

Ministério da Saúde  
**Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz**  
*Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP*

## **“Médicos e Migração: a Residência em foco”**

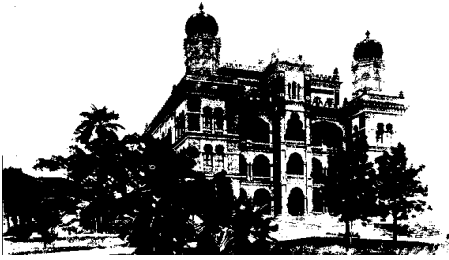
por

**Luiz Felipe da Silva Pinto**

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de  
Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Rio de Janeiro, 1999

Luiz Felipe da Silva Pinto, 1999



Ministério da Saúde  
**Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz**  
*Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP*

## **“Médicos e Migração: a Residência em foco”**

Luiz Felipe da Silva Pinto

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Machado

Rio de Janeiro, 1999

(ENTRA FICHA BIBLIOGRÁFICA A SER FEITA POSTERIORMENTE)

***Aos meus pais, Manuel e Elisabeth  
que me ensinaram a viver...***

*“A migração para os grandes centros urbanos e capitais, quer seja fruto de um movimento populacional mais amplo (relacionado, por exemplo, à industrialização), quer represente apenas a procura, por parte de determinadas famílias, de maiores e melhores oportunidades educacionais para os filhos, tem ocasionado o congestionamento numérico de profissionais de saúde em determinadas localidades, já que o deslocamento posterior à graduação parece se fazer com menor intensidade. Uma vez que o próprio desenvolvimento das profissões médicas e para-médicas ocasiona um elevado grau de sofisticação de instrumentos e técnicas, as tentativas feitas para a interiorização do profissional não têm sido bem sucedidas, obrigando a que sejam equacionadas em termos mais amplos: interiorização basicamente do sistema de assistência médico-sanitária e odontológica e não unicamente do profissional de saúde.”*

**Castro, Amâncio Filho, Marques de Carvalho, Szklo, Barreira e Castro, Neves & Vaz, (1972:211-212)**

## AGRADECIMENTOS

Estou certo de que a elaboração de um trabalho é sempre o reflexo da contribuição de diversas pessoas. Dessa forma, gostaria de deixar registrado minha eterna gratidão àqueles que direta ou indiretamente, fizeram parte desta construção.

- A Deus, em primeiro lugar, pela força de vontade e sobretudo pela inspiração, pois sem Ele este estudo não seria possível;
- Ao Conselho Federal de Medicina e à Fundação Oswaldo Cruz pela permissão da utilização do banco de dados da Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil;
- A todos os mais de 8.000 médicos do País que responderam ao extenso questionário da referida Pesquisa;
- À Maria Helena Machado pela efetiva e segura orientação acadêmica, além das instigantes aulas ministradas;
- Aos mestres que me ensinaram um pouco sobre a realidade das Políticas Públicas de Saúde, notavelmente aos Professores Nilson do Rosario Costa, José Mendes Ribeiro e Eduardo Stotz;
- Aos companheiros da turma de mestrado, em especial, à Márcia pela agradável convivência;
- Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS/ENSP/Fiocruz), celeiro de grandes talentos;
- À Professora Ana Luiza Stiebler e ao Professor Alberto Lopes Najar pelas valiosas sugestões bibliográficas;

- À Teresa, grande profissional, pelo auxílio na consulta à Biblioteca do IBGE;
- À Alessandra e Ana Luiza, companheiras de luta, pela ajuda na vida.
- Ao grande amigo Roger pela paciência nos momentos de ausência e pela elaboração da home-page que resume esta dissertação;
- À Luciana, minha irmã querida, pelo incentivo e amizade.

## RESUMO

A migração é um fenômeno marcadamente econômico e social com vários efeitos na sociedade moderna, relacionando-se com diferentes eventos históricos. O presente trabalho aborda a questão da migração profissional médica, considerando-a, inicialmente, como mais um aspecto constitutivo da profissão, assim como outros aspectos apontados na Sociologia das Profissões, como autonomia, base cognitiva e mercado de trabalho. A hipótese central é que a área de atuação médica define o deslocamento. Focalizando-se os que migram do local de sua formação básica (graduação), em busca de especialização – os chamados médicos ‘migrantes de formação’ –, a variável principal da análise foi a especialidade escolhida no programa de residência. Para isso, utilizou-se o banco de dados da Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil e seguiu-se sua metodologia, que caminhou no sentido Brasil/Regiões/Estados, redefinindo-se a subpopulação-alvo de interesse para o estudo. Médicos recém-formados de ambos os sexos, migrantes de formação nesse Brasil continental, viajam rumo ao seu objetivo maior: cursar um programa de residência em sua área de interesse ou afinidade. Qual o caminho percorrido? Qual o estado/região que recebe a maior parte dos fluxos migratórios? O trabalho envolveu, ao final, um mapeamento das correntes de formação profissional observadas em cada uma das regiões brasileiras. Propuseram-se algumas medidas para tentar equilibrar o elevado fluxo de migrantes de formação rumo a São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Profissão Médica, Migração Profissional, Especialização e Residência



## **ABSTRACT**

Migration is a markedly economic and social fact with significant effects on modern society. Obviously, it is related with the events which altogether constitute Brazilian history. This dissertation throws light on the question of medical professional migration. At first, it suggests that migration should be considered as another aspect which constitute medical profession, together with autonomy, cognitive basis and labour market, which are quoted by the sociologists of the professions. The main hypothesis is that medical specialization defines migratory movements. When we focused on those who migrate from their undergraduate courses area to another place, searching for specialization – the so-called ‘training migrant physicians’ –,we adopted the medical specialization chosen by the doctor in his/her residency program as the main variable of our analysis. We used the database of the research ”Profile of Medical Physicians in Brazil“. In accordance with its methodology, we followed the direction Brazil - Regions - States, establishing the part of the population which is the target of this study. The newly graduated doctors, men and women who are training migrants in this huge country, travel to accomplish their main goal – a residency program in his/her interest area. What is the route followed by them? Towards which state/region most migrant movements are directed ? We finished the study organizing a map of the trends of professional training which take place in each Brazilian region and attempted to propose some forms of balancing the intense migrant flux towards São Paulo, Rio de Janeiro and Brasília.

Key words: Medical profession, Professional migration, Specialization and Residency

## SUMÁRIO

Índice de Figuras .....	xii
Índice de Gráficos .....	xiii
Índice de Tabelas .....	xv
Índice de Quadros .....	xvii
Lista de Siglas .....	xviii
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>xix</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
PARA COMPREENDER O ESTUDO .....	27
Introdução .....	27
A Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil: breves comentários .....	32
Plano Amostragem .....	34
<b>CAPÍTULO II</b>	
A PROFISSÃO MÉDICA E A MIGRAÇÃO .....	42
Aspectos constitutivos de uma Profissão .....	42
A migração: um fenômeno sócio-econômico .....	47
<b>CAPÍTULO III</b>	
MÉDICOS NO CONTEXTO POPULACIONAL .....	60
Um panorama mundial .....	60
A importância dos IMG's nos Estados Unidos .....	66
Excesso de médicos no Brasil ? .....	70
<b>CAPÍTULO IV</b>	
ALGUNS ASPECTOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL MÉDICA .....	75
Contextualização .....	75
Escolas Médicas e a Pós-Graduação no Brasil .....	83
A Especialização em foco: dos primórdios até os dias de hoje .....	90
Os Programas de Residência Médica .....	96

## **CAPÍTULO V**

<b>MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: UM RETRATO BRASILEIRO .</b>	<b>103</b>
Migrando em busca da especialização .....	103
O perfil sócio-demográfico e de formação .....	109
A Jornada percorrida entre as regiões .....	118
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>128</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>148</b>
ANEXO I - MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL - BRASIL E GRANDES REGIÕES -1995 .....	149

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.1</b> – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA (MIGRAÇÃO DE FORMAÇÃO) .....	28
<b>FIGURA 1.2</b> – DIVULGAÇÃO DA PESQUISA 'PERFIL DOS MÉDICOS NO BRASIL' NA IMPRENSA ESCRITA .....	33
<b>FIGURA 2.1</b> – DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DO BRASIL POR MUNICÍPIOS - 1940 a 1990 .....	50
<b>FIGURA 2.2</b> – GRAU DE URBANIZAÇÃO – BRASIL – 1991 .....	52
<b>FIGURA 2.3</b> – ORIGEM DOS MÉDICOS - BRASIL – 1995 .....	59
<b>FIGURA 4.1</b> – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL – 1996 .....	87
<b>FIGURA 5.1</b> – DELIMITANDO O OBJETO EMPÍRICO .....	104
<b>FIGURA 5.2</b> – A JORNADA DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DA REGIÃO NORTE – 1995 .....	123
<b>FIGURA 5.3</b> – A JORNADA DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DA REGIÃO NORDESTE – 1995 .....	124
<b>FIGURA 5.4</b> – A JORNADA DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DA REGIÃO SUDESTE – 1995 .....	125
<b>FIGURA 5.5</b> – A JORNADA DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DA REGIÃO SUL – 1995 .....	126
<b>FIGURA 5.6</b> – A JORNADA DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DA REGIÃO CENTRO-OESTE – 1995 .....	127

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1.1</b> - MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ESTIMATIVAS DE TOTAL X COEFICIENTES DE VARIAÇÃO – BRASIL – 1995 .....	39
<b>GRÁFICO 1.2</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ESTIMATIVAS DE TOTAL X COEFICIENTES DE VARIAÇÃO – REGIÃO NORTE – 1995 .....	39
<b>GRÁFICO 1.3</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ESTIMATIVAS DE TOTAL X COEFICIENTES DE VARIAÇÃO - REGIÃO NORDESTE – 1995 .....	40
<b>GRÁFICO 1.4</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ESTIMATIVAS DE TOTAL X COEFICIENTES DE VARIAÇÃO - REGIÃO SUDESTE – 1995 .....	40
<b>GRÁFICO 1.5</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ESTIMATIVAS DE TOTAL X COEFICIENTES DE VARIAÇÃO - REGIÃO SUL – 1995 .....	41
<b>GRÁFICO 1.6</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ESTIMATIVAS DE TOTAL X COEFICIENTES DE VARIAÇÃO – REGIÃO CENTRO-OESTE – 1995 .....	41
<b>GRÁFICO 3.1</b> - EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) - BRASIL - 1960 a 1995 .....	61
<b>GRÁFICO 3.2</b> - OFERTA DE MÉDICOS POR REGIÃO DEMOGRÁFICA DO MUNDO (1990 OU ANO DISPONÍVEL MAIS RECENTE) .....	65
<b>GRÁFICO 4.1</b> - MÉDICOS DISTRIBUÍDOS POR GÊNERO SEGUNDO GRANDES REGIÕES – BRASIL – 1995 .....	77
<b>GRÁFICO 4.2</b> - MÉDICOS DISTRIBUÍDOS POR ANO DE FORMADO SEGUNDO GÊNERO - BRASIL – CAPITAIS – 1995 .....	79
<b>GRÁFICO 4.3</b> - MÉDICOS DISTRIBUÍDOS POR ANO DE FORMADO SEGUNDO GÊNERO - BRASIL – INTERIORES – 1995 .....	79
<b>GRÁFICO 4.4</b> - MÉDICOS DISTRIBUÍDOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO GRANDES REGIÕES – BRASIL – 1995 .....	80

<b>GRÁFICO 4.5</b> - DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR GRANDES REGIÕES SEGUNDO ESPECIALIDADE PRINCIPAL – 1995 - REGIÃO NORTE .....	101
<b>GRÁFICO 4.6</b> - DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR GRANDES REGIÕES SEGUNDO ESPECIALIDADE PRINCIPAL – 1995 - REGIÃO NORDESTE .....	101
<b>GRÁFICO 4.7</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR GRANDES REGIÕES SEGUNDO ESPECIALIDADE PRINCIPAL – 1995 - REGIÃO SUDESTE .....	101
<b>GRÁFICO 4.8</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR GRANDES REGIÕES SEGUNDO ESPECIALIDADE PRINCIPAL – 1995 – REGIÃO SUL .....	101
<b>GRÁFICO 4.9</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR GRANDES REGIÕES SEGUNDO ESPECIALIDADE PRINCIPAL – 1995 – REGIÃO CENTRO-OESTE .....	101
<b>GRÁFICO 4.10</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR GRANDES REGIÕES SEGUNDO ESPECIALIDADE PRINCIPAL – 1995 – BRASIL .....	101
<b>GRÁFICO 4.11</b> - NÚMERO DE ESPECIALISTAS REGISTRADOS NA CNRM POR ANO DE CREDENCIAMENTO SEGUNDO ESPECIALIDADES MÉDICAS SELECIONADAS – BRASIL – 1992 .....	102
<b>GRÁFICO 5.1</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO POR DÉCADAS DE GRADUAÇÃO SEGUNDO GÊNERO - BRASIL – 1995 .....	113
<b>GRÁFICO 5.2</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO POR LINHAGEM MÉDICA SEGUNDO GRANDES REGIÕES – BRASIL – 1995 .....	115
<b>GRÁFICO 5.3</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO POR NATUREZA E LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DAS ESCOLAS DE MEDICINA DE GRADUAÇÃO - BRASIL – 1995 .....	118
<b>GRÁFICO 6.1</b> – MÉDICOS COM LINHAGEM MÉDICA POR DÉCADAS DE GRADUAÇÃO SEGUNDO GRAUS DE PARENTESCO SELECIONADOS - BRASIL – 1995 .....	132

