

MIGRAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: ANÁLISE DE  
SUA DISTRIBUIÇÃO, ASPECTOS MOTIVACIONAIS E  
OPINIÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

---



Universidade de Brasília  
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares  
Núcleo de Estudos de Saúde Pública  
Observatório de Recursos Humanos em Saúde

**MIGRAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: ANÁLISE DE  
SUA DISTRIBUIÇÃO, ASPECTOS MOTIVACIONAIS E  
OPINIÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE**

---

Herton Ellery Araújo

© Núcleo de Estudos de Saúde Pública, 2012

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

**Autor e pesquisador:** Herton Ellery Araújo

**Estatístico:** André Luís Souza

**Telepesquisadoras:**

Alessandra Santos Araújo Bezerra

Ana Carolina Oliveira Campos

Andréia Cristina da Silva Cardial

Catharina Araújo Barbosa

**Revisão de conteúdo:**

Valdemar de Almeida Rodrigues

Zuleide do Valle Oliveira Ramos

**Normalização e revisão de texto:** Yana Maria Palankof

**Editoração:** Priscilla Paz

Este documento faz parte da produção do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Nesp/Ceam/UnB), que conta com patrocínio do programa de cooperação Opas/Ministério da Saúde. Pode ser encontrado no sítio web: <<http://www.observarh.org.br/nesp>>. Integrou o Plano Diretor 2007-2009.

Contribuições e sugestões podem ser enviadas para:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH

Núcleo de Estudos de Saúde Pública – Nesp

SCLN, 406, bloco A, sala 202, Asa Norte, Brasília-DF

CEP 70847-510

Telefax: (61) 3340 6863/3349 9884

E-mail: [observarh.unb@observarh.org.br](mailto:observarh.unb@observarh.org.br)

Ficha catalográfica elaborada por Diego da Silva Paiva CRB 1/0598

---

A663m Araújo, Herton Ellery.

Migração de médicos no Brasil: análise de sua distribuição, aspectos motivacionais e opinião de gestores municipais de saúde / Herton Ellery Araújo – Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH, 2012.

80 p. (Série Observação 11)

ISBN: 978-85-7967-082-4

1. Migração de profissionais de saúde. 2. Localização de médicos. 3. Gestores municipais de saúde. 4. Fatores motivacionais de migração dos médicos. I. Araújo, Herton Ellery II. Título III. Núcleo de Estudos em Saúde Pública.

---

CDU 614.2

# SUMÁRIO

---

AUTOR.....	7
AGRADECIMENTOS .....	9
LISTA DE TABELAS.....	11
APRESENTAÇÃO .....	15
1 A LOCALIZAÇÃO DOS MÉDICOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA SUA DISTRIBUIÇÃO PELO TERRITÓRIO.....	17
ANEXO.....	34
2 PERFIL MIGRATÓRIO DOS MÉDICOS BRASILEIROS: ALGUMAS INFERÊNCIAS COM BASE EM ENTREVISTAS COM UM GRUPO DE MÉDICOS MIGRANTES .....	37
3 MIGRAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL: ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE .....	63
ANEXOS .....	77



## AUTOR

---

HERTON ELLERY ARAÚJO

**E**conomista graduado (1990) e com especialização (1992) pela Universidade de Brasília/UnB. É técnico em Pesquisa e Planejamento e coordena o Núcleo de Gestão de Informações Sociais da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Representa esse órgão na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) desde 1998. Colaborador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB desde 2007. Entre suas publicações estão textos para discussão do Ipea, como *Migração e desemprego*, 2004; e *Migração entre o Nordeste e São Paulo*, anais do Seminário Internacional da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), 2007.





## AGRADECIMENTOS

---

Ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) pelo compartilhamento e apoio à mobilização de gestores municipais integrantes do estudo.

Às Secretarias Municipais de Saúde pela boa vontade e disponibilidade em responder às entrevistas e pelos subsídios importantes fornecidos.

Aos médicos entrevistados pela boa vontade e pelo tempo que disponibilizaram para participar das entrevistas, com informações importantes que puderam ser trabalhadas.

Ao Conselho Federal de Medicina pela disponibilização de dados e facilitação do trabalho relacionado às entrevistas com os médicos.

Ao Observatório de Recursos Humanos em Saúde da SES/SP pelo compartilhamento de alguns momentos de discussão e estabelecimento de critérios sobre os médicos a serem entrevistados.



## LISTA DE TABELAS E QUADROS

---

### A LOCALIZAÇÃO DOS MÉDICOS: UMA ANÁLISE DA SUA DISTRIBUIÇÃO PELO TERRITÓRIO

- TABELA 1.** Número de municípios e percentual da população residente nos anos de 1980, 1991 e 2000
- TABELA 2.** PIB per capita, salário médio dos ocupados, taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais, percentual de formados na população ocupada por tamanho de município em 2000
- TABELA 3.** Número de médicos e médicos por mil habitantes (MMH) nos anos de 1980, 1991 e 2000 – Brasil e grandes regiões
- TABELA 4.** Número de municípios e percentual da população por tamanho de município e presença de médicos
- TABELA 5.** Distribuição dos profissionais com curso superior por tamanho de município em 2000
- TABELA 6.** Rendimento médio mensal\* dos profissionais com curso superior por tamanho de município em 2000
- TABELA 7.** Número de médicos e médicos por mil habitantes (MMH) nos anos de 1980, 1991 e 2000 – Brasil e grandes regiões e estados

### PERFIL MIGRATÓRIO DOS MÉDICOS BRASILEIROS: ALGUMAS INFERÊNCIAS COM BASE EM ENTREVISTAS COM UM GRUPO DE MÉDICOS MIGRANTES

- QUADRO 1.** Áreas da primeira especialização dos médicos entrevistados
- TABELA 1.** Número de mudanças dos médicos entrevistados
- TABELA 2.** Motivação principal para o primeiro movimento dos médicos entrevistados

- TABELA 3.** Ano do primeiro movimento dos médicos entrevistados
- TABELA 4.** Motivação principal para o segundo movimento dos médicos entrevistados
- TABELA 5.** Motivação principal para o terceiro movimento dos médicos entrevistados
- TABELA 6.** Local do ensino médio e da graduação dos médicos entrevistados
- TABELA 7.** Local da graduação e da primeira especialização dos médicos entrevistados
- TABELA 8.** Local de atração para a graduação dos médicos entrevistados
- TABELA 9.** Estados de atração para a especialização dos médicos entrevistados
- TABELA 10.** Municípios de realização da primeira especialização dos médicos entrevistados
- TABELA 11.** Municípios de atração para a especialização dos médicos entrevistados
- TABELA 12.** Histórico migratório dos médicos que tiveram como destino da primeira migração São Paulo e cuja motivação foi a residência médica
- TABELA 13.** Histórico migratório dos médicos que tiveram como destino da primeira migração o Rio de Janeiro e cuja motivação foi a residência médica
- TABELA 14.** Municípios da primeira especialização e municípios de primeiro destino dos médicos entrevistados

### MIGRAÇÃO DE MÉDICOS: OPINIÃO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

- TABELA 1.** Municípios selecionados para pesquisa de campo por critérios baseados no Censo 2000
- TABELA 2.** Distribuição dos gestores por sexo e tipo de município
- TABELA 3.** Distribuição dos gestores por grupos etários e tipo de município

- TABELA 4.** Distribuição dos gestores por função e tipo de município
- TABELA 5.** Distribuição dos gestores por graus de escolaridade e tipo de município
- TABELA 6.** Distribuição dos gestores por tempo de trabalho e tipo de município
- TABELA 7.** Distribuição dos gestores por fazer curso de gestão e tipo de município
- TABELA 8.** Distribuição dos gestores por problema principal levantado e tipo de município
- TABELA 9.** Distribuição dos gestores por uso da ambulância e tipo de município
- TABELA 10.** Distribuição dos gestores por existência do PSF e tipo de município
- TABELA 11.** Distribuição dos gestores por participação em PIM e tipo de município
- TABELA 12.** Distribuição dos gestores por existência de tempo integral e tipo de município
- TABELA 13.** Distribuição dos gestores por acomp. das doenças crônicas e tipo de município
- TABELA 14.** Distribuição dos gestores por contratar médicos e tipo de município
- TABELA 15.** Distribuição dos gestores por motivo de não contratar e tipo de município



## APRESENTAÇÃO

---

A análise da movimentação de profissionais no Brasil é uma das linhas de investigação de interesse permanente do ObservaRH/UnB, e este estudo privilegiou, na temática de Movimentação dos profissionais de saúde no Brasil, o recorte das Evidências empíricas das migrações internas dos médicos brasileiros, procurando descrever e relacionar os fluxos migratórios com a situação socioeconômica e motivacional dos profissionais e identificando regiões de atração e repulsão nesse movimento. Além das fontes de dados secundários disponíveis, optou-se por coletar também dados primários, por se considerar importante buscar a percepção e a opinião de dois importantes atores nesse processo – médicos e gestores municipais de saúde.

O primeiro texto traz a análise da distribuição dos médicos no Brasil. Isso envolveu a caracterização dos municípios brasileiros com relação à disponibilidade de profissionais de saúde e sua movimentação entre municípios, utilizando as pesquisas domiciliares do IBGE, as pesquisas em estabelecimentos de saúde, as Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e as pesquisas com o poder público municipal, além de consulta à bibliografia existente.

O segundo texto analisa o perfil migratório de médicos no Brasil com base em entrevistas telefônicas. As entrevistas foram feitas, conforme referência fornecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com todos os profissionais graduados em determinado período (ano de referência 1996) com Unidade da Federação (UF) de registro nesse Conselho diferente daquela de sua graduação.<sup>1</sup>

---

1 A parte específica de coleta de dados primários associada aos médicos teve a base, o instrumento e a efetivação de entrevistas estabelecidos de comum acordo com o ObservaRH-SES/SP, que concebeu e realizou um projeto independente direcionado a profissionais médicos.

O terceiro texto aborda a repercussão do fenômeno da fixação de médicos nos serviços de saúde em municípios pequenos e os fatores a ele associados, com base na captação do depoimento de gestores municipais de saúde, mediante a apresentação de determinadas questões, em particular, a dificuldade para o recrutamento e a manutenção do profissional de saúde, mas também a capacidade de atração dos municípios estudados. A metodologia adotada vem exposta no próprio texto.

Os estudos suscitam algumas reflexões interessantes que podem contribuir para nortear políticas compensatórias para fixação e redistribuição equânime de profissionais de saúde no Brasil, uma vez que a realidade brasileira sugere uma grande desigualdade na oferta de serviços e que a assistência de qualidade está associada à disponibilidade de profissionais.

Os resultados das entrevistas sugerem, de alguma forma, onde localizar estratégias associadas às políticas de formação profissional (privilegiamento para residência e especialização, uma vez que o comportamento migratório aparece relacionado às cidades que apresentam maiores possibilidades de capacitação, retratado nas entrevistas com os médicos). No que se refere às políticas de organização dos serviços e do trabalho em saúde, além dos sempre presentes fatores salarial e carga horária, as condições adequadas para o exercício da profissão também têm seu espaço. De modo geral, parece ser necessário um esforço conjunto das esferas político-administrativas integrantes do SUS para encaminhamento dessas e de outras questões. Novos estudos sobre essa temática também poderão aprofundar dimensões específicas e contribuir para nortear políticas compensatórias.

O ObservaRH/UnB espera que este estudo se constitua em uma das contribuições nesse campo, pois o fenômeno da movimentação de profissionais de saúde é preocupação crescente na generalidade dos países, encontrando-se também presente na pauta da Organização Mundial da Saúde, que adotou em 2010 o Código Global de Prática para o Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde. É também uma preocupação de outras estações de trabalho da Rede ObservaRH do país que compartilham estudos nessa linha.



1

---

A LOCALIZAÇÃO DOS MÉDICOS  
NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA SUA  
DISTRIBUIÇÃO PELO TERRITÓRIO

HERTON ELLERY ARAÚJO





---

# A LOCALIZAÇÃO DOS MÉDICOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA SUA DISTRIBUIÇÃO PELO TERRITÓRIO

## INTRODUÇÃO

Os primeiros anos do século XXI consolidaram, na área de saúde, uma preocupação crescente com a força de trabalho dedicada à saúde. O Relatório Mundial da OMS de 2006, *Trabalhando juntos pela saúde*, foi todo dedicado aos trabalhadores da área. Este relatório traz uma visão geral da importância da força de trabalho em saúde e mostra os problemas de escassez no nível global desses profissionais. Os desequilíbrios regionais e as migrações também são enfatizados no relatório.

Este texto apresenta uma visão global da distribuição dos médicos no Brasil e relaciona algumas variáveis socioeconômicas com as decisões locais desses profissionais. A intenção é identificar lugares onde o acesso a um profissional qualificado e motivado esteja aquém do desejável e apresentar alguns dos desafios para reverter essa situação.

