

1 - Encontros e desencontros

mercado de trabalho e oferta de médicos nas regiões brasileiras

Romulo Maciel Filho
Maria Alice Fernandes Branco

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MACIEL FILHO, R., and BRANCO, M. A. F. Encontros e Desencontros: mercado de trabalho e oferta de médicos nas regiões brasileiras. In: *Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, pp. 11-48. ISBN: 978-85-7541-601-3. Available from: doi: [10.7476/9788575416013.003](https://doi.org/10.7476/9788575416013.003). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/64g49/epub/maciel-9788575416013.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1

Encontros e Desencontros mercado e oferta de médicos nas regiões brasileiras

A Inserção do Médico no Mercado de Trabalho em Saúde: aspectos conceituais

Transcorridos pouco mais de quinze anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os principais obstáculos à garantia de universalização e equidade da atenção à saúde permanecem sendo os desequilíbrios sociais, regionais e institucionais que ainda caracterizam o setor e que compõem o quadro geral de desigualdades da economia brasileira desde seus primórdios.

Tais desequilíbrios têm dificultado a gestão do mais complexo insumo do setor – os recursos humanos –, agindo sobre sua dinâmica, formação, estrutura ocupacional e mercado de trabalho, que são fortemente influenciados pela lógica econômica da produção de bens e serviços de saúde. Essa influência é de tal magnitude que ainda que se postule um conceito mais humanizado para se referir aos profissionais empregados no setor não há como ignorar seu caráter de insumo no mercado capitalista. Entende-se, assim como Nogueira (1983: 62), que:

não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las.

Os conceitos de ‘recursos humanos’ e ‘força de trabalho’, embora aparentemente muito próximos, têm cada um sua própria esfera de aplicação. Consagrado na economia política clássica de Smith, Ricardo

e Marx, o termo força de trabalho presta-se a um uso simultaneamente descritivo e analítico de fenômenos demográficos e macroeconômicos, que envolvem produção, emprego, desemprego, renda, divisão de trabalho, assalariamento etc. A expressão recurso humano, por sua vez, é originária da ciência da administração e refere-se à ótica gerencial ou de planejamento, em âmbito micro ou macroinstitucional, remetendo à gestão, capacitação, seleção, plano de cargos e salários, dentre outros aspectos, tendo sua raiz doutrinária na teoria de sistemas (Nogueira, 1983).

Já o conceito de ‘emprego em saúde’ pode ser entendido como as formas de inserção institucional dos profissionais no mercado de trabalho do setor (Medici *et al.*, 1992). O termo ‘emprego’ não se refere a indivíduos, mas a postos de trabalho, sendo originário da corrente teórica econômica do keynesianismo, defendida pelo economista inglês John Keynes, e surge a partir dos anos 30, com as preocupações do Estado em mapear aspectos específicos relacionados à demanda global por força de trabalho (Medici *et al.*, 1992). Os estudos sobre emprego dedicam-se a analisar os impactos que a política pública (social ou econômica) gera sobre a criação de postos de trabalho, dada a demanda global por trabalho em uma dada economia.

São as leis do mercado que estabelecem as relações entre oferta e demanda da força de trabalho. A oferta refere-se à totalidade de indivíduos que trabalham em um determinado setor ou que buscam trabalho, ao passo que a demanda é representada pelo total de postos de trabalho ocupados ou vacantes, proporcionados pelas instituições daquele setor (Nogueira, 1985a).

A força de trabalho em saúde, além de estar submetida a essas leis gerais, subordina-se às especificidades do mercado de trabalho em saúde, o qual configurou-se de forma definitiva, no mundo contemporâneo, no século XX, quando o Estado e o capital passaram a determinar o preço e as relações de compra e venda da força de trabalho do setor. Trata-se de um mercado que, sujeito à mesma dinâmica que caracteriza o mercado de trabalho capitalista em geral, incorporou, ainda, configurações específicas inerentes ao setor de serviços de saúde.

As influências do mercado capitalista fizeram-se sentir pela passagem do trabalho autônomo para o trabalho assalariado, pela divisão do trabalho de tipo manufatureiro para outra de tipo industrial e pelo aumento de escala da força de trabalho utilizada em cada estabelecimento ou unidade produtiva. As configurações específicas do setor saúde, por sua vez, são

representadas pela permanência de um setor predominantemente manufatureiro (o da prestação de serviços de saúde) e outro de natureza industrial (de produção de medicamentos e equipamentos médicos), a partir de um tronco histórico comum, em que o profissional além de prestar serviços fabricava os instrumentos e medicamentos que utilizava (Medici *et al.*, 1991, 1992).

No caso do mercado de trabalho para o médico, os dois principais fatores institucionais que o determinam são o sistema de ensino – que forma e cria a oferta de profissionais – e o modelo de atenção à saúde – que atua decisivamente sobre a demanda e a composição dessa força de trabalho. Tanto a estrutura quanto o volume da oferta são regulados pelas potencialidades do sistema formador, sendo pressionados por demandas sociais, demográficas, político-ideológicas e pelas necessidades da estrutura produtiva. O volume e a estrutura da demanda, por sua vez, refletem as formas concretas de organização da assistência à saúde, como resultado do direcionamento que as políticas sociais assumem em cada conjuntura histórica, sendo também afetados pelas mudanças tecnológicas e do processo de trabalho em saúde.

A regulação entre oferta e demanda pode se dar por meio da relação direta de compra e venda da força de trabalho no mercado ou pela mediação estatal. A intervenção do Estado se efetiva pela política de saúde adotada, que poderá estimular a produção e o consumo dos serviços de saúde segundo a lógica de mercado ou mediante a lógica do bem-estar social.

Antecedentes e Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde nas Últimas Décadas

No Brasil, a intervenção do Estado sobre o mercado de trabalho em saúde começa a se dar de forma mais significativa no início do século XX, tanto pelo surgimento de uma nova modalidade de produção privada dos serviços de saúde quanto pela própria ação estatal. O processo de trabalho médico no país sofria, naquele momento, importantes alterações nos dois elementos definidores da profissão: o conhecimento e o mercado.

Do ponto de vista do conhecimento, a associação entre condutas clínicas e morais foi paulatinamente sendo superada em função do desenvolvimento científico e tecnológico, com a introdução da tecnologia diagnóstica e a incorporação dos avanços da bacteriologia e da medicina

experimental. Cada vez mais, o exercício da atividade médica foi se tornando dependente do aparato tecnológico, exigindo investimento de capital em máquinas e equipamentos, estabelecendo uma maneira de fazer medicina denominada por Donnangelo (1975) “tecnológica”.

No que se refere ao mercado, o modelo hegemônico da prática médica com base na relação individualizada entre o médico e o paciente, sem intermediários que estipulassem tempo, forma ou valor da consulta, foi sendo substituído por relações mais complexas de mercado de trabalho e de exercício da atividade profissional, subordinadas ao contexto político e socioeconômico.¹

Essas mudanças se fizeram sentir concomitantemente à própria evolução do setor de serviços de saúde no Brasil – que pode ser enfocada do ponto de vista histórico-estrutural em dois recortes básicos: o da saúde pública e o da assistência médico-hospitalar –, sendo fundamental para a compreensão dos fatores determinantes que conformaram o mercado de trabalho em saúde.

A intervenção do Estado brasileiro na saúde, até os anos 20, limitou-se ao enfrentamento das demandas sanitárias de caráter coletivo, tais como o saneamento básico e o controle de epidemias e endemias, subordinada aos interesses agrário-exportadores nacionais. O atendimento médico era prestado por ordens religiosas, sociedades beneficentes ou pelos poucos médicos liberais.

Só posteriormente, com o início do processo de industrialização e de formação do sistema previdenciário, a interferência estatal no atendimento às demandas individuais por assistência médica e hospitalar se fez sentir, dando origem a um cenário que lançaria o Estado no centro do mercado de assistência médica e o transformaria em seu monopolizador.

Dos anos 60 a meados da década de 1980, a ação estatal fomentou e financiou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial de produção de serviços e insumos, por meio de convênios e contratos com a rede privada, organizando a prática médica em moldes essencialmente capitalistas (Cordeiro, 1984).

¹ Em um estudo que se tornou referência sobre a sociologia das profissões de saúde, Machado (1995: 24) destaca que a profissão médica, em sua evolução, foi a que mais adquiriu a “capacidade de articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado”.

A unificação das instituições previdenciárias, em 1967 – consolidada com a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) –, ampliou a cobertura de assistência médica para todos os trabalhadores do mercado formal e foi o principal marco da ação do Estado na área da saúde, nos anos 60, com repercussões determinantes tanto no mercado de trabalho médico quanto na formação desse profissional, ao longo das décadas seguintes.

Como a rede de serviços de saúde era insuficiente para atender ao expressivo aumento de demanda daí decorrente, o Estado adotou uma política de contratação de serviços privados, especialmente na atenção hospitalar. Estes, por sua vez, tiveram que contratar maior número de profissionais de saúde, tornando-se o principal mercado de trabalho para diversas categorias. Entre 1966 e 1974, o número de empregos, somente nas atividades hospitalares, passou de 150.123 para 303.098 (Medici, 1986: 409).