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1.1</b> – TOTAL DE MÉDICOS X MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: TAMANHO DAS AMOSTRAS E POPULAÇÕES EXPANDIDAS SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL – 1995 .....	38
<b>TABELA 2.1</b> – MUNICÍPIOS INSTALADOS NO BRASIL ATÉ 01.01.1997	51
<b>TABELA 3.1</b> – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 1995 (EM ORDEM DECRESCENTE) .....	62
<b>TABELA 3.3</b> – MÉDICOS EM ATIVIDADE NOS ESTADOS UNIDOS POR NATUREZA DA INSTITUIÇÃO FORMADORA ESTADOS UNIDOS – 1985/1989/1994 .....	68
<b>TABELA 3.4</b> - MÉDICOS RESIDENTES (R1) NOS ESTADOS UNIDOS POR NATUREZA DA INSTITUIÇÃO FORMADORA - ESTADOS UNIDOS - 1988 a 1994 .....	69
<b>TABELA 3.5</b> - RELAÇÃO MÉDICO/1.000 HABITANTES SEGUNDO GRANDES REGIÕES – BRASIL – 1964/1970/1980/1995 .	72
<b>TABELA 4.1</b> - PROPORÇÃO DE MÉDICAS ATIVAS SEGUNDO PAÍS DE GRADUAÇÃO, FAIXA ETÁRIA E ESPECIALIDADE EM ANOS SELECIONADOS - ESTADOS UNIDOS - 1970/1986/2000/2010 .....	78
<b>TABELA 4.2</b> - NÚMERO DE ESCOLAS MÉDICAS POR NATUREZA DA INSTITUIÇÃO E GRANDES REGIÕES SEGUNDO ANO DE FUNDAÇÃO – BRASIL – 1997 .....	84
<b>TABELA 4.3</b> - DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISA SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 1995 (EM ORDEM DECRESCENTE) .....	89
<b>TABELA 4.4</b> - MÉDICOS COM PÓS-GRADUAÇÃO DISTRIBUIDOS POR GRANDES REGIÕES SEGUNDO MODALIDADES DE PÓS-GRADUAÇÃO – BRASIL – 1995 .....	95
<b>TABELA 4.5</b> - DISTRIBUIÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA SEGUNDO ESPECIALIDADE - BRASIL – 1992 .....	97
<b>TABELA 4.6</b> - DISTRIBUIÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL – 1992 .....	99

<b>TABELA 5.1</b> - MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO X NÃO MIGRANTES DE FORMAÇÃO DISTRIBUIDOS POR TIPOLOGIA DE ESPECIALIDADES SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL – 1995 .....	106
<b>TABELA 5.2</b> - MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DISTRIBUIDOS POR GÊNERO SEGUNDO TIPOLOGIA DE ESPECIALIDADES - BRASIL – 1995 .....	107
<b>TABELA 5.3</b> – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DISTRIBUIDOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO TIPOLOGIA DE ESPECIALIDADES - BRASIL – 1995 .....	108
<b>TABELA 5.4</b> – ORIGEM DOS MÉDICOS MIGRANTES SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL – 1995 .....	110
<b>TABELA 5.5</b> - PARTICIPAÇÃO DO TOTAL DE MÉDICOS x MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO – BRASIL – 1995 .....	112
<b>TABELA 5.6</b> - MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DISTRIBUIDOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL – 1995 .....	114
<b>TABELA 5.7</b> - MÉDICOS MIGRANTES X NÃO MIGRANTES DE FORMAÇÃO: VALORES MODAIS DE RENDA SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL – 1995 .....	116
<b>TABELA-RESUMO</b> - PERFIL DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO SEGUNDO ATRIBUTOS SELECIONADOS - BRASIL – 1995 .....	136/ /137



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1.1</b> – CLASSIFICAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS ....	30
<b>QUADRO 1.2</b> – DESENHO DAS AMOSTRAS/CENSOS DA PESQUISA 'PERFIL DOS MÉDICOS NO BRASIL' .....	35
<b>QUADRO 3.1</b> – IMG's: SITUAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA NOS ESTADOS UNIDOS SEGUNDO ESPECIALIDADES SELECIONADAS - ESTADOS UNIDOS - 1989/1995 .....	67
<b>QUADRO 4.1</b> – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS MÉDICOS - BRASIL - 1995 (N=183.052) .....	82
<b>QUADRO 5.1</b> – DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS SEGUNDO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA - BRASIL – 1995 .....	104

## LISTA DE SIGLAS

- ABEM** – Associação Brasileira de Escolas Médicas
- AMA** – *American Medical Association*
- AMB** – Associação Médica Brasileira
- CFE** – Conselho Federal de Educação
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CGDRH** – Conselho Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
- CNRM** – Comissão Nacional de Residência Médica
- CREMESP** – Conselho Regional de Medicina de São Paulo
- ECFMG** – *Educational Commission for Foreign Medical Graduates*
- EUROSTAT** – *Statistical Office of the European Communities*
- FENAM** – Federação Nacional dos Médicos
- FMG's** – *Foreign Medical Graduates*
- FNUAP** – Fundo de População das Nações Unidas
- FUNDAP** – Fundação de Desenvolvimento Administrativo
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INEP** - Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IMG's** – *International Medical Graduates*
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- JAMA** – *Journal of American Medical Association*
- MEC** – Ministério de Educação e Cultura
- MS** – Ministério da Saúde
- NEJM** – *The New England Journal of Medicine*
- NIERHUS** - Núcleo Integrado de Estudos de Recursos Humanos para a Saúde
- NRMP** – *National Resident Matching Program*
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde
- PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- USMG** – *US medical graduates*

## APRESENTAÇÃO

Migrar é mudar de País, de região, de estado, de município ou até mesmo de domicílio, um fenômeno tão antigo quanto a própria história da humanidade. O direito de transitar entre um local e outro está previsto na Constituição brasileira em seu artigo 5º, inciso XV, que diz: “é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens.” (Brasil, 1988). Há, porém, uma questão controversa, envolvendo a migração: quais as condições em que ela ocorre ? Portanto, estudar os movimentos migratórios contribui para melhor compreensão do modo como a sociedade moderna se constituiu, sendo os profissionais de saúde, atores fundamentais para o bem-estar de uma população na promoção de saúde. Estudá-los nesta perspectiva representa uma iniciativa importante na formulação de políticas de recursos humanos compatíveis com a realidade nacional.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1992) através da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária mostram que em 1992 existiam aproximadamente 1,4 milhão de trabalhadores ocupados em atividades de saúde, tanto no setor público, como no privado. Ressalta-se que deste contingente de trabalhadores, os médicos representavam mais de 30% do total e cerca de 70% dos empregos de profissionais de nível superior (Machado, Souza, Pinto, Teixeira, Vieira & Rego, 1995). Contudo, sua relevância se dá não apenas de forma quantitativa, como também qualitativa em todo o sistema de saúde.

Poderíamos perguntar de onde viria esta tão grande importância atribuída aos médicos em nosso País e em todo o mundo ? Certamente, uma das respostas para este questionamento é o fato desses profissionais serem os ‘embaixadores da vida’, um dos direitos naturais mais preciosos da humanidade. Os médicos, juntamente com os advogados e os engenheiros representam aqui na terra, três das profissões de grande prestígio no mundo moderno, que simbolizam direitos naturais preciosos da humanidade: o direito à vida, à liberdade e à propriedade, sendo que este último desenvolveu-se e

consolidou-se ao longo dos séculos nem sempre de forma justa, já que conforme Hobbes mesmo dizia, sem a presença de um poder comum, para ele, o poder de um Estado, capaz de manter a todos em respeito, haveria uma **guerra**, que seria **de todos contra todos**. A profissão médica, ao longo de sua história tem se mostrado extremamente diferenciada das demais, uma vez que o ato médico qualifica-se como ato singular, único; pois envolve uma decisão pessoal do profissional na aplicação do conhecimento científico. (Schraiber, 1995).

Sobre a história da medicina em nosso País, alguns autores mencionam aspectos curiosos. Santos Filho (1953:181) relata que “os primeiros profissionais da medicina no Brasil foram na sua quase totalidade, cristãos-novos lusos e castelhanos que para o país afluíram a partir das expedições colonizadoras. Alguns raros físicos e a maioria dos primeiros profissionais se compôs de cirurgiões-barbeiros, indivíduos de condições humilde que na Colônia não ocuparam lugar de destaque e nem enriqueceram.” Machado (1996:127), acrescenta que a medicina no Brasil, até o século XVIII: “era praticada por camadas sociais desprestigiadas e compunha-se do ‘baixo clero’, homens mal letrados, sem prestígio social e de pouca cultura. Poucos eram os que fugiam à regra.”

Até então, a prática médica no Brasil se dava de forma muito precária, o que levou no final do século XVIII, o Vice-Rei D.Luiz de Vasconcelos formalizar uma crítica a falta de assistência médica, na medida em que em todo o território havia apenas quatro médicos oficialmente habilitados. Eram considerados médicos apenas aqueles que haviam se formado em Coimbra, a mais antiga universidade de Portugal<sup>1</sup>. Os cirurgiões eram reconhecidos pela Junta do Protomedicato<sup>2</sup>, mas possuíam direitos muito limitados, só podendo realizar alguns tipos de prática cirúrgica. Enfim, a atuação médica no primórdios de

---

<sup>1</sup> Em 1290 foi criada a primeira universidade de Portugal, que se estabeleceu alternativamente em Lisboa e Coimbra, até fixar-se de forma definitiva nesta última cidade em 1537. Entre 1577 e 1822, 2.464 estudantes nascidos no Brasil diplomaram-se em Coimbra. (Barsa, 1982:v.15:290b e v.5:391b)

<sup>2</sup> Instituição criada na cidade de Lisboa em 1782 para supervisionar o exercício da cirurgia e da farmácia em substituição à Fisicatura-Mór que existia desde 1260. Esta Junta submetia a

nosso País não representava efetivamente uma prática oficializada, conforme relata Vasconcellos (1950:187): “Eis, portanto, naquela época, os recursos com que contava a nossa vacilante assistência médica: alguns médicos de Coimbra, alguns mais licenciados pelo Protomedicato e a grande massa dos boticários, dentistas, parteiros e sangradores, que constituíam o curandeirismo especializado... E note-se, exerciam todos o seu ofício com as garantias da lei, pois anualmente obtinham da Junta e do Senado da Câmara provisões para curar. Havia ainda, no meio de tudo isso, seu lugarzinho para os charlatães, que iam clinicando mesmo sem licença, e curando, mesmo sem estarem para tanto devidamente autorizados. E não se diga que ganhavam facilmente sua vida, porque naquele tempo os seus colegas, curandeiros licenciados, não lhes davam trégua, reclamando contra aqueles transviados da prática profissional (...)”

Chegamos ao século XIX, período da história em que a ciência médica teve sua mais bem sucedida aplicação no campo da higiene pública e com os avanços científicos no campo da bacteriologia ocorridos entre as décadas de 1850 e 1880, através dos trabalhos de alguns cientistas como Pasteur e Koch<sup>3</sup>.

Com o passar do anos, o avanço do conhecimento produzido nas ciências biológicas de um modo geral, possibilitou, como em muitas outras áreas, a intensificação da divisão de trabalho e, como consequência, a **especialização**. Isto quer dizer que, inúmeras profissões do mundo moderno e, em especial, da área da saúde, surgiram a partir de uma origem comum, a medicina. Associado a este fato, diversos foram os momentos onde houve conflitos, disputas; devido à necessidade de uma divisão clara de funções e tarefas ou mesmo a problemas de relacionamento humano.

---

exame o candidato que, em caso de aprovação, recebia de Lisboa o seu diploma de cirurgião ou de cirurgião formado (Vasconcellos, 1950).