Além desta Introdução, o texto conta com uma seção de aspectos metodológicos, na qual serão apresentadas as bases utilizadas para mostrar a distribuição daqueles profissionais, bem como alguns conceitos a serem utilizados. A segunda seção é dedicada à exposição de características socioeconômicas das unidades geopolíticas brasileiras. A terceira seção versa sobre a distribuição de profissionais de saúde pelo território associada à distribuição de outros profissionais. E por fim, as considerações finais.

## 1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Existem basicamente três fontes de informações para captarmos os médicos no território nacional: as pesquisas domiciliares, as pesquisas em estabelecimentos de saúde e os registros administrativos. As pesquisas em estabelecimentos de saúde captam os postos de trabalho vinculados ao estabelecimento e dizem pouco sobre a situação socioeconômica do profissional. Os registros administrativos trazem mais informações sobre o profissional, mas são de difícil acesso e não servem para caracterizar a situação socioeconômica do indivíduo. Por sua vez, as pesquisas domiciliares permitem agregar diversas características socioeconômicas dos indivíduos que reportam uma ocupação qualquer, em particular os médicos.

As pesquisas domiciliares em nível nacional são feitas pelo IBGE, e as informações sobre ocupação estão nos Censos Demográficos realizados a cada dez anos e nas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), realizadas anualmente. Os Censos possuem dois questionários: um abreviado, aplicado a toda a população, e um mais extenso com perguntas mais detalhadas, aplicado a uma amostra de domicílios, no qual estão as perguntas sobre renda, migração, dentre outras. As PNADs, por sua vez, possuem apenas um questionário, que é aplicado em todos os domicílios da amostra. A diferença crucial das duas pesquisas é o plano amostral: a amostra do Censo compreende todos os setores censitários de todos os municípios brasileiros, enquanto a da PNAD compreende setores sorteados de municípios escolhidos no começo da década. Essas diferenças no plano amostral ensejam diferenças na captação dos diversos fenômenos estudados pelas duas pesquisas, com especial consequência em fenômenos regionalmente localizados e/ou de ocorrência rarefeita no território nacional. Por exemplo, populações que vivem em localidades específicas, como os índios e os quilombolas, não são bem representadas pela amostra da PNAD. Fenômenos raros, como uma profissão muito especializada, são também mais bem captados pela amostra do Censo do que pela PNAD.

No caso dos médicos, a melhor fonte de informação é o Censo Demográfico, mas enfrenta-se o problema da periodicidade. Neste trabalho utilizam-se os dados dos Censos de 1980, 1991 e 2000 para mostrar

a evolução da localização dos médicos pelos municípios, mas utiliza-se o Censo 2000 de forma mais acentuada para fazer algumas correlações entre deslocamentos de médicos e situação socioeconômica. Outras informações são utilizadas para ajudar a completar o quadro socioeconômico dos municípios.

## 2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DAS DIVISÕES GEOPOLÍTICAS BRASILEIRAS

Qualquer estudo sobre distribuição espacial no Brasil deve levar em conta a estrutura federativa brasileira e suas extremas disparidades regionais e de tamanho de municípios. O sistema federativo brasileiro é composto por três níveis: o federal, o estadual, com 26 estados e o Distrito Federal, e o municipal, com 5.564 municípios em 2008. Cada nível federativo goza de autonomia administrativa e pode legislar sobre as questões de âmbito local. A capacidade de organização administrativa é, no entanto, muito desigual entre os entes federados. Para ilustrar a fragilidade regional desses entes federados organiza-se adiante uma série de informações demográficas e socioeconômicas destes.

Uma maneira de mostrar as diferenças socioeconômicas entre os municípios brasileiros é adotar uma divisão territorial por tamanho de população, por exemplo, em quatro faixas, quais sejam: até 20 mil habitantes, considerados muito pequenos; de 20 mil a 100 mil habitantes, pequenos; de 100 mil a 1 milhão, grandes; e com mais de 1 milhão de habitantes, metrópoles. No Censo 2000, por esse critério, cerca de 20% da população residia nos municípios muito pequenos, 30% nos pequenos, 30% nos grandes e 20% nas metrópoles. A Tabela 1 mostra o número de municípios e o percentual da população que residia neles para os anos de 1980, 1991 e 2000.

**Tabela 1. Número de municípios e percentual da população\* residente nos anos de 1980, 1991 e 2000**

Ano	1980		1991		2000	
	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População
<b>Habitantes</b>						
<b>Menos de 20.000</b>	2.758	21,3%	3.095	19,6%	4.015	19,7%
<b>20.000   100.000</b>	1.095	35,2%	1.211	32,3%	1.268	29,3%
<b>100.000   1.000.000</b>	128	23,5%	173	27,8%	211	30,7%
<b>1.000.000 ou mais</b>	10	20,0%	12	20,3%	13	20,2%
<b>Total Brasil</b>	3.991	119,00	4.491	146,82	5.507	169,87

Fonte: IBGE – Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000. Elaboração própria

Nota: \* Os totais estão em milhões de habitantes.

Entre 1980 e 2000, houve, por um lado, um processo de concentração da população brasileira em municípios grandes (em 1980 os municípios com mais de 100 mil habitantes concentravam 43,5% da população, e em 2000 esse percentual aumentou para 50,9%). Por outro lado, num processo aparentemente contraditório, houve uma desconcentração da população que residia em municípios com menos de 100 mil habitantes (em 1980 37,7% dessa população residia nos municípios com menos de 20 mil habitantes, e em 2000 esse valor era de 40,1%)<sup>1</sup>. Isso aconteceu por causa do aumento substancial do número de municípios muito pequenos (eram 2.758 em 1980 e passaram a ser 4.015 em 2000). De fato, se a divisão político-territorial permanecesse a mesma do começo do período, a tendência, com o crescimento da população, seria a gradual extinção de municípios muito pequenos.

Muitos analistas atribuem essa profusão de criação de novos municípios ao processo de abertura política, que ocorreu durante a década de 1980 e culminou na nova Constituição Federal de 1988. Esta Constituição consagrou o sistema federativo brasileiro estabelecendo um pacto entre as esferas e reconhecendo maior autonomia das esferas territoriais de poder. Se do ponto de vista político esse movimento é perfeitamente justificado, do ponto de vista da capacidade administrativa e financeira ele pode ser bastante questionado. Por exemplo, um município com 30 mil habitantes,

1 Valores calculados com base nos dados da tabela.

cuja sede tem 18 mil e os outros 12 mil habitantes espalhados por pequenos distritos. Suponha que ele seja dividido em dois, o da sede com 18 mil e o restante com 12. Imagine que esse município tinha, antes da separação, uns dois médicos morando na sede, então o novo município não terá médico, e a administração do antigo não terá incentivos para atender a população do novo, pois agora eles disputam recursos, que são sempre escassos.<sup>2</sup>

Se o número de municípios pequenos aumentou e a população residente neles permaneceu constante (em termos relativos), é porque boa parte dos 1.516 municípios criados entre 1980 e 2000 seguiu uma situação semelhante à descrita acima.

O nível de carência desses municípios<sup>3</sup> com relação aos maiores pode ser ilustrado por diversos indicadores. Aqui foram escolhidos o PIB *per capita*, o salário médio<sup>4</sup> dos ocupados, a taxa de analfabetismo e o percentual de ocupados com nível superior de ensino.

Os municípios muito pequenos produziam 13% do PIB nacional, enquanto as metrópoles 29%, com praticamente a mesma população. Isso mostra a carência relativa de capital naqueles municípios. O PIB *per capita* das metrópoles era 2,18 vezes o dos municípios muito pequenos. Os pequenos, de 20 a 100 mil habitantes, tinham PIB *per capita* 18,9% superior ao dos menores, e os grandes, de 100 mil a 1 milhão, 78,6% superior.

Quanto ao analfabetismo, apesar da universalização do ensino fundamental alcançada pelo Brasil na década de 1990, existe ainda um estoque de analfabetos adultos concentrado naqueles municípios bem pequenos. Tal situação reflete-se no diferencial da taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos: esta era cerca de 4,3 vezes maior nos municípios muito pequenos com relação às metrópoles.

No Brasil, em 2000, apenas 10% da população ocupada tinha nível superior, mas nos municípios muito pequenos a situação era bem mais precária: apenas 5% dos ocupados eram formados. Nas grandes cidades e nas metrópoles esse percentual era de 11,2% e 17,2%, respectivamente.

2 Não se defende a extinção de municípios pequenos, tão somente explicitam-se algumas consequências desse processo para as políticas públicas.

3 Todos os indicadores estão como média, portanto escondem diferenças existentes entre eles. Não obstante, servem para embasar o argumento.

4 Trata-se do rendimento médio do trabalho principal.

O salário médio da população ocupada nas metrópoles era nada menos do que 3,16 vezes maior do que o dos ocupados nos municípios muito pequenos. A Tabela 2 mostra esses indicadores por tamanho de município no ano de 2000.

**Tabela 2. PIB *per capita*,\* salário médio\* dos ocupados, taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais, percentual de formados na população ocupada por tamanho de município em 2000**

Tamanho de munic.	PIB <i>per capita</i>	Índice	Sal. médio	Índice	Taxa analf.	Ocup. sup.
<b>Menos de 20.000</b>	8.961,03	100,0	644,38	100,0	22,1%	5,0%
<b>20.000   100.000</b>	10.652,34	118,9	874,35	135,7	18,1%	7,0%
<b>100.000   1.000.000</b>	16.007,36	178,6	1.380,60	214,3	8,1%	11,2%
<b>1.000.000 ou mais</b>	19.547,28	218,1	2.038,73	316,4	5,1%	17,2%
<b>Total Brasil</b>	13.780,69	153,8	1.232,62	191,3	12,9%	10,1%

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000 e Contas Regionais. Elaboração própria

Nota: \* Valores de setembro de 2008. (Os valores observados no Censo 2000 foram multiplicados por 2,12, correspondente à variação do IGP-M entre 2000 e 2008.)

Esses indicadores, bem como quaisquer outros, mostram um quadro de forte desigualdade regional que não pode deixar de ser levado em consideração quando da discussão de políticas de distribuição espacial de recursos humanos, particularmente profissionais com alta qualificação, como os médicos, por exemplo.

A próxima seção mostra a evolução da distribuição dos profissionais de saúde e dos médicos que, acredita-se, é muito influenciada pelas questões levantadas nesta seção.



### 3 A DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS PELO TERRITÓRIO NACIONAL: QUE DESAFIOS DEVEM SER ENFRENTADOS

Qual a quantidade de médicos ideal para uma população? Essa pergunta suscita vários questionamentos acerca da qualidade dos profissionais envolvidos, da capacidade da população de cuidar da sua própria saúde, do tipo de tecnologia médica utilizada e do perfil demográfico e epidemiológico da população. Nesta seção abstraem-se tais questões de fundo, por não fazerem parte do escopo deste trabalho. Para caracterizar a situação da distribuição dos médicos pelo território consideram-se três níveis para o indicador médicos por mil habitantes (MMH): a) nenhum médico residindo no local, *situação de extrema escassez*; b) mais de zero e menos de um médico por mil habitantes, *com problemas de recursos*; e c) um ou mais médicos por mil habitantes, *situação satisfatória*.

**Tabela 3. Número de médicos e médicos por mil habitantes (MMH) nos anos de 1980, 1991 e 2000 – Brasil e grandes regiões**

Brasil e regiões	Censo de 1980		Censo de 1991		Censo de 2000	
	Médicos	MMH	Médicos	MMH	Médicos	MMH
<b>Norte</b>	2.593	0,44	4.509	0,45	7.167	0,56
<b>Nordeste</b>	16.237	0,47	24.279	0,57	31.899	0,67
<b>Sudeste</b>	58.852	1,14	90.619	1,44	116.568	1,61
<b>Sul</b>	14.005	0,74	21.410	0,97	30.662	1,22
<b>Centro-Oeste</b>	5.413	0,72	9.574	1,02	11.857	1,02
<b>Brasil</b>	97.100	0,82	150.391	1,02	198.153	1,17

Fonte: IBGE – Censos Demográficos 1980, 1991 e 2000. Elaboração própria

Para se ter uma visão geral da evolução desse indicador nos últimos três Censos Demográficos, 1980, 1991 e 2000, a Tabela 3 mostra o número de médicos no Brasil e a quantidade de médicos por mil habitantes (MMH). Em 1980, o país como um todo ainda tinha problemas de recursos, pois não havia atingido 1 MMH, apenas três unidades federativas brasileiras haviam atingido essa marca: Distrito Federal, 1,93; Rio de Janeiro, 1,88; e São Paulo, 1,09.<sup>5</sup> Desde 1991, no entanto, o Brasil como um todo atingiu

5 Os dados por UF encontram-se anexos.

uma situação satisfatória para o indicador: 1,02 MMH. Todavia, mesmo em 2000, quando o indicador nacional já estava em 1,17 MMH, havia apenas sete unidades federativas com situação satisfatória: além dos três supracitados, entraram na lista os Estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná e Rio Grande do Sul, todos nas Regiões Sul e Sudeste do país. As Regiões Norte e Nordeste do país permaneciam com mais de vinte anos de atraso, pois seus indicadores em 2000 eram menores do que o brasileiro em 1980. Na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal eleva a média da região, mas os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul estavam em situação semelhante à do Nordeste do país. Assim, o problema da distribuição desigual dos médicos pelo território nacional ainda é um desafio para as políticas públicas de saúde.

