecialização numa área de atuação, enfim,* ***ele normalmente procura se estabelecer vinculado a grupos ou***

> ***a hospitais**, é o que se vê nos grandes centros. **Então se a pessoa está muito especializada, a tendência é que ela vá pros hospitais e se agrupe, formando times de trabalho**. É a tendência que a gente tem visto. Diferente das pessoas com menor qualificação ou recém chegadas ao meio que não têm ainda essas aberturas em termos de hospitais e grupos e vão trabalhar nas emergências. Sabidamente, varia um pouco no nosso país, no Ceará de 10% a 12% da população tem acesso aos planos de seguro saúde. Aí normalmente são **os médicos que fazem alguma especialidade, para adentrarem ao setor privado de saúde, normalmente a porta é através de uma cooperativa médica ou se credenciar a um plano de seguro saúde. O outro braço é certamente o sistema público de saúde**, em que em alguns estados mais, outros menos, existem normalmente redes próprias grandes. O Ceará tem uma grande rede própria pública tanto estadual quanto municipal em que os médicos, quando têm os concursos, eles fazem. **A maioria dos médicos tem muito interesse em fazer um concurso públic**o que é estadual, municipal ou federal. **Quando não há concurso, existem os outros modelos de contratação do setor público, por cooperativa ou até celetista, através de organizações sociais, fundações** ou o que for. **Normalmente se procura algo que dê um pouco de estabilidade**, o ideal seria certamente um emprego em que não obrigatoriamente deveria ser um concurso público, mas que tivesse **vínculo formal de trabalho, com seus direitos assegurados**, celetistas, sem nenhum problema, desde que o salário fosse adequado e a condição de trabalho boa, no setor público. E no setor privado, normalmente o caminho tem sido se credenciar, se cooperar aos planos de seguro de saúde (AMC/AMB). Há concentração dos médicos nos grandes centros urbanos. Na maioria das vezes quando o colega faz uma residência, sabe que vai ganhar menos, que as vezes no interior ganha mais, mas prefere estar na capital, precarizado, sem vínculo trabalhista, mas prefere estar com mais condições de trabalho. E queira ou não queira, **tem mais condição de trabalho na capital** do que no interior. Muitas vezes no interior paga até mais, mas na capital você dá um plantão no hospital como servidor, quando é servidor, ou por serviço prestado, cooperativa, e quando você sai vai para outro emprego, outro vínculo, muitas vezes precarizado, mas aqui você tem mais condições, realmente de fazer medicina e isso estimula o médico a ficar mais na capital. Se você não tem salário nem condição de trabalho, é difícil interiorizar o médico. Isso pesa muito para na opção para trabalhar nos grandes centros urbanos (SIMEC).*

Destaca-se a concentração de médicos nos grandes centros urbanos. Fala-se de competição entre os profissionais, mas também de falta de médicos em algumas subespecialidades e na atenção primária. O trabalho se desenvolve em grupos, de forma dependente, e concentrado em hospitais, sob modelos diversos de contratação. Contradições que se resolvem na diversidade com que se apresenta o trabalho médico. Reclama-se do múltiplo emprego como impedimento à atualização de conhecimentos, mas se destacam as condições de trabalho como fator de escolha na permanência nos grandes centros, mesmo sob contrato precarizado, público ou privado. Essas condições técnicas de trabalho, no caso de subespecialistas, parecem estar restritas aos grandes centros urbanos, para além do fato de serem boas ou ruins.

E sobre **como se desenvolve o trabalho médico no interior**, consideram que:

> ***depende do porte da cidade, das vocações dos municípios, do tamanho do município, a participação rural e urbana.*** *Tem município que é praticamente urbano, não tem quase nada de rural e outros têm a população mais espalhada. Depende muito se tem PSF e que grau de cobertura oferece. Hoje se expandiu muito o PSF no estado e os médicos se deslocam, saem a procura desse emprego, alguns se fixam nas cidades até em função da oportunidade de participação política no governo municipal (Med/UECE). Dificuldades nos grandes centros têm colocado o médico a pensar sobre a possibilidade de ir para o interior. Às vezes o médico começa fazendo viagens rápidas de atendimento, fazendo pequenas ou mesmo médias cirurgias no interior e eventualmente, se há um progresso na questão da clientela, ele pode até vir a se transferir, mas o contingente ainda é pequeno (FM/UFC). Com quase 80% dos municípios do Brasil abaixo de 50 mil habitantes e de 20 mil habitantes, dependendo do tamanho do município em que se atua,* ***as oportunidades de troca de experiências, de educação continuada, levam o profissional do interior a uma situação prejudicada, pior do que na capital, onde, pela quantidade de profissionais com que se convive, se tem a oportunidade de ir a encontros e de trocar ideias.*** *No interior nem sempre tem a oportunidade de aprofundar questões com dúvida ou que levem à necessidade de ter uma segunda opinião. E se for um profissional que estabeleça como meta apenas exercer a profissão,* ***ele vai num curto espaço de tempo se desatualizar*** *e aí ele trabalha por demanda, trabalha com aquilo que ele sabe, portanto fica ainda mais prejudicada a sua condição de trabalho. E* ***o gestor, o coordenador da equipe, têm muito a ver com essa falta de oportunidade de trocas de experiência entre um profissional e outro*** *(CONASS). No interior, a dificuldade também é maior ainda do que na capital. Isso devido a uma falta de estruturação da saúde na grande parte dos municípios, principalmente daqueles municípios menores.* ***Há falta de regulação trabalhista****, na contratação desses profissionais. Nesse nosso programa de expansão da nossa estrutura, com as policlínicas, por exemplo, um profissional especialista pode trabalhar pelo consórcio para vários municípios e ter um equipamento de qualidade para poder desempenhar a sua função, com um parque de diagnóstico dentro da própria região (SESA). As cidades são pobres no interior do Ceará. A incorporação tecnológica é muito menor. E de certo modo, o trabalho do médico do interior ainda mantém algumas coisas que foram anteriores a essa globalização. Por exemplo, geralmente o médico é generalista. Ele tem* ***poucos recursos, não tem exames diagnósticos****. (COSEMS). Já existem cidades no interior do país que têm excelente nível de medicina, excelente aparato tecnológico, um sistema de saúde organizado, bons hospitais e um nível de profissionalismo muito grande. Em termos de Ceará, o que eu vejo é que é muito ruim na maioria das cidades. É que na maioria das vezes, você encontra colegas médicos trabalhando em condições que não são boas, que em termos de diagnóstico tudo é muito precário.* ***Sem condição de se atualizar e reciclar a maioria perde o interesse, ou às vezes tem a oportunidade, mas encontram barreiras devido aos empregos de que não podem se ausentar.*** *Isso para a maioria das cidades, com pequenos pólos aqui no nosso Estado. Mas no Sudeste existem grandes pólos no interior que certamente possibilitam que o médico faça uma medicina de ponta que seja incentivado, que se capacite, se atualize, se recicle. Seria o ideal que houvesse possibilidades de estar numa cidade de menor porte e depois de determinado tempo pudesse migrar para uma cidade de maior porte, como ocorre no Judiciário. Certamente talvez a gente conseguisse interiorizar mais o médico. Hoje o que a gente vê, na maioria das vezes, são salários bons, mas que não estão conseguindo fixar os médicos porque a condição de trabalho não é boa e não existe uma garantia dos seus*

> *direitos trabalhistas (AMC/AMB).No interior a gente tem que fazer uma diferença, por exemplo, quem faz medicina no interior de Sobral, Juazeiro, Crateús, em Iguatu, a maneira de se fazer medicina é parecida com a da capital, mas nas cidades pequenas, você não tem condição nenhuma. Só tem a ambulância para resolver o problema do paciente, coloca o paciente dentro e vai para uma outra cidade mais próxima. Às vezes, nem ambulância tem ou isso ai deve ser frustrante para o médico que fez uma residência.* ***A questão da interiorização do médico passa muito pela questão de ter condição de trabalho.*** *Já que ele estudou, fez uma residência, ele quer fazer um pouquinho de ciência e na maioria das vezes não consegue fazer nas condições oferecidas pelo poder público. E na grande maioria das cidades é o poder público mesmo o grande empregador. Muitas vezes por insatisfação o médico vai abandonar porque não tem estabilidade, vínculo empregatício e nem condições de trabalho para ele exercer o que ele aprendeu durante a vida de estudante e de residência médica (SIMEC).* ***Houve um fator importantíssimo para o crescimento da presença médica no interior do Estado com o surgimento do Programa Saúde da Família.*** *Acho, e tenho dito isso repetidamente, que* ***o PSF foi o fato mais importante da saúde do país nas últimas duas décadas.*** *Possibilitou levar centenas e milhares de profissionais para o interior num ritmo muito mais veloz do que ocorreria, do que vinha ocorrendo antes. Isso sem dúvida trás benefícios para a população, para a saúde, mas mesmo assim, persistem dificuldades, persistem problemas que fazem com que, muitos médicos, mesmo os que vão para o interior pelo PSF, queiram retornar à capital, retornar a centros maiores (CREMEC/CFM).*

Adiantam-se, em concordância, que o trabalho médico se desenvolve no interior em condições correlatas ao porte do município ou de região. Há grande impedimento em pequenas localidades devido às más condições de trabalho, além das dificuldades de atualização e de comunicação com outros colegas, fato este que se remete à interdependência de exercício dos médicos especialistas. O trabalho do generalista é desarmado de recursos diagnósticos limitando-lhe a resolubilidade nas situações de saúde enfrentadas. Reclama-se a responsabilidade do poder público, mas a importância do PSF, como significativa política pública implantada, foi lembrada apenas pela representação de entidade que regula o exercício profissional.

E sobre **dificuldades e obstáculos que poderiam ser superados para a interiorização do trabalho médico no interior**, emendam que:

> ***não se pode esquecer origem social dos médicos.*** *A maioria é citadina, provém de cidade de maior porte e há uma dificuldade de procurar uma cidade pequena que ele não teve nenhum tipo de convivência. Então, ele nasceu em Fortaleza ou no Rio de Janeiro e sempre esteve mais próximo do conforto urbano e ele tem dificuldade de fazer essa migração para uma cidade pequena, mesmo com menos estresse urbano. E se o médico vem de cidades maiores tem dificuldade de adaptação em uma cidade pequena. Por outro lado, aquele que vem de uma zona mais rural ou de uma cidade pequena, como cursa medicina muitas vezes em núcleos urbanos mais densos, ele também tem atrativos para permanecer na cidade onde se formou (Med/UECE).* ***Não é necessário que se tenha um médico em cada povoado e nas pequenas comunidades, mas tem que ser melhor distribuído e ter boas condições de***

***trabalho**. Dizia-se que uma estrada, muitas vezes, é melhor que um hospital de maior porte, uma boa estrada com capacidade de escoamento resolveria mais problemas médicos do que implantar médicos isolados, sem equipe e sem infraestrutura para exercer o seu ofício de forma digna. A experiência de formar médicos no interior, isso vale para Juazeiro do Norte, Barbalha e para Crato, para Sobral, não tem segurado tanto os médicos, tem ajudado a interiorizar muito pelo corpo docente de deixá-los mais próximos ali, que passou a um estimulo de trabalho, porém a clientela, em grande parte desses cursos não está vindo das localidades próximas e depois então eles retornam. O que ajudaria a fixá-los, além da graduação, é se tivesse oportunidade da interiorização da residência médica porque a residência medica tem um poder maior de fixar o profissional do que a graduação (Med/UECE). A grande dificuldade é a condição de vida para ele como um profissional e para a família, o estudo para as crianças é o que às vezes ainda tolhe alguma vontade do médico de ir para o interior. São limitações que o interior exibe quando comparado com uma capital ou com os grandes centros urbanos. **São as condições oferecidas para o próprio trabalho médico e são as condições de vida para ele e para família**, estudo para os filhos, lazer. Além da questão do salário, a questão do acesso à tecnologia, de você ter boas estradas, ter portos e aeroportos, quando for o caso, de você ter acesso fácil à internet, de você ter atualizações tecnológicas, de você ter a disponibilidades dos equipamentos que você precisa para exercer a medicina e isso depende fundamentalmente de recursos. E como o grande patrão no interior é principalmente o governo, ele é quem deve mediar, ele é quem deve ser o agente indutor de mudança dessa situação. Mas até já existe escola, em boa quantidade e de boa qualidade no interior, em alguns lugares, e esse problema de estudo praticamente deixa de existir, inclusive em algumas situações de cursos de nível superior (FM/UFC). Há uma desproteção desse profissional no próprio serviço. Ter que assumir plantões geralmente sozinho, em unidades de saúde, onde se tem de fazer de tudo, da porta do serviço, do atendimento, da consulta que deveria estar no ambulatório e não no hospital, ao procedimento mais complexo dentro daquela unidade, e aí tudo desaba como obrigação desse profissional, que tem que fazer o parto e correr lá fora para atender a pequena emergência. Então **a questão da segurança no trabalho** com essa desproteção é talvez o fator mais forte que faz com que se migre procurando outros lugares onde se possa ter maior tranquilidade para o exercício da profissão. Importa a distância entre a cidade que ele vai trabalhar e a capital, ou a um centro mais desenvolvido. O salário, **a remuneração** desse profissional é outro fator determinante, muito importante para quem escolhe ir ou não para o interior (CONASS). A questão de estar longe dos colegas, de ser difícil ter uma segunda opinião qualificada. A questão da incorporação tecnológica, a questão de você se afastar, vai se afastando... Por mais que você faça esforço vai se afastando da reciclagem, da apropriação de novos conhecimentos. Isso dificulta muito a perspectiva de se trabalhar no interior (COSEMS). Podemos listar alguns fatores. **Remuneração e condições de trabalho.** Nenhum deles individualmente resolve, mas nós temos encontrado muitas reclamações de colegas, no que se refere às condições de trabalho. Às vezes, até com remuneração razoável, mas o médico se vê sem condição de por em prática o que ele sabe, o que é necessário para o doente, pois não tem condição por falta de outras estruturas, equipamentos e assim, por diante, e isso desestimula, cria uma tensão a mais, e leva o médico a procurar sair, assim que ele possa, para estar num centro que ofereça melhores condições de trabalho. Quanto à remuneração, encontramos, em fiscalizações do conselho de medicina, **comparando situações de cidades, uma pagando mais e com mais dificuldade de ter médico, do que uma que paga menos, porque oferecia uma melhor condição.** Além disso, há também a preocupação com crescimento profissional. O médico, todos nós sabemos, se ele não tiver essa oportunidade ele vai definhar profissionalmente e muitas cidades não oferecem essa possibilidade ou a oferecem de uma maneira muito precária. Isso*