A natureza privatizante da ação do Estado pode ser atestada pela grande expansão da rede hospitalar privada com fins lucrativos. Em 1978, a iniciativa privada respondia por 81,2% da rede de serviços de saúde; já no ano seguinte, três de cada quatro leitos hospitalares existentes no Brasil pertenciam ao setor privado, que ampliou sua capacidade de internação de 22.976 leitos, em 1960, para 211.802, em 1984 (Medici, 1986; Medici *et al.*, 1992; Nogueira, 1986a). Essa expansão privada não se reproduziu na rede ambulatorial, mantida historicamente pelo setor público, responsável, em 1980, por 8.822 estabelecimentos deste tipo contra apenas 1.560 da rede privada (Nogueira, 1986a).

Esse quadro foi determinante na configuração e mesmo na consolidação do mercado de trabalho em saúde, com um crescimento bruto do número de empregos de cerca de 53%, entre 1961 e 1971 (Medici *et al.*, 1992).

Tal crescimento reproduziu a própria dinâmica do emprego em geral no país e no setor público. No período conhecido como ‘milagre econômico’ (1968-1973), a economia brasileira apresentou níveis positivos de crescimento, com repercussões nos anos seguintes. O emprego formal cresceu, entre 1976 e 1980, a uma taxa geométrica anual de 14,1%, sendo acompanhado por um crescimento do emprego em saúde da ordem de 13,2% ao ano (Medici, 1986).

Em 1982, o setor privado concentrava 51% do total de empregos em saúde, percentual este que nos estabelecimentos com internação

alcançava 62,5% (Medici, 1986). No entanto, embora o setor público tenha investido menos na criação de leitos, gerou maior número de empregos de profissionais de saúde por leito instalado (Nogueira, 1986a). Em 1979, apresentava uma relação de um emprego por leito, enquanto no setor privado (lucrativo ou filantrópico) essa relação era de 0,7. No mesmo ano, a rede ambulatorial pública absorveu 110.903 empregos de profissionais de saúde contra apenas 33.588 no setor privado (Nogueira, 1986a).

Grande parte dos postos de trabalho então gerados no setor saúde destinava-se à categoria médica e aos atendentes de enfermagem. Em 1977, as duas categorias representavam 67,5% dos postos de trabalho do setor (Medici, 1986). Isso configurou uma polarização do mercado de trabalho da saúde nesses dois tipos de profissionais.

Entre 1976 e 1982, o crescimento de postos de trabalho médicos foi de 8,42% ao ano, sendo que no final do período (1982) já representava 31% do total de postos de trabalho em saúde (Girardi, 1986).

O profissional médico transformou-se em um trabalhador assalariado típico, como decorrência de todo esse contexto político, econômico e de mercado, no qual

o crescimento do setor privado lucrativo teve um papel decisivo, não só pelas dimensões de demanda que foi capaz de criar, como também por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada: por exemplo, generalizou o uso do salário mínimo de médicos e de seu emprego em tempo parcial. (Nogueira, 1986a: 26)

No período de 1970 a 1980, o percentual de médicos que ganhavam menos de 10 salários-mínimos passou de 31,6% para 49,3%, evidenciando-se uma perda aquisitiva real, em um contexto de relativo excesso de oferta desses profissionais, sob a ação das políticas implementadas (Nogueira, 1985b).

Ao longo dos anos 80, expandiu-se o assalariamento e houve queda dos salários reais de médicos e outros profissionais de saúde, o que estimulou o múltiplo emprego, que já se fazia presente desde a década anterior (Medici, 1993). Com a crise econômica iniciada em 1979, os níveis de emprego no país começaram a declinar. Entre 1980 e 1983, o crescimento do emprego formal caiu para 1,3% ao ano. Ainda assim,

o emprego no setor público, cresceu a uma taxa anual de 9,7%, no mesmo período. As razões são explicadas por Medici (1986: 415):

o Estado brasileiro tem utilizado, eventualmente, sua máquina empregatícia no sentido anticíclico, nos períodos de crise econômica, tal como ocorreu, entre 1980 e 1983. Eleições, clientelismo político, empreguismo, reestruturação parcial de órgãos e funções dos governos, em diversas instâncias da administração pública têm sido algumas das várias formas que o Estado encontrou para manter aceso, mesmo que, casualmente, o ritmo de absorção de empregos, num período de vacas magras para a maior parcela do setor privado.

No caso do setor saúde, esse aumento foi de 15,5% ao ano, no período citado (1980-1983). Vale ressaltar que, embora tenha sido o setor público o responsável por alavancar esse crescimento, apresentando taxa de 17,6% ao ano, o setor privado também registrou incremento anual de 10,6%, o que confirma o papel de custeador das atividades privadas de saúde que o Estado desempenhou nessa fase de nossa história (Medici, 1986).

Assim, tanto no setor público quanto no privado, foi mantido o forte crescimento do emprego em saúde, com um incremento, no período de 1980 a 1987, de 5,3% ao ano, enquanto nas demais atividades econômicas esse percentual foi de apenas 1,3% (Medici, 1993). No mesmo período, embora o setor privado tenha se mantido como principal empregador, o emprego público ampliou-se mais do que o privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho do setor (Medici, 1993). Os médicos continuaram figurando como principal categoria profissional no total de empregos de nível superior, ocupando, em 1987, cerca de 69% desses postos de trabalho (Medici, 1993).

Durante toda a década, o setor público foi ampliando sua participação como empregador desses profissionais. Em 1980, a área privada concentrava 53,5% dos empregos médicos. Quatro anos depois, em 1984, a esfera pública já cobria metade desses empregos (Girardi, 1986), e em 1987 era responsável por 64,7% dos postos de trabalho médicos contra 73,7% do setor privado (Medici, 1993).

O final da década, no entanto, anunciava mudanças importantes na configuração do mercado de trabalho em saúde, decorrentes de alterações no contexto geral da política e da economia do país e do

próprio setor saúde. Até então, o aumento da capacidade de absorção de empregos no setor havia sido sustentado, essencialmente, pela mesma fonte financeira, ou seja, o sistema previdenciário. O crescimento das despesas com assistência médica amparara-se no aumento da receita previdenciária, que só foi possível graças à expansão do emprego formal nos setores secundário e terciário da economia, fruto do crescente processo de industrialização e da urbanização acelerada. Contudo, paulatinamente, foi se configurando um processo de desaceleração da economia brasileira, que redundou em um cenário de crise, com repercussões, nos anos 90, sobre a dinâmica do mercado de trabalho em geral.

Simultaneamente, o mercado de trabalho em saúde incorporava mudanças provenientes do processo de descentralização do setor, iniciado já em meados dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e consubstanciado a partir de 1988, com a implantação do SUS.

Por um lado, manteve-se o crescimento do emprego em saúde no setor privado, especialmente na assistência hospitalar. Em 1999, considerando a rede total de estabelecimentos de saúde do país, a iniciativa privada era responsável por 41% deles; tomando-se o total de leitos hospitalares, esse percentual sobe para 70,5%. O crescimento do emprego no setor privado foi favorecido pela demanda de serviços especializados, diagnósticos e de alto custo por parte do SUS a esse setor e pelo crescimento do segmento da medicina complementar vinculada aos planos e seguros de saúde (Silva & Costa, 2002).

Por outro lado, embora ao longo da década tenha havido também um incremento do número de empregos médicos (considerando o período entre 1992 e 1999), tanto no setor privado (48,5%) quanto no público (31%), algumas importantes mudanças se fizeram sentir. Configurações específicas no mercado de trabalho em saúde foram se verificando, provenientes, em grande parte, da transferência de atribuição da prestação de serviços de saúde das esferas federal e estadual para a municipal. Já em 1992, o percentual de estabelecimentos de saúde sob gestão federal caíra de 28%, em 1981, para 5%; e sob gestão estadual de 50% para 26%. Ao final da década, em 1999, a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tornara-se residual, com os municípios gerindo 92% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 6% (Silva & Costa, 2002).

Enquanto o número de empregos municipais em saúde cresceu aproximadamente 85%, entre 1992 e 1999, houve, no mesmo período, significativa redução no âmbito federal (57%) e estadual (10%). Do total de empregos em saúde em 1999 (1.891.550), 53% eram públicos e 47% privados, com os médicos respondendo por 23% do total (Silva & Costa, 2002).

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção. Esse aumento dos postos de trabalho na atenção ambulatorial foi particularmente expressivo no caso da categoria médica. Entre 1992 e 1999, houve, no país, um incremento da ordem de 38% no número de postos de trabalho médicos na assistência ambulatorial do SUS (Silva & Costa, 2002).

Paralelamente, no plano macroeconômico, também se registravam importantes alterações no mercado de trabalho brasileiro:

As principais tendências observadas no mercado de trabalho brasileiro na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação – flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência aos trabalhadores (...). (Silva & Costa, 2002: 276)

Com base em estudo desenvolvido, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Silva e Costa (2002) discutem o impacto da desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil, nos anos 90, sobre a qualidade do emprego no setor saúde:

As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços. (...)

A grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece também fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado.

Consideram-se fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho a adoção preferencial pelos gestores municipais do regime de terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários. (Silva & Costa, 2002: 282-283)

Além da desregulamentação, o mercado de trabalho em saúde experimentou, nos anos 90, queda dos salários de contratação para a maioria dos segmentos profissionais e crescimento da oferta de postos de trabalho nas faixas mais baixas de remuneração. No caso dos médicos, aumenta a participação das faixas salariais de contratação até três salários mínimos, de três a cinco e de cinco a dez. A faixa com maior concentração de admitidos deslocou-se de dez a vinte salários mínimos, em 1990 (36,67%), para cinco a dez salários, em 1994 (37,14%) (Girardi, 1995).