<sup>3</sup> É interessante perceber que neste mesmo período e durante o século XIX nos Estados Unidos, a posição dos médicos dependia tanto de seus antecedentes familiares como da posição de seus pacientes e, também da natureza de sua ocupação, conforme afirma Starr(1982:104). “Los hombres situados en la parte más alta de la profesión se habían graduado en escuelas médicas; los más prestigiados habían ido a Europa como parte de su preparación, en tanto que los practicantes situados en las filas más bajas no pasaban de ser autodidactos.”

Com uma visão crítica da história da medicina, Coelho (1995:35) afirma que se esta fosse contada pelo sociólogo “dificilmente produzirá qualquer sentimento de exaltação, porque será tecida com outros materiais: conflitos em torno de hierarquias emergentes, acirradas disputas por mercado, luta por poder e prestígio, e até mesmo ignorância e má-fé. Nesta história, nem sempre o interesse humanitário - e, sobretudo, o interesse do paciente - é o valor mais relevante, embora sempre ocupe lugar de destaque no discurso ideológico da medicina.”

Dentre todas as profissões da saúde, a medicina foi a primeira a atingir nível universitário. Na Idade Média, já ocupava uma posição de prestígio equivalente à teologia e à advocacia. Talvez, devido a este fato e a outros culturais, possui até hoje elevado *status* social, mesmo quando verificamos que recentemente vem ocorrendo uma queda progressiva da renda média auferida por seus praticantes. A atual demanda educacional brasileira é um exemplo do reflexo desta situação. Os vestibulares para esta carreira apresentam historicamente uma relação candidato/vaga mais elevada do que por exemplo, para enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e até mesmo, odontologia. Além disso, não são poucas as ‘famílias de médicos’ - gerações de profissionais com algum parente médico em sua família, que atuam em nossos dias no Brasil, como demonstraremos ao longo deste trabalho.

O fenômeno principal que estaremos investigando é a **migração**, tendo como **dimensão a profissão médica**.

No final dos anos 80, os movimentos migratórios assumiram um papel de destaque no cenário mundial, face às grandes transformações econômicas, sociais, políticas, culturais e ideológicas por que vinha passando o planeta, caracterizando-se pelas desigualdades regionais e a formação de mercados integrados como o NAFTA, EU, Mercosul e outros.

O setor da saúde também vem se mobilizando na questão do Mercosul. No III Encontro Internacional de Médicos para o Mercosul, realizado em Buenos Aires, Argentina, de 28 a 30 de julho de 1994 foram debatidos diversos temas

pertinentes, tendo sido formados seis grupos de trabalho: a) Recursos Humanos Médicos, b) Controle da Criação de Novas Escolas de Medicina, c) Acesso ao Mercado de Trabalho, d) Legislação sobre o exercício da medicina, e) Medicamentos e alta tecnologia e f) Trabalho médico em regiões de fronteira.

As conclusões dos representantes do Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai convergem para o fato de que o grande problema da região onde atua o Mercosul continua a ser o da distribuição e não o da quantidade de médicos, tendo sido proposto a criação de um órgão multissetorial com a participação do Estado, que pudesse avaliar as escolas de medicina existentes e padronizasse as bases mínimas necessárias para a atuação dos profissionais nas diversas especialidades. (CREMESP, 1994)

Patarra (1995) também assinala a importância dos deslocamentos populacionais internacionais e suas implicações presentes na formulação do Plano de Ação Mundial oriundo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, organizada pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) que tomou lugar na cidade do Cairo, no Egito, em 1994.

Da mesma forma que a população como um todo, e por diversos motivos que estaremos analisando, os médicos precisam às vezes se deslocar para outro local a fim de cursarem um programa de residência médica, importante etapa de sua formação profissional.

Migrando rumo às novas cidades, esses profissionais são o resultado do processo político, social e econômico do país, incentivados pelas promessas oficiais de sucessivos governos, pelo sonho de uma vida melhor, ou ainda pela própria necessidade de sobrevivência.

Isto ocorre não apenas no Brasil: em todo o mundo, as cidades apresentam uma enorme diversidade cultural e profissional em consequência das migrações. Uma das tarefas mais difíceis é a integração e a aceitação desses migrantes por parte da população local. Essa intolerância, muitas vezes, traduz-

se sob a forma de conflitos étnicos nos grandes centros urbanos de modo violento (Rebello, 1997).

No **Capítulo I**, Para Compreender o Estudo..., detalharemos as fontes de dados primárias e secundárias utilizadas, além de explicitarmos as hipóteses que norteiam este estudo e as tipologias adotadas na análise dos dados da Pesquisa 'Perfil dos Médicos no Brasil', caracterizando o subuniverso de médicos 'migrantes de formação' considerados neste estudo. Esta Pesquisa foi a nossa fonte principal de informação, sem a qual não seria possível o trabalho que ora apresentamos. Merecendo um tópico à parte, tentamos sumariá-la em seus passos metodológicos, tarefa que **não se esgota** com o que relatamos. Para um maior aprofundamento, sugerimos a consulta aos relatórios da pesquisa, principalmente o primeiro e os vinte e oito volumes que compõem o relatório final. Este último possui em seu anexo – volume I – o questionário aplicado. Também de enorme relevância para este trabalho foi o livro de Machado, Rego, Oliveira, Lozana, Pereira, Pinto, Campos, Sertã, Braga e Barcellos, publicado pela Editora Fiocruz em 1997, onde os autores traçam o retrato da situação atual dos médicos no Brasil.

Fizemos ainda, a não menos importante busca numa das fontes secundárias mais ricas e novas que a tecnologia nos oferece: a Internet. Para nossa surpresa, tantos foram os artigos científicos encontrados sobre o tema migração médica, notavelmente nos Estados Unidos, que tornou-se difícil a seleção do material que veio a subsidiar este estudo. Achamos que esta deve ser mais uma fonte a ser incorporada no dia-a-dia dos trabalhos acadêmicos.

No **Capítulo II**, A Profissão Médica e a Migração, pontuamos alguns aspectos que constituem as profissões como a medicina, tendo como fundamento a Sociologia das Profissões, destacando autores como Freidson, Larson, Abbott e Machado. Posteriormente, mas ainda neste mesmo capítulo, criamos um tópico, onde descrevemos a migração, sendo esta analisada por estudiosos do tema, que nos apresentam diversas explicações, convergindo para o fato da migração ser considerada um fenômeno sobretudo econômico e social, além de não existir uma teoria acabada sobre migrações.



Terminamos este capítulo, propondo que a migração seria mais um aspecto constitutivo da profissão médica, assim como a autonomia, a base cognitiva e o mercado de trabalho, relatados pelos sociólogos que estudam as profissões.

No **Capítulo III**, Médicos no contexto populacional, traçamos inicialmente um diagnóstico da situação social brasileira atual, comparativamente ao resto do mundo, utilizando-se de indicadores da Organização das Nações Unidas (ONU) e enfatizando a importância dos investimentos em educação como fator decisivo para a entrada do Brasil no grupo dos países de alto desenvolvimento humano. A seguir, tratamos do fenômeno da expansão do ensino médico, ocorrido em todo o mundo a partir das décadas de 1960 e 1970, que tentava atender a crescente demanda por estes profissionais na área da saúde. O reflexo dessas políticas foi um aumento incontrolável de médicos graduados em vários países, que se vêem hoje com o problema de excesso de médicos em algumas de suas cidades. Para expressar este fato, optamos pelo indicador médico/1000 habitantes, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e analisamos mais detalhadamente o Brasil e suas grandes disparidades regionais, no que diz respeito a esta estatística. Finalmente, para tentar mostrar que a migração médica é uma questão não apenas brasileira, apresentamos de forma sucinta este fenômeno também observado na sociedade americana. Assim como no Brasil, este fato também vem preocupando as autoridades governamentais e profissionais deste país, a tal ponto que os respeitáveis periódicos *Journal of American Medical Association* (JAMA), ligado a Associação Médica Americana e o *The New England Journal of Medicine* (NEJM), associado a Sociedade Médica de Massachusetts, dedicarem frequentemente um espaço em suas publicações para discutir com a classe médica esta questão, havendo interlocutores em todas as partes dos Estados Unidos.

No **Capítulo IV**, Alguns Aspectos da Formação Profissional Médica, começamos com o resgate da questão da interiorização dos médicos, que, como veremos, remonta da década de 70, e avançamos com a caracterização dos médicos brasileiros em atividade.

Abordamos também a questão da formação profissional, e a pós-graduação detalhando este último tópico, para o caso da medicina, desde a criação dos programas de residência médica em Baltimore nos Estados Unidos, no final do século XIX, até os dias de hoje.

A residência médica, principal modalidade de formação de médicos especialistas no Brasil, é estudada não somente pelos seus programas, ligados em sua maior parte às universidades através dos hospitais universitários mas também, e principalmente, por caracterizar o fenômeno da migração de formação, tema central deste estudo.

Finalmente, no **Capítulo V**, Médicos Migrantes de Formação: um Retrato Brasileiro, traçamos o perfil dos médicos migrantes de formação, tendo como perspectiva alguns aspectos sócio-demográficos e de formação profissional, além do mapeamento das correntes e contracorrentes migratórias entre cada uma das regiões brasileiras.

À guisa de conclusão, as Considerações Finais, relacionam alguns pontos relativos às políticas de recursos humanos, envolvendo a questão da formação profissional, tendo como realidade a migração médica que abordamos.

Finalizando, o **Anexo** apresenta as tabelas de erro amostral (absoluto e relativo) consideradas na análise desenvolvida para o universo de médicos migrantes de formação. Estas tabelas permitem a avaliação da significância (maior ou menor) das estimativas calculadas na análise dos dados relativos à migração de formação.

## I. PARA COMPREENDER O ESTUDO

### Introdução

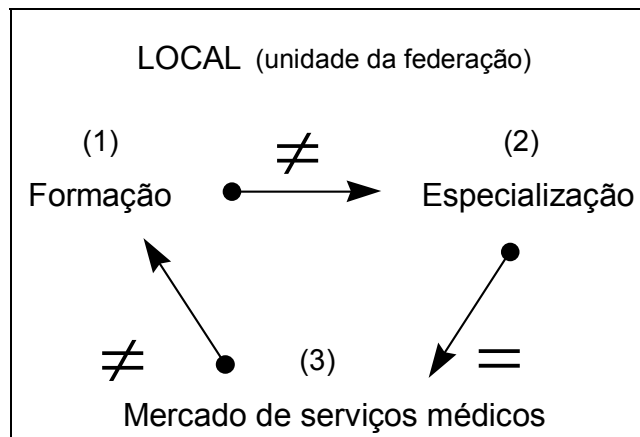
O presente trabalho é um estudo retrospectivo descritivo, de natureza quantitativa e qualitativa, tendo como base o banco de dados gerado pela Pesquisa 'Perfil dos Médicos no Brasil' (Machado, Ávila, Oliveira, Sertã, Lozana, Pinto, Braga, Teixeira, Campos, Vieira, Pereira & Rego, 1996).

Nossa hipótese principal é que a área de atuação do médico define seu deslocamento. Nesse sentido, ao avaliarmos os profissionais que migram do local de sua formação básica (graduação) para um outro, buscando especializarem-se – os chamados médicos migrantes de formação – a variável principal que consideramos para análise foi a especialidade médica escolhida pelo médico no programa de residência.

Outras variáveis secundárias norteiam nosso estudo, quais sejam: a) idade, b) gênero, c) estados/regiões mais ou menos desenvolvidos. A estas vertentes estão associadas as respectivas hipóteses que podem ajudar na explicação do tema em questão, e que também serão utilizadas: a) jovens migram proporcionalmente mais (profissionais em início de carreira); b) mulher migra menos, c) estados/regiões mais desenvolvidas tendem a concentrar médicos mais “bem informados”. Há entretanto outras dimensões que, por não terem sido pesquisadas, não serão consideradas, como é o caso da variável ‘estado civil’. **(FIGURA 1.1)**.

Paralelamente, traçamos o perfil dos médicos migrantes de formação, para que, com base neste, possamos propor políticas de recursos humanos que retratem as realidades regionais frente às recentes mudanças por que vem passando a profissão médica no Brasil.

**FIGURA 1.1: DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA  
(MIGRAÇÃO DE FORMAÇÃO)**



**Obs.:** O fenômeno da 'migração de formação' estudado caracteriza-se na figura acima pelo fluxo (1)  $\Rightarrow$  (2), ou seja, da formação (básica) para a especialização.

Para auxiliar na análise, foram consultados outros estudos de cunho semelhantes, sendo feita ainda uma ampla revisão de toda a literatura relativa aos temas abordados neste trabalho, quais sejam: a Sociologia das Profissões, Educação Médica, ' Migração de Formação', tanto de caráter nacional como internacional, com a consulta de periódicos como o JAMA e o NEJM, que publicam regularmente artigos especiais voltados para a área de formação profissional médica.