Dos cerca de 200 mil médicos identificados no Censo 2000, nada menos do que 112 mil, ou 57%, moravam em três estados: São Paulo (30%), Rio de Janeiro (16%) e Minas Gerais (11%). Estes estados abrigavam 41% da população. Em contrapartida, os estados do Nordeste tinham 28% da população e apenas 16% dos médicos. Ainda existiam, em 2000, estados com um médico para mais de 2 mil habitantes: o Maranhão no Nordeste e Rondônia, Acre e Amapá no Norte.

Entre os anos de 1980 e 2000, o número de médicos mais que dobrou (cresceu 104%) no Brasil. No Rio de Janeiro cresceu apenas 52% no mesmo período, mas nos Estados de São Paulo e Minas Gerais cresceu, respectivamente, 118% e 142%, aumentando ainda mais a concentração nesses estados.

Para completar o quadro descritivo da situação de concentração territorial desses profissionais e fazer uma ligação com o contexto apresentado na seção anterior, é mister a apresentação da concentração desses profissionais em termos de tamanho de município. A Tabela 4 apresenta o cruzamento entre tamanho de municípios e presença de médicos sob os três níveis de MMH para os três momentos: Censos 1980, 1991 e 2000.

Uma primeira observação que se pode derivar das informações é que o percentual de população vivendo em municípios cujo MMH é satisfatório aumentou continuamente no período, passando de 30,8% em 1980 para 40,5% em 2000. Esse é um fato positivo, porém a população vivendo em município sem médico também aumentou sua participação, passando

de 21,4% em 1980 para 25,1% em 2000 (isso significa nada menos do que 42,7 milhões de pessoas). A boa notícia é que esse mesmo percentual diminuiu entre 1991 e 2000, mesmo num contexto de acelerada criação de novos municípios. Esse é um indício forte de desconcentração que pode estar ligado à gestão do SUS, tendo em vista que foi criado em 1988 e regulamentado no decorrer da década de 1990. O fato de ter diminuído o percentual da população em município sem médico, no entanto, não alterou o MMH dos municípios com menos de 20 mil habitantes, que permaneceu 0,21 entre 1991 e 2000.

Em 2000 ainda existiam 3.776 municípios sem médicos. Obviamente, não ter médico residindo não significa que a população não tenha assistência médica, pois o médico ou o paciente pode se deslocar de um município para outro, mas mostra, pelo menos, uma maior dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. Naquele mesmo ano, existiam oito cidades com mais de 100 mil habitantes que não dispunham de médicos residindo.

**Tabela 4. Número de municípios e percentual da população por tamanho de município e presença de médicos**

1980							
Médicos/mil hab.	Nenhum		0-1,0		1 ou mais		MMH
Tamanho de munic.	Munic.	POP	Munic.	POP	Munic.	POP	
<b>Menos de 20.000</b>	2.010	13,8%	683	7,1%	65	0,4%	0,17
<b>20.000   100.000</b>	285	7,6%	765	25,8%	45	1,8%	0,33
<b>100.000   1.000.000</b>	0	0,0%	88	14,0%	40	9,5%	0,98
<b>1.000.000 ou mais</b>	0	0,0%	1	0,9%	9	19,1%	2,16
<b>Brasil</b>	2.295	21,4%	1.537	47,8%	159	30,8%	0,82
1991							
Médicos/mil hab.	Nenhum		0-1,0		1 ou mais		MMH
Tamanho de munic.	Munic.	POP	Munic.	POP	Munic.	POP	
<b>Menos de 20.000</b>	2.380	14,3%	508	4,0%	207	1,2%	0,21
<b>20.000   100.000</b>	554	12,0%	525	16,0%	132	4,3%	0,42
<b>100.000   1.000.000</b>	11	1,1%	95	13,3%	67	13,4%	1,17
<b>1.000.000 ou mais</b>	0	0,0%	2	1,6%	10	18,7%	2,55
<b>Brasil</b>	2.945	27,5%	1.130	34,9%	416	37,6%	1,02

2000							
Médicos/mil hab.	Nenhum		0-1,0		1 ou mais		MMH
Tamanho de munic.	Munic.	POP	Munic.	POP	Munic.	POP	
<b>Menos de 20.000</b>	3.129	14,1%	638	4,4%	248	1,2%	0,21
<b>20.000   100.000</b>	539	10,2%	549	13,9%	180	5,2%	0,51
<b>100.000   1.000.000</b>	8	0,8%	120	15,5%	83	14,5%	1,30
<b>1.000.000 ou mais</b>	0	0,0%	1	0,6%	12	19,6%	2,85
<b>Brasil</b>	3.676	25,1%	1.308	34,4%	523	40,5%	1,17

Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000. Elaboração própria

Essas informações mostram que a população de médicos é muito mais concentrada no território do que a população em geral. O sentido da concentração é sempre para as regiões mais desenvolvidas do país e para os municípios de maior porte. Essa é uma característica do profissional médico ou acontece também com outros grupos de profissionais? Para comparar a concentração dos médicos com outros profissionais foram escolhidos os seguintes grupos ocupacionais:

- *Outros profissionais de saúde com nível superior*: dentistas, veterinários, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas e afins e nutricionistas.
- *Profissionais da educação com nível superior*: professores, programadores, avaliadores e orientadores em todos os níveis de ensino.
- *Profissionais das ciências jurídicas*: advogados, juízes e desembargadores, procuradores, promotores, defensores públicos e afins e delegados de polícia.
- *Profissionais da engenharia*: engenheiros de todas as especialidades e arquitetos.
- *Outros profissionais com curso superior*: os demais profissionais que possuem alguma formação superior.

Na Tabela 5 expõem-se os quantitativos desses profissionais no ano 2000 e suas respectivas distribuições relativas por tamanho de município. A concentração dos médicos só é menor do que a dos engenheiros. Estes, no entanto, não constituem uma profissão de atendimento ao público com

sentido continuado, como as demais outras adotadas para a comparação. Os profissionais de educação são os de melhor distribuição, mas ainda assim sua distribuição é relativamente concentrada nos municípios de maior porte (compare-se com a distribuição da população total na Tabela 1).

**Tabela 5. Distribuição dos profissionais com curso superior por tamanho de município em 2000**

Tamanho de munic.	Med.	Out. sau.	Educ.	Jurid.	Eng.	Out. sup.
<b>Menos de 20.000</b>	3,6%	6,5%	11,6%	3,7%	2,7%	10,5%
<b>20.000   100.000</b>	12,7%	16,5%	21,8%	12,9%	10,4%	20,7%
<b>100.000   1.000.000</b>	34,2%	36,8%	36,2%	35,0%	36,3%	33,6%
<b>1.000.000 ou mais</b>	49,4%	40,1%	30,4%	48,4%	50,6%	35,2%
<b>Brasil</b>	198.153	352.077	1.143.556	323.196	218.541	4.376.456

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000. Elaboração própria

Muitos fatores estão agindo para configurar essa concentração, mas o fato é que os municípios de pequeno porte parecem ter pouca atratividade para profissionais qualificados. A Tabela 6 mostra os rendimentos médios do trabalho principal para os diversos profissionais. Essa variável não parece ser determinante no processo distributivo desses profissionais. Os médicos possuem rendimento maior nos pequenos municípios e, no entanto, sua concentração é maior do que a dos educadores, cuja diferença salarial é muito grande na direção dos municípios maiores.

**Tabela 6. Rendimento médio mensal\* dos profissionais com curso superior por tamanho de município em 2000**

Tamanho de munic.	Med.	Out. sau.	Educ.	Jurid.	Eng.	Out. sup.
Menos de 20.000	7.875,7	3.226,0	1.338,1	9.067,8	1.708,6	2.496,4
20.000   100.000	8.273,3	3.819,4	1.647,5	8.955,7	2.508,6	3.215,0
100.000   1.000.000	7.913,1	3.804,3	2.289,4	8.064,8	3.899,9	4.061,8
1.000.000 ou mais	7.624,1	4.374,3	2.974,2	10.143,4	4.555,3	5.535,1
<b>Brasil</b>	7.814,8	3.998,2	2.246,5	9.236,0	3.955,8	4.241,5

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000. Elaboração própria

Nota: \* Valores de setembro de 2008. (Os valores observados no Censo 2000 foram multiplicados por 2,12, correspondente à variação do IGP-M entre 2000 e 2008.)

A persistente concentração dos profissionais de nível superior nos municípios de maior porte remete a questões de quais fatores influenciam a escolha do local de moradia desses profissionais. Em primeiro lugar, é importante levar em consideração um fato muito singular: a relação telúrica, ou seja, as pessoas tendem a ficar no local de origem (segundo o Censo 2000, 66,2% da população brasileira maior de 15 anos residia no município de nascimento), a menos que as circunstâncias as impilam a sair. Na literatura sobre migração essas circunstâncias são chamadas de fatores de expulsão.

Um fator de expulsão dos municípios pequenos pode estar relacionado à distribuição dos cursos superiores, principalmente de medicina, que estão bastante concentrados nos grandes municípios. Esse fato por si mesmo já induz a uma concentração das pessoas que fazem curso superior. É muito mais fácil para um indivíduo que decide fazer medicina, por exemplo, empreender seu objetivo se em sua cidade houver oferta de vagas para esse curso. Caso contrário, o aspirante a médico terá de migrar para um município onde exista o curso. Essa migração impõe, naturalmente, um custo adicional, o que muitas vezes inviabiliza a empreitada.

É neste momento que entra a política pública, para compensar o custo adicional que um jovem tem só por ter nascido em um lugar menos desenvolvido. Há basicamente duas formas de minimizar os efeitos da concentração de vagas em cursos de formação: a) levar os cursos para mais

perto dos potenciais alunos, esse foi o caminho adotado pelo Ministério da Educação para conseguir a universalização do ensino fundamental; e b) levar os potenciais discentes aos cursos de excelência, esse foi o caminho adotado pelo sistema de bolsas de mestrado e doutorado no exterior implementado pela Capes e pelo CNPq, ou seja, minimizar os custos privados da migração para a obtenção do curso almejado.

O Brasil adotou várias políticas para fazer frente ao problema da má distribuição de médicos e de outros profissionais no território nacional. Seguindo Maciel Filho (2007), destacam-se: o Projeto Rondon, entre 1968 e 1989; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), de 1975 a 1984; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), entre 1993 e 1994; e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de 2001 a 2004. Cada um deles teve um foco e suas estratégias:

- O Projeto Rondon foi um programa de extensão universitária que levava os estudantes e os professores dos grandes centros para o interior com o objetivo de prestar serviços e qualificar a população local.
- O Piass teve foco na ampliação da cobertura básica de saúde, utilizando os profissionais da própria comunidade, não importando se eram formados ou não, mas também com forte intervenção nos sistemas de tratamento de água e esgotamento sanitário, com um forte viés de infraestrutura.
- O Pisus, por sua vez, foi direto ao ponto da interiorização do médico e de uma equipe básica (um enfermeiro e um agente comunitário de saúde) para aqueles municípios que não tinham médicos; a articulação era feita com os estados e propunha uma remuneração compensatória para aqueles profissionais.
- O Pits também foi criado com o objetivo de levar os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes) para os municípios pequenos e mais carentes. Sua estratégia foi acoplada ao Programa Saúde da Família e muito baseada em capacitação, além de remuneração compensatória (uma bolsa de 27 a 30 salários mínimos para médicos e 18 a 21 para enfermeiros) aos profissionais dispostos a participar.

Todos eles trataram o profissional qualificado como um ser exógeno à comunidade e nenhum deles levou em consideração a possibilidade de o poder público influenciar na decisão do morador do interior de fazer um curso superior, em particular medicina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O texto procurou mostrar um quadro do contexto no qual o problema da má distribuição dos médicos se insere. Apesar de o problema ser persistente e de difícil solução, não se pode perder de vista que os indicadores de saúde do Brasil têm melhorado sensivelmente nos últimos vinte anos. Se a fixação de médicos em lugares pouco desenvolvidos economicamente parece ser uma tarefa hercúlea, deve-se pensar também que o processo de desenvolvimento econômico-social depende de políticas mais abrangentes de desenvolvimento. O país estava caminhando no sentido de maior crescimento com diminuição das desigualdades sociais até que a crise financeira internacional impusesse suas barreiras. Resta esperar que a trajetória de desenvolvimento não mude por muito tempo.

Com relação à profusão de criação de novos municípios, situação enfrentada pelo SUS desde seu nascedouro, parece que a situação se encontra bem mais estabilizada – estamos em 2009 e apenas 57 novos municípios surgiram desde 2000. Esse novo quadro pode abrir uma janela de oportunidades ainda não vividas pelos gestores do SUS.