O médico foi gradativamente deixando de viver apenas do consultório privado e passou a depender, cada vez mais, do trabalho assalariado ou dos convênios com os planos privados da medicina complementar.² Sua remuneração atingiu patamares muito baixos, levando ao acúmulo de dois, três ou mais empregos e demandando grande número de horas semanais de trabalho.

Os baixos salários aliados à desregulamentação têm gerado uma tendência que à primeira vista poderia ser confundida com um retorno à medicina liberal, revelada pela proliferação de consultórios médicos conveniados com os seguros-saúde, mas que na realidade significa a tentativa de recompor a renda perdida, e que se dá quase sempre associada à inserção em um ou vários empregos, em geral públicos.

O importante estudo de âmbito nacional desenvolvido em 1995, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde,

² Campos (1988) analisa, em profundidade, a mudança do referencial de mercado e de inserção política da categoria profissional médica, nos anos 70 e 80, no livro *Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento - a defesa da prática liberal da Medicina*.

da Escola Nacional de Saúde Pública (Nerhus/Ensp), em colaboração com o Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Associação Médica Brasileira (AMB) e Ministério da Saúde, intitulado *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*, aponta outras características marcantes da inserção da categoria médica no mercado de trabalho em saúde que se foram configurando ao longo das últimas décadas e que se expressaram claramente nos anos 90. São elas (Machado, 1997; Vieira *et al.*, 1998):

- Existência de um mercado com cerca de 350 mil postos de trabalho, incluindo o setor público e o privado, para um total de 197.557 médicos ativos, que, em sua maioria, também atuam em consultórios privados (75%);
- Exercício profissional baseado em múltiplos vínculos (cerca de 75% dos médicos possuem até três atividades profissionais e 24,4% têm mais de três);
- Homogeneidade quanto ao comprador ou demandante dos serviços, ou seja, são de igual importância para o mercado de trabalho médico as esferas pública e privada e os consultórios particulares, observando-se que 69,7% dos médicos trabalham em estabelecimentos públicos, 59,3% na rede privada e 74,7% em consultórios;
- Atividade em consultório particular é exercida mediante convênios ou cooperativas para 79,1% dos médicos, sendo que 16,6% exercem essa atividade em estabelecimentos de saúde (6,8% em regime de comodato em hospitais; 6% com cessão de percentual de produção; 3,8% com sublocação de horário);
- Atuação profissional predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país;
- Crescente aumento da participação feminina na força de trabalho médico, alcançando um percentual de 32,7%;
- Constituição etária predominantemente jovem, com 65% de profissionais com menos de 45 anos de idade e exercendo suas atividades há menos de 15 anos;
- Urbanização acentuada do trabalho médico, ou seja, 65,9% dos médicos atuam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente;

- Predominância de dez especialidades, entre aquelas reconhecidas oficialmente, no mercado de serviços médicos, representando 62,1% do total de médicos existentes no país, sendo elas: pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, cardiologia, traumatologia, oftalmologia, psiquiatria e medicina geral comunitária;
- Trabalho exercido em regime de plantão por quase metade dos profissionais médicos (48,9%), com maior frequência de plantões de 12/24 horas;
- Faixas de rendimento variáveis em função da especialidade exercida, sendo as mais bem remuneradas as de radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (5 mil dólares), seguidas pelas de hansenologia, endoscopia digestiva, mastologia, cirurgia cardiovascular e radiologia (4 a 4,9 mil dólares); figurando como as de mais baixo rendimento as especialidades de medicina sanitária, sexologia, fisiologia e genética clínica (menos de 1.999 dólares), enquanto as restantes percebem uma renda mensal na faixa de 3.000 a 3.999 dólares.

Cerca de uma década depois do estudo de Machado (1997), já pode ser observada a consolidação de algumas dessas tendências. É o que mostra a mais abrangente e recente investigação sobre a situação do trabalho médico no Brasil. Trata-se do estudo *O Médico e o seu Trabalho*, do CFM, também de âmbito nacional, realizado com a intenção de atualizar a pesquisa de Machado e que replicou o mesmo questionário outrora utilizado, porém acrescido de algumas alterações e inovações. O estudo do CFM foi executado pelo próprio órgão, com apoio da Associação Médica Brasileira, entidades sindicais e sociedades de especialistas. Os dados foram coletados no período de outubro de 2002 a março de 2003 (CFM, 2004). Comparando-se os dois estudos, observa-se que:

- O total de médicos ativos no país passou de 197.557 para 234.554, apresentando um incremento de 18,7%;
- Ampliou-se o exercício profissional com base em múltiplos vínculos, com 28,2% dos médicos exercendo mais de três atividades profissionais, contra 24,4% na pesquisa anterior. Conseqüentemente, aqueles que possuem até três atividades passaram de 75% para 71,8%;

- houve redução do número de médicos que atuam em consultório (de 74,7% para 67%) e no setor privado (de 59,3% para 53,8%), mantendo-se inalterada a porcentagem dos que trabalham no setor público (69,7%), o qual passou a ocupar, então, o primeiro lugar como empregador;
- A atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução, passando de 79,1% para 75%;
- A atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado;
- Embora tenha havido ligeira queda no percentual de participação feminina na força de trabalho médico (de 32,7% para 30,2), manteve-se a tendência de aumento do ingresso das mulheres na profissão, o que pode ser observado pelo fato de que elas já representam 40,2% dos médicos com menos de 28 anos de idade;
- A constituição etária predominantemente jovem dos médicos manteve-se praticamente inalterada (63,4% de profissionais com menos de 45 anos de idade contra 65% no estudo anterior);
- Houve pequena redução no percentual de médicos que atuam nas capitais, que passou de 65,9% para 62,1%;
- Surgem dentre as especialidades mais exercidas a urologia e a dermatologia, fato atribuído, no estudo do CFM, a uma possível tendência de crescimento da preferência dos médicos por áreas de maior retorno financeiro, pela execução de procedimentos, em especial na relação com os convênios privados;
- Se na pesquisa anterior o trabalho exercido em regime de plantão atingia quase metade dos profissionais médicos (48,9%), os números atuais mostram que esse percentual já ultrapassou os 50%, chegando a 51,8%, ampliando-se a frequência dos plantões de 12/24 horas (de 49% para 54,5%);
- As faixas de rendimento não foram pesquisadas pela especialidade exercida, como no estudo de Machado (1997), mas apenas em termos genéricos; dessa forma, a investigação do CFM aponta que cerca de um terço dos médicos atribui queda

à sua renda nos anos recentes, com mais da metade dos profissionais (51,5%) apresentando renda mensal de até 2 mil dólares, percentual que na pesquisa anterior era de 44,5%.

Essas características e tendências revelam as evidentes mudanças pelas quais passou a categoria médica e o mercado de trabalho para esse profissional nas últimas décadas. No entanto, novas alterações devem ser esperadas como resultado da expansão do processo de descentralização do setor saúde, da reorientação do modelo de atenção e do incessante e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, que deverá trazer novos paradigmas para a prática médica.

O Programa de Saúde da Família: uma nova opção

O processo de municipalização do setor saúde mantém-se em contínua expansão, ampliando cada vez mais a participação dessa esfera de governo no mercado de trabalho em saúde. No ano 2000, 55% do total de empregos públicos de profissionais de saúde eram oferecidos pela esfera municipal. No caso dos médicos, no mesmo ano, os municípios foram responsáveis por quase 53% dos postos de trabalho públicos no setor saúde para essa categoria, seguidos da instância estadual (46,3%), ficando a federal com apenas 0,6% (Girardi & Carvalho, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF), cuja implantação tem sido amplamente intensificada do final dos anos 90 para cá, vem tendo uma participação importante nessa oferta de postos de trabalhos municipais. Criado em 1994, o Programa foi apresentado como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Em sua concepção, foram previstas como principais características: a promoção e proteção da saúde; áreas de abrangência definidas, com adscrição de clientela; equipes com composição mínima; residência das equipes na localidade de atuação; participação comunitária por meio de ações de educação em saúde; atenção integral e permanente; integração ao sistema de saúde local; impacto na formação de recursos humanos; remuneração diferenciada e estímulo ao controle social (Brasil, 1994).

Sua implantação já cobre a grande maioria dos municípios brasileiros e encontra-se em contínua expansão. Dados de dezembro

de 2006, disponíveis na página eletrônica do Ministério da Saúde,³ contabilizam 5.564 municípios que adotam essa estratégia de atenção à saúde, totalizando 26.729 equipes (compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde),⁴ cobrindo aproximadamente 86 milhões de habitantes. Cada equipe é responsável por mil famílias, o que equivale a aproximadamente 3.500 pessoas, que são acompanhadas mediante cadastramento, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas e atendimento em unidade assistencial básica, com referência para atendimentos especializados e de maior complexidade.

O PSF vem se configurando como mais do que um programa de saúde, expressando-se como importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, compreendida por muitos como uma espécie de ‘reforma da Reforma’, em uma referência à Reforma Sanitária consubstanciada no SUS (Viana & Dal Poz, 1998; Souza, 2002; Souza & Sampaio, 2002). Além desse aspecto, o PSF apresenta-se como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, causar impacto na configuração do mercado de trabalho e na própria formação de profissionais para o setor.