desestimula muito. ***Um outro aspecto importante, é a influência, a interferência da política no seu sentido mais negativo, de um certo modo, querendo direcionar de uma maneira inadequada o trabalho dos médicos.*** *Isso se vê principalmente nas proximidades dos períodos eleitorais. Uma eleição de dois em dois anos tem os seus lados positivos, seus aspectos positivos, mas tem alguns uns que interferem. Nós já tivemos aqui a 'passeata das malas', que eram equipes inteiras do PSF desfeitas e as pessoas tendo que carregar suas malas e ir embora para outras cidades. E assim, por um motivo ou por outro, eles vão para uma cidade média ou pequena do interior e não conseguem por em prática tudo aquilo que eles sabem que eles aprenderam e que eles querem colocar em benefícios da saúde dos pacientes. E há uma sobrecarga muito grande de trabalho para cada profissional.* ***Atender muitas pessoas ao mesmo tempo.*** *A carência era tão grande, era tão imensa que mesmo com essa ida de todos esses profissionais, que o PSF possibilitou para o interior, ainda há uma falta muito grande de médicos e nós vamos encontrar situações vexatórias, injustificáveis que não se pode aceitar do profissional atendendo 80 a 100 pessoas por dia. E vamos encontrar aqui em Fortaleza a mesma coisa também. E o doutor reivindica a necessidade de fazer um curso numa determinada área mas o gestor esta vendo é a fila dos doentes precisando do atendimento. 'Eu preciso do doutor atendendo' e o doutor vê em médio prazo, se aprender mais vai atender melhor, então às vezes, esse embate de visões e de interesses cria um resultado que nem sempre é bom (CREMEC/CFM). Muita coisa dificulta. Como é que se imagina em muitas cidades, não tão pequenas, como Crateús, no Ceará, um cirurgião oncológico trabalhando numa cidade que não tem um patologista? As dificuldades em termos de diagnóstico são terríveis, os exames de laboratório são básicos. O aparelho de tomografia é de uma geração muito atrasada, não tem um radiologista lá para discutir o caso, o laudo é dado à distância, e nem pensar em outras modalidades de diagnóstico, a endoscopia é feita de uma maneira muito simplória, então isso tudo dificulta muito. No padrão que se tem hoje é muito difícil você colocar um cirurgião vascular sem ter como fazer uma arteriografia. Colocar um mastologista e um mamógrafo é uma coisa dificílima. Como é que você vai trabalhar? Precisa fazer uma punção com agulha e ninguém vai ver o resultado. A infraestrutura hoje é muito complicada. Hoje talvez o grande obstáculo seja a condição de trabalho (AMC/AMB). A falta de condições de trabalho e a questão da política, principalmente nas pequenas cidades ainda existe muita politicagem. É muito comum o sindicato receber muita denuncia que em época de eleição dependendo do resultado, não se paga o médico. Fica igual a jogador de futebol, migrando de um lado para outro. A maioria dos contratos são verbais, são de boca, não tem vínculo nenhum. O médico não quer mais submeter a estar nas mãos de chefes políticos e muitas vezes o prefeito a condição de prefeito, de gestor maior para, nós temos interferência política na capital, quanto mais no interior. Como não existe estimulo para fixar o médico no interior, então hoje para muita gente o PSF é um bico, se forma e vai passar pouco tempo por lá ou tem o que espera se aposentar para ir para o interior, e geralmente não é um interior longe. Vai sem preparo nenhum para ir o PSF, acaba se fixando numa especialidade e não estuda mais, só aquilo da sua especialidade (SIMEC).*

Depara-se com uma saturação de respostas concentrada em torno de questões relacionadas à remuneração, à infraestrutura e às condições de trabalho em geral. Entre as reclamações se incluem a insegurança no trabalho, a falta de vínculo trabalhista, o excesso de trabalho e a dificuldade de se manter atualizado, além da interferência política de caráter eleitoreiro. Admite-se a falta de médico e a necessidade de melhor distribuição dos profissionais.

Destaca-se a indicação da origem de classe e urbana dos estudantes de medicina como dificuldade predisposta à interiorização do trabalho médico.

Interrogados a respeito de outras situações, mais subjetivas, como **possíveis contradições entre ser médico e trabalhar/residir no interior**, comentaram que:

> *na realidade, **cria-se até uma expectativa no profissional médico de que ele deve viver sempre no grande centro urbano, contudo é possível que esse conflito possa ser resolvido a partir do instante em que ele tenha aquelas condições mínimas para o trabalho e para sua vida no interior...** os conglomerados maiores do interior já oferecem isso, por exemplo aqui no Ceará, a gente tem a região norte, Sobral, a gente tem a região sul, do Cariri, a gente tem partes do Sertão Central, onde essas condições mínimas já podem ser oferecidas e é possível romper essa barreira e realmente morar no interior. Mas na maioria dos municípios, em menores municípios...: infelizmente não, porque você sequer vai poder resolver as questões de atenção ao seu paciente que dependem de tecnologia, por exemplo. Você não vai encontrar isso lá, não é uma questão de você querer, ou não querer... é claro que **depende da especialidade, pois hoje a medicina com seus avanços depende muito de tecnologia, de equipamentos, de exames** (FM/UFC). **Sempre tivemos médicos no interior** e normalmente eles saiam das famílias mais abonadas que poderiam manter filho longe, fazendo medicina, por imposição de família, **muitas vezes relacionados a questões políticas do mando da cidade** e eles então retornam. Pelos menos um terço dos prefeitos no Ceará tem formação médica, uma cidade como Juazeiro, com sete candidatos, mais ou menos, seis eram médicos (MED/UECE). Na verdade, um estado como o Ceará teve **desenvolvimento tardio**... Nós tivemos a revolução burguesa que ocorreu na França, na Inglaterra, nos séculos 18 e 19, mas no Brasil só veio com a revolução de 1930 de Vargas. No Ceará nós tivemos uma revolução da burguesia, da elite do burgo, com a eleição do Tasso Jereissati. O poder do Ceará, até o Tasso Jereissati, emanava do interior. Com um estado em que o poder emanava do campo e emanava das oligarquias rurais, elas tinham a formação de um filho médico como o instrumento de poder. O cara voltava! Aí a questão da interiorização... Ele voltava, mas como instrumento de poder. As oligarquias tinham necessidade de ter profissionais para perpetuar o seu poder oligárquico no estado do Ceará. Tinha o padre, tinha o médico, tinha o advogado... Enfim, eles dividiam isso de forma bem clara: você vai ser o padre da família, você vai ser o médico, você vai ser o advogado. **Então, na verdade, o médico se interiorizava como instrumento de poder.** Então era uma interiorização que corria a margem do Estado. No novo contexto é totalmente diferente. No neoliberalismo os valores mudam. É **a chegada do Capitalismo**. Só que ele chega de forma muito violenta. Ele é violento. Foi violento na Inglaterra, foi violento nos Estados Unidos. Ocorre uma concentração de tudo, Concentração da população na capital. Fortaleza saiu de uma cidade com 500.000 habitantes para 2 milhões e 500.000 no período de 20 anos. Então é um fenômeno de concentração de renda, de concentração de população. **O Médico não é diferente e se incorpora a esse movimento e vem para a cidade e não quer ir para o interior**. Toda aquela história ainda tem resquícios, principalmente em algumas regiões do Ceará. Para não generalizar, por exemplo, o Cariri, que é uma região muito especial, muito específica do Estado do Ceará, ainda concentra médicos de forma oligárquica. Mas nas regiões mais pobres isso é arrasador. O médico não volta. Ele vem, se concentra na capital como ascensão social. Ele passa a ser uma referência, não mais porque esta morando no seu município, mas como uma pessoa que venceu na Capital, que teve ascendência. Então, ser da capital se torna status social. Isso é uma coisa muito forte no Estado do*

Ceará (COSEMS). Se nós olharmos pelo prisma da posição social, o médico vai ter um posição também de destaque nas cidades do interior, às vezes, até mais porque é um ambiente menor. ***Às vezes o doutor que vai para o um centro pequeno com poucas possibilidades de crescimento, ele pode se sentir um tanto constrangido em relação aos colegas dos centros maiores, pode se sentir um pouco inferiorizado, e se queixa de que é assim tratado pelos médicos dos maiores centros.*** *Quando encaminha, por exemplo, um paciente para capital e recebe às vezes o retorno, nas palavras dos doentes ou dos seus acompanhantes, reclamam que lá no interior é muito atrasado, não se sabe das coisas. Nesse aspecto, aí sim, pode ser que isso certamente incomoda alguns e essas queixas vêm parar aqui de que não são devidamente tratados como, curiosamente, às vezes, pode ocorrer daqui para alguns centros lá sul ou do exterior. Agora do ponto de vista, puramente da posição social não veria assim, porque como disse, o doutor vai ter o reconhecimento social em todas as comunidades (CREMEC/CFM). Quando a pessoa escolhe fazer medicina ainda não conhece bem o mercado. Fazer medicina hoje é diferente de fazer medicina antigamente. Ser médico há 50 anos era muito mais importante para a sociedade. Hoje se tem uma expectativa, termina a faculdade, a sua residência, quando chega no mercado quebra a cara, não era aquilo que imaginou. Ainda temos pessoas que foram motivadas para fazer medicina porque gostam da profissão, outras acham que vão ganhar dinheiro. Saem com aquela vontade de ganhar dinheiro e quebram a cara. Não tem condição de fazer nem medicina privada, porque os caras pagam R$ 42,00, R$ 45,00 por consulta. Tirando toda a despesa de condomínio, secretária, telefone, energia, no final do mês não dá nada. Muitos colegas vão fazer outras faculdades, direito, deixam a profissão, depois de ter uma certa estabilidade. E* ***quando vão para o interior também não conhecem a realidade. Termina uma faculdade e a família que investe alto se for uma faculdade privada exige que o médico tenha logo emprego, daí vai para o interior e quando chega lá quebra a cara e vem para a capital, a decepção é grande, por causa das condições de trabalho, de salário, não tem vínculo****. (SIMEC).*

Revelam-se expectativas sociais, familiares, que na atualidade se orientam para o trabalho nos grandes centros e reiteram-se as dificuldades do exercício profissional no interior, desprestigiado e se constata que em muitos municípios nem mesmo os projetos de manutenção de poder de algumas oligarquias, no interior do Ceará, como de outros estados, têm estimulado, como no passado, o retorno daqueles que, procedentes de algumas famílias, tenham ido para os grandes centros em busca de melhores condições de estudo e lá se tornado médicos. Decepções se estendem a um contexto profissional mais amplo não restrito ao interior.

Sobre **outras questões da vida**, envolvidas na perspectiva de se trabalhar como médico no interior, acrescentam que:

com a ida do médico para o interior existe a possibilidade de desenvolver outra atividade que não a atividade medica e muitas vezes se usa o trabalho medico como um meio para chegar à política. *Há um numero significativo de médicos que, na realidade deixaram de se médicos e passaram a ser políticos, mas, para serem políticos, primeiro usaram a condição de médico para atingir esse objetivo. E às vezes,*

por se formar filho de uma família que lhe dava as melhores condições para estudar, ele se faz médico, mas depois volta para cuidar da indústria do pai, da fazenda ou de outra atividade não necessariamente médica, mas comercial, que a família tem e que ele pode explorar... são poucos os casos, mas existem. Outra coisa é que na realidade, ***essa história do lazer para o profissional que não é absolutamente citadino, que teve um mínimo de experiência no interior. Ele encontra esse lazer e até de forma mais apropriada para o seu bem-estar no interior do que na cidade grande.*** *Afinal de contas, nem todo mundo vai morrer de tristeza se não conseguir ver o balé Bolshoi, mas com frequência, pelo menos uma vez por mês, vai poder pescar, nadar, fazer um piquenique, vai para uma vaquejada, ou para outras formas de lazer, outras opções, que não necessariamente só aquelas que podem acontecer nos grandes centros urbanos (FM/UFC).* ***Os médicos costumam ir onde tem atrativo financeiro****, para muitas cidades, com 50 a 100 mil habitantes, que estão em franca expansão econômica. Não quer dizer que os médicos vivam em função do dinheiro, mas é sabido de uma coisa dizia na década de 70, ou até um pouco antes, que a distribuição dos médicos seguia a distribuição das Casas Pernambucanas.* ***O problema da distribuição acomete diferentes categorias de profissionais.*** *A distribuição de agrônomo, por incrível que pareça, é pior que a de médicos, quando a agronomia é um área muito mais ligada ao campo do que a medicina. Dizia-se até que tinha mais agrônomo por metro quadrado na Av. Vieira Souto (Rio de Janeiro) do que grandes áreas rurais no Brasil (Med/UECE). Mas muitos voltam para o local de origem, para o interior enquanto ainda não constituiu a família mais numerosa ou de idade mais para a adolescência, que se tenha que buscar um estudo mais qualificado.* ***Fica no interior enquanto a criança é pequena, e à medida que ela vai precisando de um ensino mais qualificado, ele começa a se deslocar para os grandes centros, para que se oportunize à família o estudo adequado.*** *Isso também tem um peso muito forte (CONASS). O que faz com que o médico viva um período no interior, depois procure um centro melhor é a formação dos seus filhos. O médico se forma, às vezes cursa uma residência ou se especializa, vai trabalhar no interior, casa começa a ter filhos e os filhos depois que atingem uma idade já, um pouquinho maior, na adolescência, eles procuram então um centro de maior formação, vamos dizer, de educação para que eles tenham condição de galgar depois uma faculdade, uma universidade etc.* ***A falta de lazer, falta de cultura****, de uma condição de uma vida mais ligada ao consumo influi muito na fixação do médico. Por outro lado,* ***pelo aumento da violência nos grandes centros, embora hoje a violência esteja em todo tipo de município, existem pessoas que preferem, que procuram interior para tentar ter uma vida mais tranquila****. Normalmente não é um profissional novo ou que está saindo do seu curso. É um profissional já aposentado ou praticamente em fim de carreira que procura retornar a um município menor (SESA). Hoje, na questão do estudo dos filhos, tem uma mística toda dos colégios da capital, uma pressão familiar muito grande. Também a questão cultural, o acesso ao cinema, ao teatro, aos shows. Tudo isso é problema familiar. Mesmo o acesso às coisas mínimas, como um bom restaurante. Por exemplo, eu trabalhei agora, tive a oportunidade extraordinária de passar três anos em Umirim, e lá não tinha onde se comer. Os restaurantes de beira de estrada são coisas para caminhoneiro. É o baião de dois com aquele churrasco velho. Então você chega muitas vezes à noite e baixa uma tristeza. Não tem opção de lazer. Opção para a sua família, opção de pessoas para você conversar. É uma dificuldade enorme. Isso tudo também foi produto de concentração na grande cidade. Houve um esvaziamento cultural do interior (COSEMS). O doutor deseja uma boa formação dos filhos, que eles tenham oportunidades, uma boa oportunidade que, às vezes, ele não vislumbra naquela cidade onde está. Isso faz com que ele também possa ser empurrado, compelido a buscar um centro maior (CREMEC/CFM) Tem as coisas próprias da vida de uma pessoa normal, o médico certamente estudou muito, tem o nível cultural alto e algumas cidades do*

interior não tem sequer um cinema, não tem uma opção de lazer; a maioria casa e tem filhos e os filhos não têm uma boa escola, é, então eles precisam depois de um determinado tempo, se não tiver outra opção e ele tiver que continuar naquele pequeno município, ele tem que deslocar a família para um centro maior a fim de que os filhos se eduquem à maneira que ele foi educado, ter uma ascensão maior pelo social porque muitas das nossas cidades, na maioria das vezes, a escola pública é muito ruim e outra é que,é, muitas das cidades o ensino só chega no máximo ao ensino médio e, certamente, se o médico se propõe a ficar em determinado município, isso mais para o norte e nordeste, centro oeste também, certamente ele tem que dispor de uma outra moradia. Montar uma outra estrutura para que ele consiga educar os seus filhos de maneira adequada. Tem cidades do Ceará que a telefonia móvel ainda não tem acesso e então isso certamente é um complicador. E nem Internet (AMC/AMB). ***Além da questão do trabalho, salário, vínculo tem a questão que você é um cidadão comum, é um pai de família, tem filhos, o médico vai lá e ele sabe que não tem escola para o filho, a questão do aperfeiçoamento médico,*** *no dia a dia, tem a internet, mas não é a mesma coisa. Então você fica lá no interior numa cidade pequena e você não tem lazer, não tem um cinema no final de semana, não tem nada, eu acho que contribui também para o médico não fazer opção para o interior, Mas isso não é o mais importante, na hora que ele estiver numa cidade do interior e estiver condição de trabalho com todas as dificuldades, não tem lazer, não tem escola para o filho, isso viria em segundo lugar. Mas ele estaria profissionalmente satisfeito, porém não como cidadão, como pai de família (SIMEC).*