A título de perspectivas, pode-se pensar numa ação voltada para o recrutamento de jovens do ensino médio nos municípios carentes. A ideia é usar o sistema de bolsas para garantir a esse aluno, escolhido por algum critério de mérito, uma formação nos padrões dos estudantes das grandes cidades, assim aumenta a probabilidade de fixação desse profissional, pois seus vínculos telúricos podem ser determinantes quando ele tiver completado uma formação superior.



## REFERÊNCIAS

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 1, p. 55-66, jan./fev. 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento – a defesa da prática liberal da medicina**. São Paulo: Hucitec, 1988a.

MACHADO, M. (Ed.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

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

MEDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

NOGUEIRA, R. P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, Everardo D.; GARCÍA, Juan César. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: Opas, 1985a.

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. **Educación Médica y Salud**, v. 20, n. 4, p. 524-532, 1986b.

PEREIRA-NETO, A. de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 4, p. 600-615, Rio de Janeiro, out./dez. 1995.

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

## ANEXO

**Tabela 7. Número de médicos e médicos por mil habitantes (MMH) nos anos de 1980, 1991 e 2000 – Brasil e grandes regiões e estados**

Brasil e UF	Censo de 1980		Censo de 1991		Censo de 2000	
	Médicos	MMH	Médicos	MMH	Médicos	MMH
<b>Brasil</b>	97.100	0,82	150.391	1,02	198.153	1,17
<b>Norte</b>	2.593	0,44	4.509	0,45	7.167	0,56
<b>Rondônia</b>	201	0,41	386	0,35	656	0,47
<b>Acre</b>	65	0,22	71	0,17	223	0,40
<b>Amazonas</b>	561	0,39	918	0,44	1.663	0,59
<b>Roraima</b>	78	0,99	123	0,60	205	0,63
<b>Pará</b>	1.562	0,46	2.479	0,51	3.630	0,59
<b>Amapá</b>	126	0,72	128	0,46	205	0,43
<b>Tocantins</b>	-	-	402	0,43	586	0,51
<b>Nordeste</b>	16.237	0,47	24.279	0,57	31.899	0,67
<b>Maranhão</b>	1.031	0,26	1.554	0,32	1.750	0,31
<b>Piauí</b>	598	0,28	1.106	0,43	1.482	0,52
<b>Ceará</b>	2.207	0,42	3.293	0,52	4.483	0,60
<b>Rio Grande do Norte</b>	924	0,49	1.574	0,65	2.358	0,85
<b>Paraíba</b>	1.400	0,51	2.212	0,69	2.769	0,80
<b>Pernambuco</b>	4.022	0,65	5.358	0,75	6.864	0,87
<b>Alagoas</b>	1.020	0,51	1.897	0,75	2.411	0,85
<b>Sergipe</b>	546	0,48	806	0,54	1.460	0,82
<b>Bahia</b>	4.489	0,47	6.479	0,55	8.321	0,64
<b>Sudeste</b>	58.852	1,14	90.619	1,44	116.568	1,61
<b>Minas Gerais</b>	8.795	0,66	14.769	0,94	21.269	1,19
<b>Espírito Santo</b>	1.535	0,76	2.700	1,04	3.544	1,14
<b>Rio de Janeiro</b>	21.273	1,88	28.555	2,23	32.436	2,25
<b>São Paulo</b>	27.249	1,09	44.595	1,41	59.318	1,60
<b>Sul</b>	14.005	0,74	21.410	0,97	30.662	1,22

<b>Paraná</b>	4.602	0,60	6.697	0,79	9.747	1,02
<b>Santa Catarina</b>	1.741	0,48	3.379	0,74	5.066	0,95
<b>Rio Grande do Sul</b>	7.662	0,99	11.335	1,24	15.849	1,56
<b>Centro-Oeste</b>	5.413	0,72	9.574	1,02	11.857	1,02
<b>Mato Grosso do Sul</b>	710	0,52	1.502	0,84	1.435	0,69
<b>Mato Grosso</b>	522	0,46	1.257	0,62	1.555	0,62
<b>Goiás</b>	1.910	0,49	3.430	0,85	4.673	0,93
<b>Distrito Federal</b>	2.271	1,93	3.384	2,11	4.195	2,05

Fonte: IBGE – Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000. Elaboração própria



PERFIL MIGRATÓRIO DOS MÉDICOS  
BRASILEIROS: ALGUMAS INFERÊNCIAS COM  
BASE EM ENTREVISTAS COM UM GRUPO DE  
MÉDICOS MIGRANTES

HERTON ELLERY ARAÚJO





## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é analisar o perfil migratório de médicos no Brasil com base em entrevistas telefônicas. As entrevistas foram feitas, conforme referência fornecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com todos os profissionais graduados em determinado período (ano de referência 1996) com Unidade da Federação (UF) de registro nesse Conselho diferente daquela de sua graduação. O universo são os médicos formados em 1996 que fizeram pelo menos um movimento migratório, ou seja, mudança de UF entre 1996 e 2008, data da etapa de campo da pesquisa. Foram selecionados, com base neste critério, um total 1.574 médicos, dos cerca de 8 mil médicos formados naquele ano.

Os médicos entrevistados, num total de 532, representam 33,8% da meta objetivo e foram aqueles, conforme aproximação dos critérios estabelecidos, com quem as tentativas de contato foram bem-sucedidas. Este conjunto global de 532 médicos entrevistados será a referência para todos os comentários a seguir.

O questionário aplicado foi dividido em três partes: informações pessoais, formação profissional e experiência migratória. O texto a seguir passa pelas duas partes iniciais do questionário para caracterizar os médicos entrevistados. Em seguida, debruça-se com mais detalhe sobre a experiência migratória dos médicos. A última seção tece algumas considerações a respeito das migrações dos médicos e suas motivações, com base no comportamento do grupo entrevistado.

## 2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

O grupo entrevistado é de médicos jovens. Mais de 90% dos que declararam a idade tinham entre 34 e 40 anos. Essa informação corrobora a escolha do grupo: jovens médicos migrantes. No grupo há mais homens, 277 (52,1%), do que mulheres, 255 (47,9%).

A formação profissional é recheada de especializações. Nada menos que 465 (87,4%) têm pelo menos uma especialização e 177, cerca de um

terço deles, têm pelo menos duas especializações. Dois terços fizeram sua primeira especialização em instituição pública, enquanto o terço restante a fez no setor privado. Essa distribuição entre instituições públicas e privadas se mantém na aquisição da segunda especialização, e apenas na terceira as instituições privadas ganham força, chegando a ser responsáveis por 45% desses títulos. Mais de 50% dos médicos com especialização fez sua primeira especialização em oito áreas, conforme Quadro 1:

**Quadro 1. Áreas da primeira especialização dos médicos entrevistados**

Área de especialização	N. de médicos	% de médicos
Pediatria	46	9,9
Clínica médica	38	8,2
Ginecologia e obstetrícia	38	8,2
Oftalmologia	37	7,9
Cirurgia geral	36	7,7
Anestesiologia	25	5,4
Cardiologia	23	4,9
Radiologia e diagnóstico por imagem	23	4,9

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Esta primeira especialização foi obtida preponderantemente por residência médica, cerca de 80%, enquanto apenas 20% declararam título de sociedade como forma de aquisição. Na segunda especialização, esses percentuais são 72% e 28%, e na terceira, 69% e 41%, respectivamente.

### 3 CARACTERÍSTICAS MIGRATÓRIAS DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

O questionário apresentou perguntas sobre o histórico de todos os deslocamentos realizados depois da graduação. Para cada uma dessas mudanças perguntou-se o ano de realização, o município e o estado de origem e de destino e a motivação principal para o movimento migratório realizado. Além dessas perguntas sobre migração propriamente dita, pode-se utilizar na análise o local de nascimento do médico, onde ele fez o ensino médio, a graduação e as especializações. A partir dessas informa-



ções tem-se um quadro bem ilustrativo de como os médicos se movimentaram pelo país e quais foram suas motivações.

Quando questionados sobre a quantidade de mudanças feitas entre 1996 e 2008, as respostas revelaram que a maioria dos médicos fez dois movimentos (33,6%), seguida de uma parte um pouco menor que fez apenas um movimento (28,9%) e de percentuais decrescentes para número maior de movimentos, conforme dados da Tabela 1.

**Tabela 1. Número de mudanças dos médicos entrevistados**

<b>Quantas mudanças de município realizou entre 1996 e 2008?</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Um movimento migratório</b>	154	28,9%
<b>Dois movimentos migratórios</b>	179	33,6%
<b>Três movimentos migratórios</b>	101	19,0%
<b>Quatro movimentos migratórios</b>	58	10,9%
<b>Cinco movimentos migratórios</b>	23	4,3%
<b>Seis ou mais movimentos migratórios</b>	9	1,7%
<b>Sem resposta</b>	8	1,5%
<b>Total</b>	532	100

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

As motivações para o primeiro movimento estão elencadas na Tabela 2. A pergunta era direcionada, mas permitia opção para outra motivação, que, se marcada, o médico deveria descrever. Dos 58 que marcaram outra motivação, nada menos que 51 informaram ter mudado para cumprir o serviço militar. O que chama a atenção na Tabela 2, no entanto, são as duas motivações mais referidas pelos médicos: quase metade deles disse ter empreendido sua primeira migração para se aprimorar profissionalmente ou fazer a residência médica, o que vem a ser virtualmente o mesmo motivo.

**Tabela 2. Motivação principal para o primeiro movimento dos médicos entrevistados**

Qual a motivação principal para a mudança 1?	Frequência	Percentual
Perspectiva de aprimoramento profissional	132	24,8%
Residência médica	112	21,1%
Acompanhar/conviver com parentes	73	13,7%
SERVIÇO MILITAR	51	9,6%
Maior perspectiva/condição de trabalho	48	9,0%
Perspectiva de melhor remuneração	26	4,9%
Escolha/opção pessoal	20	3,8%
Perspectiva de diferenciação profissional	19	3,6%
Emprego público no local de destino	19	3,6%
Busca por mais tranquilidade cotidiana e qualidade de vida	12	2,3%
TÉRMINO DOS ESTUDOS	3	0,6%
Insuficiente oferta de formação no local de origem	1	0,2%
VOLTAR PARA O LOCAL DE ORIGEM	1	0,2%
Sem resposta	15	2,8%
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

De acordo com a Tabela 3, mais de 50% dos médicos fez seu primeiro movimento logo após ter terminado a graduação. Esse fato sugere que a complementação do ensino de graduação é um forte incentivo para os médicos mudarem de município. Fazer a residência médica ou outra forma de aprimoramento profissional funciona como um “rito de passagem” depois da graduação.

**Tabela 3. Ano do primeiro movimento dos médicos entrevistados**

Ano da mudança 1	Frequência	Percentual
1996	130	24,4%
1997	150	28,2%
1998	47	8,8%
1999	52	9,8%
2000	48	9,0%
2001	27	5,1%

2002	18	3,4%
2003	15	2,8%
2004	12	2,3%
2005	10	1,9%
2006	7	1,3%
2007	1	0,2%
<b>Sem resposta</b>	15	2,8%
<b>Total</b>	532	100,0%

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

A análise do segundo movimento migratório revela uma inversão na colocação da principal motivação. Acompanhar/conviver com parentes agora passa a ser a principal motivação reportada pelos médicos. Esse resultado sugere que muitos médicos terminam a graduação, procuram um lugar para fazer a residência e em seguida voltam para o convívio dos familiares, como demonstram os dados da Tabela 4.

**Tabela 4. Motivação principal para o segundo movimento dos médicos entrevistados**

Qual a motivação principal para a mudança 2?	Frequência	Percentual
Acompanhar/conviver com parentes	102	27,2%
Perspectiva de aprimoramento profissional	58	15,5%
<b>RESIDÊNCIA MÉDICA</b>	51	13,6%
Maior perspectiva/condição de trabalho	47	12,5%
Emprego público no local de destino	24	6,4%
Escolha/opção pessoal	22	5,9%
Busca por mais tranquilidade cotidiana e qualidade de vida	20	5,3%
Perspectiva de melhor remuneração	16	4,3%
<b>SERVIÇO MILITAR</b>	13	3,5%
Perspectiva de diferenciação profissional	12	3,2%
<b>NÃO SE ADAPTOU À CIDADE</b>	3	0,8%
Outro, cite	7	1,9%
<b>Total</b>	375	100,0%

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Para corroborar essa interpretação, pode-se analisar as motivações dos 179 médicos que fizeram exatamente dois movimentos migratórios. Fazendo o cruzamento da motivação principal para a primeira migração com a da segunda migração, observam-se resultados reveladores: dos 179 médicos, 110 (61,5%) responderam que fizeram o primeiro movimento em busca de aprimoramento profissional ou residência médica. Desses 110, nada menos que 52 (47,3%) responderam que a motivação principal para o segundo movimento foi conviver com parentes.

Quase 190 médicos, dos 532 selecionados, fizeram três ou mais movimentos migratórios. Desse modo, vale a pena analisar as principais motivações para esses movimentos. Novamente a convivência com familiares aparece como a motivação mais citada, mas agora as questões referentes ao trabalho do médico, como a remuneração e as condições de trabalho, aparecem com maior frequência do que as questões referentes à formação profissional, como nos casos anteriores (Tabela 5).