Dadas essas características e sua expansão, o PSF encontra-se, hoje, inserido na agenda política e social do setor, tendo trazido uma nova dinâmica para a reestruturação dos serviços, com vistas à reorientação do modelo de atenção à saúde, representando mais uma opção de mercado de trabalho para os médicos e outros profissionais da área. O Programa já é responsável, direta ou indiretamente, por cerca de 200 mil postos de trabalho, o que representa mais de 20% do emprego público em saúde (Girardi & Carvalho, 2003).

Um inquérito nacional realizado em 2001, pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG), mostra que o PSF responde por 3,4% da demanda institucional de postos de trabalho médico e por 9,5% do estoque de emprego formal desse profissional, absorvendo 5,5% da oferta de médicos (Girardi & Carvalho, 2003).

³ <www.saude.gov.br>.

⁴ Desde 2001, as equipes passaram a ser integradas também por odontólogos, processo ainda em implantação.

No entanto, as formas de contratação temporária e por prestação de serviços, no PSF, predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato. Quando se analisa a contratação de médicos pelo PSF observa-se que, em conjunto, essas duas modalidades de vínculo são responsáveis por 70% dos contratos desses profissionais (Girardi & Carvalho, 2003). Indagados, no estudo do Nescon, sobre os motivos que levam à utilização de formas precárias de contratação de profissionais, mais da metade dos municípios apontaram a ‘flexibilização’ (57,8%) e as restrições impostas pela ‘Lei de Responsabilidade Fiscal’ (53,8%); vindo a seguir o ‘menor custo’ (36,8%) e a ‘instabilidade no financiamento’ do Programa (34,5%) (Girardi & Carvalho, 2003).

Quanto às vantagens e problemas atribuídos pelos gestores municipais na utilização de formas de contratação precárias, 43,1% dos municípios identificaram como principal vantagem a ‘flexibilidade’, nas suas diversas formas (para admissão e demissão, gerencial etc.); e como principal problema a ‘instabilidade e desproteção do trabalho’ (47,7%) (Girardi & Carvalho, 2003).

Os autores do estudo chamam a atenção para as conseqüências desse quadro sobre a definição, pelo PSF, de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento de recursos humanos e sobre a própria qualidade do emprego gerado pelo Programa. Qualidade que fica comprometida pela fragilidade das formas de vinculação praticadas, que desconsideram direitos trabalhistas consagrados no setor público e no mercado de trabalho formal privado.

Apesar disso, ou talvez por causa disso, o Programa oferece bons níveis de remuneração profissional (dois mil dólares, em média, para o médico, segundo a pesquisa do Nescon). Os salários pagos aos médicos pelo PSF são, em média, 76% superiores aos de mercado para esse profissional (Girardi & Carvalho, 2003). Esse aspecto é uma das principais preocupações e dificuldades que os gestores têm enfrentado na implantação e manutenção do PSF e se insere no contexto mais amplo da tendência à desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro, já referida.

O estudo do Nepp, citado anteriormente, revela a amplitude dessa desregulamentação. Em 2000, somente 22% dos municípios brasileiros adotavam a modalidade estatutária como principal tipo de contrato de trabalho para médicos na atenção básica. O contrato dessa categoria profissional via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) era praticado, na Região Sudeste, por 35% dos municípios, enquanto a terceirização

para empresas e cooperativas médicas era adotada por 18% dos municípios da Região Sul. No Centro-Oeste, a informalidade predomina, com 38% dos municípios contratando médicos como autônomos. Já as regiões Norte e Nordeste apontaram “outros tipos de contratos flexibilizados” como a principal forma de contratação de médicos, com 40% e 39% de municípios nessa condição, respectivamente (Unicamp *apud* Silva & Costa, 2002).

Outro importante estudo que ajuda a compreender o PSF como campo de atuação profissional foi realizado, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Nerhus/Fiocruz), em conjunto com o Ministério da Saúde. A pesquisa, de âmbito nacional, teve por objetivo traçar o perfil dos médicos e enfermeiros que atuam no Programa. Os resultados confirmam os achados do estudo do Nescon, no que se refere ao percentual de 70% de médicos com contratos temporários, mas revelam também outros aspectos essenciais para a compreensão do PSF como mercado de trabalho (Machado, 2000). São eles:

- Quase 60% dos médicos que trabalham no PSF têm menos de 40 anos de idade;
- A maioria pertence ao sexo masculino (56%);
- Em geral, são oriundos de escolas médicas públicas (74%) e estão formados há menos de 15 anos (63%);
- Cerca de 70% não são especialistas, ou seja, não possuem nenhuma formação específica após a graduação, incluindo residência ou especialização;
- Dentre os que possuem alguma especialidade, predomina a pediatria (20%), seguida por medicina do trabalho (18%), medicina geral e comunitária (15%), gineco-obstetrícia (14%), medicina sanitária (11%) e saúde da família (9%);
- 83% exerceram alguma atividade médica anterior à contratação para o PSF;
- 70% consideram más as condições de trabalho oferecidas pelo Programa;
- A renda média mensal obtida com o trabalho médico é de 2.229 dólares.

Obviamente, esse perfil nacional dos médicos atuantes no PSF pode apresentar variações quando analisadas as diferentes regiões brasileiras e mesmo municípios de uma mesma região, dada a grande diversidade de situações sociais, políticas e econômicas que caracterizam nosso país. Esses aspectos serão considerados e apresentados no capítulo seguinte. Por ora, vale destacar os resultados encontrados na já referida pesquisa *O Médico e o seu Trabalho*, do CFM, que, além dos pontos então apresentados, também abordou a percepção dos médicos acerca do PSF e do SUS, no que se refere ao impacto nas condições de saúde e no trabalho médico (CFM, 2004).

Cerca de 84% dos médicos pesquisados informaram que o PSF se encontrava implantado na ‘cidade e/ou região’ em que atuavam. Para a maioria deles, o Programa foi responsável por um ‘aumento/melhora’ do emprego médico (74,6%) e da cobertura da assistência (70%). Entretanto, para grande parte dos médicos, com a implantação do PSF, não se alteraram as condições de trabalho (54,2%), a qualidade dos serviços (44,6%), a organização dos serviços (44,1%) e os rendimentos médicos (42,1%). Deve-se ressaltar que, no caso dos rendimentos, o percentual de profissionais que identificaram ‘aumento/melhora’ com a implantação do PSF foi de 40,6%.

De modo geral, é possível assumir que há uma impressão razoavelmente positiva do PSF, por parte dos médicos, ainda que se considere a necessidade de aperfeiçoar seus mecanismos de gestão. Nesse sentido, ao opinarem sobre os fatores que poderiam assegurar a eficácia do PSF, os médicos participantes do estudo apontaram como ‘totalmente prioritários’ os seguintes aspectos: condições de trabalho (81,8%), remuneração (77,7%), infra-estrutura (77,1%), plano de carreira (65,9%), critérios de seleção para acesso (64,2%), vínculo trabalhista (63,1%), estabilidade no emprego (59,1%) e hierarquia na equipe (47,1%).

Já em relação ao SUS, a percepção é mais desfavorável. Se a maioria dos médicos por um lado acredita que sua implantação acarretou ‘aumento/melhora’ da cobertura da assistência (50,7%) e do emprego médico (44,8%); por outro, também avalia que houve ‘diminuição/piora’ das condições de trabalho (52,6%), dos rendimentos médicos (52,4%), da qualidade dos serviços (47,4%) e da organização dos serviços (40,7%).

Esses resultados indicam a necessidade de se auscultar cada vez mais os profissionais de saúde, a população e os gestores, no sentido de identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e

recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

As mudanças que o mercado de trabalho médico vem sofrendo ao longo das últimas décadas, entre as quais a consolidação do SUS e do PSF se incluem, também provocaram alterações na composição, volume e condições da oferta desses profissionais. Os mesmos fatores econômicos, políticos, institucionais e tecnológicos que acarretaram tais transformações, aliados a outros, redimensionaram a oferta, a formação e a qualificação dos profissionais requeridos para atuarem nesse novo cenário. Essa discussão passa a ser agora analisada.

A Oferta de Médicos e seus Determinantes Históricos

Embora a primeira escola médica tenha sido criada quando o Brasil ainda era Reino Unido de Portugal, no início do século XIX (1808), o número de médicos no país só se tornou significativo mais de cem anos depois, a partir da década de 1960. Até então, a formação desses profissionais dava-se em ritmo lento e regular. Em 1920, existiam nove escolas de medicina; em 1940 esse número subira para apenas 13, mantendo-se assim até os anos 50. No entanto, em apenas uma década e meia (1950 a 1966), o número de escolas médicas saltou de 13 para 40 (Teixeira, 1982). Dal Poz e Varella (1995) atribuem ao surgimento de novas escolas médicas características de 'surto', ocorrido em dois períodos: de 1950 a 1964, quando foram criadas quase duas escolas por ano, totalizando 23; e de 1965 a 1971, com seis escolas novas a cada ano, que totalizaram mais 37 instituições desse tipo.

Se o lento crescimento até então registrado pode ser atribuído, dentre outros fatores, à elitização da política educacional vigente, a rápida expansão a partir dos anos 60 pode ser associada a dois principais fenômenos: o comportamento do mercado de trabalho, que começa a ampliar-se com a expansão da rede assistencial derivada da medicina previdenciária, como já discutido, e os propósitos estatais e da sociedade de democratizar o ensino no país.