A **oportunidade de trabalho para o cônjuge/companheiro(a)** destacada como importante fator de fixação no interior só foi comentada pelos entrevistados depois de provocados a falar sobre essa questão, admitida até como desconhecida:

Uniões conjugais entre profissionais de nível superior acontecem entre pessoas com o mesmo grau de maturidade ou de intelectualidade e fica desconfortável para o cônjuge ficar numa cidade apenas como companheiro, dependendo inteiramente daquele que está com o seu emprego garantido. Daí isso leva geralmente a fugir daquela cidade e procurar uma outra onde os dois possam ter um trabalho. Na verdade só conheci um caso, um único caso, onde se casaram dois profissionais de nível superior da saúde, onde um não trabalhava por opção. Os outros todos você tem que acomodar e arranjar um jeito de empregar também o companheiro (CONASS). Você vai, leva a esposa para o interior, a esposa sem emprego, a esposa muita das vezes também tem nível superior e precisa de um trabalho não só para compor a renda, mas também para ter um desenvolvimento da profissão que ela exerce. Então hoje a mulher, como o homem, não aceita mais essa situação (SESA). Ocorre de certo modo um esmagamento de alguém aí nesse processo. Quando casei, a minha esposa não estava formada, estava fazendo a faculdade... Foi comigo para o interior. Aí ela tinha que continuar o curso dela em Limoeiro do Norte, a 150 quilômetros. Ela ia toda noite. De Jaguaruana, pegava o ônibus, ia com a turma toda, para poder se formar. Aí eu fui transferido para Quixadá. Ela transferiu o curso e perdeu muitas cadeiras. E foi concluir o curso em Quixadá. Então é outro problema (COSEMS). Esse problema não tem chegado a mim, embora eu perceba que certamente pode ser um aspecto que a gente vê, em outras situações, mas eu não tinha ouvido aqui, nem como médico e nem aqui no conselho de medicina. Eu não tenho ouvido esse aspecto, mas vou ficar atento daqui para frente. E percebo sem dúvida nenhuma que é um fator a ser considerado importante, embora curiosamente eu não tenha ainda recebido queixas assim (CREMEC/CFM). Nos pequenos municípios é outra dificuldade, embora no nosso meio médico tenha muito

essa miscigenação aí de que os médicos normalmente se relacionam com os profissionais outros de saúde, médicos ou não médicos, outros. A gente vê vários e vários exemplos de colegas que se a mulher tiver um nível sócio-cultural um pouquinho maior, é um dos complicadores para manter o médico bem casado, com a sua família, porque a mulher não consegue ficar dentro de casa sem fazer absolutamente nada. No interior, então algumas não se adaptam e isso gera conflitos familiares (AMB). Se for médico eu acredito que arruma emprego e muitos médicos casam com médico, mas é eu não acho que isso seja tão importante na decisão de ficar no interior. Não acho que seja o fator mais importante, pode até pesar. Tem muito médico que mora aqui, a esposa não trabalha e poderia acontecer no interior (SIMEC).

Sobre **o que estimula a interiorização do trabalho médico** declaram que:

infelizmente a grande mola para o ser humano é o bolso. ***É a questão de se ter salário digno, adequado as necessidades do profissional.*** *A outra coisa importante é que ele tenha* ***uma carreira própria, com estabilidade, em que ele não sofra com as vicissitudes da política partidária****, nessas mudanças que ocorrem de uma gestão para outra. Tem um ponto fundamental condicionado à possibilidade de criar seus filhos e de que ele conte também com a estrutura de apoio não de só de colegas mas de uma atividade que ele não se sinta tão isolado, sozinho, nem que seja pela via eletrônica. É preciso contar com um suporte, ter um sistema em que se possa fazer referência e contrarreferência, sem tantas limitações de recursos (Med/UECE)* ***O salário é uma coisa muito importante, mas não é só isso!*** *Hoje, o medico como um bom profissional, com residência, com uma especialidade, ele já tem uma clientela no interior, ele já consegue emprego público no interior (FM/UFC) A* ***oferta de condições ideais de trabalho, de estrutura****, porque também não é decente você pegar um profissional com qualificação e com esse nível de responsabilidade e não dar a ele estrutura suficiente - prédio, equipamentos etc – onde ele possa desenvolver sua profissão com o mínimo de dignidade. Tem pesquisa que mostra que 30% das Unidades Básicas de Saúde não têm condições adequadas de trabalho. E isso tem que ser superado. Uma segunda condição que favorece a permanência desse profissional ou a boa vontade de atuar é o cumprimento dos contratos firmados. Nós temos como rotina de encontrar profissionais intranquilos quanto ao tempo que vai ou não permanecer naquele município, e muitas vezes isso vai por conta das sucessões municipais que acontecem a cada quatro anos e geralmente esse profissional quase sempre é vítima do processo eleitoral, onde ele não aceita a condição de ser cabo eleitoral desse ou daquele político e isso intranquiliza. Além de estrutura, de segurança do trabalho, é muito importante a oportunidade de ter educação continuada, que deve ser favorecida a esse profissional. Então* ***a estrutura, a segurança no trabalho e a educação continuada são três pontos essenciais para esse profissional querer ficar, querer atuar e poder atuar de maneira digna e tranquila nas comunidades interioranas*** *(CONASS). O que pode incentivar primeiro é ter uma* ***estrutura de saúde adequada****. Ter equipamentos para que o médico possa realmente exercer a sua profissão com dignidade. E ainda existe no interior muita desestruturação na rede primária de atenção mas além de ter essa condição de trabalho com a telemedicina e a telessaúde, para se ter acesso a uma segunda opinião de um especialista que fique localizado num centro maior, tem que ter um salário justo.* ***Considero que a maioria dos municípios paga um salário justo, mas a forma da contratação é precária****. Uma estruturação de policlínicas para atenção secundária, próxima dos municípios, até mesmo daqueles menores, vai beneficiar em cadeia a interiorização do médico em todos os níveis. Mas ainda há dificuldade, porque nós não temos especialistas suficientes, temos que avançar na formação dos especialistas ainda (SESA) Uma coisa*

que estimula é o reconhecimento. ***Quando você vive em pequenas comunidades, você é reconhecido pelo seu trabalho, é respeitado.*** *No meu prédio, por exemplo, tem 40 famílias. Eu desço no elevador, às vezes, e não conheço a pessoa que mora comigo há muitos anos. No interior não, todo mundo se conhece. Aonde eu ando, por exemplo, em Cascavel, eu sou referência, sou reconhecido como profissional importante daquela comunidade, sou cumprimentado. E tudo isso é estimulante, extremamente estimulante. Então o reconhecimento comunitário, o reconhecimento da população a você e ao seu trabalho, isso é uma coisa muito estimulante, muito interessante, é uma coisa muito agradável, muito boa. Pena que o médico moderno não tenha tempo para realmente curtir uma vida mais saudável. O interior propicia ao médico a possibilidade de ser mais saudável, então é uma coisa boa ser médico do interior (COSEMS). Podem-se listar muitos fatores de estímulo, mas existem dois para começar:* ***remuneração e condições de trabalho.*** *Nenhum deles individualmente resolve e nós temos encontrado muitas reclamações de colegas, no que se refere às condições de trabalho (CREMEC/CFM). A questão financeira e as condições de trabalho. Existe uma proposta hoje, uma PEC no Congresso, PEC 5454, de 2009, que foi para uma comissão para discutir e para ser aprovado de dedicação exclusiva do médico com salário de R$ 15.180,00, para colocar médicos nas cidades. São centenas de cidades, principalmente do norte que não tem médico morando na cidade, praticamente sem acesso a medicina. É como colocar um juiz numa cidade pequena, é também difícil colocar um médico. Vem a questão salarial, se o médico é casado, tem filho, ele tem um estímulo maior de estar numa capital, num local onde ele possa ganhar mais. Se ele vai para o interior, não tem o vínculo. Não pode ser precarizado, tem que ser celetista, tem que ser estatutário, tem que ser alguma coisa que garanta uma aposentadoria. A maneira de colocar o médico no interio é você passando estímulo para ele, a gente não fala só em dinheiro. Aí dizem que o médico só pensa em dinheiro e às vezes tem o salário mas não tem vínculo nenhum. Se ficar doente ele morre, não tem nenhum seguro.* ***Tem que ter vinculo****, ter uma garantia para família e condição de trabalho. Isso é fundamental para você levar o médico e a medicina para o interior (SIMEC). A gente defende muito essa coisa da carreira de estado, aos moldes que existe no Judiciário. Nós sabemos que no país, muitos dos seus quase 5.600 municípios não têm médico que reside no município.* ***Se de repente fosse criada uma carreira de Estado que possibilitasse ao médico ter um bom salário, sabendo que ele, durante o período que no interior estivesse, pudesse a cada cinco anos, por exemplo, ter uma progressão horizontal e vertical, que ele poderia migrar para uma cidade com porte um pouco maior, até chegar a um centro desenvolvido. E que nesse período, mesmo na cidade pequena com dificuldade de aparato, de diagnóstico, ele pudesse se atualizar e reciclar, dadas as facilidades que existem hoje no ensino a distância, enfim, ouvir uma segunda opinião, coisas desse tipo, certamente a gente conseguiria colocar mais médicos nessas cidades.*** *Hoje o que ocorre é o seguinte: ele vai para uma cidade dessa e não tem perspectiva nenhuma de sair de lá. Na maioria das vezes, se ele cresce e se sobressai naquela cidade, mesmo que não faça tecnicamente, ele faz do ponto de vista social. Em algumas situações ele cria medo para algumas pessoas que são gestores da cidade, principalmente os políticos, dada a quantidade de médico político que existe. Então numa cidade pequena dessa, de repente se sobressai e se torna vereador ou prefeito. Então o que a gente defende é que a medicina é uma das profissões que as pessoas menos saem, diferente de engenheiros, advogados, que migram para outras áreas. Mas o que a gente gostaria era que o médico pudesse ter uma carreira de estado com um bom salário. Podia ir para uma cidade lá no baixo do Amazonas mas ele saberia que depois de um determinado tempo, ele migraria para uma cidade maior, e naquele tempo que ele estaria naquela cidade teria como se atualizar e reciclar e ter acesso a uma segunda opinião a distância, telessaúde, telemedicina, algo do gênero (AMC/AMB).*

Concordam quanto a estímulos à interiorização, em torno de remuneração, mas com vínculo trabalhista e, sobretudo, destacam a necessidade de oferta de boas condições de trabalho. As ideias de carreira de estado e de mobilidade geográfica foram adiantadas por representações da categoria profissional e porquanto estão muito presentes nos debates atuais, houve pergunta específica para cada uma delas nas entrevistas.