De fundamental importância foram os subsídios da Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública, Biblioteca de Manguinhos e do IBGE. Buscou-se também a pesquisa através da Internet, nos sites do próprio IBGE (<http://www.ibge.gov.br>), além do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (<http://www.ipea.gov.br>), Banco Mundial (<http://www.worldbank.org>), OMS (<http://www.who.org>), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (<http://www.paho.org>), Eurostat (<http://europa.eu.int>), CFM (<http://www.cfm.org.br>), Associação Médica Americana (AMA) (<http://www.ama-assn.org>), The New England Journal of Medicine (<http://www.nejm.org>), dentre diversos outros.

Além disso, não menos importante foram os dados do relatório da pesquisa sobre as especialidades médicas do Núcleo de Estudos de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) apresentado à comunidade científica médica no ano de 1992 com informações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Para nortear nossa análise foram ainda consideradas duas tipologias:

- uma que relaciona a idade com o ano de formado, ou seja, trata-se de uma caracterização geracional. Por exemplo, quando estivermos falando dos médicos com menos de 30 anos estará subjacente à idéia de que estes profissionais se graduaram na década de 90 e assim sucessivamente até a geração formada nos anos 40;
- outra que se refere às especialidades médicas. A partir do modelo de Díaz-Jouanen (1990), Machado et al. (1997:26-28) buscaram uma redefinição deste, reclassificando sociologicamente todas as áreas de atuação profissional no Brasil, e adotando uma nova abordagem que considerava a natureza e o processo de trabalho, quantificando os médicos brasileiros em cada um dos quatro grupos de especialidades propostos: a) as cognitivas; b) as técnico-cirúrgicas e de habilidades; c) as intermediárias; d) as tecnológicas e/ou burocráticas . **(QUADRO 1.1)**

### QUADRO 1.1: CLASSIFICAÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (\*)

Grupo 1 Cognitivas	Grupo 2 Técnico-cirúrgicas e de Habilidades	Grupo 3 Intermediárias	Grupo 4 Tecnológicas e Burocráticas
Alergia e Imunoterapia	Cirurgia Cardiovascular	Acupuntura (**)	Adm. Hospitalar
Angiologia	Cirurgia da Mão	Anestesiologia	Citopatologia
Cardiologia	Cir.Cabeça e Pescoço	Broncoesofagologia	Eletroencefalografia
Endocrinologia/Metabolia	Cirurgia Geral	Cancerologia	Hemoterapia
Foniatria	Cirurgia Pediátrica	Dermatologia	Medicina do Tráfego
Geriatria e Gerontologia	Cirurgia Plástica	Endoscopia Digestiva	Medicina Nuclear
Genética Clínica	Cirurgia Torácica	Fisiatria	Medicina Sanitária
Hansenologia	Cirurgia Vascular	Gastroenterologia	Neurofisiologia Clínica
Homeopatia	Mastologia	Ginecologia e Obstetrícia(***)	Patologia
Infectologia	Neurocirurgia	Hematologia	Patologia Clínica
Medicina do Trabalho		Nefrologia	Radiologia
Medicina Esportiva		Medicina Legal	Radioterapia
Med. Geral Comunitária		Oftalmologia	
Medicina Interna		Ortopedia e Traumatologia	
Neurologia		Otorrinolaringologia	
Neurologia Pediátrica		Proctologia	
Nutrologia		Terapia Intensiva	
Pediatria		Urologia	
Pneumologia			
Psiquiatria			
Reumatologia			
Sexologia			
Tisiologia			
<b>23 especialidades</b>	<b>10 especialidades</b>	<b>19 especialidades</b>	<b>12 especialidades</b>
<b>35,9%</b> das especialidades	<b>15,6%</b> das especialidades)	<b>29,7%</b> das especialidades	<b>18,8%</b> das especialidades
<b>77.227</b> 43,6% dos médicos	<b>23.511</b> 13,3% dos médicos	<b>63.704</b> 36,0% dos médicos	<b>12.599</b> 7,1% dos médicos

(\*) Não foram considerados os “ignorados” e a categoria “ outros”.

(\*\*) Existem hoje sessenta e quatro especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Ressalta-se que na época da realização da pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, a Acupuntura ainda não era reconhecida como especialidade médica.

(\*\*\*) Apesar das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia serem reconhecidas separadamente pelo CFM, optou-se por classificar e analisar os dados referentes às duas especialidades conjuntamente. Isto porque elas se complementam e, ainda pelo fato de que a maioria dos médicos entrevistados na Pesquisa ‘Perfil dos Médicos no Brasil’ declarar as “duas” como uma única especialidade por eles desempenhada.

Fonte: Machado et al.(1997:28) a partir dos dados da Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, Fiocruz/CFM

Assim os autores definem cada um dos grupos de especialidades da seguinte maneira:

*“a) especialidades cognitivas: lidam diretamente com o cliente, e sua relação profissional se baseia fundamentalmente no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada (...). b) especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades – também lidam diretamente com o paciente, mas não de forma tão direta e cotidiana, como ocorre com os ‘médicos cognitivos’. (...) Neste caso, o que predomina no processo de trabalho é o conhecimento técnico, ou seja, habilidades técnicas inerentes ao ato em si, quase sempre de forma pontual e precisa. (...) A relação médico-paciente é mediada por equipes de apoio e de equipamentos sofisticados, que auxiliam na conduta e nos procedimentos (...). c) especialidades intermediárias – são as especialidades ou áreas da prática médica que associam mais estreitamente as habilidades técnicas (cirurgia) à base cognitiva das ciências médicas (clínica), intermediando essas duas áreas distintas (...) Formando verdadeiras ‘clínicas autônomas’ estão aquelas especialidades que possuem esta autonomia de processo de trabalho, o que significa dizer que sua atividade condensa os dois ramos básicos da medicina, dispensando quase sempre interferências de colegas especialistas para a finalização do diagnóstico e intervenção (...). d) especialidades tecnológicas e/ou burocráticas – adotam regularmente a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico-paciente, de natureza individual e intransferível, cede lugar à relação coletiva, na qual o objetivo é quase sempre impessoal, referindo-se a populações, a coletividade ou até a um paciente de um colega, que necessite de algum exame específico.”*

(Machado et al.,1997:26-27)

## **A Pesquisa ‘Perfil dos Médicos no Brasil’: breves comentários**

No final de 1993, iniciaram-se as negociações institucionais entre a Fundação Oswaldo Cruz e o CFM para a realização da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, que englobaria todas as unidades da federação. Ao longo de vários meses foram realizadas reuniões com o objetivo de desenvolver um instrumento de coleta que contemplasse os anseios de todas as entidades médicas envolvidas ao longo do processo: Conselhos Regionais de Medicina (principalmente o de São Paulo e o do Rio de Janeiro), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e o Ministério da Saúde (MS).

Com a coordenação geral composta pela Fiocruz e pelo CFM, a pesquisa contou ainda com a participação de uma coordenação adjunta, além de representantes em todos os estados, que foram responsáveis pelo acompanhamento e busca ativa dos questionários locais. Estes, por sua vez, tiveram um índice de retorno médio para o Brasil de cerca de 50%, havendo contudo unidades da federação que apresentaram retornos acima de 60%, como Distrito Federal, Espírito Santo e São Paulo.

Para uma boa receptividade da pesquisa por parte dos médicos foi feito um trabalho de mobilização nacional, com a divulgação através de rádio (CBN - Rio), televisão (com um *spot* anunciando a pesquisa através da Rede Record, SBT, TVE e Rede Bandeirantes) e jornais de grande circulação em cada estado (**FIGURA 1.2**).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Além disso, foram distribuídos cartazes em todos os estabelecimentos ligados à área da saúde e locais de grande circulação de profissionais médicos e participação em vários fóruns e eventos médicos como o IV Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) realizado em Olinda, Pernambuco em julho de 1994, Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em Niterói, Rio de Janeiro em novembro de 1994, Encontro de Secretários Municipais de Saúde da Região Sudeste em Juiz de Fora, Minas Gerais em outubro de 1994.



**(ENTRA FIGURA 1.2)**

## Plano de amostragem

Em março de 1994 foi realizado um pré-teste com o instrumento de coleta de dados que abrangeu médicos dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Alagoas, selecionados aleatoriamente entre os hospitais de grande porte e conselheiros dos Conselhos Regionais de Medicina<sup>2</sup>.

Após o pré-teste, iniciou-se o processo de reelaboração dos questionários, com a equipe de estatística da pesquisa utilizando o cadastro do CFM, sendo este meticulosamente analisado e tornado compatível com o objetivo da pesquisa, com a eliminação de duplo registro (profissionais com inscrição em mais de uma unidade da federação), médicos sem informações cadastrais, falecidos, inadimplentes há vários anos no Conselho Regional, ou seja, tomou-se como universo populacional, o contingente de **médicos brasileiros ativos** com base no mês de setembro de 1994.

O questionário da 'Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil', com sete blocos de perguntas, buscou traçar um retrato da realidade desses profissionais em nosso País, analisando desde aspectos sócio-demográficos até questões relativas a dimensão político-ideológica.

O plano de amostragem combinou amostras independentes para capital e interior da maioria das unidades da federação e censo para outras, levando em consideração o total de médicos (homens e mulheres de forma agregada), formando um volume de 15.488 questionários entre amostras selecionadas e censos. (Machado et al., 1996: V.I:167)

Por decisão da equipe técnica da pesquisa, nos locais em que mais de 70% da população residisse na capital, somente esta seria estudada. Nas localidades que possuíam região metropolitana, este subconjunto foi agregado ao interior

---

<sup>2</sup> Os resultados preliminares que fizeram parte do pré-teste realizado com 40 médicos destes três estados mencionados – Rio de Janeiro, São Paulo e Alagoas foram analisados por Pinto(1994).

(exceto para Rio de Janeiro, Pernambuco e Ceará) de forma que os municípios componentes da mesma ficassem destacados do municípios do interior. Além disso, Brasília foi pesquisada em conjunto com as cidades-satélites do Distrito Federal (**QUADRO 1.2**).

**QUADRO 1.2:  
DESENHO DAS AMOSTRAS/CENSOS  
DA PESQUISA 'PERFIL DOS MÉDICOS NO BRASIL'**

<b>AMOSTRA</b>	
Capital e interior	Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal (Brasília e cidades satélites), Bahia, Maranhão e Paraíba
Somente Capital	Rio de Janeiro, Alagoas, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Piauí, Sergipe, Amazonas e Pará
Somente Interior	Tocantins
<b>CENSO</b>	
Capital e interior	Acre, Amapá, Rondônia e Roraima
Somente Capital	Tocantins

**Fonte:** Pesquisa 'Perfil dos Médicos no Brasil'. Fiocruz/CFM

Considerando-se o objetivo, a abrangência e condições da pesquisa, optou-se pela amostragem aleatória simples, com amostras dimensionadas para alcançar a mesma precisão e confiabilidade desejadas para capital e interior, considerando-se proporções. Para o cálculo de suas variâncias foi utilizado o caso mais desfavorável em que  $p=q= 0,5$  com nível de precisão relativa máximo pré-fixado em 5%, ou seja, as estimativas deveriam distar menos que

5% do valor real dos parâmetros populacionais. Além disso, considerou-se um erro amostral esperado em torno de 4,5%, utilizando-se um esquema de seleção sistemática<sup>3</sup>. Ao listar os médicos por ano de formado, evitou-se que as amostras concentrassem profissionais de uma determinada geração. A fórmula considerada para sua determinação em cada unidade da federação, segundo local de moradia foi:

$$n = \frac{Nz^2S^2}{Nd^2 + z^2S^2}, \text{ onde}$$

N ⇒ tamanho da população;

z ⇒ valor correspondente na curva normal à confiabilidade desejada;

S ⇒ desvio-padrão da população;

S<sup>2</sup> ⇒ variância da população, que no caso de proporções assume a

$$\text{forma: } S^2 = \frac{NPQ}{N-1}$$

d ⇒ precisão relativa desejada.

Após a finalização da pesquisa de campo, a digitação dos questionários, conferência e análise da consistência dos dados, procedeu-se à expansão dos resultados das amostras. Para isso foram calculados os 'fatores de expansão', resultado da divisão entre o total de médicos da população e o total de médicos que responderam ao questionário (amostra realizada). Por exemplo, no caso da subpopulação de médicos do sexo masculino da capital do Rio Grande do Norte, um médico na amostra representou dez médicos na população de médicos ativos deste local.