Além desses fatores, deve-se também acrescentar o diagnóstico bastante freqüente que então se fazia, tanto por estudos governamentais quanto acadêmicos, em torno do déficit de médicos para atender as

necessidades de saúde do país, dadas as desigualdades sociais e extensão territorial. Scorzelli Jr., em 1967, diretor geral do então Departamento Nacional de Saúde, por ocasião da 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada naquele ano, afirmava:

Dizer-se, por exemplo, que o Brasil necessita de 1 médico por 1.000 habitantes, é adotar uma expressão global, que desconhece a acentuada variedade de necessidade de seu território. Não obstante, como valor global e em ponto de partida, serve como indicação de que temos um déficit de quase 50.000 médicos, a serem acrescentados aos 34.000 conhecidos. (Brasil, 1967)

Para suprir essa demanda, foi estimulada, pelo Estado, a ampliação do aparelho formador de médicos. Essa política encontrava respaldo, inclusive, nas próprias análises que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) efetuava sobre a situação da atenção médica nos países latino-americanos.

Nesse contexto, foram criadas, no Brasil, entre 1965 e 1975, 53 novas escolas médicas, o que significou uma taxa de crescimento de 230% (Nogueira, 1985b). Para além dos fatores específicos que fomentaram a expansão do ensino médico, outros elementos foram decisivos para esse crescimento, que não se restringia às escolas médicas, mas ao ensino superior como um todo, fruto de uma política de governo que incentivou a formação universitária, para diversas outras carreiras, em um contexto desenvolvimentista.

O país vivia a fase do desenvolvimentismo econômico, sob a égide do governo autoritário, com crescimento do mercado interno de bens e serviços e urbanização acelerada, gerando novos postos de trabalho para diversas profissões. Entre 1968 e 1973, o número de alunos universitários saltou de 278.295 para 820.493, representando um crescimento da ordem de 200% (Nogueira, 1986a).

No início dos anos 60, a Comissão de Planejamento de Formação de Médicos do então Ministério da Educação e Cultura (MEC) elaborou um documento em que previa para o período 1963-1983, ou seja duas décadas, a criação de vinte novas escolas médicas. Contudo, em apenas cinco anos desse período, entre 1965 e 1970, nada menos que 33 novas faculdades de medicina foram autorizadas pelo ministério a funcionar (Quadra & Amancio, 1984). No ano final daquele período (1983), o número de concluintes dos cursos de medicina foi de 7.289 novos médicos,

o que representou um incremento de aproximadamente 75% em relação aos concluintes de 1963 (Machado, 1996b; Nogueira, 1986a). Ainda assim, este não foi o ápice do fluxo de concluintes, que se deu em 1978, quando chegou a 8.722, entrando em queda nos anos seguintes e mantendo-se até o final da década de 1980 em torno de 7.000 egressos por ano (Dal Poz & Varella, 1995; Nogueira, 1986a). Essa queda foi resultado de política governamental explícita que proibiu a abertura de novas escolas e o aumento excessivo do número de vagas nas já existentes, determinação que vigorou até 1989 (Machado, 1997; Nogueira, 1986a).

Documentos oficiais e mesmo diversos estudos produzidos por entidades privadas, associações de escolas ou pesquisadores contribuíram para justificar esse aumento desordenado das escolas médicas. Isso porque, além de não explicitarem a lógica política e ideológica que fomentou esse incremento e que reproduzia a estrutura educacional de modelos estrangeiros, também não abordaram as formas de financiamento envolvidas e a relação com a incorporação tecnológica e a política de saúde prevalente:

A maioria das conclusões de tais trabalhos, que sempre identificavam como fator irretorquível um déficit de profissionais, justificou (no sentido de fornecer pretexto) a expansão de matrículas e a criação de novas escolas na área de saúde, em especial, escolas médicas, em especialíssimo, privadas; justo no eixo Rio-São Paulo. Salvo uns meritórios, mas logo contidos ímpetos modernizadores, multiplicar vagas e faculdades nada significava em termos de transformações de conteúdos temáticos e pesquisa voltada aos problemas nacionais de saúde. (Quadra & Amancio, 1984: 245)

A subordinação do modelo de formação médica brasileiro a moldes estrangeiros, a que se referem Quadra e Amancio, diz respeito principalmente à aplicação do modelo flexneriano, de origem norte-americana, que exerceu sua influência sobre nós a partir da 2ª Guerra Mundial. Até então, as escolas de medicina brasileiras inspiravam-se no modelo europeu, especialmente o francês. Proposto pelo Relatório Flexner, em 1910, sob os auspícios da Associação Médica Americana, o modelo flexneriano tornou-se um novo paradigma para a prática e a formação médicas. Propunha a expansão do ensino clínico com base em unidades assistenciais, a integração de escolas médicas em

universidades e a introdução da pesquisa associada ao ensino.

Adotado em toda a América latina, tornou-se, contudo, rapidamente, objeto de crítica e insatisfação, em função da constatação de que não respondia às necessidades sociais dos países subdesenvolvidos, que careciam inclusive de recursos para aplicá-lo. Nos Estados Unidos, país emblemático do modelo assistencial de inspiração flexneriana, 90% dos recursos disponíveis para a saúde são consumidos para tratar apenas 11% dos pacientes (Maciel Filho, 2001).

A adoção do modelo flexneriano, que torna o ensino médico baseado em investigação clínica aplicada no hospital, representa o triunfo da concepção cientificista da medicina. No caso brasileiro, esse cenário se expressa, ainda hoje, pelo distanciamento entre a educação médica e a realidade socioeconômica e sanitária do país, ao mesmo tempo em que se mostra coerente com o modelo médico-assistencial hegemônico. À exceção de iniciativas governamentais mais recentes e ainda incipientes, como será visto mais adiante, as respostas que o sistema formador procurou dar aos problemas sociais e de saúde se limitaram a ser de caráter quantitativo.

A educação é o momento da reprodução das práticas e da formação profissional daqueles que estarão ativos no mercado ao longo dos próximos trinta a quarenta anos. O modelo tradicional de ensino com base no hospital como *locus* privilegiado do processo de aprendizagem, muitas vezes desarticulado do sistema de saúde, não responde às necessidades de uma formação em que o princípio da integralidade da atenção é a base das práticas de saúde. Adicionalmente, as abordagens pedagógicas tradicionais utilizadas não habilitam os profissionais enfrentarem o desafio de práticas cada vez mais complexas e em constante processo de transformação (Maciel Filho, 2001).

É preocupante constatar que o diagnóstico dessa cisão entre ensino médico e realidade social vem sendo reiterado há décadas, tendo conseguido sobrepujar-se às tentativas de reordenamento da formação desse profissional. Assim é que o cenário descrito por Silva, há mais de vinte anos, em 1986, na Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, continua, infelizmente, marcado pela sua atualidade:

(...) a escola médica não teve ainda a capacidade de entender a questão do ensino-aprendizagem como um processo onde é fundamental a interação entre o objeto, o professor e o aluno. (...)

Este modelo educacional acrítico, ahistórico e cientificista corresponde à grande maioria senão à totalidade das escolas médicas brasileiras. (...) os hospitais universitários constituem o campo de prática preferencial (...). Tais hospitais, na maior parte dos casos, colocam-se em posição distante da realidade que os cerca (...).

Ainda que na maioria dos regimentos das escolas médicas brasileiras esteja estabelecido o compromisso com a formação de um profissional técnico e eticamente preparado para atender aos problemas prioritários da comunidade, tal não acontece. (...)

A falta de formação científica sólida, aliada à mitificação tecnológica e ao descompromisso social, transformam o médico formado num elo fundamental na cadeia do consumo de produtos (medicamentos) e equipamentos. (...)

Portanto, em relação ao seu produto, a escola médica cumpre uma função de através dele perpetuar um modelo médico-assistencial único, determinado por interesses industriais e mercantilistas. (Silva, 1986: 9-10)

O grande incremento na formação de médicos se deu atrelado a duas importantes alterações na estrutura demográfica da oferta da força de trabalho médica, já referidas: sua feminilização e seu rejuvenescimento. A feminilização pode ser atribuída às mudanças socioculturais da sociedade brasileira nos anos 60 e 70, particularmente nos grandes centros urbanos, ampliando a participação feminina na vida econômica e social. A participação feminina na força de trabalho médica teve um incremento, entre 1970 e 1980, da ordem de 77,6%. Com exceção do Distrito Federal, houve, no mesmo período, crescimento da participação feminina no trabalho médico em todas as regiões, passando de 11,6% para 20,6% no país como um todo. O maior percentual foi registrado na Região Nordeste, com 27,5%, e o menor na Região Sul, com 14% de mulheres no total de médicos (Medici, 1985).

A feminilização mostrou-se mais expressiva, no período citado, nas faixas de idade mais jovens (até 29 anos e de 30 a 39), com incrementos de 57% e 54,8%, respectivamente, enquanto, na faixa etária de 40 anos e mais, esse aumento foi de 12% (Medici, 1985).

No que se refere ao rejuvenescimento da força de trabalho, os profissionais com menos de 30 anos, que, em 1970, representavam cerca de 14%, passaram para quase 23%, em 1980, ao mesmo tempo

em que os com mais de 60 anos reduziram sua participação de 10,88% para 6,28% (Medici, 1985).