Ainda questionados sobre **estratégias** de mobilidade do trabalho **que poderiam ser utilizadas para promover a ida e a permanência de médicos no interior**, consideraram que:

> ***Se você tiver uma carreira com garantia de estabilidade de que ele tenha também com boas condições para o trabalho, sobretudo um trabalho em equipe porque uma coisa é interiorizar um médico outra é interiorizar a medicina. Coloca-se médico desacompanhado de enfermeiro, de outros profissionais da saúde e até outros colegas*** *Pode-se criar uma carreira de medico do quadro publico, com salário plausível. Conseguem-se promotores, conseguem-se juízes, porque os salários são atraentes e sabem que podem evoluir na carreira e galgar outras posições até voltar. Digamos, não só para cargo mais alto, mais assumir cargos de maior relevo no judiciário. Se isso acontecesse na medicina em termos de quadro próprio como acontece no Canadá e em outros países, em se sabe que vai galgar oportunidades que envolvem salários e também o crescimento profissional, se ele tiver uma boa assistência técnica isso pode ser resolvido, também com tecnologia, utilização de multimídia, telemedicina, telessaúde isso pode ajudar a fixar medico Antigamente diziam que o que fixava médico era o casamento (Med/UECE) Embora não seja a única e nem a mais importante,* ***mas a interiorização de escolas, de cursos de medicina é um fator que contribui para a ida do médico, pois os alunos que são do interior e que se formam nessas instituições, com uma maior probabilidade, permanecem na região ou em outras áreas do interior.*** *E também* ***a partir do momento em que o grande patrão que é o governo, pelo menos no Brasil, oferecer boas condições de salário e de trabalho, isso contribuiria significativamente para a ida do médico para o interior****, mesmo porque a vida para nós, médicos, e para população em geral, profissionais liberais em geral, nas grandes cidades do Brasil, está se tornando um tormento (FM/UFC). O perfil do formando é fundamental. Porque você cria dentro desse profissional talvez a ideologia necessária para abraçar a medicina sanitária, comunitária. O segundo fator é a estrutura do serviço. Não dá mais para levar profissionais para o interior e dar a ele qualquer lugar para ele atender, uma garagem, uma casa alugada, onde não tem a menor estrutura. Ele não vai se sentir bem e ele não vai permanecer. Um terceiro é a questão da desprecarização do trabalho. E o quarto é a questão da oportunidade de educação continuada. Ele tem que continuar estudando para continuar se atualizando e continuar melhorando o seu nível de conhecimento. E acrescentaria a questão da conectividade, que tem um peso muito grande também. Então* ***o perfil do formando, a estrutura do serviço, desprecarização do trabalho, educação continuada, tudo isso tem que estar aliado à questão da conectividade, porque o mundo evoluiu e ninguém quer mais ficar num lugar onde não possa estar conectado também pela Internet.*** *O Brasil tem condição de oferecer a curto prazo a resposta para superar a questão da qualidade da estrutura de serviço de saúde. O Governo Federal, através do PAC, pode e deve tirar algo em torno de 2 bilhões de reais e investir em dois anos esse dinheiro*

na construção de 10 mil unidades básicas de saúde. Com isso superaria definitivamente a questão da estrutura da atenção primária para a atuação da Saúde da Família e mostraria através desta ação, o compromisso com a atenção primária como estruturante do sistema, o que levaria os governos estaduais e governos municipais a também fazerem o mesmo. Criaria dentro do consciente coletivo nacional a segurança de que a atenção primária é prioridade. A partir daqui você poderia fazer uma alavancada do sistema como um todo, porque discutir rede sem garantir a atenção primária como gerenciador do modelo é chover no molhado. Discutir a regionalização sem discutir a questão das redes também não dá. Portanto tudo depende disso. Seria um ponto de partida: ***a estruturação da atenção primária através da oferta de Unidades Básicas de Saúde de qualidade para que o profissional e os pacientes pudessem se sentir confortavelmente atendidas e respeitadas nessa hora*** *(CONASS). Uma das coisas mais importantes para a atenção básica é universalizar a segunda opinião médica. O Estado do Ceará está avançando no cinturão digital. Nós vamos ter internet praticamente quase gratuita no interior do Estado todo, nós vamos avançar muito nessa possibilidade da informática. Você vai conseguir ficar menos isolado, inclusive para diagnóstico, como se faz com a telecardiologia, teledermatologia. E o fundamental é isso, ter estrutura para o médico trabalhar, ter condições de trabalho, ter segurança. Os municípios têm que investir de forma geral, em outras áreas, não só na área da saúde, pois outra questão é a da família, é do desenvolvimento, do crescimento realmente do município para que a esposa possa ter também acesso ao trabalho, os filhos tenham acesso a educação. Outra coisa é que surgem cada vez mais escolas médicas sem que se tenha a qualificação suficiente para formar os profissionais. Tem que ter avaliação de novos cursos e podia aproveitar que um outro tipo de médico fosse formado. Tinha* ***que botar residência médica pelo menos nas grandes regiões.*** *Os novos hospitais do interior, do Cariri e de Sobral, já nascem com o perfil de ser hospital de ensino pois mesmo com o curso no interior se vem fazer o internato na capital, então, ai o discente deixa de ter aquela experiência por lá. Além de ser um instrumento assistencial, será um instrumento de formação e de fixação do profissional. Vai ter o internato lá, a residência lá, e além de receber profissionais de outras regiões que virão para cursar medicina e vão acabar ficando na região (SESA). Houve uma interiorização, a margem do Estado, oligárquica, e houve algumas estratégias do Estado que deram certo, como por exemplo, a da fundação Sesp. Com o advento do neoliberalismo se jogou isso ao mercado. Então não está dando certo, você não interioriza o médico.* ***Mesmo no PSF se vai para o interior constrangido. Não se é mais o médico oligárquico, respeitado, da família dominante da cidade. É o forasteiro. Ele é respeitado por conta da questão do ser médico, mas ele não tem ascensão social.*** *Nem está amparado pela oligarquia, nem está amparado pelo Estado... Ele tem medo. O jovem está indo para o interior, mas ele quer sair dali, daquele inferno. Ele quer trabalhar, juntar o dinheiro... O objetivo do estudante é de juntar R$100.000,00 e estudar para uma residência. Ele quer sair daquele inferno, onde ele não tem proteção. Então essas* ***estratégias de interiorização do médico existiram de uma forma muito periférica, como foi a Fundação Sesp****. E* ***conseguiu interiorizar na medida em que ela protegia, que ela dava formação continuada, que as injunções mesquinhas da politicagem do interior não interferiam no profissional.*** *Conseguia interiorizar por conta disso. E* ***havia uma equipe, com laboratoristas, com um laboratório funcionando rigorosamente. Não era só o médico. Tinha uma enfermeira, uma equipe bem treinada. E ele era respeitado na cidade, porque era federalizado, era um médico pago pelo Ministério da Saúde.*** *É diferente hoje em dia, extremamente diferente. Há um conjunto de Municípios como se fosse um mercado, uns disputando com os outros os parcos recursos. Isso não funciona! Essa semana estive com um médico que está trabalhando comigo, 65 anos, que vem e volta de Fortaleza todos os dias, com*

dificuldades de dirigir, pedindo para passar só três dias, porque é um sofrimento muito grande para ele. Estou dando esse exemplo de um profissional que está se interiorizando por absoluta necessidade, sem proteção social. Aposentou-se, tem um salário de R$1.500,00, tem duas famílias. Vive itinerante num sofrimento pessoal enorme, porque ele teve um status social durante a vida toda, a família incorporou esse status, e ele tem que dar resposta econômica para isso. O que eu estou observando muito nesses últimos vinte anos é que nós temos profissionais médicos muito desprotegidos, num sofrimento humano muito grande. São pessoas que deveriam estar aposentadas, ou trabalhando muito pouco, mas que tem que manter o ritmo do trabalho para manter o status, por falta de uma proteção. Nós precisamos de um projeto que lhe dê proteção, inclusive para a velhice. Olha, eu me interiorizo, tenho uma vida tranquila, tenho qualidade de vida, volto a ter ascensão profissional, e vou ter a aposentadoria, vou ter tranquilidade social. E isso não existe. Então ***não se pode interiorizar o profissional com contratos precários****. Sem possibilidades de ascensão profissional, sem possibilidades de ascensão social, sem possibilidade nenhuma. Quem quer isso? Ninguém é burro. O médico não é burro! Então ele quer vir é para capital, ascender socialmente na capital (COSEMS).* ***É preciso ter boas condições de trabalho. O Estado teria que ter uma atuação mais ativa, mais intensiva para possibilitar isso aí.*** *Agora, por exemplo, está em andamento algo que acho que pode trazer uma melhoria importante que são os centros médicos de serviços de saúde mais complexos que permitem aos próprios especialistas ficarem pelo menos nas cidades pólos.* ***As policlínicas, com dez a quatorze especialidades médicas, com uma grande chance de vim a ter a presença de pelo menos parte desses profissionais, beneficiarão a população que não precisará se deslocar sempre para Fortaleza, ou para as macrorregiões.*** *E também estimulam o profissional a ir para lá porque, aí sim, ele pode colocar seu conhecimento mais especializado em prática ali, não só aqui na capital.* ***Mesmo assim, perduram dúvidas sobre a disponibilização desses profissionais para irem para o interior.*** *Porque é curioso que nós estamos formando profissionais todos os dias, mas há dificuldade de levar os colegas para lá (CREMEC/CFM). É muito difícil interiorizar o médico, mas é mais fácil interiorizar a medicina. Se montássemos estrutura, a gente conseguia certamente interiorizar a medicina porque o que a gente percebe é que há uma avidez muito grande dos médicos que estão no interior pelo conhecimento, mas é difícil é eles saírem de lá para ter o conhecimento nos centros maiores. Pela acomodação, pela dificuldade do sistema, pois quando ele sai às vezes não fica ninguém, aí o prefeito não deixa ele sair. Então se você leva isso para lá, faz um treinamento, capacita as pessoas. Com um sistema de consórcio, se conseguiria montar em cada uma das 21 microrregiões que tem o nosso Estado do Ceará, por exemplo, a referência para atender trauma. E você saberia que naquele local teria toda a condição para ressuscitar um cliente, equilibrar um doente e se fosse o caso, transportá-lo. Você poderia fazer a mesma coisa com o câncer, com diabetes, com hipertensão. Hoje há perspectiva de o Estado todo ter banda larga, e com esse sistema aqui da Universidade, pode ter um centro de segunda opinião, com todas as garantias da privacidade, de sigilo. Enfim porque sem que o Governo decida montar uma carreira de Estado vai demorar um pouquinho para interiorizar o médico (AMC/AMB). O Ministério da Saúde está discutindo com as entidades médicas, com a sociedade, sobre* ***carreira de estado****, em que você tem* ***dedicação exclusiva****, você só pode ter outro emprego se for magistério, igual a juiz e promotor. Você não pode ter outra coisa. Levar é fácil, mas fixar é difícil, você leva e volta como a grande maioria dos casos, a grande maioria vai e volta. Essa questão da carreira de estado se for realmente for levada a sério, se isso vier acontecer, vai ser uma maneira de fixar o médico numa cidade, mais distante, principalmente nas cidades menores, que o médico nunca se fixou. É distante, mas se houver condição de ele estar ali e com o tempo chegar a uma cidade maior, como chegam os juízes e*

promotores, isso será um estímulo para que ele permaneça. Desde que ele tenha condição de trabalho e principalmente um vinculo empregatício. Precisa ter segurança para a família dele e aposentadoria (SIMEC).

Focam-se em pontos críticos já comentados e falam pouco de estratégias. A interiorização do processo de graduação é lembrado como fator adjuvante em alguns casos e a possibilidade de se cursar o internato e a residência como fatores importantes de fixação, pelo menos nas grandes regiões. A experiência desenvolvida pela Fundação SESP no passado é citada e novamente aparece a ideia de carreira de estado como estratégia de mobilidade do trabalho médico.

Sobre **a mudança de município no decorrer da carreira**, questão presente nos debates sobre interiorização, os entrevistados apresentam vantagens e desvantagens dessa possibilidade:

A sensação é que isso acontece com um frequência muito baixa, porque o individuo quando faz a primeira escolha e se instala, cria raízes de amizade, de clientela, de emprego, de acordos, de facilidades e ele acaba não mudando*, mas, em tendo que mudar, certamente ele vai mudar de um município para outro quando este segundo lhe oferece alguma vantagem relativa ao salário, à moradia, à lazer, enfim, aquelas condições que o indivíduo busca, melhor qualidade de vida no seu sentido mais amplo.* ***E pode haver essa mudança sim, mas no começo é muito difícil. No começo, o medo de não poder mudar depois, de perder as possibilidades que vão surgir nos grandes centros urbanos é que diz: eu prefiro sofrer aqui na capital do que ganhar mais dinheiro no interior*** *e não ter o que fazer em relação a uma série de outros aspectos. Quem é capaz de mudar essa percepção, essa visão, essa opinião que o médico tem é o grande patrão que é o governo, mesmo porque daqui a pouco nós vamos chegar numa situação em que nós vamos ter uma competição pelo número exagerado de médicos nos grandes centros urbanos e eles vão começar a fazer opção, com maior frequência, para se instalar, para se transferir pro interior (FM/UFC).* ***Essas mudanças, infelizmente elas estão acontecendo muito na base do aluguel da mão de obra no PSF. Um município tira o médico do outro****, às vezes por diferença de 100 ou 200 reais e tem um certo canibalismo municipal que desestrutura a equipe.Na ideia de uma carreira de estado ele poderia, se for da conveniência dele, passar, como (um juiz) passa de uma vara para outra.* ***Boa parte desses problemas de carência de medico será corrigido com uma oferta de mão de obra mais ampliada que já está acontecendo*** *(Med/UECE). Fico preocupado com essa atitude que é uma constância. Porque* ***quando ele assume um município e ele começa a criar raízes*** *com a própria municipalidade, começa a gostar da cidade, começa a criar vínculo com seus pacientes, inicia uma relação profissional onde* ***essa relação vai ser cada dia mais fortalecida****,* ***e isso quebra rapidamente, ele muda para outro município, e daí para um terceiro, para um quarto, ele começa a deixar de acreditar nessas potencialidades****. Com a repetição da mudança do profissional, principalmente se for mais jovem, com muita frequência de um município para outro, ele começa a deixar de acreditar que isso é possível acontecer. E você vai começando a ter uma atitude já menos compromissada com o Sistema Único de Saúde e mais consigo mesmo. Isso é muito danoso para a formação do profissional e para a criação nele da convicção de que isso é possível acontecer.* ***A mudança repetida com***

frequência leva ao descompromisso futuro desse profissional com a sua própria carreira *(CONASS). Principalmente com uma carreira de estado para o SUS. Você pode ter acesso a essa carreira, trabalhando primeiro como um juiz trabalha, nas pequenas comarcas, depois ele vai subindo e vão, essas vagas vão sendo preenchidas. Isso seria uma forma inteligente de você ter sempre renovação. Você coloca isso dentro de uma coisa bem clara, você vai passar cinco anos no local, depois de cinco anos, você pode optar ir para uma região maior, depois de tantos anos, você pode tratar dessa forma. Você conseguiria realmente ter mais segurança, de ocupar essas vagas no interior, é importante! (SESA). Muitos médicos têm trazido essa questão e tendo como parâmetro o que ocorre no judiciário, em que há uma progressão geográfica, digamos assim, para centros maiores. Do pequeno município para um de maior tamanho. Talvez, isso nos atraia. Daí vem à ideia da carreira de Estado para médicos que esta posta com projeto de lei em andamento para tramitação que ninguém sabe qual a duração que vai ter (CREMEC/CFM). Vai para Ararendá, depois para Crateús. Mais cinco anos depois ele vai para Sobral e de repente pode chegar a Fortaleza. Mas nesses cinco anos que ele passou em Ararendá, ele estaria sendo monitorado, em termos de ensino a distância. Que tivesse um mês que viesse ao grande centro e treinasse numa área que seria importante para aquela região. Tudo isso seria certamente uma coisa muito boa. E com o salário adequado porque o que se vê hoje é essa predisposição do Governo de fazer essa coisa para médico, farmacêutico, dentista e enfermeiro, mas o salário nós não sabemos. Agora mesmo o Governo do Estado com as policlínicas fala num salário de três mil e poucos reais. É pouco provável que ele consiga botar especialistas nas policlínicas com esse salário porque um plantão em Fortaleza ele vai ganhar num muito mais do que se for para uma policlínica dessa e a gente tem que perceber que existe o risco da locomoção, quantos colegas nossos se acidentaram por aí (AMC/AMB). Essa questão da mobilidade é importante para o médico saber que começa a carreira mas não vai morrer lá e só seria possível com uma carreira de estado (SIMEC).*