**Tabela 5. Motivação principal para o terceiro movimento dos médicos entrevistados**

Qual a motivação principal para a mudança 3?	Frequência	Percentual
Acompanhar/conviver com parentes	36	19,0%
Perspectiva de melhor remuneração	27	14,3%
Maior perspectiva/condição de trabalho	24	12,7%
Perspectiva de aprimoramento profissional	24	12,7%
Emprego público no local de destino	18	9,5%
Escolha/opção pessoal	18	9,5%
Residência médica	13	6,9%
Perspectiva de diferenciação profissional	10	5,3%
SERVIÇO MILITAR	8	4,2%
Busca por mais tranquilidade cotidiana e qualidade de vida	5	2,6%
VOLTAR PARA O LOCAL DE ORIGEM	2	1,1%
Outro, cite	4	2,1%
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Esses dados gerais sobre a movimentação dos médicos sugerem uma hipótese a ser examinada no restante deste trabalho. *Os médicos são profissionais que buscam constantemente aprimoramento profissional, principalmente logo após a graduação, que não é suficiente para o exercício pleno da profissão. Essa busca explica a maior parte de seus movimentos migratórios, pois a distribuição de bons programas de residência médica é bastante concentrada no Brasil.*

#### 4 MOVIMENTOS INTERESTADUAIS

Alguns cruzamentos entre locais de origem e de destino de movimentos são bastante ilustrativos de como os médicos se movimentam pelo território nacional e o que os impulsiona. Sabe-se que a decisão de ser médico pode acontecer muito cedo na vida de um indivíduo, mas vamos considerar que a partir do ensino médio essa decisão implica algumas decisões. Por exemplo, se a cidade que o indivíduo mora não tem graduação em medicina ele vai ter de migrar para fazer o curso. Mesmo que tenha o curso em sua cidade, ele pode achar que o curso de outra cidade é mais interessante, então ele também migra. Essas mesmas questões surgem ao término da graduação, quando o médico deve decidir se e onde vai fazer a residência médica ou outra especialização.

A Tabela 6 mostra a UF onde os 532 médicos fizeram o ensino médico e quantos saíram deste local para fazer graduação noutro estado. Considerou-se apenas os que responderam a UF de ensino médio e a UF de graduação, além disso, apenas se os dois cursos tiverem sido feitos no Brasil. O total desses médicos é 509, como mostra a Tabela 6. O percentual de perda, demonstrado na terceira coluna da tabela, é a proporção dos que fizeram graduação em estado diferente do que cursaram o ensino médio. Esse percentual é de 21,9% para o conjunto do Brasil. Os estados com maior número de médicos cujo valor da perda ficou muito além da média nacional foram: Goiás, com 15 dos 23 aspirantes a médico saindo do estado para fazer sua graduação fora; Paraná, com 10 dos 21; e São Paulo, o maior centro econômico do país, que perdeu 31 dos 84 aspirantes.

No caso de Goiás, os principais destinos para fazer graduação foram: São Paulo (4), Rio de Janeiro (4) e Minas Gerais (3), como mostra a Figura 1. Os paranaenses deslocaram-se principalmente para o Rio Grande do Sul (3), São Paulo (2), Rio de Janeiro (2) e Minas Gerais (2). Os que fizeram ensino médio em São Paulo tiveram como principais destinos os Estados do Rio de Janeiro (14), Minas Gerais (9) e Paraná (6).

**Figura 1. Estado de conclusão do ensino médio e movimento (setas) para fazer a graduação em medicina**



**Tabela 6. Local do ensino médio e da graduação dos médicos entrevistados**

UF	Fez ensino médio	Graduação na UF	Percentual de perda
SP	84	53	37,6%
MG	69	52	25,7%
RJ	69	63	8,7%
RS	48	47	2,1%
BA	45	35	22,2%
ES	39	38	2,6%
PA	25	25	0,0%
GO	23	8	65,2%
PR	21	11	47,6%
PB	14	13	7,1%
PE	14	10	28,6%
AL	12	12	0,0%
SC	10	6	40,0%
CE	8	5	37,5%
RN	7	7	0,0%
SE	5	4	20,0%
MS	4	2	50,0%
DF	3	1	66,7%
MA	3	2	33,3%
MT	2	2	0,0%
PI	2	2	0,0%
AM	1	1	0,0%
RR	1	0	100,0%
<b>Total</b>	509	399	21,9%

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Com base nos dados da Tabela 7 é possível fazer o mesmo exercício para as relações entre a graduação e a primeira especialização (Figura 2). O percentual de perda entre esses dois momentos da vida profissional é quase três vezes maior (58,3%), indicando maior concentração dos programas de especialização médica. O percentual de perda de São Paulo, que é relativamente alto entre o ensino médio e a graduação (37,6%), agora aparece como o menor do Brasil (10,3%). Três estados chamam a atenção

para percentuais de perda muito elevados: Espírito Santo, onde todos os 41 médicos (100%) migrantes da amostra que fizeram graduação no estado saíram para fazer a primeira especialização. O destino principal foi São Paulo (19), depois Rio de Janeiro (12) e em terceiro lugar Minas (6); Pará, onde dos 24 que fizeram graduação apenas dois ficaram para a primeira especialização. Novamente o destino preferencial foi São Paulo, onde 15 deles fizeram sua primeira especialização. O segundo destino foi o Rio de Janeiro, com apenas dois, os outros cinco espalharam-se por outros cinco estados; e Alagoas, que “perdeu” 14 dos 15 médicos da amostra que fizeram graduação no estado. Metade deles foi para São Paulo fazer a primeira especialização. Em segundo lugar aparecem Minas Gerais e DF, com dois médicos cada, como destinos preferenciais daqueles médicos.

**Tabela 7. Local da graduação e da primeira especialização dos médicos entrevistados**

UF	Fez graduação	Primeira especialização na UF	Percentual de perda
RJ	80	36	55,0%
MG	67	33	50,7%
SP	58	52	10,3%
RS	49	25	49,0%
ES	41	0	100,0%
BA	38	16	57,9%
PA	24	2	91,7%
PR	19	12	36,8%
AL	15	1	93,3%
PB	12	1	91,7%
PE	12	4	66,7%
SC	9	4	55,6%
GO	8	0	100,0%
SE	8	0	100,0%
RN	7	1	85,7%
CE	3	2	33,3%
MS	3	2	33,3%
MT	2	0	100,0%
PI	2	0	100,0%



<b>AM</b>	1	0	100,0%
<b>DF</b>	1	1	0,0%
<b>MA</b>	1	0	100,0%
<b>Total</b>	460	192	58,3%

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

**Figura 2. Estado de conclusão da graduação em medicina e movimento(setas) para fazer a primeira especialização e/ou residência**



Obs.: Foram desprezadas algumas setas para facilitar a visualização. Mesmo assim, achamos melhor fazer o mapa por região. Os estados mais atrativos, no sentido de atrair pessoas de mais estados diferentes, são respectivamente:

São Paulo, 19 estados diferentes;

Pernambuco e Distrito Federal, nove estados diferentes cada;

Rio de Janeiro, oito estados;

Bahia, cinco estados.

Vimos os estados que mais perderam profissionais migrantes nesse grupo. Outra possibilidade de análise é conhecer quais os estados que mais ganharam profissionais. Para onde vão esses profissionais quando

deixam um estado e vão para outro, ou por causa da graduação ou por causa da especialização?

Os 21,9% de médicos que saíram do local do ensino médio para fazer a graduação representam 110 médicos. A Tabela 8 demonstra onde eles foram fazer a graduação em medicina. O Rio de Janeiro foi o estado que mais atraiu esses médicos para a graduação, foram 34 (30,9%) aspirantes que decidiram fazer sua graduação nesse estado. Em segundo lugar aparece Minas Gerais, com a metade do poder de atração do Rio de Janeiro. Apenas em terceiro lugar, atraindo 11 dos 110 aspirantes a médicos, aparece São Paulo.

**Tabela 8. Local de atração para a graduação dos médicos entrevistados**

UF	Fez ensino médio	Graduação na mesma UF	Fez graduação	Entraram para fazer graduação	Percentual de atração
RJ	69	63	97	34	30,9%
MG	69	52	69	17	15,5%
SP	84	53	64	11	10,0%
PR	21	11	19	8	7,3%
RS	48	47	55	8	7,3%
ES	39	38	44	6	5,5%
AL	12	12	16	4	3,6%
PA	25	25	29	4	3,6%
PE	14	10	14	4	3,6%
SE	5	4	8	4	3,6%
SC	10	6	9	3	2,7%
BA	45	35	37	2	1,8%
MA	3	2	3	1	0,9%
MS	4	2	3	1	0,9%
PB	14	13	14	1	0,9%
PI	2	2	3	1	0,9%
RN	7	7	8	1	0,9%
AM	1	1	1	0	0,0%
CE	8	5	5	0	0,0%
DF	3	1	1	0	0,0%
GO	23	8	8	0	0,0%
MT	2	2	2	0	0,0%

<b>RR</b>	1	0	0	0	0,0%
<b>Total</b>	509	399	509	110	100,0%

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Entre a graduação e a primeira especialização a situação muda radicalmente, os resultados estão apresentados na Tabela 9. São Paulo, que só atraiu 10% para graduação, agora atraiu dois terços desses médicos para fazer a especialização. O Rio de Janeiro aparece em segundo lugar, mas com apenas 9% dos que mudaram de estado para fazer sua primeira especialização. Minas Gerais, que atraiu 15,5% para graduação, neste caso atraiu apenas 5,2%.

**Tabela 9. Estados de atração para a especialização dos médicos entrevistados**

UF	Fez graduação	Especialização na mesma UF	Fez especialização	Entraram para especialização	Percentual de atração
SP	58	52	227	175	65,3%
RJ	80	36	60	24	9,0%
MG	67	33	47	14	5,2%
PE	12	4	14	10	3,7%
DF	1	1	10	9	3,4%
SC	9	4	12	8	3,0%
BA	38	16	21	5	1,9%
GO	8	0	5	5	1,9%
PR	19	12	17	5	1,9%
RN	7	1	5	4	1,5%
AM	1	0	2	2	0,7%
CE	3	2	4	2	0,7%
RS	49	25	27	2	0,7%
AC	0	0	1	1	0,4%
ES	41	0	1	1	0,4%
MS	3	2	3	1	0,4%
AL	15	1	1	0	0,0%
MA	1	0	0	0	0,0%
MT	2	0	0	0	0,0%

<b>PA</b>	24	2	2	0	0,0%
<b>PB</b>	12	1	1	0	0,0%
<b>PI</b>	2	0	0	0	0,0%
<b>SE</b>	8	0	0	0	0,0%
<b>Total</b>	460	192	460	268	100,0%

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Essas informações corroboram a hipótese de que os programas de residência médica que mais atraem profissionais estão concentrados no país. Praticamente 80% dos médicos migrantes que fizeram especialização numa UF diferente da UF de graduação escolheram apenas três estados para fazê-la: São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

## 5 MOVIMENTOS INTERMUNICIPAIS

Para ilustrar com mais detalhes a migração dos médicos, vamos identificar quais os municípios preferidos por eles quando migram para a especialização.

Apenas dez municípios concentraram 76,2% dos que fizeram especialização. Esse resultado é em função da atratividade dessas cidades, mas também pode estar influenciado pela quantidade de médicos graduados em cada uma delas.

**Tabela 10. Municípios de realização da primeira especialização dos médicos entrevistados**

<b>Município onde fez a especialização 1</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>São Paulo</b>	139	30,1%
<b>Rio de Janeiro</b>	56	12,1%
<b>Campinas</b>	33	7,1%
<b>Belo Horizonte</b>	32	6,9%
<b>Ribeirão Preto</b>	24	5,2%
<b>Salvador</b>	18	3,9%
<b>Porto Alegre</b>	17	3,7%
<b>Recife</b>	12	2,6%

<b>Curitiba</b>	11	2,4%
<b>Brasília</b>	10	2,2%
<b>Outros</b>	110	23,8%
<b>Total</b>	462	100,0%

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Relacionando o local de graduação com o da primeira especialização é possível excluir os que se graduaram na própria cidade. Dessa forma, considera-se apenas o efeito de atração exercida pelo município no grupo de médicos que migraram para fazer a especialização. A Tabela 11 demonstra, para diversos municípios, suas atrações líquidas para a especialização.