Mas a principal consequência do fenômeno de expansão do ensino da medicina, conhecido como o *boom* das escolas médicas, foi o expressivo aumento de oferta dessa força de trabalho nos anos subsequentes, coerente com a expansão capitalista do setor na década de 1970. Se até 1950, as 13 escolas médicas brasileiras eram todas públicas, a partir da década de 1960 a rede privada é que se torna majoritária. Atualmente, a relação é mais igualitária, com o país possuindo 119 escolas médicas reconhecidas pelo Ministério da Educação, sendo 65 públicas e 54 privadas, que formam, aproximadamente, 10.000 médicos por ano.⁵

Foi a partir de meados dos anos 70 que passou a ser registrada a reversão da tendência das políticas e orientações expansionistas de formação de médicos. Fizeram parte desse contexto, a Primeira Reunião sobre Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe, promovida pela Opas em 1977 e a Assembléia Mundial da Saúde, no mesmo ano, que definiu como principal meta para os governos, nas décadas seguintes, a “saúde para todos no ano 2000”. Um ano depois, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, declarou a atenção primária como parte integrante e central do sistema nacional de saúde. Começavam a ganhar relevo as discussões sobre os aspectos qualitativos da formação.

A ênfase passou a recair sobre a reforma curricular e estrutural do ensino médico, com destaque para a integração docente-assistencial, os programas de extensão comunitária e a medicina comunitária. Esse debate surgiu como decorrência da constatação de que à expansão quantitativa e de natureza essencialmente privada se juntara a acentuada especialização da prática e da formação médica, que correspondeu, como já visto, a uma segmentação do mercado de trabalho, com ênfase em algumas especialidades.

A intervenção do Estado consolidou a especialização como princípio organizador da prestação de serviços médicos, refletido no investimento na rede hospitalar e na expansão dos programas de residência médica. Introduzida no país em 1945, embora só oficializada em 1977, a residência médica veio a configurar-se como modalidade de ensino

⁵ Dados da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), de janeiro de 2006.

responsável pela formação do maior número de especialistas, caracterizando-se como pós-graduação com treinamento em serviço e regime de dedicação exclusiva.

A residência médica surgiu amparada pelo paradigma predominante da formação médica, no Brasil, o da chamada ‘medicina científica’, de tradição flexneriana, baseada na divisão do trabalho segundo especialidades. Racionalizou a prática médica e atendeu à intervenção estatal então praticada, que fortaleceu e mesmo financiou um modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico.

Aliada a esse processo de especialização, a incorporação tecnológica tornou-se uma das bases sobre a qual se assentou a formação e a prática da medicina, gerando maior valorização de mercado e *status* social de algumas áreas de especialização em relação a outras, de caráter mais generalista e menos intensivas em tecnologia.

A especialização tornou-se o meio pelo qual as inovações tecnológicas foram sendo absorvidas pela medicina, configurando uma prática segmentada, com áreas detentoras de características específicas de formação e mercado de trabalho, em uma espécie de “tribalização da profissão médica”, como denomina Machado (1996a). A autora mostra, em outro trabalho, que, segundo recente tabela de especialidades médicas divulgada pelas entidades da corporação, são poucas aquelas que não são compostas por subespecialidades, o que amplia a tabela para cerca de 150 especialidades (Machado, 2003). A pediatria, por exemplo, é composta por mais de 30 áreas de atuação, que, anexadas a ela ou a outras, assumem o *status* quase de uma profissão, com sua própria autonomia, conhecimentos específicos e inserção no mercado de trabalho.

Não se trata, é claro, de negar a importância do médico especialista, mas de ressaltar que “sua atuação quali e quantitativa deverá ser melhor orientada, senão pelo próprio mercado de trabalho, pelo menos por regulamentações que a limitem como resposta às reais necessidades, freando seu crescimento com fins mais especulativos” (Ferreira, 2001: 36).

Como ressalta Feuerwerker (2001), embora o Ministério da Saúde tenha representação na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que está abrigada no próprio Ministério da Educação, o órgão tem funcionado em uma espécie de “mundo à parte”, não havendo tradição de diálogo entre os dois ministérios.

E a residência médica, situada na interface dos processos de prestação de serviços e formação, sofre particularmente com essa desarticulação. Assim, (...) as definições a respeito de programas, vagas, especialidades não estão minimamente articuladas às políticas ou às necessidades do sistema de saúde. (Feuerwerker, 2001: 50)

Aliado ao crescimento desordenado dos programas de residência médica, manteve-se o aumento do número de escolas médicas, sem que ambos estejam efetivamente orientados pelas necessidades do sistema de saúde e do modelo de atenção.

Na década de 1990, houve o que Rego (2005: 29) denomina “um novo surto de crescimento quantitativo” das escolas de medicina, resultante de uma política de governo que liberou a criação de novas escolas. Mas, dessa vez, a liberação apresentou características distintas daquelas que marcaram o *boom* dos anos 60 e 70, em face da necessidade de desenvolver o setor saúde e de privilegiar políticas circunstanciais. Foram estabelecidas normas, pelo governo federal, para regular as iniciativas de criação dessas novas escolas. No entanto, essas normas “nunca chegaram a ser realmente efetivas e cumpridas, já que a maioria dos grupos de investidores interessada em criar escolas médicas encontrou caminhos para desrespeitar o decreto presidencial” (Rego, 2005: 41). Assim, entre 1995 e 2001, foram criados 21 novos cursos de medicina, representando um aumento de 24,7%, com um crescimento do número de vagas da ordem de 36,8%, passando de 8.247 para 11.282 vagas. Isso significou um crescimento de 86,1% de vagas privadas e de apenas 2,2% de vagas públicas no país (Vieira *et al.*, 2004).

Em 2003, o Ministério da Saúde, atendendo a uma resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), suspendeu, por meio de Portaria, a criação de novos cursos superiores na área da saúde, por 180 dias, inclusive as solicitações que já se encontravam em andamento. Em março de 2004, também como decorrência de uma resolução do CNS e por solicitação de oito entidades médicas, dentre elas o CFM, o Ministério da Educação prorrogou essa decisão por mais 60 dias. Atualmente, os dois ministérios vêm estudando critérios que envolvam uma abrangência conjunta de atuação no credenciamento de cursos e que considerem o papel regulador do Estado, a regionalização, a ampliação da rede pública de ensino e novas propostas pedagógicas.

Essas iniciativas, que deverão servir como subsídio para a proposta de Lei Orgânica da Reforma da Educação Superior, a ser apreciada pelo Congresso Nacional, “apontam a construção de processos regulatórios que podem reverter de fato as tendências observadas, que caracterizam o sistema de ensino no país como desordenado, desigual e privatizado” (Vieira *et al.*, 2004: 200). Enquanto isso, o governo federal investiu simultaneamente em uma política de avaliação do funcionamento dessas escolas, criou um exame nacional para os graduandos e assegurou maior autonomia às escolas na definição do currículo médico, restringindo-se a estabelecer o perfil do profissional a ser formado.

Ainda é cedo para avaliar o impacto dessa política, mas, de qualquer forma, é possível afirmar que

tais iniciativas, polêmicas e muito questionadas pela corporação médica através de suas diversas entidades representativas, ainda não demonstraram sua eficácia no enfrentamento dos problemas da educação médica no Brasil, mas seus resultados após o primeiro ano são extremamente alvissareiros. (Rego, 2005: 42)

A reação das entidades médicas à tentativa de instituir um sistema de avaliação dos cursos médicos, externo à corporação, já vinha se dando desde 1990, quando houve a primeira tentativa por parte do governo federal nesse sentido. A corporação médica pretendia que fosse adotado o sistema criado e executado pelas entidades representativas da classe e estruturado como uma comissão, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). Entretanto,

Após dez anos de funcionamento, a Cinaem ainda não conseguiu produzir resultados concretos que afastassem a imagem de uma ação corporativista e que sugerissem ser este o caminho mais eficaz na construção de alternativas ao modelo vigente no Brasil. Persiste-se dando muita ênfase na identificação e na elucidação dos entraves do processo educativo, enfoca-se ora o docente, ora o discente, ora a infra-estrutura e os meios de ensino, mas parece que persiste ainda a falta de idéias (...), embora esta falta não seja apenas latino-americana. Em suma, mais do que falta de vontade de mudar, o que parece prevalecer é a total falta de idéia de para onde e como ir.

Esta crítica, todavia, não deve ser entendida como se fôssemos simplesmente contrários ao esforço empreendido pela Cinaem (...). Entendemos que a Cinaem possibilitou a manutenção da discussão sobre a educação médica na agenda de diversos atores, com alguns resultados louváveis e meritórios. Mas a rigor, quando comparamos como está o ensino médico hoje com o de 1990, poucas das mudanças observadas podem ser corretamente atribuíveis ao processo empreendido pelas entidades que compõem a Cinaem. (Rego, 2005: 43)

A necessidade de mudanças qualitativas e quantitativas na formação dos médicos e na distribuição geográfica desses profissionais tem sido ainda mais enfatizada a partir do contínuo processo de crescimento e consolidação da estratégia de Saúde da Família. Foi assim que, em 2002, uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Abem, deu origem ao Programa de Incentivo para Mudanças Curriculares para Faculdades de Medicina (Promed). Criado pela portaria interministerial n. 610, o Promed tem como finalidade “incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina” (Brasil, 2002a). Seus objetivos são:

I - inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;

III - incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde;

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;

V - favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação continuada. (Brasil, 2002a)

O termo de referência que apresenta o Promed o define como “um sistema de incentivos às Instituições de Ensino Superior que adotem

práticas de ensino, pesquisa e de atenção à saúde sintonizadas com o paradigma da integralidade” (Brasil, 2002d: 14). Como ‘situação desejada’ define que:

O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar. (Brasil, 2002d: 13-14)

No entanto, ainda que um sistema de incentivos como o Promed possa vir a obter algum sucesso, a mudança da formação médica é um processo bastante complexo, que envolve inúmeras variáveis e atores. De qualquer forma, é possível concordar com Rego (2005: 43), para quem o Promed é uma iniciativa que “pela primeira vez, aponta não apenas uma direção concreta para as mudanças, respeitando as peculiaridades, idiosincrasias e autonomia de cada faculdade, mas também oferecendo recursos financeiros e consultorias”.