E especificamente sobre a ideia de uma **carreira de estado** para médico, divergem, considerando que:

isso não procede*. O médico é um profissional como outro qualquer e essa história da carreira de estado é a busca por um status que o medico talvez sinta que está perdendo em relação a outras profissões e ao poder de mando dentro dos governos. Ao contrario disso, eu carrego comigo uma sugestão que eu acho que talvez seja tão maluca quanto essa... era que para contribuir de modo significativo e abrir os olhos dos recém-formados pro interior...* ***todos os médicos e demais profissionais, quando coubesse, e quando fosse o caso, recém-formados deveriam passar no mínimo um ano no interior. Nós estudamos de graça, no mais caro curso que é o curso de medicina, o que é que custa ir para o interior?*** *Você faz seu exame de residência, quando você voltar você está garantido, que você vai ter a sua vaga na residência, mas vai morar um ano lá no interior, onde não tem médico, com o mínimo de apoio para poder você realizar a sua atividade. Todo cidadão brasileiro não é obrigado a prestar o serviço militar? Nós enquanto estudantes de medicina acabamos adiando isso para depois da formatura. Alguns poucos vão parar no exército, na marinha, na aeronáutica, mas é um número reduzido. Imagine que o Estado quisesse aplicar uma política mais ou menos equivalente a essa: eu quero todo mundo prestando serviço militar, inclusive estenderia para mulheres. E aí ele ia ter dezenas de médicos, de dentistas, de farmacêuticos, de engenheiros que ele poderia colocar onde ele quisesse porque eles estavam, dentro de um certo período, obrigados a cumprir aquela missão, que é o serviço militar. Ele conseguiria isso... muito mais barato! (FM/UFC).*

*Logicamente que **seria opcional**. Tem vários médicos que largam a medicina com a possibilidade de ingressar em concursos mais atraentes, com salários altos. Se você tem realmente um salário alto e uma garantia de que não vai ser demitido, se não der uma causa justa para tal, com garantia de progredir numa carreira. Isso está funcionando em alguns países, como Holanda, Inglaterra. Nunca faltou medico trabalhando na Fundação SESP que esteve no Brasil pela necessidade de guerra, da extração da borracha, depois que os japoneses tomaram a grande produção de borracha do sudeste da Ásia. O servidor do SESP não era concursado mas tinha uma carreira bem definida e era muito cobrado, tinha dedicação exclusiva, tinha tempo integral e o salário era compensador. O SESP perdia poucos funcionários, tinha evasão, mas era pequena, de um ou outro que havia a possibilidade de sair por exercício liberal. Para o ingresso o profissional se candidatava, levava o currículo e podia começar em Quixeré e terminava em Sobral, podia vir para Fortaleza. Trabalhavam com protocolo, seguindo modelo norte-americano, tipo soldado. Eram pessoas que cumpriam ordens, e pelo descumprimento da regra tinha demissão. Não tinha problema de falta de material. Tinha pouca coisa ligada a internamento de saúde, praticamente era um ambulatório e trabalhou-se muito com saneamento e educação em saúde. Também possuía enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, era uma boa oportunidade de trabalho, a pessoa ficava por muito tempo e muitos se aposentaram na função como médico. Eles eram também monitorados na produção e a fundação dava oportunidade de formação, tanto para cursos e até pós-graduação. Quando eu estudei em São Paulo, tínhamos na USP um grupo de médicos do SESP diferente, com todos os direitos de salário, ajuda de custo, só não podia participar das greves, nenhum deles, que eu me lembro. Em São Paulo, nós enfrentamos uma greve de mais de um mês e eles eram proibidos de entrar greve e eles continuaram e voltaram. Só um deles largou para fazer mestrado e doutorado, mas a maioria retornou e continuou. **Isso deveria ser usado como estratégia do PSF**, quer dizer, repensar numa ótica que ele pode ser promovido, que ele tem retaguarda e necessidade de fazer referência de pacientes, que ele contará com a garantia da estabilidade funcional. E assumir como servidor publico estadual e não com o município. No município fica difícil, não pode tirar de um canto para outro (Med/UECE). É uma discussão bastante complexa. Fico preocupado com a carreira de estado para médico. Sempre tenho uma preocupação com o sistema de saúde. E quando você discute carreira de estado só para médico, eu não sei como é que você vai introduzir essa discussão ou introduzir essa decisão sem implodir a equipe como um todo. É isso que me preocupa. **Porque privilegiar uma categoria quando estamos tratando de sistema holístico, multidisciplinar, multiprofissional?** Isso vai ser tido como privilégio para o restante da equipe, e penso que vamos voltar um pouco aos tempos antigos, onde essa situação já causou e causa constrangimento. A não superação dela e a discussão permanente porque ela existe já é um fator de esgarçamento da equipe. E criar só para médico, eu tenho a impressão de que a gente consegue desgastar essa relação mais ainda. Isto já acontece mais ou menos hoje. Embora reconhecendo a importância do médico e neste momento a dificuldade que nós estamos tendo de fixá-lo no campo, a carreira do SUS é fundamental mas não só para o médico. E não tenho convicção disso e penso que é um caso a ser estudado. Carreira do SUS para áreas inóspitas, quem irá? (CONASS) **Carreira de estado é fundamental para o médico e para os outros profissionais da saúde.** Ter um número de profissionais do serviço público com essa dedicação exclusiva, numa carreira realmente de Estado, com um plano de cargos, carreiras e salários compatível. **Se nós tivéssemos feito isso há 20 anos, 30 anos atrás, não estaríamos com tanta dificuldade, porque inclusive teria esse mercado e se teria que formar médicos para essa carreira de Estado.** Não são todos os médicos que iriam procurar essa carreira de Estado, mas você teria isso, como você tem carreira de juiz, de promotor, de defensor, etc. Você teria profissionais*

que iriam entrar na universidade, na faculdade, iam se formar, iam se especializar no que essa carreira necessita. E os outros profissionais, iam então, compor o restante dos outros níveis que a saúde precisa. ***Para se cumprir os princípios do SUS, se deixou como se o mercado por si só pudesse regular isso, e nós já sabíamos, todos sabem, todos nós sabemos que o mercado só, nunca vai regular isso. Vai concentrar.*** *Se não for uma política realmente de Estado, para que isso aconteça, nós não vamos conseguir resolver isso. Com a implantação do SUS tinha que ter tido também uma implantação do SUS em nível de recursos humanos. Quer dizer, se vamos regionalizar, através da municipalização, vamos definir atribuições (SESA).* ***Discordo que seja uma carreira de estado federal pois se perde o vínculo com o município.*** *Mas não uma carreira como a corporação tem colocado, como tem o Itamaraty, como têm os juízes. O Itamaraty é uma coisa, representa o estado brasileiro em nível internacional. É outra história. Os juízes também, estaduais e federais. Há um grande problema aqui no estado do Ceará com um profissional mais simples, menos complexo, que é o Agente de Saúde. Na medida que o estado, pioneiro no programa, oficializou como funcionário, centralizou e os municípios perderam muito a governabilidade sobre ele. Você imagine isso com o médico. Acho que teria que ter essa possibilidade de ascensão, de mobilidade geográfica, numa bolsa de ofertas, poderia ser feita uma legislação, mas o vínculo tem que ser municipal (COSEMS). Seria algo a contribuir para ter a presença de mais médicos em cidades onde hoje não existem ou existem em pequena quantidade. São vários caminhos se somando para chegar a um resultado e nós não vamos ter um que resolva tudo, mas seria uma coisa a mais a trazer a condição do cidadão trabalhar melhor, porque com a remuneração que é proposta ele poderia ter um único vínculo e se fixar. Vínculo nacional pois só a União tem condições de bancar essa carreira. Qualquer problema com o município é de administração (CREMEC/CFM). Se vai ser estadual ou como é que vai ser, não está definido. Deveria ser uma política em todo pais, com isonomia para todo mundo. Hoje ainda tem, na capital, um hospital, com colegas fazendo os mesmos serviços, um é federal, do antigo na INAMPS, o outro é do estado, o outro é do município, o outro é da cooperativa, o outro é serviço prestado, cada qual com um tratamento diferente. Essa salada não resolve e é por isso que uma carreira de estado com isonomia salarial, sem interferência política. Sendo municipal talvez fosse mais fácil ter interferência política. Já no estado não, quer ir para interior mas um dia eu quer chegar na capital. Só estadual poderia ser assim. Hoje tem município anunciando que paga 8 mil, outro paga 6.500 outro paga 9.000, um diz que você vai ser do PSF mas tem que dar plantão, quer dizer é uma salada. Que política é essa? É um mercadão. Mas se o estado é que é seu chefe principal, vai ter uma política de saúde ligada ao município mas o prefeito politicamente não vai poder intervir, não vai poder colocar para fora. Como médico vai ter direito de atender o paciente do prefeito, da oposição (SIMEC).*

Portanto, a proposta de carreira de estado é considerada válida por muitos, mas rejeitada por alguns se for restrita à categoria médica, devendo abranger outros profissionais da equipe de saúde, sobretudo porque o primeiro alvo da estratégia seria a atenção básica. Não há acordo sobre qual esfera de governo seria responsável pelo vínculo, considerada a possibilidade de mobilidade geográfica. Essa indefinição é reiterada na exposição de representante do governo federal, ouvida em entrevista aberta.

E sobre o serviço civil obrigatório para médicos formados em escolas públicas e/ou que tenham participado de programa de crédito educativo também há discordância.

> *Seria mais uma coisa que contribuiria para dar uma chance do indivíduo conhecer o interior e se definir pelo interior, porque não querer ir pro interior é o que acontece com todo mundo. Assim como também ter escolas medicas no interior não vai garantir a interiorização, mas eu garanto a você que nós já temos mais médicos no interior hoje depois que nós começamos a formar os nosso alunos no interior. Ou então ponha o cara dentro do exército, da marinha, mas ponha ele para o interior. É como um pagamento civil pelo que nós recebemos nas universidades públicas (FM/UFC). Isso já se aplica no México e em outros países da America Latina.* ***Quem tem uma formação pública deve ter um compromisso de retorno.*** *Ele foi de certa maneira privilegiado e pode ser uma contrapartida que o governo pode cobrar sob a forma de trabalho. Eu até analisei essa questão num artigo que o Cristovão Buarque foi muito incisivo em que as pessoas pagariam um ressarcimento do ensino publico em dinheiro e eu mostrei operacionalmente que isso seria uma coisa inviável, pois a pessoa já paga o imposto de renda também. Já a atividade civil obrigatória pode substituir, digamos a carreira medico militar. Na minha época de estudante alguns queriam passar pelo Exército porque era uma garantia pelo menos de um ano de salário mais alto enquanto ele se preparava para uma residência médica e em geral era aquele aluno que tinha menos chance em residência que usava essa possibilidade (Med/UECE).* ***Sou favorável para médico e para outras categorias que queiram aderir voluntariamente.*** *Para áreas remotas, onde você tem vários vazios no Brasil onde não há profissionais de saúde. Essa posição já foi discutida no Conselho Nacional de Saúde, há Projeto de Lei e no debate que aconteceu no Conselho Nacional de Saúde passou sem questionamento, inclusive com a posição do representante da UNE no Conselho Nacional de Saúde totalmente favorável. Sobre a duração, parece que seria de dois anos em áreas desassistidas, e iria abater no crédito educativo, além de ser remunerado. Uma remuneração normal, com o preço que se paga no município e abatendo a dívida que ele fez com o ProUni. Quem não recebeu crédito educativo se encaixa aqui também. A discussão tentou migrar até para o ensino particular, mas aí não cabe pois o cara que está no ensino particular bancou do bolso dele, com o recurso do pai, da mãe, da família. É diferente de quem é formado na escola pública. Essa discussão tentou nascer, mas não foi acolhida (CONASS). Sou favorável de que tenha esse serviço obrigatório e remunerado para quem realmente se beneficia do recurso público para ter sua formação profissional. E não vejo uma grande resistência a isso. Trabalhei no interior no CRUTAC, naquele tempo do projeto RONDON, em que as pessoas iam até para longe. Acho que faz parte, inclusive, da formação do profissional. Sou favorável a essa possibilidade de trabalhar numa outra região com uma condição menor do que aquela que você foi formado, antes de entrar na ciranda do mercado (SESA). Sou favorável.* ***No Brasil há uma coisa interessante: as pessoas que tem mais recursos estudam nas universidades públicas****. E a formação do Médico é extremamente cara para a sociedade. É um profissional caríssimo, exige laboratório, exige* ***h****ospital. É muito caro. Aí o sujeito vai para a iniciativa privada? Sem nenhum retorno para o Estado, para a sociedade. Então sou a favor do serviço médico obrigatório. E* ***todo médico deveria passar pela atenção primária, passar por uma experiência generalista.*** *Depois ele iria então para a residência muito mais qualificado. Ele iria com a visão mais social como médico. Nós estamos formando médicos na universidade pública totalmente distorcidos em relação ao SUS. Parecem muito mais médicos americanos se formando para trabalhar no Brasil, num sistema que não tem nada a ver com o americano. Não pode dar certo. Aí a questão da interiorização do médico de*

curto, médio e longo prazo passa pela mudança da universidade, pelo serviço civil obrigatório. Sairia da universidade para passar o seu estágio, dois anos no interior, na atenção primária ou também complementando na atenção secundária, nos hospitais. ***Seria um benefício extraordinário para o país e para o profissional médico****. Aí nos teríamos especialistas melhores, médicos melhores com essa vivência (COSEMS).*

A idéia de serviço civil obrigatório é sempre vista por nós com muita reserva*. Achamos que qualquer coisa assim bem impositiva não é bem recebida e a gente prefere que sejam tratados e discutidos outros caminhos. O que se quer com uma proposta dessas é garantir mais uma vez a presença de profissionais nos rincões mais distantes. Vamos procurar de outro modo, mas não assim imperativamente. Acho que, nós tivemos traumas suficientes com essa coisa da imposição vinda de lá de cima e que parece que nosso povo não lida bem com isso (CREMEC/CFM). Eu acho que* ***não é uma coisa boa você obrigar as pessoas a fazer as coisas que não quer****. É muito ruim. Se você estudou na escola pública é porque certamente se submeteu a um processo seletivo que deixou alguém para trás e porque você se capacitou para aquilo ali. E depois que você terminar você ter obrigatoriamente que prestar um serviço? E a que preço? Então o governo obrigaria a pessoa a prestar esse serviço só com o salário e mandaria o médico pra qualquer lugar? Caberia a preocupação do governo em capacitar, atualizar, reciclar? O que se vê hoje, por exemplo, no serviço militar obrigatório, é que se joga o cara que se formou em algum lugar sem nenhuma preocupação em treinar a pessoa. E os salários são extremamente baixos. Sou contra. Filosoficamente isso não é uma coisa boa. Primeiro, obrigar a pessoa a fazer uma coisa que a pessoa não quer fazer. Segundo, ele está na escola pública porque era melhor do que os outros. Os outros não foram pra pública e tiveram que ir pra privada porque não passaram na pública. Embora que os alunos da faculdade pública, quase todos, vêm de escolas privadas, onde se paga caro pela escola. Mas poderia ver é uma maneira de que quem pode, paga a escola. Seria mais legítimo. E não obrigar depois o profissional a fazer algo que ele não quer fazer (AMC/AMB).* ***Não seria bom*** *esse serviço obrigatório. Parece com mutirão como política pública, faz-se mutirão porque o normal não está funcionando. E você ia levar a pessoa ao interior num período em que não é um bom médico ainda.* ***Se quer que o médico crie raízes, tenha um compromisso com a comunidade, ele não vai se fixar lá. Vai passar dois anos e vem embora*** *(SIMEC).*

A proposta é enfaticamente defendida por representantes de escolas médicas e de governo, mas da mesma forma é recusada pelas representações da categoria médica.