A expansão das amostras foi feita separadamente para a capital e interior de cada uma das unidades da federação, considerando-se: a) **distribuição etária** em nove grupos de idade: i) até 27 anos; ii) de 28 a 29 anos; iii) 30 a 34 anos; iv) 35 a 39 anos; v) 40 a 44 anos; vi) 45 a 49 anos; vii) 50 a 59 anos; viii) 60 a

---

<sup>3</sup> Para maiores informações sobre o plano de amostragem, a seleção e expansão da amostra e o cálculo dos erros amostrais absoluto e relativo, sugerimos a leitura do Relatório Final da "Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil" (Machado et al., 1996, V.I).

69 anos; ix) 70 anos e mais; b) **gênero**, perfazendo assim 18 fatores para a capital e 18 fatores para o interior. Totalizando os fatores de expansão dos 26 estados e o Distrito Federal chegou-se a 394 fatores, que corresponde ao total de fatores considerados na expansão das amostras da pesquisa.

A população expandida a partir do universo analisado pela Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil foi de 183.052 médicos, que corresponde ao total de profissionais observado após a expansão das amostras realizadas ( $n=8.024$ ) acrescido do contingente de médicos pesquisados por censo. Portanto, esta foi a população da qual extraímos um subconjunto ( ou subpopulação ) que consideramos na análise feita sobre os médicos migrantes de formação, representando um subtotal de 34.390, a partir de uma subamostra realizada de 1.932 médicos. **(TABELA 1.1)**. A partir daí, consideramos este subtotal como o nosso novo universo, isto é, fixamos o tamanho populacional em  $N'=34.390$  - expandido a partir de uma amostra aleatória simples com  $n'=1.932^4$ . Foram, então, auferidos os erros de amostragem absolutos e relativos, levando em conta esta situação. A partir daí, construímos intervalos de confiança para algumas estimativas específicas.

Esses erros amostrais e os limites de confiança foram calculados para as **estimativas de totais** no Brasil e Grandes Regiões, permitindo a ponderação e a avaliação da significância dos dados ora analisados. O cálculo dos coeficientes de variação ( ou erros padrões relativos ) da Região Norte sugere que deve-se tomar cuidado com as considerações feitas para este local, analisando-as sob o maior rigor estatístico. **(GRÁFICOS 1.1 a 1.6 e ANEXO I)**.

---

<sup>4</sup> Pode-se demonstrar através da Teoria da Amostragem Estatística que “*uma amostra aleatória simples de uma população contém uma amostra aleatória simples de algum subconjunto desta população.*” (Lozana, 1997: 47)

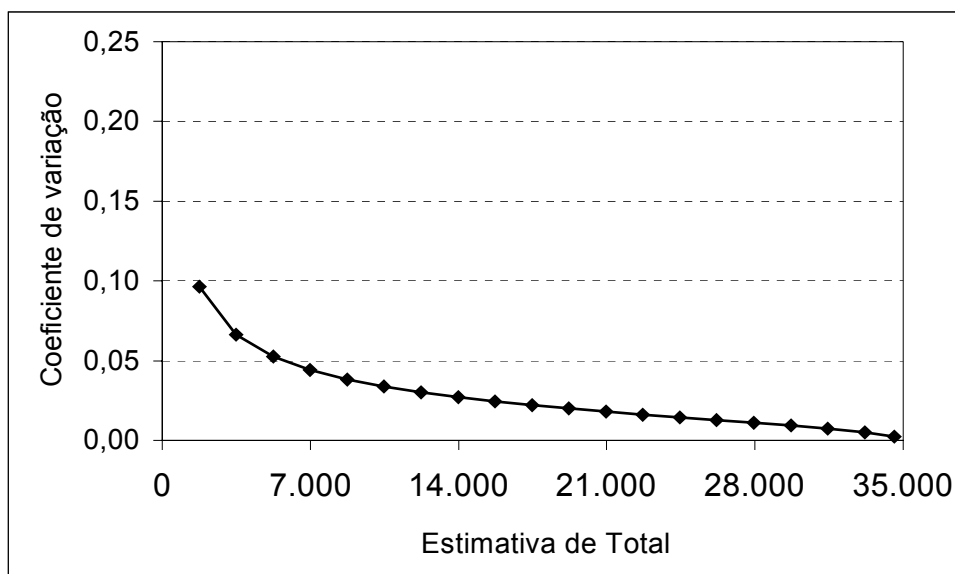
**TABELA 1.1**  
**TOTAL DE MÉDICOS X MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO:**  
**TAMANHO DAS AMOSTRAS REALIZADAS E POPULAÇÕES EXPANDIDAS**  
**SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 1995**

Unidades da Federação onde reside	Médicos Ativos		Médicos migrantes de formação	
	População Expandida	Amostra/Censo (*)	População Expandida	Amostra/Censo (*)
Acre	203	70	50	19
Amazonas	1.336	167	440	55
Amapá	207	90	76	31
Pará	2.822	166	1.054	62
Rondônia	502	251	114	57
Roraima	144	54	43	16
Tocantins	484	126	109	29
Região Norte	5.698	924	1.886	269
Alagoas	2.283	183	915	73
Bahia	8.725	501	1.069	65
Ceará	3.691	174	837	40
Maranhão	1.902	217	584	61
Paraíba	2.968	249	998	86
Pernambuco	5.727	224	942	37
Piauí	1.052	168	282	45
Rio Grande do Norte	1.707	179	542	56
Sergipe	1.194	122	384	40
Região Nordeste	29.249	2.017	6.553	503
Espírito Santo	3.491	588	1.055	179
Minas Gerais	18.957	549	3.050	90
Rio de Janeiro	27.013	248	2.488	23
São Paulo	58.104	741	11.516	147
Região Sudeste	107.565	2.126	18.109	439
Paraná	8.824	500	1.641	95
Rio Grande do Sul	14.800	483	1.262	43
Santa Catarina	4.484	544	1.158	146
Região Sul	28.108	1.527	4.061	284
Distrito Federal	4.784	345	2.132	153
Goiás	4.351	418	1.377	126
Mato Grosso	1.459	347	305	66
Mato Grosso do Sul	1.838	320	507	92
Região Centro Oeste	12.432	1.430	4.321	437
<b>BRASIL</b>	<b>183.052</b>	<b>8.024</b>	<b>34.930</b>	<b>1.932</b>

(\*) Corresponde aos questionários da amostra/censo devolvidos.

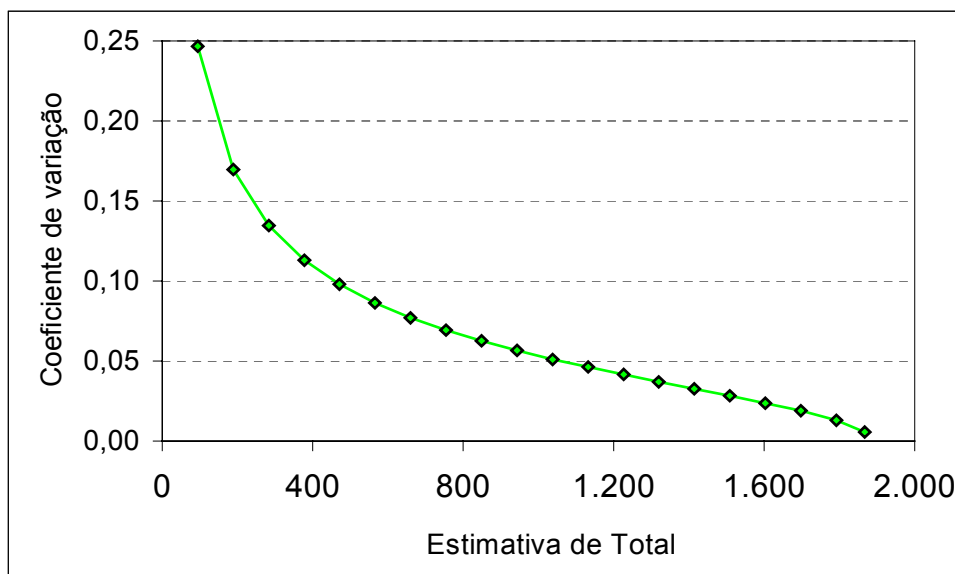
Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**GRÁFICO 1.1**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO:**  
**ESTIMATIVAS DE TOTAL x COEFICIENTES DE VARIAÇÃO**  
**BRASIL - 1995**



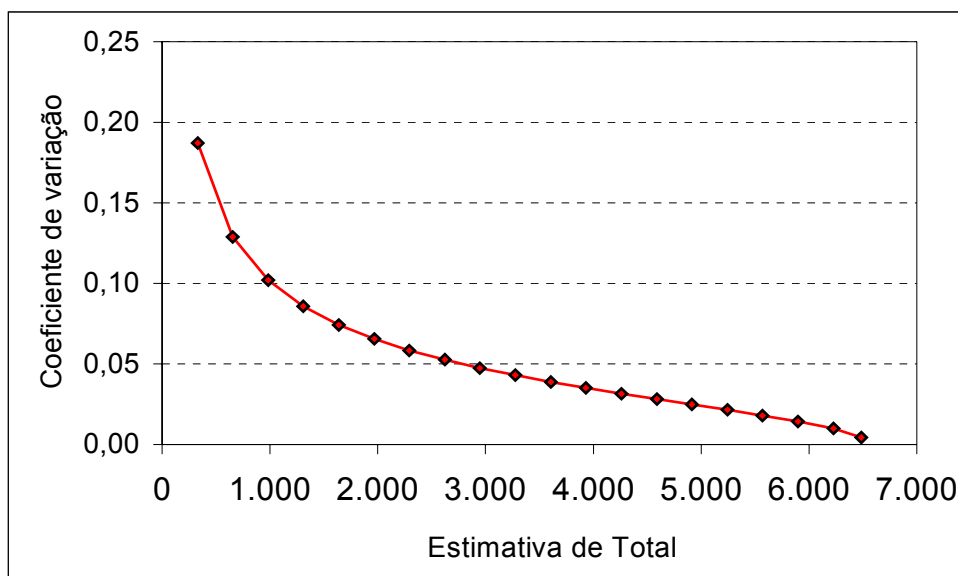
Fonte: Gráfico construído a partir do ANEXO I, com dados da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**GRÁFICO 1.2**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO:**  
**ESTIMATIVAS DE TOTAL x COEFICIENTES DE VARIAÇÃO**  
**REGIÃO NORTE - 1995**



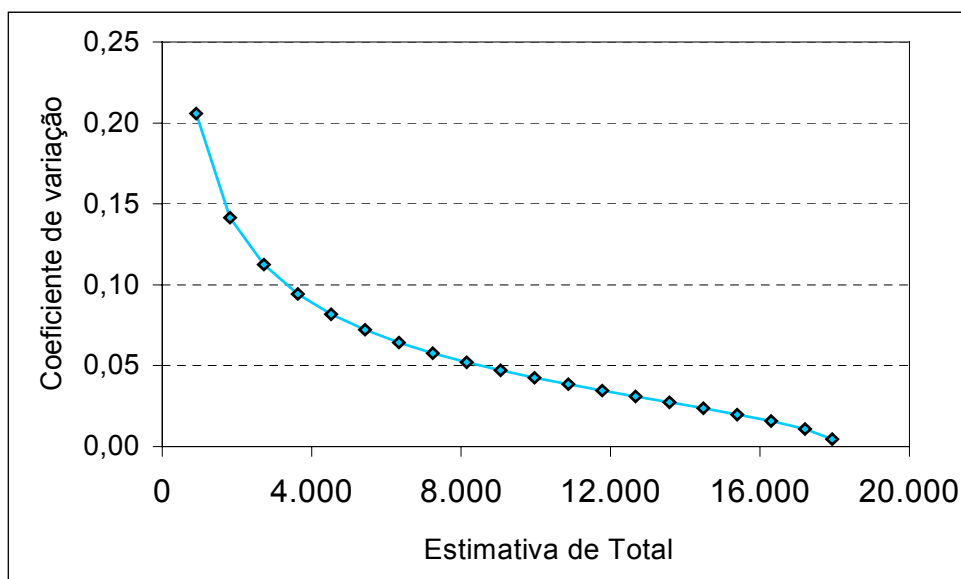
Fonte: Gráfico construído a partir do ANEXO I, com dados da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**GRÁFICO 1.3**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO:**  
**ESTIMATIVAS DE TOTAL x COEFICIENTES DE VARIAÇÃO**  
**REGIÃO NORDESTE - 1995**



Fonte: Gráfico construído a partir do ANEXO I, com dados da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