**Tabela 11. Municípios de atração para a especialização dos médicos entrevistados**

<b>Municípios</b>	<b>Graduação</b>	<b>Saiu esp 1</b>	<b>Ficou esp 1</b>	<b>Entrou esp 1</b>	<b>Fez esp 1</b>
<b>São Paulo</b>	14	1	11	128	139
<b>Rio de Janeiro</b>	33	9	17	39	56
<b>Campinas</b>	5	1	4	29	33
<b>Belo Horizonte</b>	20	5	15	17	32
<b>Ribeirão Preto</b>	11	2	8	16	24
<b>Porto Alegre</b>	17	7	7	10	17
<b>Brasília</b>	1	0	1	9	10
<b>Recife</b>	13	8	4	8	12
<b>Goiânia</b>	8	8	0	8	8
<b>Joinville</b>	0	0	0	7	7
<b>Santos</b>	2	1	0	7	7
<b>Salvador</b>	38	25	13	5	18
<b>Curitiba</b>	11	4	7	4	11
<b>Niterói</b>	11	8	1	3	4
<b>Vitória</b>	45	41	0	1	1
<b>Vassouras</b>	14	12	0	1	1
<b>João Pessoa</b>	13	10	0	1	1
<b>Belém</b>	29	22	2	0	2
<b>Pelotas</b>	24	13	5	0	5
<b>Maceió</b>	16	14	1	0	1

Municípios	Graduação	Saiu esp 1	Ficou esp 1	Entrou esp 1	Fez esp 1
Juiz de Fora	15	11	3	0	3
Santa Maria	14	8	3	0	3
Teresópolis	12	9	0	0	0
Valença	12	9	0	0	0
Uberaba	11	9	2	0	2
Outros	143	92	29	36	65
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>329</b>	<b>133</b>	<b>329</b>	<b>462</b>

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Para entender como foi construída a tabela, vejamos alguns casos:

- Na linha de São Paulo, por exemplo, temos que, dos 532 médicos entrevistados, 14 fizeram graduação em São Paulo, coluna “Graduação”. Desses 14, apenas um (representado na coluna “Saiu esp 1”) saiu da cidade para fazer especialização em outro município (neste caso ele foi para Campinas). Na coluna seguinte, “Ficou esp 1”, temos que 11 daqueles 14 fizeram sua primeira especialização no próprio município de São Paulo. Os dois que faltam para completar os 14 não fizeram especialização. Ora, se 139 (representados na coluna “Fez esp 1”) médicos declararam ter feito sua primeira especialização em São Paulo, então os  $128 = 139 - 11$ , necessariamente, vieram de outro município. Esses 128 (da coluna “Entrou esp 1”) representam nada menos do que 39% dos 329 que mudaram de município para fazer sua primeira especialização.
- O caso de Vitória, no Espírito Santo, é bastante curioso: 45 médicos do universo pesquisado fizeram graduação lá, mas nenhum deles optou por fazer sua primeira especialização nesta cidade. Os 41 médicos que fizeram especialização buscaram outros lugares. Destes, 16 foram para São Paulo, 11 para o Rio de Janeiro, seis para Belo Horizonte, e os oito restantes espalharam-se pelos demais municípios.
- O leitor pode constatar que Salvador e Curitiba, que estão entre os dez municípios com maior número de médicos da primeira

especialização, perdem em poder de atração para os municípios de Goiânia, Joinville e Santos, pois nestes o número de imigrantes para fazer a primeira especialização é maior do que naqueles.

Cada caso tem suas especificidades, mas, observando-se os resultados mais gerais, percebe-se que São Paulo é a “meca” da residência médica no Brasil, pelo menos se esse grupo for representativo dos médicos migrantes brasileiros. Três outros municípios aparecem com forte poder de atração: Rio de Janeiro, Campinas e Belo Horizonte, que juntamente com São Paulo atraíram nada menos do que 65% dos médicos que mudaram de município para fazer sua primeira especialização.

Há uma “troca de cadeiras” entre os municípios. Por exemplo, nove dos médicos graduados no Rio de Janeiro saíram desta cidade para outros municípios: dois foram para Niterói, o que não pode ser considerado migração. No entanto, quatro foram morar em São Paulo e dois, em Campinas. O último desses nove médicos foi para Natal, no Rio Grande do Norte. Essas migrações motivadas pela especialização/residência médica geram um potencial migratório futuro, por exemplo: os dois médicos que saíram do Rio de Janeiro para São Paulo irão voltar para o Rio de Janeiro?

Para ilustrar os movimentos dos médicos construiu-se a história migratória de um subgrupo bem específico desses profissionais: os que tiveram como destino do primeiro movimento a cidade de São Paulo e como motivação para esse movimento a residência médica. Esse grupo é composto por 45 médicos, um número considerável para que sejam feitas algumas inferências no sentido de conferir o raciocínio hipotético.

Desses 45 médicos, 16 são baianos de diferentes municípios, mas nenhum deles declarou estar morando em São Paulo na data da pesquisa. Apenas um deles declarou estar morando fora da Bahia, em Maringá, no Paraná.

**Tabela 12. Histórico migratório dos médicos que tiveram como destino da primeira migração São Paulo e cuja motivação foi a residência médica**

Profissional	Nascimento	UF	Ensino médio	Graduação	Mora atualmente
Médico 1			NS/NR	Vitória	
Médico 2	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Salvador
Médico 3	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Maringá
Médico 4	Itabuna	BA	Salvador	Maceió	Itapetinga
Médico 5	Macarani	BA	Vitória da Conquista	Maceió	Vitória da Conquista
Médico 6	Jequié	BA	Salvador	Salvador	
Médico 7	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Salvador
Médico 8	Feira de Santana	BA	Feira de Santana	Salvador	
Médico 9	Riacho de Santana	BA	Macaúbas	Aracaju	Feira de Santana
Médico 10	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Salvador
Médico 11	Serrinha	BA	Salvador	Salvador	Salvador
Médico 12	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Salvador
Médico 13	Feira de Santana	BA	Feira de Santana	Salvador	Salvador
Médico 14	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Salvador
Médico 15	Feira de Santana	BA	Feira de Santana	Salvador	Salvador
Médico 16	Macarani	BA	Vitória da Conquista	Maceió	Feira de Santana
Médico 17	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Salvador
Médico 18	Vitória	ES	Vitória	Vitória	Vitória
Médico 19	Colatina	ES	Vitória	Vitória	Jataí
Médico 20	Vitória	ES	Vitória	Vitória	Colatina
Médico 21	Colatina	ES	Colatina	Vitória	Vitória
Médico 22	Linhares	ES	Linhares	Vitória	Vitória
Médico 23	Goiânia	GO	Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Uberlândia
Médico 24	Uberlândia	MG	Uberlândia	Uberlândia	Viçosa
Médico 25	Belo Horizonte	MG	Belo horizonte	Itajubá	Limeira
Médico 26	Ituiutaba	MG	Uberaba	Uberaba	Uberaba
Médico 27	Alfenas	MG	Brusque	Florianópolis	
Médico 28	Belém	PA	Belém	Belém	São Paulo
Médico 29	Joao Pessoa	PB	Joao Pessoa	Joao Pessoa	Palmares
Médico 30	Joao Pessoa	PB	Joao Pessoa	Joao Pessoa	
Médico 31	Recife	PE	Recife	Recife	Recife



<b>Profissional</b>	<b>Nascimento</b>	<b>UF</b>	<b>Ensino médio</b>	<b>Graduação</b>	<b>Mora atualmente</b>
<b>Médico 32</b>	Recife	PE	Recife	Recife	Afogados da Ingazeira
<b>Médico 33</b>	Teresina	PI	Teresina	Teresina	
<b>Médico 34</b>	Cornélio Procópio	PR	Londrina	Vassouras	Cornélio Procópio
<b>Médico 35</b>	Londrina	PR	Dourados	Londrina	Londrina
<b>Médico 36</b>	Arapongas	PR	Londrina	Londrina	Arapongas
<b>Médico 37</b>	Curitiba	PR	Maceió	Maceió	Salvador
<b>Médico 38</b>	Rio de Janeiro	RJ	Rio de Janeiro	Vassouras	São Paulo
<b>Médico 39</b>	Rio de Janeiro	RJ	Vitória	Vitória	Vila Velha
<b>Médico 40</b>	Natal	RN	Natal	Natal	São Paulo
<b>Médico 41</b>	Caseiros	RS	Florianópolis	Florianópolis	
<b>Médico 42</b>	Santo Ângelo	RS	Santa Maria	Santa Maria	
<b>Médico 43</b>	Itajaí	SC	Florianópolis	Florianópolis	Itajaí
<b>Médico 44</b>	Franca	SP	Salvador	Salvador	Lauro de Freitas
<b>Médico 45</b>	São Paulo	SP	Curitiba	Curitiba	São Paulo

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Os cinco médicos nascidos no Espírito Santo seguem o mesmo padrão dos baianos, quatro deles voltaram para o estado de origem e apenas um foi morar em Jataí, no Goiás, mas nenhum permaneceu na cidade onde fez a residência. Outros dois grupos de imigrantes em São Paulo para a residência médica são os mineiros e os paranaenses, mas nenhum deles permaneceu na cidade depois da especialização. Na verdade, dos 45 que entraram em São Paulo para fazer a residência médica apenas quatro, menos de 10%, permaneceram morando nesta cidade, ainda assim, um deles nasceu em São Paulo, ou seja, já tinha alguma relação com a cidade.

Ao analisar outro subgrupo dos que tiveram São Paulo como destino da primeira migração tendo como motivo o aprimoramento profissional (59 médicos), observa-se que 12 (20%) deles permaneceram em São Paulo. Assim, se considerarmos os dois subgrupos em conjunto, a média de retenção desses profissionais aumenta para 15%. Se São Paulo é a “meca” da residência médica do Brasil não parece ser tão atrativa para residir como médico migrante. De qualquer forma, essa busca pela quali-

ficação gera pelo menos dois movimentos: um de ida para os locais mais cobiçados, como São Paulo, e um outro para o estado de origem.

O mesmo exercício feito para os 29 médicos que entraram no Rio de Janeiro para fazer residência médica ou aprimorar-se profissionalmente revela que apenas três deles permaneceram na cidade.

**Tabela 13. Histórico migratório dos médicos que tiveram como destino da primeira migração o Rio de Janeiro e cuja motivação foi a residência médica**

Profissional	Nascimento	UF	Ensino médio	Graduação	Mora atualmente
Médico 1			NS/NR	Bogotá	Bituruna
Médico 2	Itabuna	BA	Itabuna	Vitória	Itabuna
Médico 3	Salvador	BA	Salvador	Salvador	Rio de Janeiro
Médico 4	Brasília	DF	Vitória	Vitória	Teófilo Otoni
Médico 5	São José do Calçado	ES	São José do Calçado	Vitória	Bom Jesus do Itabapoana
Médico 6	Barra de São Francisco	ES	Vitória	Vitória	Eunápolis
Médico 7	Linhares	ES	Linhares	Vitória	Linhares
Médico 8	Resplendor	MG	Vitória	Vitória	Resplendor
Médico 9	Belo Horizonte	MG	Belo horizonte	Belo Horizonte	São Paulo
Médico 10	São Sebastião do Paraíso	MG	São Sebastião do Paraíso	Niterói	São Sebastião do Paraíso
Médico 11	Montes Claros	MG	Montes Claros	Montes Claros	Rio Verde
Médico 12	Liberdade	MG	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Governador Valadares
Médico 13	Juiz de Fora	MG	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Rio de Janeiro
Médico 14	Aiuruoca	MG	Barra Mansa	Volta Redonda	Americana
Médico 15	Belém	PA	Belém	Belém	Manaus
Médico 16	Petrolina	PE	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Juiz de Fora
Médico 17	Recife	PE	Recife	Recife	Recife
Médico 18	Cruzeiro do Oeste	PR	Cruzeiro do Oeste	Valença	Iporá
Médico 19	Nova Iguaçu	RJ	Nova Iguaçu	Petrópolis	Rio de Janeiro
Médico 20	Rio de Janeiro	RJ	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Balneário Camboriú
Médico 21	Rio de Janeiro	RJ	Belém	Belém	Araguaína

<b>Profissional</b>	<b>Nascimento</b>	<b>UF</b>	<b>Ensino médio</b>	<b>Graduação</b>	<b>Mora atualmente</b>
<b>Médico 22</b>	São Gonçalo	RJ	Niterói	Teresópolis	Manaus
<b>Médico 23</b>	Rio de Janeiro	RJ	Juiz de Fora	Juiz de Fora	Juiz de Fora
<b>Médico 24</b>	Rio de Janeiro	RJ	Recife	Recife	Barbalha
<b>Médico 25</b>	Porto Alegre	RS	Porto Alegre	Porto Alegre	
<b>Médico 26</b>	Blumenau	SC	Blumenau	Blumenau	
<b>Médico 27</b>	Presidente Prudente	SP	Campinas	Valença	
<b>Médico 28</b>	Santos	SP	Santos	São Paulo	
<b>Médico 29</b>	São Paulo	SP	São Paulo	Teresópolis	São Paulo

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Na Tabela 14 juntaram-se os municípios com maiores números de médicos na primeira especialização e os municípios que os médicos declararam ser o destino do seu primeiro movimento migratório. A coincidência é muito grande, nada menos que oito municípios, dos dez de maior número de especializações, aparecem entre os dez principais destinos da primeira migração. Apenas Manaus e Florianópolis aparecem como destinos preferenciais, mas não são polos de atração de médicos para especialização. No caso de Manaus, apenas dois dos médicos entrevistados declararam ter feito sua primeira especialização nesta cidade. Em Florianópolis foram cinco, dos quais dois fizeram graduação lá mesmo. O que levou 16 médicos a Manaus e oito para Florianópolis?