A criação do Promed teve como principal justificativa o entendimento de que:

o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde. Na superação desse obstáculo, os gestores do SUS e das instituições acadêmicas vêm empreendendo esforços para resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à estratégia de Saúde da Família, por intermédio da implantação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família na maioria das Unidades Federadas. (...) É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de maturação a médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as IES, responsáveis por essa formação, deverão ter

papel protagônico e ser os sujeitos desta ação, e não mais um participante entre muitos outros. (Brasil, 2002d: 11-12)

É sabido que mudanças desse porte não ocorrem “da noite para o dia [nem se realizam] em termos de substituição radical do padrão hegemônico que vigora no presente” (Ferreira, 2001: 36). Ainda estão por serem dimensionados os desafios que este modelo de atenção à saúde, representado pela estratégia de Saúde da Família, traz no campo dos recursos humanos, inclusive na prática médica (Cordeiro, 2000).

Mas a receptividade desse novo modelo, pela sociedade e pelos gestores do SUS, indica que se trata de algo que veio para ficar. Esta proposta guarda relação direta com o que as escolas médicas declaram como sua missão: a formação terminal de um profissional qualificado, voltado para as necessidades epidemiológicas e sociais. No entanto, esta tarefa não pode ser exclusiva do Estado. Ela se constitui em um desafio para a sociedade como um todo. O papel do governo deve ser o de instituir políticas que induzam a mudança, assumindo, para o seu adequado desenvolvimento, o princípio da parceria com os agentes sociais que entendam a sua emergência.

O potencial do PSF como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde e de consolidação como opção atrativa de mercado e de formação para o profissional de medicina gera expectativas importantes não apenas quanto à sua repercussão sobre o mercado de trabalho e a formação médica, mas também quanto ao seu grau de contribuição para minimizar a desigual distribuição de médicos nas diversas regiões e municípios do país.

Descompassos entre Aspectos Demográficos e Disponibilidade de Médicos

A configuração do mercado de trabalho e da formação médica desenhada na década de 1960, aliada ao crescimento populacional, trouxe conseqüências para a distribuição desses profissionais em relação à população das diversas regiões brasileiras.

Já em 1970, cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população. A Região Norte, que já comportava cerca de 4% da população total não contava sequer com 1% dos médicos disponíveis.

A mesma relação de precariedade constatava-se na Região Nordeste, que, com quase 30% da população brasileira, dispunha de pouco mais de 17% dos médicos disponíveis no país (Nogueira, 1986b).

Embora dez anos depois o número de médicos no Brasil tenha mais do que duplicado, passando de 45.113 para 101.793, o mesmo ocorrendo com a relação médico por mil habitantes, que passou de 0,48 médicos/1.000 hab. para 0,85 por mil, isso não se deu de forma homogênea e igualitária. Ainda que, aparentemente, tenha havido um progresso, já que houve ampliação do número de médicos em relação à população em todas as regiões brasileiras – com exceção exatamente da Região Sudeste, que detinha a maior concentração desses profissionais –, as acentuadas disparidades regionais mantiveram-se ao longo do período.

Desse modo, a Região Sudeste continuou com o maior percentual de médicos em relação à população (cerca de 60% dos médicos disponíveis no país, para aproximadamente 40% da população brasileira). A Região Sul, por sua vez, também registrou uma sobreproporção de médicos em relação ao número de habitantes. E o Nordeste continuou contando com apenas 18% do total de médicos do país para uma população que correspondia a aproximadamente 30% da população brasileira (Nogueira, 1986b).

Ainda que tenha havido, no mesmo período (1970-1980), uma evolução positiva em níveis bastante expressivos da relação de habitantes por médico nas cinco regiões, deve-se atentar para o fato de que essa oferta de profissionais encontrava-se fortemente concentrada nas áreas urbanas centrais, particularmente nas capitais. Além disso, no caso da Região Norte, o importante avanço registrado (de 11.123 hab./médico para 2.261) fica comprometido pela grande dispersão geográfica da população naquela área, que se mantém ainda hoje e que funciona como uma barreira adicional ao acesso à atenção médica (Nogueira, 1986b).

Apenas os estados do Maranhão, Rio Grande do Norte e Sergipe, na Região Nordeste, e São Paulo, na Região Sudeste, reduziram sua participação relativa na disponibilidade de médicos do país, no período, mas por motivos distintos. Quase certamente, como ressalta Medici (1985), os estados nordestinos citados não obtiveram ao longo da década um cenário econômico e social capaz de atrair ou reter os profissionais de medicina; ao passo que São Paulo já apresentava desde fins dos anos 60 um mercado de trabalho com excessiva concentração desses

profissionais. Foi registrada, ainda, grande carência de médicos nos estados da Região Norte, que nos casos do Acre, Amapá, Rondônia e Roraima era de escassez absoluta no início e/ou final do período (Medici, 1985).

A evolução positiva da distribuição relativa de médicos, na maioria dos estados brasileiros, entre 1970 e 1980, pode ser atribuída predominantemente ao aumento do grau de urbanização do país e à elevação dos níveis de assalariamento. Porém, outros fatores típicos daquele período, como a grande concentração regional da renda nacional, tornaram-se fatores decisivos que impedem, ainda hoje, uma distribuição mais equitativa de médicos.

Além disso, entre 1970 e 1980, ocorreu pela primeira vez uma redução absoluta da população rural do país, com ampliação do percentual de habitantes nas regiões urbanas de 55,9% para 67,6% (Medici, 1985).

A desigualdade da distribuição dos profissionais de medicina em relação ao número de habitantes já se verificava não apenas entre as regiões do país, mas também entre a área urbana e a rural, mesmo nas regiões mais favorecidas, assim como entre a capital e os demais municípios de um mesmo estado. Considerando-se, por exemplo, apenas as regiões metropolitanas do país, no período em questão, percebe-se que ocorreu elevada concentração de médicos que residiam nessas áreas, em detrimento dos demais municípios dos respectivos estados, especialmente na Região Nordeste. A região metropolitana de Recife que, em 1980, detinha 35% da população do estado de Pernambuco, concentrava 95% do total de médicos daquele estado. Também no Ceará registrou-se o mesmo fenômeno, com a região metropolitana de Fortaleza concentrando 77% dos médicos para uma população que representava 30% do total do estado, naquele ano. Ainda na Região Nordeste, embora em níveis mais baixos, a região metropolitana de Salvador também mostra importante concentração de médicos em relação à população total da Bahia, com percentuais de 49 e 19%, respectivamente, no ano de 1980. Vale destacar que, no caso de Recife, a situação representou um agravamento, já que no início dos anos 70 a concentração de médicos era dez pontos percentuais mais baixa (Medici, 1985).

Minas Gerais e Paraná reproduziram, no mesmo período, o padrão elevado da relação médico/população total do estado, em suas regiões metropolitanas, embora com percentuais mais baixos do que os verificados na Região Nordeste. Já São Paulo e Rio de Janeiro

apresentaram índices mais equilibrados, considerando-se que em suas regiões metropolitanas concentravam-se, em 1980, respectivamente, 50% e 80% da população total desses estados para um percentual respectivo de 60% e 82% de médicos nessas áreas (Medici, 1985).

A situação foi se agravando nos anos seguintes, com concentração desses profissionais nas capitais, em meados dos anos 90, que se mostrava maior nas regiões mais desfavorecidas economicamente. Assim, os estados do Norte e Nordeste apresentavam, em 1995, percentuais próximos de 80% a quase 96% dos seus médicos atuando nas capitais, contra valores em torno de 50% nos estados das regiões Sul e Sudeste, com exceção do Rio de Janeiro, onde 74% encontravam-se na capital. Apenas os estados de Minas Gerais, Santa Catarina e o então recém-criado Tocantins apresentavam menor percentual de médicos nas capitais em relação às demais cidades do estado, com valores de 46,4%, 30,8% e 12,8%, respectivamente. A relação mais equilibrada entre disponibilidade de médicos nas capitais e nos demais municípios era registrada na Região Sul, com aproximadamente 50% para ambos os casos, excetuando-se Santa Catarina, como já referido, onde essa relação era ainda mais favorável aos demais municípios.

Dados de maio de 2007, do Conselho Federal de Medicina,⁶ permitem acompanhar a situação atual nas 27 unidades da Federação. Os estados com a maior relação de médico por habitante são o Maranhão (1 médico/1.583 hab.), Piauí (1 médico/1.156 hab.), Pará (1 médico/1.153 hab.), Rondônia (1 médico/1.123 hab.) e Acre (1 médico/1.010 hab.). Já o Distrito Federal, com índice de 1 médico/247 hab., o Rio de Janeiro (1 médico/275 hab.) e São Paulo (1 médico/399 hab.) são os que contam com a maior disponibilidade de médicos relativamente à sua população.