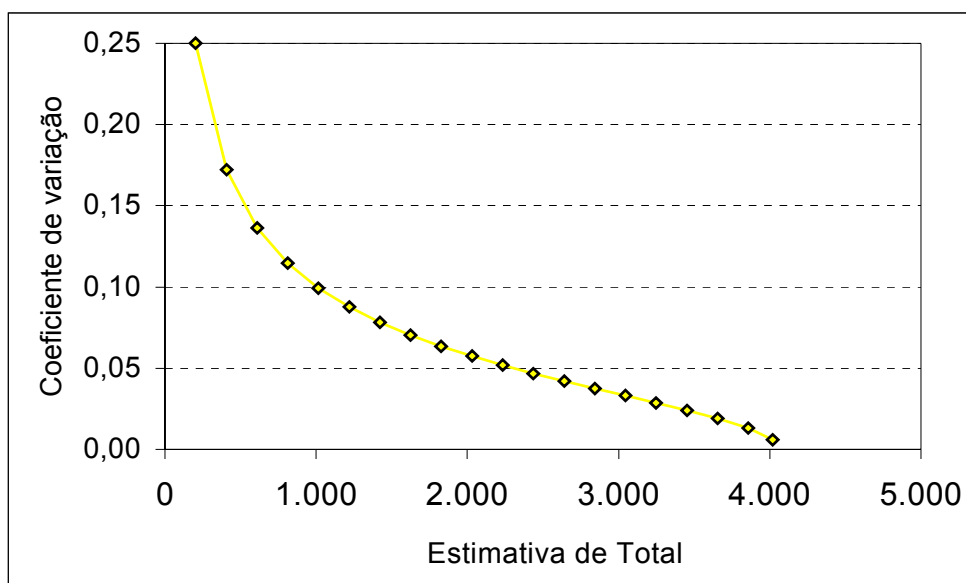
**GRÁFICO 1.4**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO:**  
**ESTIMATIVAS DE TOTAL x COEFICIENTES DE VARIAÇÃO**  
**REGIÃO SUDESTE - 1995**



Fonte: Gráfico construído a partir do ANEXO I, com dados da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

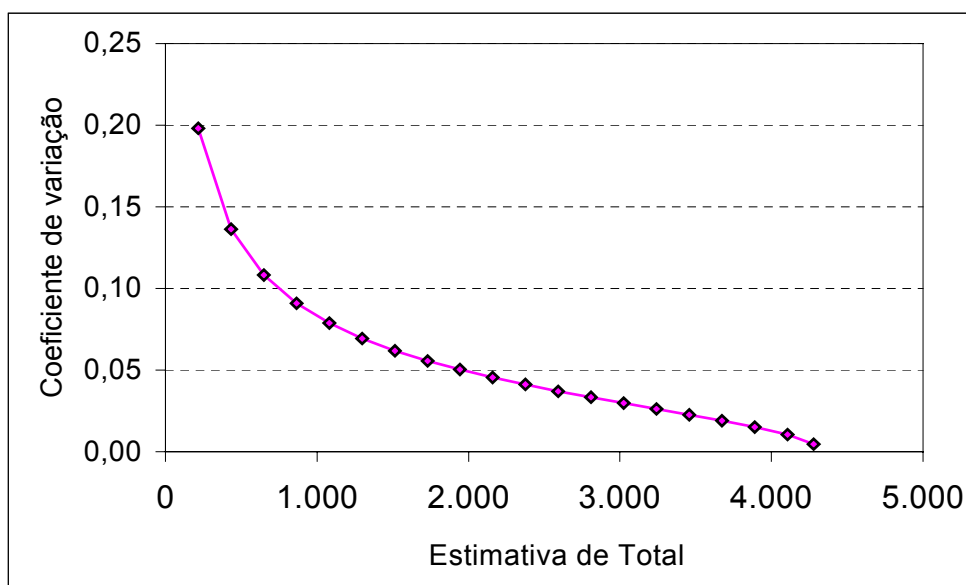


**GRÁFICO 1.5**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO:**  
**ESTIMATIVAS DE TOTAL x COEFICIENTES DE VARIAÇÃO**  
**REGIÃO SUL - 1995**



Fonte: Gráfico construído a partir do ANEXO I, com dados da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**GRÁFICO 1.6**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO:**  
**ESTIMATIVAS DE TOTAL x COEFICIENTES DE VARIAÇÃO**  
**REGIÃO CENTRO-OESTE - 1995**



Fonte: Gráfico construído a partir do ANEXO I, com dados da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

## II. A PROFISSÃO MÉDICA E A MIGRAÇÃO

### Aspectos constitutivos de uma Profissão

Nas Ciências Sociais existe um campo que estuda o mundo das 'ocupações organizadas' de nível superior, a Sociologia das Profissões, que toma a profissão como elemento-chave para compreensão do complexo mundo do profissionalismo. Seu poder consiste em atuar numa determinada realidade, modificá-la ( como no exemplo na medicina, que atua sobre a enfermidade, buscando sempre que possível trazer o alívio ou mesmo a cura do paciente ), possibilitando a (re)criação da mesma. Os estudiosos dessa teoria ( Freidson (1998), Larson (1977), Abbott (1988), Coelho (1995), Machado (1996) entre outros ) vem propondo aquilo que seriam seus aspectos constitutivos e, em suas abordagens complementam-se um ao outro, havendo ainda características em comum, como as questões relativas à aquisição de uma **base cognitiva, autonomia e mercado de trabalho**.

Além disso, o conhecimento de uma área profissional deve ser complexo, sistematizado, institucionalizado, aplicável por poucos e de utilidade reconhecida pela clientela. Sua legitimidade é sempre coletiva, ou em outros termos, o poder é da Profissão e não dos profissionais.

Na constituição de uma profissão, deve existir também um outro elemento importante: a cultura profissional, ou seja um ambiente interno (as associações profissionais, por exemplo) e outro externo (o mundo profissional e organizacional). Como profissão, acrescenta Coelho (1995), a medicina dispõe de um conjunto de instituições e organizações cuja função é, geralmente, a de garantir um mínimo de auto-regulação ocupacional. Primeiro, **códigos de ética** prescrevem, entre outras coisas, a forma de relacionamento entre os médicos, e entre estes e seus pacientes. Segundo, **sociedades médicas ou comissões de especialistas** por elas designadas ou aprovadas, que definem o que constitui um conhecimento médico válido, divulgando-o através de revistas especializadas. Terceiro, **associações profissionais**, que mantêm registro dos

médicos em atividade para efeito de controle e procuram estabelecer, com base em considerações éticas, as condições sócio-econômicas gerais capazes de garantir a boa prática profissional - valor mínimo de honorários, relações contratuais de trabalho etc - com a finalidade de preservar a dignidade da profissão.

Para Freidson (1994) uma maneira de caracterizar as atividades humanas que representam 'profissões' é através da construção de um tipo ideal, que deve basear-se em dois fatores: a autoridade profissional e a legitimidade cultural. O primeiro fundamenta-se no conhecimento especializado bem definido ou **expertise**. O segundo constitui-se num conjunto de idéias e valores que legitimam o uso do poder pelo Estado moderno de fornecer às profissões privilégios e proteções especiais.

Em um dos capítulos da recente coletânea da obra de mais de trinta anos de estudos dedicados à Sociologia Médica, Freidson (1998), baseando-se nas sociedades anglo-americanas em sua análise das Profissões, enfatiza a questão da **autonomia** - que seria para ele a característica fundamental das profissões modernas - trazendo-a para a dimensão **técnica** ( que estaria no centro da autoridade médica ) e **econômica**. Tentando separar estas duas dimensões, este autor chega a sustentar que: “a autonomia associada à competência [autonomia técnica] não deve ser confundida, como frequentemente acontece na literatura, com a autonomia econômica do profissional autônomo tradicional. Ela é algo totalmente diferente. Relaciona-se mais com as tentativas informais de todos os trabalhadores (...) de fazerem seu trabalho da forma que acham adequada a seu próprio senso de saber como fazê-lo.” (Freidson, 1998:110)

Ribeiro e Schraiber (1994), tendo como dimensão as incorporações tecnológicas, refletiram sobre o trabalho médico e suas consequências na autonomia técnica. Para estes autores, a perda relativa dessa característica estaria vinculada às políticas públicas e ao empresariamento da medicina, que gerariam um conflito entre o “ideal de autonomia plena e os ditames das novas imposições de mercado (subordinação hierárquica, perda do controle sobre

preços e clientela, necessidade de associação e parceria com outros médicos, progressiva especialização e vinculação às dinâmicas de setores industriais e financeiros).” (Ribeiro & Schraiber (1994:197).

Larson (1977), fundamentando-se nas realidades inglesa e americana, destaca como pontos fundamentais para qualquer projeto profissional a questão do **mercado de trabalho e da base cognitiva**. Analisa também a questão normativa da profissão, que incluiria a orientação de serviços dos profissionais e seu código de ética característico. Isto justificaria para a autora o privilégio da auto-regulação que a sociedade concede aos seus praticantes. Larson aponta um outro atributo englobando a dimensão avaliativa, que permitiria a comparação implícita das profissões, concedendo-lhes características singulares, como a autonomia e o prestígio. Para esta autora, sem esses pré-requisitos não existiriam “comunidades profissionais”, e esses mesmos pré-requisitos são necessários para que as ocupações atinjam os privilégios inerentes ao *status* de profissão. Citando Parsons, Larson destaca ainda sua relevância para a estrutura social. “O tipo profissional é a base institucional na qual muitas das funções sociais mais importantes são conduzidas, notavelmente a busca da ciência e do aprendizado liberal e sua aplicação prática na medicina, tecnologia, advocacia e ensino.” (Parsons citada por Larson 1977:xiii). Sua importância funcional parece explicar a continuidade histórica das mais antigas – medicina e advocacia. A evolução dessas duas e a profissionalização de outras ocupações faz parte daquilo que Larson chama de dimensões gerais de ‘modernização’ – o avanço da ciência, da racionalidade cognitiva e a progressiva diferenciação e racionalização da divisão do trabalho nas sociedades industriais.

O modelo de profissão emergiu durante a “grande transformação”<sup>1</sup> e foi originalmente moldado pela matriz histórica do capitalismo competitivo. Desde

---

<sup>1</sup> Na primeira metade do séc. XIX, quando as profissões começaram a se organizar e a se reformar, elas faziam parte de um mundo que estava sendo corrompido e remodelado pelo esforço utópico do liberalismo econômico em busca de um sistema de mercado auto-regulável. Nesse contexto, Larson cita Karl Polanyi's, o qual chama este período como o de ocorrência de uma ‘grande transformação’, analisando esta realidade da seguinte forma: “por um século, a dinâmica da sociedade moderna foi governada por um movimento duplo: a expansão contínua do mercado e seu choque frente a um movimento contrário que controlava esta expansão para

então, as condições do trabalho profissional tem mudado, permitindo que o modelo predominante não fosse mais o do “praticante livre” no mercado de serviços, mas o de um especialista assalariado de uma grande organização. Nesse sentido, continua a autora, pouco a pouco começou a ocorrer um processo interessante: a transformação da prática profissional numa vocação especializada em **tempo integral**.

*“Com o declínio dos amadores e dos praticantes do sacerdócio, a tendência profissional transformou-se numa vocação especializada em tempo integral. (...) Na América do séc. XIX, a prática profissional era quase sempre um passatempo em tempo parcial, exceto para os sacerdotes que às vezes também se desdobravam como curandeiros ou advogados em tempo parcial. (...) Em todos os aspectos da vida, a Revolução Industrial separou o trabalho e o treinamento da família e da comunidade. O trabalho profissional estava se tornando um trabalho em tempo integral, o que significava ganhar a vida, apesar da renda e do lucro pregados pela competição capitalista.” (Larson, 1977:12, 13)*

Em algumas profissões mais do que em outras, há um reconhecimento social pelo enorme esforço de trabalho em tempo integral. No caso da medicina, tornar-se médico requer um processo contínuo de formação em nível formal e obrigatório por cerca de vinte anos. Além disso, o sucesso profissional a torna como “uma profissão de alta adesão de seus membros ao projeto profissional, o que significa dizer que, uma vez médico, raramente abandona-se o ofício. (...) Em boa parte, o sucesso do projeto profissional pode ser explicado por essa adesão dos membros à vida profissional. Poucas são as profissões em que o mundo do trabalho se funde e, por vezes, se confunde com o mundo da vida.” (Machado et al., 1997:24)

Já para Abbott (1988), as profissões seriam **sistemas interdependentes** com esquemas próprios de jurisdição. Em sua análise das profissões, propõe que sejam feitos estudos sociológicos que tratem desses esquemas jurisdicionais de forma comparativa, associando o tempo e o lugar, tentando generalizar questões como a autonomia, saber, poder e processo de trabalho. Além disso,

---

direções definidas. Um elemento como este movimento de repulsão foi, para a proteção da sociedade, em última análise, incompatível com a autoregulação do mercado, e com o próprio sistema de mercado.” (Polanyi citado por Larson 1977:9)

o autor inova ao propor que seus praticantes sejam analisados dentro das organizações, contextualizando-os em seu mundo do trabalho, e mudando o foco de análise da profissão para os profissionais. Na visão deste autor, a característica que melhor os identifica é seu **sistema abstrato de conhecimento**, uma vez que esta abstração é o que gera a competição interprofissional, que é diferente da competição existente entre as ocupações de uma maneira geral. Para Abbott, essa capacidade de abstração típica das profissões habilita sua sobrevivência num sistema de profissões competitivo.