Sobre diferenças relacionadas a questões de gênero, cor ou classe social no processo de migrar para o interior, admitiu-se que:

o governo criou uma coisa meio anômala que foi mandar pessoas mais pobres, do interior, para Cuba, para a Escola Latina Americana de Havana, em principio pegando pessoas ligadas ao MST, e a movimentos culturais*. Manda para Cuba onde ele tem seis meses de aprendizado de espanhol e seis anos de medicina. Com a intenção de que eles voltem para trabalhar com pessoas das comunidades. O governo enfrentou um sério problema porque ele quis impor o reconhecimento da revalidação do curso automático. É uma formação incompleta e felizmente foi barrado.* ***E das pessoas que chegaram de Cuba, muitas delas não chegaram com a intenção de voltar para o interior, muito menos para a sua comunidade.*** *Tem um grupo de médicos que está fazendo um processo de adequação. São todos eles brasileiros e muitos estão igualmente matriculados em cursinhos preparatórios para a residência*

médica e estão fazendo a complementação de disciplinas, mas ao mesmo tempo para tentar a residência e seguir uma especialidade. É muito pouco provável que, nesses casos, retornem de onde partiram. Com relação à etnia, até porque aqui no Ceará não tem muita coisa de etnia, a população com menos negros. Foi por razões que não compensava manter escravos em Redenção. Daí a abolição antecipada. Não tinha tanto escravo e não compensava porque a manutenção dos escravos era muito alta. Tinham muito problemas raciais e quando chegava o momento da estiagem tinha que manter os escravos. No Ceará não era economicamente viável. Às custas de tanto tempo sem chuvas (Med/UECE). Acho que de ***gênero não é problema, de cor também não, mas de classe social sim****.* ***Todos aqueles recém-formados ou profissionais que têm nível economicamente bem mais elevado procuram resistir tanto para ir para o interior como para permanecer por lá****. Eles sempre vão em busca de uma experiência rápida, de fazer um pé de meia, para depois procurar uma residência em outro local. Isso já está na mente da pessoa, querer um lugar mais qualificado para morar e para residir (CONASS).* ***Com a emancipação da mulher, vejo cada vez mais as mulheres, as médicas, indo para o interior e enfrentando tudo realmente.*** *Hoje, nos bancos dos cursos de medicina, grande parte são mulheres.* ***Em termo de classe social, aí sim****, eu acho que, ainda tem um problema. Porque* ***uma pessoa de uma classe mais abastada, ele tem uma tendência realmente a ficar na capital****, ou acomodado, por causa da situação financeira da família, ou porque não conseguiu entrar numa residência médica, mas vai fazer um curso de especialização pagando, muitas vezes, até fora do Estado. Pagando pra se especializar, e a tendência é, quando voltar ele continuar, ou se a família tem profissionais médicos, ou se a família tem uma classe social mais abastada, ele acaba ficando na medicina ou vai cuidar dos negócios da família. Tem vários médicos que tem outras atividades, assim, empresariais... Então,* ***é muito mais é fácil um estudante de uma classe média baixa ou um estudante mais pobre, procurar de imediato, depois da sua formatura, ir ara o interior****, porque precisa realmente ter uma renda, até para ajudar no sustento da sua família.* ***E ainda existe desigualdade com relação principalmente aos negros, de terem uma renda menor do que a dos brancos, e tudo isso influencia, não raça pela raça, mas sim pelo o que a raça levou à condição socioeconômica*** *(SESA).* ***A migração para o interior para as mulheres é um problema. Nós temos problemas com os homens, imagine com as mulheres*** *com as suas peculiaridades, com as suas sutilezas,com as suas delicadezas, com as suas sensibilidades. Há diferença, lógico! Nós temos que ter toda uma estrutura de proteção também para isso. Qual a proteção que nós temos? Temos que construir casas de médicos no interior. Tem que ter financiamento para isso. O SESP tinha, as Forças Armadas também, o Banco do Brasil também tinha a casa do gerente e tinha a casa dos funcionários. Tinha as vilinhas de casas. Em Cascavel ainda tem. Aí com o Fernando Henrique foi tudo vendido. O interior que se vire, que se lasque! (COSEMS).*

Essa questão é interessante, nós não temos elementos no momento para dizer que percebemos influências específicas assim. O perfil da medicina esta mudando, há o crescimento da presença feminina, o que é algo muito salutar, muito bom e que espero que repercuta na Gestão Pública também, que aumente no judiciário, no executivo, Mas se o gênero, o sexo, influi para mais ou para menos, enfim, para ir ou não para o interior, dificultar ou facilitar, isso eu não tenho no momento, condição de responder de uma maneira segura. ***Conheço caso de mulher casada, aprovada em um grande concurso para outro Estado, pra uma cidade distante e o marido trabalha aqui, já estabilizado. Isso tem criado problema*** *(CREMEC/CFM). Para as mulheres é mais difícil porque de um modo geral, elas são mais frágeis. Exercer a profissão de médico no interior é um pouco mais estressante do que na capital, dadas as condições, você está sozinho, não tem a quem recorrer. Além disso as mulheres se preocupam muito*

mais com a formação dos filhos (AMC/AMB). Não vejo problemas, pode ter existido, mas nunca percebi isso (SIMEC).

Muitos identificam diferenças relacionadas à situação socioeconômica e também de gênero, embora se admita a possibilidade de viés por conta de que todos os entrevistados eram homens.

Por último, cada um dos entrevistados foi interrogado sobre a possibilidade de ele mesmo ir trabalhar ou voltar a trabalhar no interior. Ilustrada com narrativas de vida, essa possibilidade foi admitida, mas desconsiderada pela maioria por conta das más condições de trabalho que enfrentariam.

Houve ainda a oportunidade de ouvir gerentes que participam de duas iniciativas de interiorização da atenção à saúde, no Nordeste do Brasil. Numa, desenvolvida por meio de uma fundação estatal, para suprir histórico déficit de atenção primária no Estado da Bahia, ancorada em plano de emprego, carreira e salários, abordam-se questões de jornada de trabalho, incluída a mobilidade geográfica dos profissionais, mas também se anunciam ações de educação permanente. O investimento em infraestrutura se detém ao apoio técnico na elaboração e execução de projetos de reforma de unidades básicas de saúde. Noutra, orientada para a implementação da atenção especializada à saúde no interior do Estado do Ceará, procura-se prover infraestrutura e condições adequadas de trabalho pela implantação de vários centros de assistência médica especializada e mais outros de odontologia especializada, regidos por consórcios públicos, e pela implantação três grandes hospitais regionais (Cariri, Norte e Sertão Central) de referência terciária de atenção à saúde, munidos de tecnologia apropriada, sob gerência de organização social. Eram grandes as expectativas em 2009 mas, recentemente tem-se notícia de que as configurações de emprego, carreira e salários oferecidas nas duas iniciativas, na Bahia e no Ceará, parecem estar sendo pouco atrativas, principalmente para médicos especialistas. Apesar dos esforços, com repetidos e prorrogados processos seletivos e diversas convocações de aprovados, nas duas iniciativas

enfrentam-se dificuldade em atingir as metas traçadas de contratação de recursos humanos, principalmente de médicos[108].

Em síntese, dissertam sobre muitos aspectos da mobilidade de trabalho de médicos. Sobre possibilidades e limites da interiorização do trabalho médico, confirmam que dependem mais das condições de trabalho, assim como da remuneração, mas também de outras situações associadas ao "mundo do trabalho" e a todo o "modo de se levar a vida". Permeiam-se de representações idealizadas sobre a condição de ser médico e sobre a própria medicina. Percebem a formação médica voltada para a subespecialização e o exercício profissional se desenvolvendo em múltiplos empregos concentrados nas grandes cidades. Transitam na contradição do vínculo desejado com as comunidades e da contratação flexível e precária do trabalho. Reconhecem a determinação socioeconômica das disparidades de acesso aos cuidados médicos, mas divergem quanto à propriedade das propostas que se apresentam nesse momento como estratégias de mobilidade para resolver o problema da disponibilidade de médicos.

Emerge, do conjunto de categorias e representações utilizadas, a percepção de que não há mais um médico como trabalhador, mas muitos tipos de médicos e modos de se exercer a medicina num arranjo aparentemente inadequado. Esse conflito se reflete na fragmentação da atenção à saúde, mantida pela segmentação iníqua do sistema brasileiro de saúde.

Além das muitas contribuições de todos os entrevistados, das falas daqueles outros três médicos, pesquisadores e professores, destaca-se a pronúncia capturada, como coincidente declarada, de que "o mais importante é atender bem as pessoas!".

---

[108] http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1167861 acesso em 08.08.2012; http://www.fesfsus.ba.gov.br/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=424&Itemid=101 acesso em 08.08.2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, de tema circunscrito à permanência da falta de médicos sob o modo capitalista de produção, delimitado ao momento histórico no qual se implanta e se tenta implementar o Sistema Único de Saúde, teve-se a intenção de contribuir para a compreensão e crítica da disponibilidade de médicos, no Brasil, determinada pela mobilidade da força de trabalho de médicos sob controle do capital. Realizadas sucessivas aproximações dos fenômenos em relação, criticamente se retorna em outros movimentos.

Como em quase todo o mundo, também no Brasil os médicos se encontram mal distribuídos por deslocamento profissional, setorial e espacial, promovidos por mobilidade do trabalho.

Na produção científica consultada se distinguem muitos fatores relacionados à falta/má distribuição de médicos. Referem-se a: formação; atuação (processo ou jornada de trabalho); escolhas; trocas; inserção em mercado do trabalho; formas de precarização; incentivos e mecanismos de regulação. Menciona-se a determinação socioeconômica e se elencam muitos condicionantes. Direcionadas na perspectiva de se modificar a situação de carência, apresentam-se diferentes propostas de solução, muitas delas apoiadas em equilíbrio, admitido por muitos, como supostamente alcançável entre oferta e demanda de força de trabalho. De fato medem fluxos, nível de emprego, postos de trabalho etc. Fomentam-se políticas públicas de estímulo à “migração” e a “fixação” do médico, como recurso humano a ser alocado. Focadas em algum daqueles condicionamentos, são aplicadas muitas vezes de forma dispersa, em tempo e espaço.

A razão médico por habitante, tão alegada como referência para se avaliar a disponibilidade de médicos, não pode ser imputada como parâmetro ideal, qualquer que seja o patamar fixado. Possui sentido apenas como “razão” vinculada ao empírico que lhe dimensiona, dado o grau de divisão técnica e social do trabalho de médico estabelecido pela dinâmica do mercado constituído num território determinado.

Se tomada a população em geral como denominador de referência, a desigualdade numérica que se verifica entre razões comparadas é representativa do modo como o exercício das especialidades se vincula, nos diversos locais,

cidades ou regiões, como trabalho coletivamente dependente, subespecializado, denotativo de vários modos de se fazer Medicina, de diferenciada qualidade, imersos num determinado grau de desenvolvimento geral da economia.

Mas se a população tomada como referência é qualificada pelo sub-setor de saúde que tem possibilidade de acesso, a comparação entre tais razões, assim constituídas, médico por habitante discriminado, desvela, nessa forma segmentada de prestação de serviços de saúde, como a disponibilidade de médicos é desigualmente determinada pela mobilidade da força de trabalho de médicos, explorada intensa e extensivamente sob controle do capital e satisfazendo sua lógica de expansão e acumulação.

Aponta-se como significativo determinante da disponibilidade de médicos no Brasil, o modo como esses profissionais, que já haviam sido solapados dos meios de produção, se tornaram e permanecem esfacelados em muitas forças de trabalho, dispostos no sistema brasileiro de serviços de saúde, por históricos mecanismos de mobilidade do trabalho sob controle do capital, estabelecidos nos processos de formação e de inserção no mercado de trabalho. Quase como uma cultura institucionalizada, essa situação de deslocamento temporal vivida pelos médicos é contraditoriamente protestada. Mostram desgastados pelo cumprimento dessa jornada embora se achem protegidos em seu processo de trabalho, aparentemente iludidos em perspectiva de autonomia econômica e técnica, sobrecarregada de intermediários.

As iniciativas do poder público de intervenção na mobilidade do trabalho de médicos se ancoram de legitimidade sob o lastro do maior formador e empregador da força de trabalho em saúde. Muitas das que no passado foram empregadas trouxeram resultados pouco perenes, talvez porque, sob baixa governabilidade e/ou capacidade de governo, tenham sido precedidas ou presididas de frágil e insuficiente planejamento. As mais recentemente implementadas se argumentaram necessárias, mas parecem ainda insuficientes, em amplitude e profundidade, embora seu impacto careça de tempo para melhor avaliação. Apesar de não haver um serviço civil instituído, há um movimento espontâneo embora desordenado de muitos médicos recém-formados indo trabalhar no interior por opção deliberada de constituir reserva financeira antes do ingresso numa residência médica ou por não terem ainda conseguido o ingresso

num programa almejado. Se impedimentos legais e burocráticos fossem resolvidos, a carreira de estado poderia ser viabilizada com financiamento federal, coordenação estadual sobre a distribuição da força de trabalho e gestão municipal direta sobre essa força de trabalho. Não restrita a médicos, se iniciaria pela atenção básica e deveria estar apoiada por todas as funções de regulação próprias de sistemas de serviços de saúde, com provimento de infraestrutura e condições de trabalho adequadas à resolubilidade esperada.