Esse cenário é parcialmente justificado pela própria distribuição dos serviços de saúde no Brasil, que também apresenta características de desigualdade, como veremos adiante.

Desigualdades na Distribuição dos Serviços de Saúde

A desigual distribuição de médicos reflete a concentração dos serviços de saúde nas regiões mais favorecidas economicamente,

⁶ Disponíveis no endereço eletrônico <http://www.cfm.org.br>

particularmente expressiva nas décadas de 1970 e 1980. Já em 1980, a Região Sudeste concentrava cerca de 41% dos estabelecimentos de saúde e aproximadamente 55% dos profissionais do setor. A distribuição dos estabelecimentos de saúde nessas duas décadas era menos concentrada do que a dos profissionais em todas as regiões e na quase totalidade dos estados. Isso se explica por se tratarem, nesse caso, de estabelecimentos de menor nível de complexidade, com baixa absorção de profissionais, caracterizando uma distribuição geográfica heterogênea entre unidades de saúde de maior complexidade tecnológica, como os hospitais, e aquelas de menor complexidade, voltadas para o atendimento ambulatorial (Medici *et al.*, 1992).

As forças do mercado exercem forte pressão sobre a distribuição dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, reproduzindo a própria distribuição dos meios de produção do serviço médico, mesmo porque onde esses meios se encontram é também onde ocorre a maior geração de produtos e renda. Esse fenômeno é facilmente observável quando se constata que é nas regiões mais ricas e de maior Produto Interno Bruto (PIB) que se concentra a maioria dos estabelecimentos médicos privados.

A evolução da distribuição dos estabelecimentos de saúde públicos e privados, ao longo da década de 1980 e início dos anos 90, nas regiões brasileiras, mostra que, nos anos 80, embora o crescimento da rede pública tenha sido superior ao da rede privada, em todas as regiões, foi no Norte, Centro-Oeste e Sul que ele se mostrou mais expressivo (Machado, 1997). No entanto, nos anos finais da década de 1980 e início de 90, o crescimento do setor público só se manteve superior ao da iniciativa privada na Região Norte, o que corrobora o maior interesse do investimento privado nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que apresentaram os maiores percentuais de incremento desse setor. É nessas três regiões que, historicamente, vem se concentrando a oferta de serviços médicos de maior complexidade, especialmente composta por hospitais privados, e onde os serviços ambulatoriais encontram-se quase igualmente divididos entre os setores público e privado contrariamente ao que é observado nas regiões Norte e Nordeste, nas quais o atendimento ambulatorial tem sido majoritariamente oferecido por estabelecimentos públicos, e os serviços hospitalares são mais equilibradamente distribuídos entre os dois setores.

Mesmo com a expansão da oferta de postos de trabalho médico nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, registrada ao longo dos

anos 80, essa categoria profissional manteve sua concentração nas cidades do Sudeste e Sul. De 1981 a 1987, o número de postos de trabalho para médicos na Região Sudeste cresceu apenas 7%, enquanto o Norte e o Nordeste registraram crescimento da ordem de 55% e 48%, respectivamente (Dal Poz & Varella, 1995). A ampliação das oportunidades de emprego médico nessas regiões com maior carência, associada à concentração desses profissionais no Sul e Sudeste, aprofundou ainda mais, nos anos seguintes, a distribuição desigual de médicos no país.

O aumento da oferta de postos de trabalho, em todas as regiões brasileiras, intensificou-se nos anos 90, com a ampliação do processo de descentralização da rede de serviços de saúde, que chega em 2002 a um total de 65.343 estabelecimentos em todo o país, de acordo com os dados da última Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada em 2002 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cerca de 55% deles estão localizados nas regiões Sudeste e Sul.

Ainda segundo a AMS, a década de 1990 chega ao fim com a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tendo se tornado residual, com os municípios gerindo 94% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 4%. Esse quadro reproduziu-se em todo o país, sendo apenas levemente diferenciado na Região Norte, onde, em 2002, ainda se encontravam sob gestão estadual 10% dos estabelecimentos públicos de saúde, 6% com a esfera federal e 85% com a municipal.

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção, particularmente para os médicos. Assim, comparando-se os dados da AMS de 1992 e 2002, percebe-se que houve, no país, um incremento da ordem de 46% no número de postos de trabalho médicos nos estabelecimentos públicos sem internação, chegando a 115% na Região Norte.

Esse incremento dos postos de trabalho, nos anos 90, veio associado à intensificação da tendência de acúmulo de empregos ou atividades profissionais por parte dos médicos, já discutida anteriormente. Tal tendência também apresenta especificidades regionais, desfavoráveis às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dessa forma, já em 1995, essas regiões eram as que apresentavam os

maiores percentuais de médicos exercendo quatro ou mais atividades profissionais (28,6%, 26,1% e 26,9%, respectivamente), gerando maior sobrecarga de trabalho para aqueles que atuam nessas regiões. No Norte e no Nordeste registravam-se os menores índices de profissionais com apenas uma atividade (15,2% e 15,6%, respectivamente) (Machado, 1997).

A crescente ampliação de unidades do PSF, decorrente do processo de municipalização, e que surge como mais uma alternativa de oferta de serviços médicos e de mercado de trabalho, também apresenta especificidades regionais. Ao analisar as formas de contratação direta desses profissionais (via prefeituras) e indireta (por meio de entidades filantrópicas ou organizações do Terceiro Setor), Girardi e Carvalho (2003) revelam, em estudo amostral, que os maiores índices de contratos temporários e de prestação autônoma de serviços são registrados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com níveis superiores ao da média nacional.

Ainda que se considere que a precariedade das formas de contratação do PSF é verificada em todo o país, os índices comparativamente mais elevados encontrados nessas regiões podem ser apontados como fatores adicionais que desestimulam os médicos a atuarem no PSF dessas áreas, prejudicando, conseqüentemente, a própria oferta de serviços médicos do Programa para a população que nelas reside. Esse cenário vem se agregar ao conjunto de fatores que contribuem para a má distribuição de médicos no território nacional, como também é o caso da concentração da oferta de formação desses profissionais nas regiões mais favorecidas social e economicamente.

A Concentração de Escolas Médicas⁷

O grande número de escolas médicas criadas no Brasil nos anos 60 e 70 localizou-se preferencialmente nas regiões Sul e Sudeste, áreas de maior desenvolvimento econômico e social. Essa tendência se manteve nas décadas seguintes, fazendo com que, das 119 escolas médicas existentes em 2006, cerca de 67% estejam localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Do total de escolas localizadas

⁷ Os dados referentes às escolas médicas têm como fonte a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e se referem a janeiro de 2006.

na Região Sudeste, 75% encontram-se nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Os estabelecimentos de ensino médico públicos predominam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O setor privado, por sua vez, se concentra nas regiões Sudeste e Sul, onde estão localizadas 59% das escolas privadas.

Mais da metade dos médicos graduados em faculdade públicas (51,8%) moram na Região Sudeste, sendo que na Região Nordeste residem apenas 20,6% e no Sul, 16,1%. A concentração de egressos no Sudeste é ainda mais alarmante no caso dos profissionais que se graduaram pela rede privada, onde residem cerca de 75 % desses profissionais (Machado, 1997).

O mesmo padrão de concentração dos cursos de medicina se repete com os programas de residência médica e seus egressos. Cerca de 80% desses programas localizam-se nas regiões Sudeste e Sul (Feuerwerker, 1998).

A origem social dos médicos tem se alterado e, conseqüentemente, também a dos médicos residentes. Se até os anos 50, esses profissionais eram oriundos, em sua maioria, de famílias abastadas e de origem rural, hoje, são mais urbanos e provenientes de uma camada social mais intelectualizada. Mais de um terço dos médicos residentes é filho de profissionais liberais, especialmente médicos. São profissionais oriundos da classe média urbana, com elevado nível educacional, que em sua quase totalidade (cerca de 80%) estão nas capitais (Machado, 1997).

Feuerwerker (2001: 51) lembra que “o fato de o médico recém-formado fazer residência fora do seu local de origem é um importante fator de concentração dos médicos nos principais centros urbanos e especialmente na Região Sudeste”. Esta afirmação é confirmada pelo estudo de Machado (1997), que mostra que 60% dos médicos que migram para fazer residência médica não retornam ao seu local de origem.

Bittar (1999), dentre outros autores (Arruda, 2001; Machado, 1997; Salim, 1992), mostra a correlação direta entre o PIB das regiões e estados e o respectivo número de vagas para residência médica, escolas de medicina e disponibilidade de médicos. Em resumo, é possível dizer que a alta concentração de médicos nos centros urbanos e a sua má distribuição pelo restante do território nacional estão diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas e regionais, conseqüências diretas,

por sua vez, do baixo investimento público e privado nas áreas mais carentes do país. Num círculo vicioso, tais fatores acarretam má qualidade de vida para a população dessas regiões e não proporcionam as condições adequadas para o exercício profissional da medicina, desencorajando a opção do profissional em atuar nessas áreas. Desestímulo que é também agravado pela precariedade das relações trabalhistas em muitos municípios dessas áreas e pela falta de centros de pós-graduação e de atualização profissional em localidades próximas.

Esse cenário acarreta um grande desafio para a política de saúde, especialmente no momento em que se tenta reformular e humanizar o modelo assistencial. Com o objetivo de examinar como o país vem lidando com esse problema, vale a pena conhecer as estratégias e alternativas já empregadas.