Em recente estudo, Machado (1996) faz uma ampla revisão dos autores ligados a Sociologia das Profissões ( Parsons, Greenwood, Barber, Goode, Moore, Wilensky, Freidson, Larson, Abbott, Coelho, Durand, Coe ), sistematizando os aspectos que constituem a **carreira médica na realidade brasileira**. No contexto de nosso País, defende a tese da desprofissionalização dos médicos, destacando que alguns indicadores desse fato seriam “o desemprego e o subemprego, assim como o rebaixamento dos preços dos serviços especializados e a desvalorização do trabalho decorrente do excesso de profissionais.” (Machado, 1996:66)

Machado et al. (1997) no capítulo inicial de um recente livro apresentam uma visão sociológica da profissão médica, questões relativas a autonomia profissional, alguns dilemas do final do século XX - como o processo de especialização, a institucionalização e a burocratização do trabalho médico - e, também tendências sócio-demográficas - origem social dos médicos, a vocação urbana da medicina no Brasil, o rejuvenescimento do contingente médico e a feminização, além do curioso **processo migratório natural** em cada uma das unidades da federação. Afirmam os autores:

*“(...) Rio Grande do Sul e Minas Gerais destacam-se como os estados brasileiros que possuem a menor participação de médicos migrantes [naturais] – apenas 5,7% e 13,1%, respectivamente – e as menores taxas de imigração – 1,8% e 0,9% (...) – o que sugere a existência de mercados fechados, constituídos de médicos da própria terra. Nem os estados vizinhos ao Rio Grande do Sul (Santa Catarina e Paraná), nem os vizinhos a Minas Gerais (Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito*

*Santo) acompanham o comportamento de seus estados limítrofes. Dada a particularidade do Distrito Federal, este se destaca como tendo um mercado de trabalho constituído por médicos migrantes [naturais] em sua quase totalidade (96,2%) seguido de Tocantins, Rondônia, Roraima e Mato Grosso. Por último, os estados do Norte, quase todos de urbanização recente (...) destacam-se como estados nos quais o movimento migratório é intenso, constituindo mercados em pleno processo de formação. (Machado et al., 1997:42)*

O processo de migração natural, relatado por estes autores, embora seja diferente daquele que nos propusemos a estudar, não deixa de ter uma relevância considerável, já que conforme estaremos analisando no tópico a seguir, os deslocamentos populacionais possuem uma vertente sócio-econômica, estando muitas vezes relacionada ao aspecto profissional. O que queremos dizer é que o fato de um médico possuir algum parente atuando na medicina em outro estado e a busca por melhores condições econômicas para sua sobrevivência podem ser expressos em boa parte através da formação pós-profissional em um programa de residência médica em local diferente daquele em que se graduou, ou seja através da migração de formação que estaremos investigando.

### **A migração: um fenômeno sócio-econômico**

Em 1885, Ravenstein, ao propor algumas “leis de migração” deu início a um longo processo de análise dos movimentos populacionais, que buscavam associar as atividades econômicas aos deslocamentos de grupos sociais específicos. No contexto da Revolução Industrial na Inglaterra<sup>2</sup>, esse autor demarcou algumas regularidades observadas em seu estudo, relacionadas à distância, migrações por etapas, configuração de correntes e contracorrentes, além de ter sido observado que “as migrações tendiam a gerar movimentos sucessivos a partir de áreas próximas a um centro industrial e/ou comercial e

---

<sup>2</sup> Antes da Revolução Industrial, a maioria da população européia vivia e morria na região em que nascia. “Os limites ocupacionais entre a cidade e a zona rural eram rígidos, e a quase totalidade da população mundial era rural. O advento da industrialização resultou numa violenta diminuição da população agrícola, no aumento da população urbana, assim como da população total.” (Pacheco & Patarra, 1997:30-31)

propagar-se em círculos, envolvendo maior número de áreas de origem, num movimento em sentido rural-urbano.” (Pacheco & Patarra, 1997:29-30).

Lee (1966), retomando as regularidades e propostas de Ravenstein, generaliza a questão dos deslocamentos populacionais para as sociedades urbano-industriais. A decisão de migrar estaria sempre vinculada a uma escolha racional entre os fatores positivos e negativos nas áreas de origem e nas áreas de destino dos fluxos migratórios, dando origem aos termos “fatores de atração” e “fatores de expulsão” populacional, tão comuns hoje na literatura especializada. O processo de decisão é seletivo e produz correntes e contracorrentes diferenciadas por níveis de escolaridade, idade, sexo, categoria ocupacional, entre outras dimensões (Pacheco & Patarra, 1997).

Além da formulação “clássica” nos estudos de migrações internas, diversos trabalhos enfatizam a idéia de que as migrações são oriundas do **desequilíbrio** entre os fatores de expulsão nas áreas de origem e fatores de atração nas áreas de destino. Nessas abordagens está implícita a quantificação dos fenômenos migratórios, bem como tentativas de generalização do processo.

Na decisão de migrar, Schultz (1962) e Sjaastad (1962), com um enfoque predominantemente econômico, consideram a migração interna como resultante de uma análise no plano individual de custos e benefícios<sup>3</sup>.

Singer (1972), falando no contexto do desenvolvimento econômico, pontua que as áreas rurais então estagnadas ( ou passando por um processo de transformação ) ‘exportariam’ excedentes populacionais que viriam a formar grupos de trabalhadores urbano-industriais, numa situação que viria gerar uma crescente demanda por força de trabalho. Afastando de sua análise o aspecto individual como fator explicativo, este autor classifica os movimentos migratórios como um componente do processo de transformação global da sociedade. Seu estudo não nega a importância dos “fatores de expulsão” e “fatores de atração” na explicação do fenômeno migratório, distinguindo as “causas” (estruturais) e “motivos” (individuais ou familiares). Em seus estudos,

---

<sup>3</sup> No caso dos médicos, um motivo individual seria a busca pela especialização em estado diferente daquele em que cursou sua graduação.



Singer deixa implícita a importância da **Revolução Industrial** para as sociedades modernas, iniciada na Inglaterra no século XVIII. Nesse período, as condições que levaram a Inglaterra a ser o país mais rico do mundo em termos de capital, mão-de-obra, máquinas, mercados e matérias-primas estavam direcionadas para a indústria.<sup>4</sup>

Esta transformação teve seus reflexos mais profundos no Brasil somente no século XX, através dos processos de **industrialização** e **urbanização**, que imprimiram profundas mudanças na economia brasileira. A atividade industrial concentrada principalmente na Região Sudeste passou a comandar a economia do País. No Centro-Sul este fenômeno ocorreu a partir da década de 30, o que acelerou o processo de migração na Região Nordeste.

Paralelamente à industrialização, verificou-se uma expansão do número de municípios instalados no Brasil. Segundo o IBGE(1993), entre as décadas de 50 e 70, o processo de divisão municipal aumentou consideravelmente. Em 1950, poucas eram as unidades da federação que contavam com mais de 50% de seus municípios constituídos. Duas décadas depois, o processo de fragmentação intensificou-se para vir a sofrer uma estabilização entre 1970 e 1980, ocorrida, por exemplo, na Região Nordeste. Finalmente, observamos entre as décadas de 1980 e 1990 um novo crescimento na criação de municípios, dessa vez, principalmente entre os estados da Região Norte. **(FIGURA 2.1)**

Hoje, segundo levantamento de dados recente, Minas Gerais é o estado brasileiro que melhor expressa esse processo, contando com mais de 850 municípios, seguido por São Paulo (645), Rio Grande do Sul (467), Bahia (415) e Paraná (399). Por outro lado, Roraima (15), Amapá (16), Acre (22), Amazonas (62), Sergipe (75), Espírito Santo e Mato Grosso do Sul (77) representam as localidades brasileiras onde há menor divisão municipal (IBGE, 1996).

---

<sup>4</sup> As diferenças provocadas por todas as transformações geradas pela Revolução Industrial romperam com as relações até então existentes no mundo do trabalho.

(figura 2.1)

Dessa forma existem hoje 5.507 municípios instalados no Brasil, estando a maioria deles localizados na Região Sudeste. **(QUADRO 2.1)**

**TABELA 2.1: MUNICÍPIOS INSTALADOS  
NO BRASIL ATÉ 01.01.1997**

Grandes Regiões	Número de Municípios
Norte	449
Nordeste	1.787
Sudeste	1.666
Sul	1.159
Centro-Oeste	446
<b>Brasil</b>	<b>5.507</b>

Fonte: IBGE, Contagem da População, 1996

A industrialização do País contribuiu, progressivamente, para um outro processo, o de **urbanização**, que se intensificou a partir dos anos 50. A população urbana que neste época não chegava a 20 milhões, ultrapassou a fantástica marca de 111 milhões em 1991. Enquanto isso, a área rural registrou um fraco crescimento neste período, passando de 33 milhões para cerca de 36 milhões de habitantes em 1991. (Bremaeker, 1992). Isto quer dizer que a taxa de urbanização já alcançou 75,6% da população residente, havendo locais como o Rio de Janeiro, Distrito Federal e São Paulo onde a população urbana<sup>5</sup> já é de mais de 90% do total. Por outro lado, exibindo a diversidade geográfica brasileira, há estados onde esta taxa é oscila entre 40 e 60%, de que são exemplos: Maranhão (40,0%), Pará (52,5%), Piauí (53,0%), Tocantins (57,7%), Rondônia (58,2%), Alagoas (59,0%) e o próprio estado da Bahia (59,1%). (IBGE, 1996b:2-46) **(FIGURA 2.2)**.

<sup>5</sup> O IBGE classifica a população segundo “a localização do domicílio em áreas urbanas ou rurais, definidos por lei municipal. Na situação urbana, consideram-se as pessoas e os domicílios recenseados nas cidades, vilas e áreas urbanas isoladas, conforme delimitadas pelas respectivas posturas municipais à época da realização dos Censos Demográficos; a situação rural abrange a população e os domicílios recenseados fora dos limites daquelas áreas, inclusive nos aglomerados rurais (povoados, arraiais etc).”(IBGE, 1996b:2-221)

(figura 2.2)

Entre os profissionais de saúde, Castro et al. (1972) ao analisarem o fenômeno migratório deste segmento populacional registram a escolha do Sudeste como local principal de chegada:

*“(...) o país atravessa uma fase de urbanização crescente e de desigual desenvolvimento populacional (...); mostramos, agora, como há uma migração nítida, tendo por meta a Região Sudeste e, nesta, a Guanabara. Quer tenham sido movidos por razões mais gerais, do tipo econômico e cultural, quer tenham sido trazidos especificamente pelas oportunidades educacionais oferecidas no Grande Rio, o certo é que uma grande massa de pessoas para aqui se desloca e aqui se forma (...). (Castro et al., 1972:191)*

Já naquela época, os autores teciam comentários a respeito da necessidade primordial de atualização e aperfeiçoamento profissionais, principalmente na área da saúde, que fixaria os indivíduos nos grandes centros urbanos, locais com maior oferta de programas de capacitação e acesso à informação.

*“Nestas circunstâncias, qualquer plano nacional de assistência médica, sanitária e odontológica, que não considere tais elementos [atualização e aperfeiçoamento profissionais] estará fadado ao insucesso por não fixar o profissional na localidade desejada ou, talvez pior, conduzir a uma prática de má qualidade.” (Castro et al., 1972:192)*

No caso da medicina, as Universidades Federais de alguns estados, criadas em suas capitais, retratam esta situação. Conforme destacam Machado et al. (1997:54):

*“A política concentradora de equipamentos econômicos e sociais – que levou à criação das maiores escolas de medicina nas capitais do Brasil (quase sempre federais) – fomentou e solidificou a fixação dos médicos nos grandes centros. Os dados são contundentes. Veja-se, por exemplo, a proporção de médicos graduados em algumas universidades federais que se deslocaram para o interior: do Rio de Janeiro (14%); do Pará (8%); de Pernambuco (7%); do Ceará (4%); de Alagoas (2%); do Rio Grande do Norte (4%).”*

Lopes (1973) examina os deslocamentos populacionais como parte integrante das transformações estruturais que constituem o desenvolvimento, isto é, ao mesmo tempo como fatores e resultados do processo de mudança. Focalizando os aspectos migratórios em alguns períodos do desenvolvimento brasileiro, este autor descreve: a) a imigração estrangeira quando da formação do trabalho “livre” no fim do século XIX, nos anos 80, na região cafeeira de São Paulo; b) o aumento dos movimentos inter-regionais que ocorreram nos anos 40 e 50 deste século, com a formação de um mercado interno nacional e, mais especificamente, c) as migrações nordestinas relacionadas com a contínua “recriação” de uma economia de subsistência na década de 70.