**Tabela 14. Municípios da primeira especialização e municípios de primeiro destino dos médicos entrevistados**

Município onde fez a especialização 1	Frequência	Percentual	Município de destino da migração 1	Frequência	Percentual
São Paulo	139	30,1%	São Paulo	131	25,3%
Rio de Janeiro	56	12,1%	Rio de Janeiro	45	8,7%
Campinas	33	7,1%	Campinas	24	4,6%
Belo Horizonte	32	6,9%	Brasília	19	3,7%
Ribeirão Preto	24	5,2%	Manaus	16	3,1%
Salvador	18	3,9%	Porto Alegre	14	2,7%
Porto Alegre	17	3,7%	Belo Horizonte	13	2,5%
Recife	12	2,6%	Ribeirão Preto	13	2,5%
Curitiba	11	2,4%	Salvador	10	1,9%
Brasília	10	2,2%	Florianópolis	8	1,5%
Outros	110	23,8%	Outros	224	43,3%
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100,0%</b>	<b>Total</b>	<b>517</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: ObservaRH/UnB e ObservaRH-SES/SP

Ao observarmos os motivos principais dos 16 médicos que tiveram Manaus como destino de seu primeiro movimento migratório, depois de 1996, temos que nada menos que 13 declararam o serviço militar como motivo para ir para Manaus. Desses 13, apenas três já tinham especialização, e somente um deles ainda morava em Manaus no ano da pesquisa, 2008. Dos dez que não tinham especialização quando foram convocados para Manaus, apenas um fez especialização em nesta capital. Os outros nove saíram de Manaus para fazer a especialização em outros centros.

Os oito casos de Florianópolis mostram um comportamento bem diferente: dois foram em busca da especialização, mas estes não moravam mais nesta cidade em 2008. Quatro ainda moravam lá em 2008. Um declarou emprego público, e os outros três não declararam o principal motivo de sua ida para Florianópolis.

## 6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se ter demonstrado, com base nas informações dos 532 médicos entrevistados, que o comportamento migratório está relacionado com a escolha do local de especialização, mas também com as condições de trabalho que o profissional considera adequadas para o exercício de sua profissão.

Seria interessante aplicar um questionário semelhante aos médicos graduados em 2008, exatamente vinte anos após a criação do SUS, como forma de perceber as mudanças nas motivações e nos destinos dos médicos em busca de maior qualificação profissional.



3

---

MIGRAÇÃO DE MÉDICOS NO BRASIL:  
ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS  
DE SAÚDE

HERTON ELLERY ARAÚJO







## INTRODUÇÃO

A captação do depoimento de gestores municipais foi considerada fundamental para entender a repercussão do fenômeno da fixação de médicos nos serviços de saúde em municípios pequenos e os fatores a ele associados. A primeira parte deste estudo abordou algumas questões acerca da capacidade de atração desses municípios, em particular sua dificuldade para o recrutamento e a manutenção do profissional de saúde. A estratégia de entrevistas telefônicas foi considerada uma opção adequada para a finalidade proposta, por permitir o contato direto com os interlocutores selecionados, independentemente de sua localização geográfica.

### 1 ESCOLHA DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS

Os municípios pequenos, com menos de 20 mil habitantes, são, em geral, muito carentes de profissionais, mas dentre estes existem aqueles cujo número de médicos por habitantes é maior do que a média nacional, e esses municípios foram selecionados para compor o universo da pesquisa – 185 ao todo no Brasil. Para caracterizar uma carência grande de médicos, selecionamos os municípios que pertenciam a uma microrregião sem médicos no Censo 2000. Dos 3.676 municípios sem médicos no ano 2000, apenas 316 pertenciam a microrregiões sem médicos, dos quais 76 tinham mais de 20 mil habitantes. A ideia de dividir em dois grupos – um “com médicos” e outro “sem médicos” –, ou seja, muito carente desses profissionais, é saber se existem diferenças tanto na percepção dos gestores quanto na gestão propriamente dita entre esses tipos.

A Tabela 1 mostra o resultado por região, para cada tipo de município, da aplicação do critério. A primeira constatação entre os municípios selecionados é a enorme desigualdade regional: por um lado, 88% dos municípios “sem médicos”, cuja microrregião não possuía médico em 2000, estão nas Regiões Norte e Nordeste; por outro lado, apenas 14,6% dos municípios “com médicos” que possuíam este profissional acima da média nacional estão nestas mesmas regiões. Os resultados, portanto podem ser encarados também como questões regionais em saúde pública.

**Tabela 1. Municípios selecionados para pesquisa de campo por critérios baseados no Censo 2000**

<b>Brasil e grandes regiões</b>	<b>Municípios cuja micro não tem médicos</b>	<b>Municípios pequenos com muito médicos</b>	<b>Total de municípios</b>
<b>Brasil</b>	316	185	501
<b>Norte</b>	38	13	51
<b>Nordeste</b>	240	14	254
<b>Sudeste</b>	15	73	88
<b>Sul</b>	3	67	70
<b>Centro-Oeste</b>	20	18	38

Fonte: IBGE, Censo 2000. Elaboração própria

## 2 O QUESTIONÁRIO APLICADO

Depois de selecionados os 501 municípios, a lista foi encaminhada ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) para obtenção das informações necessárias aos contatos telefônicos. Nesta ocasião discutiu-se uma minuta de questionário, cuja versão final encontra-se anexa.

O questionário está dividido em três blocos: I – cadastramento, no qual se podem extrair informações sobre sexo, idade e função que os gestores exercem atualmente na prefeitura; II – escolaridade e experiência profissional; e III – questões de gestão propriamente ditas. Neste último bloco pode-se apreender a percepção do gestor quanto aos problemas enfrentados pela saúde pública, bem como obter informações sobre as estratégias usadas para enfrentar tais problemas.

## 3 RESULTADOS OBTIDOS

Foram aplicadas 498 entrevistas aos 501 municípios selecionados. No entanto, na análise exploratória dos dados, algumas entrevistas apresentaram respostas desconexas e alto grau de perda de informação. Foram eliminadas da base 48 entrevistas nessas condições. Os resultados dizem res-

peito então ao total de 450 municípios, sendo 174“com médicos” e 276“sem médicos”, o que representa 89,8% do quantitativo inicialmente proposto.

### 3.1 Bloco I

As informações do bloco de cadastramento dos gestores podem servir para atualizar as informações cadastrais do Conasems, mas também nos permitem caracterizar o grupo de gestores submetidos ao questionário. As Tabelas 2, 3 e 4 foram geradas levando em conta este bloco de perguntas.

Nos municípios pequenos com muitos médicos (com médicos) não há diferenças por sexo; nos municípios com grande carência de médicos (sem médicos) predominam as mulheres como gestoras de saúde.

**Tabela 2. Distribuição dos gestores por sexo e tipo de município**

Sexo do gestor/ tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Masculino</b>	87	50,0	117	42,4	204	45,3
<b>Feminino</b>	87	50,0	159	57,6	246	54,7
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

Com relação à idade dos gestores, a média é de 40 anos para os dois grupos de gestores, mas a divisão por grupos etários mostra uma maior prevalência de gestores jovens (entre 18 e 29 anos) nos municípios com médicos (22,1%) do que nos sem médicos (14,3%).

**Tabela 3. Distribuição dos gestores por grupos etários e tipo de município**

Idade do gestor/ tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>18 a 29</b>	36	22,1	37	14,3	73	17,3
<b>30 a 59</b>	123	75,5	211	81,5	334	79,1
<b>60 ou mais</b>	4	2,5	11	4,2	15	3,6
<b>Total válidos</b>	163	100,0	259	100,0	422	100,0
<b>Sem informação</b>	11	4,0	17	6,2	28	6,2
<b>Total geral</b>	276	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

A pretensão era aplicar o questionário ao secretário de Saúde do município, mas nem sempre obtivemos esse resultado. Quando o secretário tinha algum impedimento, ele indicava outra pessoa de sua confiança para responder às questões. O sucesso em obter a resposta do próprio secretário, no entanto, foi bem satisfatório: cerca de 87% das entrevistas foram feitas com o mandatário maior da Saúde do município. A Tabela 4 apresenta os resultados para os dois grupos de municípios.

**Tabela 4. Distribuição dos gestores por função e tipo de município**

Função do gestor/ tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Outros</b>	26	14,9	33	12,0	59	13,1
<b>SECRETÁRIO DE SAÚDE</b>	148	85,1	243	88,0	391	86,9
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

### 3.2 Bloco II

O bloco II do questionário permite aprofundar a caracterização dos gestores com o foco em sua formação. Com relação à escolaridade formal, tem-se um grupo com cerca de 70% com curso superior e outro com 30% com pelo menos o ensino médio completo. As variações são pequenas entre os dois grupos. Com relação aos cursos de graduação para os formados, a grande maioria está ligada à área de saúde: enfermagem, farmácia, medicina, odontologia, nutrição, fisioterapia, psicologia, veterinária, serviço social dentre outras. Apareceram também cursos como filosofia, pedagogia, administração de empresas, direito, matemática, teologia, geografia, história e letras.

**Tabela 5. Distribuição dos gestores por graus de escolaridade e tipo de município**

Escolaridade do gestor/ tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Básico completo até o médio incompleto	1	0,6	4	1,4	5	1,1
Médio completo até superior incompleto	56	32,2	73	26,4	129	28,7
Superior completo ou mais	117	67,2	197	71,4	314	69,8
Sem informação	0	-	2	0,7	2	0,4
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

As respostas à pergunta “por quanto tempo já trabalhou como gestor na área de saúde?” estão organizadas na Tabela 6 e revelam uma maior experiência dos gestores dos municípios mais carentes em médicos. Enquanto 41,4% dos gestores dos municípios pequenos sem carência de médicos estavam há menos de um ano como gestores, nos municípios mais carentes de profissionais esse percentual era apenas de 14,5%. Cabe lembrar que os prefeitos estavam há menos de um ano da última eleição municipal em 2008.

**Tabela 6. Distribuição dos gestores por tempo de trabalho e tipo de município**

Tempo de trabalho do gestor/tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 ano	72	41,4	40	14,5	112	24,9
1 a 5 anos	49	28,2	127	46,0	176	39,1
6 a 10 anos	40	23,0	65	23,6	105	23,3
Mais de 10 anos	13	7,5	43	15,6	56	12,4
Sem informação	0	-	1	0,4	1	0,2
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

Se por um lado os gestores dos municípios com maior carência de médicos apresentam maior experiência na função, por outro quando perguntados se já haviam feito curso de gestão do SUS, pergunta 8b do questionário, os percentuais se invertem entre os dois grupos pesquisados, e os gestores sem médicos revelam menos participação nessa modalidade de capacitação. Ver Tabela 7.

**Tabela 7. Distribuição dos gestores por fazer curso de gestão e tipo de município**

Curso de gestão/tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não fez curso de gestão	80	46,0	147	53,3	227	50,4
Fez curso de gestão	94	54,0	129	46,7	223	49,6
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

### 3.3) Bloco III

O bloco III do questionário contém as questões de percepção dos gestores e as questões sobre a gestão de saúde propriamente dita. A primeira pergunta do terceiro bloco foi sobre a percepção do gestor a respeito dos principais problemas enfrentados pelo município para oferecer os serviços de saúde à população. A primeira ideia foi que o gestor classificasse por ordem de importância uma série de problemas pré-selecionados, mas logo no pré-teste ficou claro que o melhor seria que o gestor indicasse em uma lista quais os problemas mais sentidos. A média de respostas foi 2,2 problemas selecionados por gestor, tendo os gestores dos municípios com muitos médicos ficado com 1,9, e os outros, com 2,4 itens marcados, ou seja, a sensação de falta é maior nos municípios mais carentes de médicos.

**Tabela 8. Distribuição dos gestores por problema principal levantado e tipo de município**

Problema de gestão/tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Falta de hospital	35	20,1	68	24,6	103	22,9
Falta de equipamentos	47	27,0	98	35,5	145	32,2
Falta de médicos	61	35,1	149	54,0	210	46,7
Falta de outros profissionais de saúde	76	43,7	56	20,3	132	29,3
Falta de conhecimento da população sobre os serviços	46	26,4	78	28,3	125	27,8
Falta de transporte para população ter acesso aos serviços	34	19,5	79	28,6	113	25,1
Outro	24	13,8	147	53,3	171	38,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

Os resultados reveladores encontram-se na Tabela 8. Nada menos do que 54% dos gestores dos municípios sem médicos escolheram a falta de médicos como principal problema enfrentado pelo município; em seguida, com 35,5%, ficou a falta de equipamentos. O terceiro problema mais mencionado por esses gestores foi a falta de transporte para a população, em seguida, o baixo conhecimento da população sobre os serviços oferecidos. A falta de hospital foi o quinto problema mais citado, e a falta de outros profissionais foi o último mais lembrado da lista. Vale frisar, no entanto, que esses gestores tiveram muitas respostas fora da lista, em “outros”. Os problemas giraram em torno de recursos financeiros e de dificuldades geográficas do município, mas também houve menção à má comunicação com o Ministério da Saúde e ao baixo compromisso dos profissionais de saúde.