As manifestações das entidades representativas da categoria médica procuram se agregar como “contra-mobilidades” ou “imobilidades”. Comportam-se dependentes do contexto de acumulações e/ou desacumulações do segmentado e fragmentado sistema brasileiro de saúde.

Atentos sobre a disponibilidade de médicos, sejam eles muitos ou poucos, estejam mal ou bem distribuídos, outros atores, em aparente silêncio, pouco vistos em cena, devem estar se movendo, em bastidores, em defesa de seus interesses diversos. Sempre estão!

Muitos são os fatores impeditivos do propósito de se levar médicos a todos os recantos do Brasil, apesar da possível e pressuposta comunhão de diferentes interesses.

Na formação de médicos e em sua inserção no mercado de trabalho, em tempos que se reclama vigilância à saúde, há sinais de alarme, embora poucos pareçam alertas. Anuncia-se a Pediatria ameaçada de extinção. A Medicina Geral e Comunitária, agora como Medicina de Família e Comunidade ainda é desprestigiada e seu exercício carecido de incentivos, desde os bancos da escola. E a Clínica Médica, historicamente desempenhando papel de regência do trabalho médico especializado na abordagem do processo saúde-doença, se apreende como especialidade cada vez mais exercida por poucos ou de exercício pouco longevo, de passagem, rumo à subespecialização. Os cirurgiões aparecem como os mais esfacelados em forças de trabalho submetidas, por vezes cooptadas, em intenso processo e extensa jornada de trabalho.

A interiorização do trabalho de médicos se dará com a extensão do desenvolvimento econômico a todas as regiões do país, e tão somente dessa forma, e a indisponibilidade de médicos na atenção básica à saúde na periferia das grandes cidades é expressão de que a desigualdade social se mantém sob o

modo capitalista de produção em qualquer dimensão geográfica tomada como totalidade econômica.

Há, portanto, muitas outras “falta de médico” pendentes de resolução, Brasil adentro. A real e permanente carência em áreas “remotas e desassistidas” é apenas a “ponta do *iceberg”* que se realça periodicamente cada vez que o mercado da saúde, em que se embarcam contraditórios interesses, se vê ameaçado de afundar por escassez de seu principal provedor de serviços.

Categorias de pensamento e representações que se colhem demonstram que há uma tensão no modo como o trabalho médico é disposto, entre ser integrado ou fragmentado, resolutivo ou iatrogênico, de se desenvolver uma boa ou uma má Medicina, de que a integralidade da atenção à saúde é dependente de sentido. Numa profissão “de consulta” tem restado pouco tempo para a boa consulta. Pressupõe-se que, até mesmo onde há médicos em postos de trabalho ocupados, esteja ocorrendo falta “processual” no exercício da medicina, em muitos casos agravada por “relações de classe”. Por isso, se a integralidade é impensável sem a universalidade, aqui se acredita que a universalização de uma boa Medicina é inconcebível sem a integralidade do trabalho de médico, individual e coletivamente exercido em atenção e como promotor de saúde.

Por enquanto, flagra-se o SUS estigmatizado como um sistema de saúde “pobre para pobres”, padecido de “carecimento” pois que está carente de políticas e de financiamento para sua efetiva implementação e também sofrido de “privação” porque temos que reconhecê-lo “privado” pela “inobservância de preceitos legais e regulamentares, de obrigações contratuais, de deveres sociais” e sobretudo pela falta de “diligência e lealdade” aos seus princípios constitucionalmente estabelecidos. Justificadas pela crise econômica internacional, e novamente pela necessidade de controle de inflação e de gastos públicos, insinuam-se mais incentivos ao setor privado de assistência médica suplementar, dispensando-se o estado de sua responsabilidade constitucional empurrada àqueles que acabaram de ter melhoradas, em pouco, suas condições de vida.

Para que se possa corrigir ou minimizar e não exacerbar as desigualdades nessa disponibilidade de médicos, algumas condutas são recomendadas. Pelo que se conhece e daquilo que se pôde apreender, crê-se que ainda sejam

insuficientes, contudo não se indicam somente necessárias, mas se apontam indispensáveis.

Considerando o aumento da população em geral e o processo de urbanização que alarga o perfil de divisão técnica do trabalho, para além da preocupação com o incremento da razão médico por habitante, é premente que se dimensione a formação necessária de médicos, em nível de graduação e pós-graduação, de generalistas e de especialistas, como de outros profissionais, continuadamente projetada no tempo. No entanto, é prudente que se precavenha de que não sejam produzidos excedentes que sob a provocação do desemprego podem se arriscar em demandas indevidamente criadas, muito temerárias no âmbito da saúde.

Admitindo-se que o local em que se cumpre a graduação e sobretudo a residência médica são fatores de fixação do médico, na concessão para abertura de novas escolas, deve-se estabelecer uma descentralização conjugada dessas etapas de formação profissional, como diretriz de uma nova regionalização do ensino médico.

Resguardadas as peculiaridades de cada perspectiva, há que se construir no SUS uma agenda única de atenção à saúde, cuja apreensão já se inicie na formação dos médicos assim como na de todos os outros profissionais, incluídos todos os níveis, com financiamento compatível do qual também depende sua boa gestão. Que se implemente a ESF, anunciada como “estruturante da atenção básica” e tão reclamada de resolubilidade, dos recursos que lhe são necessários, provendo-lhe, sob bem planejada e conduzida gestão do trabalho e da logística, de estruturas e de processos adequados à complexidade própria da atenção primária e à diversidade das situações regionais. Que o “monitoramento da demanda por especialidades médicas” se reflita em oferta planejada de PRM respaldada nas transformações demográficas e epidemiológicas da população brasileira. E que principalmente se integrem em direcionalidade, atenção primária e especializada, sustentada em vigilância à saúde e superando conflitos de governabilidade e de responsabilidade, até agora reprodutores de sistemáticas inépcias refletidas em desencontros entre médicos e aqueles que estariam precisando de seus cuidados.

Instiga-se que sejam investigadas as possíveis consequências da má distribuição de médicos para além das dimensões geográfica, profissional e setorial, se estendendo e se aprofundando na dimensão temporal em que provavelmente residem, de forma contraditória, efeitos do modo como os médicos se inserem no mundo do trabalho e causas de muitas "iatrogenias" e desencontros médico/paciente.

É estratégico que se abra diálogo com a população em geral, em cada municipalidade, para que todos possam refletir sobre o acesso ao trabalho de médicos, sobre como a medicina é exercida, questões pouco discutidas e de regulação ainda restrita às relações entre Estado e representações da categoria profissional, como corporação.

Com originalidade, também se contribui para essas investigações, por estudos de sociologia do trabalho, de psicologia do trabalho, assim como de epidemiologia, distinguindo a categoria profissional, no caso dos médicos, como população significativa[109] qualificada não por uma empresa na qual se empregam, mas por um sistema "inteiro" de produção, no caso o sistema de serviços de saúde, genericamente complexo. A categoria profissional de médicos se concretiza pelo modo como está inserido num contexto de trabalho constituído de todo um sistema de serviços de saúde, vez que cada umas das "empresas" em que trabalha não pode ser isoladamente referência de seu perfil produtivo. Desse modo, elementos do modo de produção e de reprodução das condições de existência dos médicos e das médicas podem ser caracterizados, inclusive daqueles que, admitidos como exceção, se mantêm em exercício profissional exclusivamente liberal. Configurando-se então como denominador, pelo qual venham a se recortar problemas/processos alvos de investigação, a categoria médica se operacionaliza, em sociedade estruturalmente heterogênea, como categoria profissional, marcada por formação técnica complexa, por intensa e extensiva divisão social/técnico-profissional do trabalho, expressa pela subespecialização e pelo multi(sub) emprego e sob diversos regimes de contrato e/ou de propriedade, inserida no sistema brasileiro de serviços de saúde. Sistema

[109] População Significativa como grupo de seres humanos que compartilham condições similares de reprodução social (produção + consumo), portanto de representações de si e do mundo, o que permite associar, qualificadamente, os fenômenos estudados, para as finalidades da Epidemiologia, como em Sampaio, Borsoi e Ruiz (1998:29-31).

esse que, dada a sua constituição de *mix* de serviços públicos e privados, também especificamente se caracteriza, qualificado para além do ramo de produção (serviços de saúde), para a possibilidade que encerra pelo tipo de competição (simples, monopolista, oligopolista), forma de oferta (universal, segmentada; integral, fragmentada) regime de contrato/propriedade (privada, cooperativa, estatal, “flexível”), escala de grandeza (local, regional, nacional), lugar no modo de produção (apoio, fim, assistencial) e função institucional (operacional, intermediária, regulatória, financiadora). Contribui-se, por extensão, para o estudo de outras categorias de inserção semelhante no modo capitalista de produção.

Envolto no debate sobre a falta ou má distribuição de médicos, assim configurado como dilema, incorrer-se-ia em ligeira censura se, procurando explicação e querendo encontrá-la, se conseguisse, pelo menos, estabelecer uma relação de condicionamento: há falta de médicos porque eles estão mal distribuídos. Compreende-se que na situação genérica de representação de quaisquer interesses vinculados à questão, os motivos para as argumentações se bastam, mesmo que se apresentem injustificáveis. Mas tomada a questão da disponibilidade de médicos como objeto de estudo, não pode haver desculpa a um pesquisador, pois, dada a oportunidade de perscrutar a ordem desse como de outros fenômenos, simplesmente imputar-lhe inadequação, num vago sentido, seria banalizar seus determinantes, imanentes do modo de produção, capitalista em que se vive, mas do qual muitos se parecem estranhos, senão pelo qual se têm estranhado mesmo. Tem-se tomado o mercado de trabalho como campo, razão essencial, causa precípua, única e bastante. Recalcados, se arriscam os determinantes como naturais à vida. Sobrenada-se na investigação e se desliza na interpretação do fenômeno. Termina-se exposto, na proposição de intervenções e medidas parciais, impróprias para resolver o problema. Na práxis, num movimento de teoria e prática, se lhe fazem, por aproximações, muitas entradas, buscam-se saídas, como soluções que também são de mobilidade do trabalho. Quisera não tivessem que ser “forçadas”. A tarefa de enfrentá-lo é muito difícil e complexa. É necessariamente tão coletiva quanto a natureza sócio-histórica do fenômeno. E aqui, como se disse, a intenção deste estudo, mesmo que pretensiosa, foi de contribuir para sua compreensão e crítica.

A situação é preocupante dado que não há problema ou mal que se resolva sem que se lhe abordem as raízes, mas se alenta, no entanto, pelo ditado de que “não há árvore que o vento não tenha balançado”.

Como se vê, por outro movimento, o trabalho médico é mesmo, “para o bem ou para o mal”, um fenômeno histórico presente, embora variável enquanto possibilidade e qualidade de acesso, por isso, às vezes ausente, “para o mal ou para o bem”, em todas as formas de organização social, pelo menos nos últimos 200 anos, e, efetivamente, na vida de cada um de nós.

E continuará presente ou ausente, mas não da mesma forma nem pelos mesmos motivos, porquanto de fato se acredita que se há um fardo no tempo, há também nele, sempre histórico, um desafio.

De novo... “o tempo e o vento” irão dizer!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 13, n. 4, p. 659-676, out-dez, 1997.

ALMEIDA, E. S. **Contribuição à implantação do SUS**: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93. 1995. 368 p. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo.

ALMEIDA, E. S., CASTRO, C. C. J., VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,1998. Série Saúde & Cidadania, v.1.

ALMEIDA, E. S., CHIORO, A., ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F., ALMEIDA, E. S. (Orgs.). **Gestão de serviços de saúde.** São Paulo: EDUSP, 2001.

AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. 207p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

ANDRADE, F. M. O. **O programa de saúde da família no Ceará:** uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. 94 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.

ANJ. Associação Nacional de Jornais. **Os maiores jornais do Brasil de circulação paga, por ano.** Brasília: ANJ, 2012. Disponível em <http://www.anj.org.br/>. Acesso em 23 jul. 2012.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2000

ANTUNES, R. István Mészáros: um breve comentário de “O desafio e o fardo do tempo histórico”. Dossiê. **Política & Sociedade**. Revista de Sociologia Política. Florianópolis: UFSC, v. 7, n. 13, p 13-16, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/9311/8595>. Acesso em 18.01.2010.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS Informação 2010**. Brasília: ANS, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/ANS_informacoes/2010_ans_informacao.pdf>. Acesso em 30 jun. 2012.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação.** Brasília: ANS, 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em 2 dez. 2012.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, 2003.

BAHIA, L. A *démarche* do público e privado no sistema da atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. C. (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994

BENNING, E. L.; DA GUARDA, F. R. B. **Análise da Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, com base no tempo médio de permanência dos profissionais médicos e de enfermagem, no período de 2001 a 2006**. 2006. Monografia. (Especialização em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz /MS. Recife.

BOLTANSKI, J. L. A relação doente-médico. In: _____. **As Classes Sociais e o Corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4.

BRASIL. Conselho de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v.11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Internacional sobre a Fixação de Profissionais de Saúde em áreas remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade**. 01 a 04 de novembro de 2009. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33377>. Acesso em 18 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Intergerencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos, 2010**: E.21 Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde per capita. Brasília: DATASUS/RIPSA, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/e21.htm>. Acesso em 11 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade**. 13 e 14 de abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36830>. Acesso em 18.jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Imprensa. Notícias. Destaques. Educação Superior. **Governo tomará medidas para aumentar o número de médicos no Brasil**. Brasília: Ministério da Educação, 2012a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17565:governo-tomara-medidas-para-aumentar-o-numero-de-medicos-no-brasil&catid=212>. Acesso em 21 out. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Valorização da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1855>. Acesso em 30 nov. 2012b.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1987.

BREILH, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación: guia pedagógica para un taller de metodología.** 3.ed. Quito: CEAS, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Os médicos e a política de saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. **Divulgação em Saúde para o Debate**. Rio De Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai 2009.

CAMPOS, F. E. Como enfrentar a má distribuição de profissionais de saúde no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE. 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

CAMPOS, F. E. Alternativas para fixação de profissionais. In: CONVENÇÃO *ON-LINE* EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: escassez e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas. **Biblioteca.** Belo Horizonte: EPSM/NESCON/UFMG, 2010. Disponível em <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/convencao/Default.aspx>. Acesso em 29 jul. 2011.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico***.* 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CARDOSO, W. A. Há solução para a má distribuição de médicos no Brasil? In: CONVENÇÃO *ONLINE* EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: escassez e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas. **Biblioteca.**

Belo Horizonte: EPSM/NESCON/UFMG, 2010. Disponível em <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/convencao/Default.aspx>. Acesso em 29 jul. 2011.

CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. (Coords.) **O médico e o seu trabalho** : aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. 234 p.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHEN, L. C.; BOUFFORD, J. I. Editorial .**The New England Journal of Medicine. Boston: v.** 353, n. 17, Oct 27, 2005. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe058188>. Acesso em 07 ago. 2012.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, M. V. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface Comunicação Saúde Educação** v.12, n.24, p.125-40, jan./mar. 2008

COELHO, E. C. **As profissões imperiais**: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro. 1822-1930. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COSTA LIMA, A. R. **Sofrimento psíquico e trabalho de médico**: desenvolvimento de instrumentos para estudo crítico. 2000. 137 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

COSTA LIMA, A. R.; SAMPAIO, J. J. C. A condição de ser médico. **Cadernos IPUB**: nº 21, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2002.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CREMEC- Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. **Estatística**. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/>. Acesso em 21 jul. 2009.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

FAZITO, D. **Reflexões sobre os sistemas de migração internacional:** proposta para uma análise estrutural dos mecanismos intermediários, 2005. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/2005/Dimitri_Fazito.pdf>. Acesso em 24 jul. 2009.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface**. Comunicação, Educação e Saúde. Botucatu: Agosto, v.2, n.3, p. 51-71, 1998.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado; tradução de André de Faria Pereira Neto e Kvieta Brezinova de Morais. São Paulo: Unesp, 2009.

GAUDEMAR, J. P. **Mobilidade do trabalho e acumulação do capital**. Lisboa: Estampa, 1977.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L., ARAÚJO, J. F., FARAH, J. M. , MASS, L. W. D., CAMPOS, L. A. B. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Orgs.). **O trabalho em saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011

GIRARDI, S. N. e col. **Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família**: relatório final de atividades. Belo Horizonte: EPSM: Nescon/UFMG: ObservaRH, 2012.

GIRARDI, S. N. (Coord.). **Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil**: relatório final de atividades. Belo Horizonte: EPSM: Nescon/UFMG: ObservaRH, 2012.

GOMES, F. G. Mobilidade do trabalho e controle social: trabalho e organizações na era neoliberal. **Revista de Sociologia e Política** V. 17, nº 32, p. 33-49, fev. 2009

GUGLIELMI, M. C. **A política pública "Saúde da Família" e a permanência – fixação – do profissional em medicina:** um estudo de campo em Pernambuco. 2006. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

HADDAD, A. E. Intervenções educacionais: a experiência brasileira. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

HAJITO, K. W. Retention of health care professionals in remote areas: Ethiopian experience. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

HAMAMOTO FILHO, P.T. Ligas acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário**. Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 35, nº 4, p. 535-543, 2011.

HARVEY, D. **A mobilidade do capital variável e da força de trabalho.** Disponível em: <http://blog.controversia.com.br/2008/07/27/3406/> Acesso em 14 jan. 2011

HOLANDA, A. B. **Novo Dicionário Aurélio da Lingua Portuguesa**. São Paulo: Positivo. 4ª Ed. 2009.

IBGE –Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/defaulttabzip.shtm>. Acesso em 22 out. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Saúde**. **Assistência médico-sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em 27 out. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>. Acesso em 13 out. 2012.

IETS - Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade. **Pobreza e Indigência.** Disponível em: <http://www.iets.org.br/article.php3?id_article=915>. Acesso em 3 abr. 2011.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde**. Brasília: IPEA-SIPS, 2011.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. In ____. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil dos Médicos no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996. 28 v., v.I (Brasil e Grandes Regiões) e v.XXV (Ceará).

MACHADO, M. H. (coord.). **Os Médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil**: relatório final (síntese). Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/perfil_medico.pdf>. Acesso em 29 set. 2012.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde (Brasil). In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: BARROS, A. F. R. (Org.) et al. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde:** o caso brasileiro. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao interior**: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MARTINS, M. A. **Experiências e propostas nacionais.** In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ESCASSEZ, PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM ÁREAS REMOTAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2011, Brasília. **Apresentações dos palestrantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36962>. Acesso em 19 jun. 2011.

MARX, K. **O capital.** Crítica da economia política. Livro I, tradução de Reginaldo Sant'Anna. 16 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. 2v, 966 p.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. Introdução. In: MATTA, G. C. (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1993. v.1.

MELLO FILHO, C. G. **A medicina e a realidade brasileira**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

MENDES, E. V. A evolução histórica da prática médica. In: ____ **A evolução histórica da prática médica:** suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984. p. 13-72.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. **Grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomos I e II.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MENEZES, C. L. J. **Fixação de médicos no interior do Ceará**: um problema para a municipalização. 1998. 166 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza.

MENEZES, M. L. P. Tendências atuais das migrações internas no Brasil. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.** Universidad de Barcelona. Barcelona, nº 69, p. 45, ago. 2000. Disponível em: < http://www.ub.edu/geocrit/sn-69-45.htm>. Acesso em 23 jul. 2009

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MULLAN, F. The metrics of the physician brain drain. **The New England Journal of Medicine.** Boston, v. 353, n. 17, p.1810-8, Oct 27, 2005. Disponível em http://ent.arp.harvard.edu/AfricaHigherEducation/Braindrain_medicine.pdf. Acesso em 07.08.2012.

MULLAN, F. The U.S. National Health Service Corps. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

NARDI, A. C. F. Fixação de profissionais em áreas remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade: tema prioritário. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ESCASSEZ, PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM ÁREAS REMOTAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2011, Brasília. **Apresentações dos palestrantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36962>. Acesso em 19 jun. 2011.

NASSIF, A. C. N. Médico ou sal (editorial). **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**. São Paulo: v. 22, n. 2, p. 55, 1996.

NERI, M. C (Coord.). **Escassez de Médicos**: sumário executivo. Rio de Janeiro: CPS/IBRE/FGV, 2008. Disponível em: <http://www.cps.fgv.br/ibrecps/medicos/index.htm>. Acesso em 15 ago. 2009.

NIGENDA. G.; MAGAÑA-VALLADARES, L.; IDROVO, A. J.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M.; GUDIÑO-CEJUDO, M. R.; WIRTZ, V. Hitos y hechos de la experiencia mexicana. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

NOGUEIRA, R. P. **Do físico ao médico moderno**: a formação social da prática médica. São Paulo: Unesp, 2007.

NOGUEIRA, R. P. Escassez e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas. In: CONVENÇÃO *ONLINE* EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: escassez e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas. **Biblioteca.** Belo Horizonte: EPSM/NESCON/UFMG, 2010. Disponível em <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/convencao/Default.aspx>. Acesso em 29 jul. 2011.

OLIVEIRA, A. T. R. Fonte de Dados para a Migração: navegando entre o ideal e o imprescindível. In: III CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO. **Documentos Finais**.Córdoba – Argentina: ALAP, 2008. Disponível em: <http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_43.pdf>. Acesso em 17 jul. 2009.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano de Ação Regional para Recursos Humanos de Saúde 2007-2015.** 140ª Sessão do Comitê Executivo - OPAS, Washington, D. C., EUA. 25-29 jun. 2007. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce140-11-p.pdf>. Acesso em 05 jul. 2009.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situanado a regionalização no centro da estratégia da política. **Divulgação em Saúde para o Debate**. Rio de Janeiro, n. 42, p. 12-22, abr. 2008.

PAIM, J. S. A. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet.** Londres: maio,

2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em 19 jun. 2011.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, abr. 2012.

PIERANTONI, C. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes**. Relatório Final. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. Disponível em <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMS-UERJ/Capacidade_gestora.pdf>. Acesso em 3 out. 2011.

PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

PINTO, L. F. S. **Médicos e migração**: a Residência em foco. 1999. 152 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro.

PONG. R. W. Education and geographic maldistribution of healthcare providers: some lessons from Canada. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

PÓVOA, L.M.C. **Dois ensaios econômicos sobre a distribuição geográfica dos médicos**. 2004. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Economia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/economia/dissertacoes/2004/Luciano_Martins_Costa_Povoa.pdf>. Acesso em 15 jul. 2009.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V., MORO, S. Distribuição dos empregos médicos em minas gerais: uma análise à luz da economia espacial. In: XI SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 2004, Diamantina. **Anais do XI Seminário sobre a Economia Mineira**. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2004/textos/D04A058.PDF>. Acesso em 14 jul. 2009.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição de médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: vol. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006.

RIGOLI, F. Atração e fixação de profissionais de saúde. Que sabemos? Como fazer? In: CONVENÇÃO *ONLINE* EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: escassez e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desassistidas. **Biblioteca.** Belo Horizonte: EPSM/NESCON/UFMG, 2010. Disponível em <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/convencao/Default.aspx>. Acesso em 29 jul. 2011.

RODRIGUEZ NETO, E. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994

RODRIGO, H. Experiência chilena programas de atraccion y retencion de personal. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SAMPAIO, J. J. C., HITOMI, A. H & RUIZ, E. M. Saúde e Trabalho: Uma Abordagem do Processo e Jornada de Trabalho. In: CODO, W. & SAMPAIO, J. J. C. (Org.). **Sofrimento Psíquico nas Organizações**. Petrópolis: Vozes, 1995.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SAMPAIO, J. J. C., BORSOI, I. C. F. & RUIZ, E. M. **Saúde Mental e Trabalho em Petroleiros de Plataforma**: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (on shore / off shore) no Ceará. Fortaleza: FLACSO/EDUECE, 1998.

SAMPAIO, J. J. C.; COSTA-LIMA, A. R. Ética e Saúde Pública. **Anais do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí**. Teresina: CRM-PI, v. 8. p.152, 2006.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Edusp, 2008.

SCHEFFER, M. (Coord.) **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Conselho Federal de Medicina, 2011.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. Apresentação. In: NOGUEIRA, R. P. **Do físico ao médico moderno**: a formação social da prática médica. São Paulo: UNESP, 2007.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde na atenção primária. In. SCHRAIBER, L. B. e col. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCLIAR, M. **A paixão transformada**: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SEIXAS, P. H. D.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. Migra-Med – migração médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Orgs.). **O trabalho em saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ - ObservaRH, 2011.

SOARES, W. **Da metáfora à substância:** redes sociais, redes migratórias e migração nacional e internacional em Valadares e Ipatinga. 2002. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/2002/Weber_Soares.pdf>. Acesso em 24 jul. 2009.

SOUZA JÚNIOR, J. C. A.; LUCENA, R. M. Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização. 2005. Monografia. (Especialização em Saúde Pública). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz /MS. Recife.

STARR, P. **La transformación social de La medicina em los Estados Unidos de América.** Cidade do México: Biblioteca de La Salud, 1991

SUNDARARAMAN, T. WHO programme on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

SUNDARARAMAN, T. Retaining skilled health human resources for rural and remote areas – the Indian experience. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

VANICHANON, P. Overcoming the challeng of having the right people in the right places. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

VERGARA, M. N. Políticas de retención en las Américas: la experiencia de Perú. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE A FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS, ISOLADAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE, 2009, Recife. **Apresentações Seminário Fixação de Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/ portal/

saude/

Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36200>. Acesso em 18 jun. 2011.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: v. 15(Suplemento), p. 225- 264, 2005.

WEISZ, G. The emergence of medical specialization in the nineteenth century. **Bulletin of History of Medicine**. n. 77, p. 536-575, 2003. Disponível em: <http://www.mcgill.ca/ssom/sites/mcgill.ca.ssom/files/MedicalSpecialization.pdf>. Acesso em 30 jul. 2011.

APÊNDICE

ENTREVISTA SOBRE TRABALHO DE MÉDICOS NO INTERIOR

A. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. NOME_____
2. IDADE_____ANOS 3. SEXO: MASC ( ) FEM ( )
3. CONDIÇÃO DE REPRESENTAÇÃO_____
4. LOCAL (MUNICÍPIO) DE TRABALHO_____

10. ANO DE FORMATURA _____

12. ESPECIALIDADE_____

13. TRABALHO NO INTERIOR_____

B. TRABALHO (DE) MÉDICO E INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO DE MÉDICO*

1. O QUE É MEDICINA E O QUE É SER MÉDICO?
2. QUAIS SÃO AS POSSIBILIDADES QUE TEM UM MÉDICO PARA TRABALHAR?
3. COMO O TRABALHO MÉDICO TEM-SE ORGANIZADO? (ESPECIALIDADES; NÍVEIS DE ATENÇÃO)
4. COMO VOCÊ ACHA QUE SE DESENVOLVE O TRABALHO DE MÉDICO NOS GRANDES CENTROS URBANOS, NA CAPITAL POR EXEMPLO.
5. COMO VOCÊ ACHA QUE SE DESENVOLVE O TRABALHO DE MÉDICO NO INTERIOR?
6. O QUE VOCÊ ACHA QUE PODE ESTIMULAR O TRABALHO DE MÉDICO NO INTERIOR?
7. O QUE VOCÊ ACHA QUE DIFICULTA O TRABALHO DE MÉDICO NO INTERIOR? (Há alguma contradição em ser médico e trabalhar/residir no interior?)
8. QUE OUTRAS COISAS VOCÊ ACHA QUE ESTÃO RELACIONADAS COM ESTA SITUAÇÃO DE TRABALHAR NO INTERIOR?
9. QUE ESTRATÉGIAS VOCÊ ACHA QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA PROMOVER A IDA E A PERMANÊNCIA DE MÉDICOS NO INTERIOR?
10. QUE OBSTÁCULOS PARA A INTERIORIZAÇÃO DE MÉDICOS VOCÊ ACHA QUE PODEM SER SUPERADOS?
11. QUE IMPORTÂNCIA TERIA A POSSIBILIDADE DE MUDAR DE MUINICÍPIO NO DECORRER DA CARREIRA?
12. COMO VÊ A IDÉIA DE UMA CARREIRA DE ESTADO PARA MÉDICO?
13. E O QUE VOCÊ ACHA SOBRE A PROPOSTA DE SERVIÇO CIVIL OBRIGATÓRIO PARA MÉDICOS FORMADOS EM ESCOLAS PÚBLICAS E/OU QUE TENHAM PARTICIPADO DE PROGRAMA DE CRÉDITO EDUCATIVO?
14. NESSE PROCESSO DE MIGRAR PARA O INTERIOR, QUE DIFERENÇAS SE RELACIONAM A QUESTÕES DE GÊNERO (SEXO, COR, CLASSE SOCIAL)?
15. COMO VÊ A IDÉIA DE VOCÊ TRABALHAR* NO INTERIOR?
    (*Acrescente NOVAMENTE para quem já trabalhou no Interior)

OBS: TRABALHO DE MÉDICO: TRABALHO MÉDICO REALIZADO POR MÉDICO(A).

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Arnaldo Ribeiro Costa Lima)
Disponível em:
buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4789649Y1

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Eurivaldo Sampaio de Almeida)
Disponível em:
buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4792457A8