O outro grupo de gestores, dos municípios pequenos com muitos médicos, percebe seus problemas de forma bem diferente. O problema mais citado por eles é exatamente o menos relevante para o grupo anterior: falta de outros profissionais de saúde, com 43,7%, só então vem a falta de médicos, que foi citada por 35,1% dos gestores. O percentual de

citação de outros problemas foi muito baixo neste grupo: apenas 13,8%, tendo metade desse percentual mencionado falta de recursos financeiros.

Essa questão vinha seguida de uma provocação: “Como tenta resolver os problemas e as dificuldades que encontra?”. Claramente as soluções dependem do problema, mas chama a atenção o número de gestores que resolvem seus problemas de atendimento à população encaminhando os pacientes para municípios com maior capacidade de atenção, geralmente um município maior próximo.

Praticamente todos os municípios responderam possuir ambulância, e então foi perguntado sobre o principal uso da ambulância, tendo as alternativas sido lidas para cada gestor: levar paciente para outro município maior ou para dentro do próprio município. A resposta é inequívoca e corrobora a questão anterior sobre as soluções dos problemas: em mais de 80% dos municípios a ambulância é o meio para levar pacientes para outros municípios maiores.

**Tabela 9. Distribuição dos gestores por uso da ambulância e tipo de município**

Uso da ambulância/ tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Levar paciente para um município maior	150	86,2	223	80,8	373	82,9
Levar paciente para hospital dentro do município	20	11,5	46	16,7	66	14,7
Outro	0	-	1	0,4	1	0,2
Sem informação	4	2,3	6	2,2	10	2,2
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

O Programa Saúde da Família é praticamente universal: 97,1% dos municípios possuem equipes entre todos os municípios pesquisados, mas os que não têm médicos, apesar de maiores, aderem mais ao Programa – 99,3% deles.



**Tabela 10. Distribuição dos gestores por existência do PSF e tipo de município**

PSF/tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Não tem equipe PSF</b>	11	6,3	2	0,7	13	2,9
<b>Tem equipe PSF</b>	163	93,7	274	99,3	437	97,1
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

Quando perguntados sobre a participação em algum programa de interiorização de médicos, nota-se uma cobertura muito baixa desses programas, mesmo nos municípios pequenos com muitos médicos, que poderiam estar nesta situação como consequência do sucesso em algum desses programas – apenas 8,6% participaram de algum deles. De qualquer forma, dos que participaram desses programas, cerca de 80% responderam ter sido bem-sucedidos.

**Tabela 11. Distribuição dos gestores por participação em PIM e tipo de município**

PIM/tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Não participou</b>	159	91,4	256	92,8	415	92,2
<b>Participou</b>	15	8,6	20	7,2	35	7,8
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

A pergunta sobre a “existência de posto de saúde com atendimento em tempo integral” teve resposta positiva quando o município apresentava qualquer equipamento com atendimento superior ao horário comercial de oito horas. Por exemplo, se o município tinha um hospital com plantão durante a noite o gestor respondeu sim à pergunta. É curioso observar que mesmo nos municípios sem médicos houve um grande percentual – 41% – que respondeu dispor desse atendimento integral.

**Tabela 12. Distribuição dos gestores por existência de tempo integral e tipo de município**

Tempo integral/tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Não tem</b>	98	56,3	163	59,1	261	58,0
<b>Tem</b>	76	43,7	113	40,9	189	42,0
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

Outra pergunta colocada para os gestores públicos foi “como é feito o acompanhamento dos moradores com doenças crônicas?”. Foram dadas três opções de respostas: em domicílio pelas equipes de Saúde da Família; nos postos ou nos hospitais da cidade; ou com deslocamento dos pacientes para outros municípios. A grande maioria dos gestores, cerca de 90%, respondeu que as equipes de Saúde da Família cuidam desses pacientes. Nos municípios “sem médicos” esse percentual é menor – 83% –, apesar de estes municípios apresentarem maior adesão ao Programa. Nos municípios pequenos “com médicos” as equipes de Saúde da Família são mais efetivas no atendimento às doenças crônicas, pois 88,5% dos gestores responderam ser este o atendimento.

**Tabela 13. Distribuição dos gestores por acompanhamento das doenças crônicas e tipo de município**

Acompanhamento das doenças crônicas/tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Pelas equipes de saúde da família em domicílio</b>	154	88,5	229	83,0	383	85,1
<b>Nos postos de saúde e/ou hospitais da cidade</b>	14	8,0	39	14,1	53	11,8
<b>Os pacientes se deslocam para outros municípios maiores</b>	6	3,4	7	2,5	13	2,9
<b>Sem informação</b>	0	-	1	0,4	1	0,2
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

A última pergunta do questionário tentou captar a percepção dos gestores sobre as *dificuldades em contratar médicos no município*. Nada menos de 80,4% dos gestores dos municípios “sem médicos” alegaram ter tido problemas na contratação deste profissional. O outro grupo, os “com médicos”, não ficou muito atrás, pois 75,9% deles tiveram o mesmo problema com relação à contratação.

**Tabela 14. Distribuição dos gestores por contratar médicos e tipo de município**

Contratação de médicos/ tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não teve problema	42	24,1	54	19,6	96	21,3
Já tentou e não conseguiu	132	75,9	222	80,4	354	78,7
<b>Total</b>	174	100,0	276	100,0	450	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

As diferenças mais relevantes aparecem na percepção do principal motivo pelo qual não obteve sucesso na contratação de médicos. Apenas 20,9% dos municípios pequenos “com médicos” acham que falta esse profissional na cidade contra 30,7% dos “sem médicos”. O principal problema levantado pelos dois grupos de municípios é a remuneração dos médicos, o valor do salário oferecido é o principal motivo da não contratação para 69,8% dos gestores dos municípios “com médicos” e para 37,2% dos demais municípios.

**Tabela 15. Distribuição dos gestores por motivo de não contratar e tipo de município**

Contratação de médicos/ tipo de município	Com médico		Sem médico		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência deste profissional na cidade	29	20,9	67	30,7	96	26,9
Recusa do salário oferecido	97	69,8	81	37,2	178	49,9
Outro	13	9,4	70	32,1	83	23,2
<b>Total</b>	139	100,0	218	100,0	357	100,0

Fonte: Pesquisa de campo com gestores. Elaboração própria

Nos municípios “sem médicos”, além dos salários e da ausência de profissionais, 32,1% dos gestores também alegaram outros motivos. Ao listar essas respostas, constatamos que elas giram em torno de dois problemas básicos: a localização do município, que, ao ficar longe de grandes centros, aparece como um fator impeditivo para a contratação de profissionais. Outro motivo também muito referido foi a carga horária oferecida – os médicos não querem trabalhar quarenta horas semanais, preferem uma carga horária menor que lhes possibilite compatibilizá-la com a de outras atividades.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

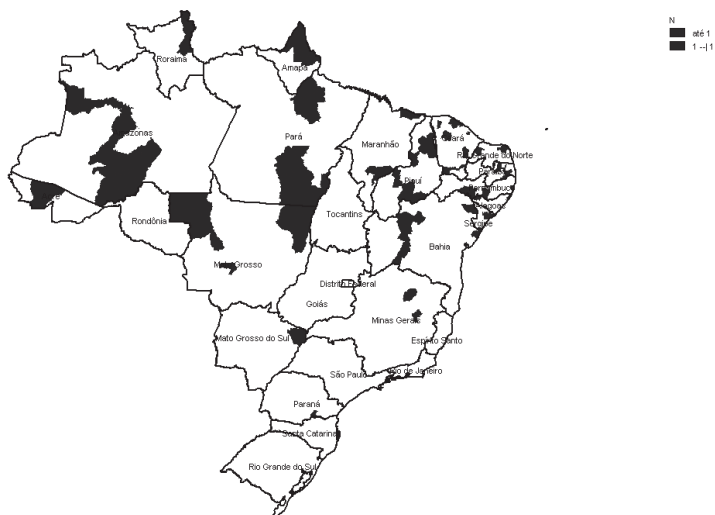
De modo geral, os gestores de saúde do grupo de municípios “sem médicos” consideram a falta deste profissional a maior dificuldade na gestão dos serviços de saúde, enquanto no grupo de municípios “com médicos” a primeira dificuldade apontada é a falta de profissionais de saúde em geral. A dificuldade de contratação de médicos é avaliada como importante nos dois grupos de municípios estudados, embora com alguma variação percentual, surgindo como principal complicador o quesito remuneração, embora relativamente mais acentuado nos municípios onde não há médicos. Outros fatores referidos são a localização e as características da cidade ou ainda a carga horária de quarenta horas semanais.

O problema enfrentado pelos pequenos municípios para contratar médicos parece ser superior à sua capacidade de resolvê-lo. A solução passa, portanto, por uma postura mais ativa do governo federal e dos governos estaduais, com políticas que evitem disputas por profissionais e proporcionem incentivos mais efetivos para o médico residir e trabalhar na saúde pública desses municípios.

## ANEXOS

### ANEXO 1. MAPAS DE MICRORREGIÕES SEM MÉDICOS E DE MUNICÍPIOS COM MUITOS MÉDICOS

#### Microrregiões sem médicos



#### Municípios pequenos com muitos médicos



Fonte: Censo 2000 – IBGE

## ANEXO 2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – MODELO DO QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA COM GESTORES

(Minuta transformada em máscara para telepesquisa, direcionada a gestores de municípios pequenos que no ano 2000, pelo Censo IBGE, registravam ausência de médicos ou existência de médicos acima da média nacional)

### Bloco I – Cadastramento

- 1- Nome completo:** \_\_\_\_\_
- 2 - Sexo:** Masculino \_\_\_ Feminino \_\_\_
- 3 - Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 4 - Local de nascimento:** Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_
- 5 - Endereço atual:** \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Tel.:(\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_
- 6 - Função atual na prefeitura:** ( \_\_\_\_\_ )

### Bloco II – Escolaridade e experiência profissional

#### 7 - Escolaridade:

- Até quarto ano incompleto ( ).
- Quarto ano completo até oitavo ano incompleto ( ).
- Oitavo ano completo até décimo primeiro incompleto ( ).
- Décimo primeiro completo até superior incompleto ( ).
- Superior completo ou mais, qual graduação?  
( \_\_\_\_\_ )

#### 8 - Experiência profissional:

- Quanto tempo já trabalhou como gestor na área de saúde? (\_\_\_\_) anos.
- Já fez curso de gestão do SUS? (Sim) (Não).  
Se sim, qual? ( \_\_\_\_\_ )

### Bloco III – Sobre as questões de gestão do município

**9 - Em sua opinião, quais os principais problemas enfrentados pelo município para oferecer os serviços de saúde à população? (Classifique por ordem de gravidade, sendo 1 o mais grave).**

- Falta de hospital ( ).
- Falta de equipamentos ( ).

- c. Falta de médicos ( ).
- d. Falta de outros profissionais de saúde ( ).
- e. Falta de conhecimento da população sobre os serviços ( ).
- f. Falta de transporte para a população ter acesso aos serviços ( ).
- g. Outro ( \_\_\_\_\_ ) ( ).

Como tenta resolver os problemas e as dificuldades que encontra?

**10 - Seu município possui ambulância?** (Sim) (Não):

Se sim, qual o principal uso:

- a. Levar pacientes para um município maior ( ).
- b. Levar pacientes para hospital dentro do município ( ).
- c. Outro ( \_\_\_\_\_ ) ( ).

**11 - Seu município tem equipe de saúde da família?** (Sim) (Não): Se sim quantas ( ).

**12 - O município já participou de algum programa de interiorização de médicos?** (Sim) (Não): Se sim, considera que foi bem-sucedido? (Sim) (Não).

**13 - Seu município tem posto de saúde com atendimento em tempo integral?** (Sim) (Não).

**14 - No caso de doenças crônicas, como é feito o acompanhamento desses moradores?**

- a. Pelas equipes de Saúde da Família em domicílio ( ).
- b. Nos postos de saúde e/ou hospitais da cidade ( ).
- c. Os pacientes deslocam-se para outros municípios maiores ( ).

**15 - A prefeitura já tentou contratar médico e não conseguiu?** (Sim) (Não).

Se sim, qual o principal motivo:

- a. Ausência deste profissional na cidade ( ).
- b. Recusa do salário oferecido ( ).
- c. Outro ( ) Qual? ( \_\_\_\_\_ ).

Se não teve essa dificuldade e tem número suficiente de profissionais médicos, a que atribui o sucesso em recrutar, contratar e fixar esses profissionais?

### ANEXO 3. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FCS/UNB



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

#### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **012/09**

Título do Projeto: Movimentação de profissionais de saúde no Brasil – Fluxos de migrações internas.

Pesquisadora Responsável: Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Data de Entrada: 30/03/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **012/09** com o título: “Movimentação de profissionais de saúde no Brasil – Fluxos de migrações internas”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de abril de 2009.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 05 de março de 2010.

  
Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP-FS/UnB

**Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos - CEP/FS**