Buscando fazer uma avaliação do significado dos movimentos internos para uma nação ou região, Martine (1975)<sup>6</sup> salienta que este é um desafio bastante complexo, já que requer uma abordagem multidisciplinar, onde nenhum enfoque é absoluto ou decisivo por si mesmo. O autor centra sua análise na avaliação dos efeitos migratórios para os próprios indivíduos e/ou grupos sociais envolvidos nesse processo, através do estudo das características sócio-econômicas entre subgrupos populacionais diferenciados por aquilo que ele denomina de “*status* migratório”; entendido como a distinção entre naturais (ou não migrantes) e migrantes (definidos pela residência num município distinto do de nascimento), e entre grupos de migrantes diferenciados segundo tempo de residência no município atual.

Numa elucidativa análise, Renner e Patarra (1991) defendem a tese de que os deslocamentos populacionais de um determinado espaço diferenciam-se dos demais componentes da dinâmica populacional sob pelo menos dois aspectos: a) pelo fato de não apresentarem como aqueles componentes (natalidade, fecundidade etc) uma dimensão biológica e, b) pelo fato de através da redistribuição espacial da população influenciarem os efeitos decorrentes da magnitude das taxas de fecundidade e mortalidade encontradas numa dada

---

<sup>6</sup> Assim como os estudos de Paul Singer sobre os movimentos migratórios marcaram a década de 70, nos anos 80, a contribuição de Martine tornou-se uma referência importante para a área da Demografia.

população. Partindo da idéia de que estes movimentos tratam de um **fenômeno intrinsecamente social**, sua compreensão deveria portanto se dar ao nível das propriedades dos fenômenos sociais. As autoras apresentam alguns termos, conceitos e métodos de mensuração de uso cotidiano na análise das migrações e destacam o conceito da ONU(1970), onde a migração seria definida como uma forma de mobilidade espacial entre unidades geográficas diferentes, abrangendo uma troca permanente de residência.

Esta definição significa considerarmos a migração como sendo um fenômeno de mobilidade espacial de uma população específica entre unidades geográficas distintas, resultante de mudança de domicílio dos indivíduos e considera as variáveis: distância percorrida, tempo de permanência ou residência e local de origem e destino do fluxo, como elementos que irão compor a migração. Além disso, esta pode ser classificada em função do deslocamento espacial que representa: contínua, não contínua, circular, de retorno, por situação de domicílio, intra ou interregional.

Para Renner e Patarra (1991), a divisão habitual entre migrações internas e internacionais é artificial, pois as motivações para migrar, os tipos de pessoas que migram e os efeitos econômicos e sociais de ambos os tipos de deslocamentos são semelhantes. Há, entretanto uma vantagem ao se fazer esta distinção: ela revela os aspectos legais deste fenômeno ou as condições sob as quais o indivíduo viaja, indicando, também, suas **características culturais**. Finalmente, após descreverem as tendências históricas das correntes populacionais e suas características recentes, as autoras fazem algumas considerações sobre enfoques teóricos, apontando para o fato de que não existe uma teoria acabada sobre migrações.

Salim (1992) ratifica o que outros teóricos apontam, quando afirma que não há uma concordância no entendimento do que seja migração, migrante ou simplesmente mobilidade. As definições, continua este autor, dependendo da abordagem, podem privilegiar o indivíduo ou classes sociais, o micro ou o macro; sendo também para ele, um fenômeno essencialmente social, com

determinações múltiplas e apresentando relações com as condições históricas das mudanças.

Com relação a migração internacional de recursos humanos qualificados, Pizarro (1993) assinalou que tradicionalmente o foco de atenção tem sido os países industrializados. Esta tendência geralmente percebida como um “problema” para os países em desenvolvimento é vista como parte das desigualdades das relações econômicas destes países com os países industrializados e tem sido classificado como êxodo intelectual ou “fuga de cérebros”. Desdobrando sua análise, este autor caracteriza o movimento internacional de mão-de-obra entre países em desenvolvimento, as correntes migratórias de mão-de-obra qualificada dentro da América Latina (com ênfase para profissionais e técnicos). Finalmente, destaca a atitude dos governos frente a este fenômeno.

Abordando a recente questão da entrada do Brasil no cenário internacional, enquanto País exportador de imigrantes estrangeiros, Sales (1994) analisa as especificidades de seus fluxos migratórios em direção aos Estados Unidos, Canadá, Europa e Japão; que segundo a autora se manifestam em dois níveis. O primeiro deles é a desestruturação dos poderes públicos para lidar com essa questão, devido a crescente quantidade de imigrantes brasileiros desde o início dos anos 80. O segundo nível, relaciona-se à perspectiva ilusória do imigrante quanto à temporalidade de sua permanência no País de destino, levando-o a submeter-se não apenas às piores condições de trabalho, com a única preocupação de auferir renda, mas também a não se organizar e menos ainda a se juntar a irmãos latinos que o precederam em décadas nos deslocamentos em direção aos Estados Unidos. A autora percorre ainda a literatura que trata do novo caráter das migrações internacionais sob o enfoque da integração do imigrante no mercado de trabalho, procurando situar na bibliografia a discussão que é feita acerca das características desse mercado de trabalho, onde se ressalta a dualidade de emprego nos setores primário e secundário.

Campos, Brito e Rígoli (1995) discorrendo sobre a questão do planejamento educacional em saúde no contexto do Mercosul, apontam a necessidade de



que este considere um sistema de controle da formação e distribuição de profissionais. Dessa forma, os diversos modos de acesso às instituições de ensino superior no Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai possuem uma grande relevância, uma vez que: “as restrições já em vigência através de *numerus clausus*, vestibulares e cobrança de matrículas significativas, já estão produzindo migrações de estudantes para aqueles centros de menores barreiras, o que sem dúvida há de se acentuar criticamente a partir da perspectiva de livre prática profissional entre os países.” (Campos et al., 1995:33-34)

Pellegrino (1996) ao discorrer sobre o caso uruguaio fornece ainda outras interpretações mais sociológicas, que tentam situar a migração na fronteira das tensões sociais que resultam das inconsistências observadas entre as expectativas geradas em torno da educação como fator de mobilidade social e os limites estabelecidos com a crise dos modelos econômicos. O caso uruguaio, continua a autora, “põe em evidência que a análise da migração internacional é crescentemente complexa e a tarefa de construir explicações globais sobre o fenômeno costumam dar resultados em níveis muito gerais. As teorias sobre migração internacional têm um valor explicativo para a análise ‘ex-post’, porém seu poder preditivo é bastante limitado: se fosse elaborada uma lista de países de acordo com os indicadores com os que se relaciona a migração internacional, o resultado teria pouco a ver com a realidade emigratória realmente observada a posteriori.” (Pellegrino 1996:192-193)

Ao fazer esta pequena revisão teórica da profissão médica e da migração nos deparamos com algumas evidências teóricas semelhantes às aquelas encontradas nos estudos empíricos, ou seja: médicos perdem autonomia ao se “deslocarem” para as organizações; médicos tendem a se especializar e em boa medida acabam buscando centros urbanos desenvolvidos a fim de se “re-qualificarem” para os novos desafios e perspectivas profissionais; médicos consideram os ‘fatores de atração’ que um determinado município de um estado possa oferecer e isso influencia sua decisão de migrar; médicos formam movimentos migratórios de correntes e contracorrentes diferenciados por especialidade, faixa etária e gênero; médicos analisam no plano individual os

custos e benefícios de migrar. Enfim, propomos que a **migração** seja considerada como mais um **aspecto constitutivo da profissão médica**, assim como a autonomia, a base cognitiva e o mercado de trabalho, relatados pelos sociólogos que estudam as profissões.

O mundo profissional mudou e muito; a migração destes indivíduos para centros urbanos desenvolvidos é um fato social que não deixa dúvida. A Região Centro-Oeste, local de ocupação recente, apresenta hoje a maior proporção de praticantes da medicina naturais de outras regiões do País (61,4%), seguida pela Região Norte (30,0%), Sul (13,6%), Sudeste (11,0%) e Nordeste (7,7%). **(FIGURA 2.3).**

Não apenas no Brasil. Como veremos no capítulo seguinte, o fenômeno da migração torna ainda mais heterogênea a distribuição geográfica destes profissionais em diversos países. Esta pode ser medida cuidadosamente através do indicador médicos/1000 habitantes. Excesso ou falta de médicos no mundo ? É o que tentaremos responder. Nesse contexto, os Estados Unidos representam um caso singular, pois possuem uma quantidade expressiva de graduados no exterior em atividade neste País, que buscaram como meio de formação profissional os programas de residência médica americanos.

(entra figura 2.3)

### III. MÉDICOS NO CONTEXTO POPULACIONAL

#### Um panorama mundial

Farias (1992), utilizando-se de indicadores do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) traça um curioso diagnóstico da situação social brasileira na década de 80, comparando-o a outras economias mundiais.

De um grupo de 160 países, o Brasil foi classificado em sexagésimo e sexagésimo-segundo lugar em termos de PIB per capita e do índice de desenvolvimento humano (IDH)<sup>1</sup>. Segundo o autor, o nível de desenvolvimento social de nosso País é comparado a países como Irã, Iraque, Turquia, Síria. O problema social brasileiro continua a ser uma questão de crescimento econômico, atraso relativo na oferta de serviços sociais e redistribuição de renda.

O relatório do PNUD aponta para o fato de que o governo brasileiro, apesar de ter aumentado os gastos na área social, na década de 80 ainda é “um caso exemplar de oportunidades perdidas”. (Farias, 1992:108).

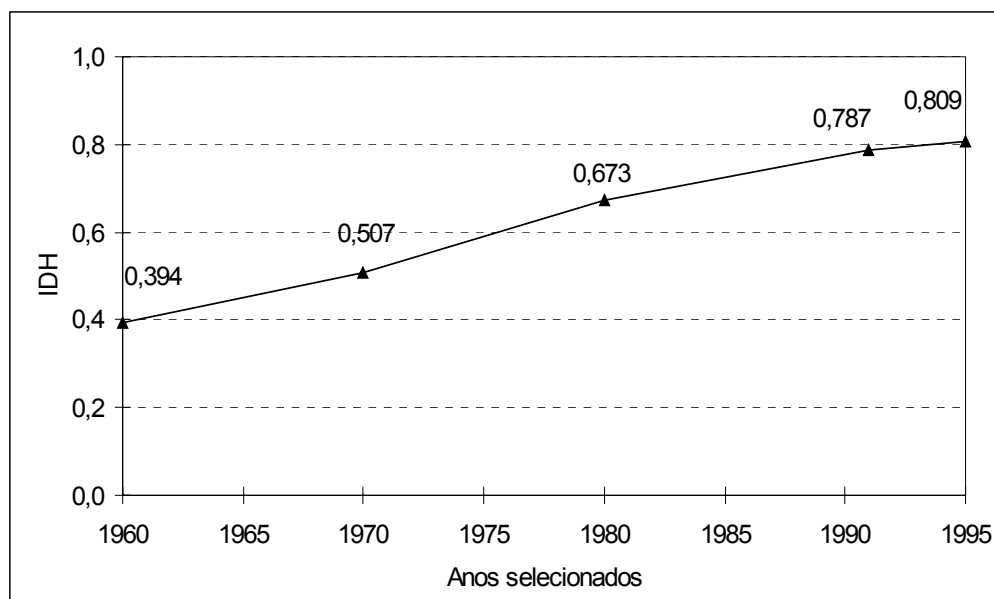
Os dados analisados pelo autor sugerem também que podemos agrupar os países em dois grandes grupos: “aqueles que conseguem transformar mais efetivamente seu desenvolvimento econômico em níveis mais elevados de bem-estar e aqueles que são menos efetivos nessa tarefa.” (Farias, 1992:106)

Recentemente, em 1998, foi publicado um novo relatório do PNUD com a análise dos dados de 174 países. Com relação ao Brasil, os dados considerados referem-se a 1995 e, pela primeira vez o IDH ultrapassou o patamar intermediário de 0,5 a 0,8 (**GRÁFICO 3.1**), figurando entre os países de alto desenvolvimento humano.

---

<sup>1</sup> Este indicador leva em consideração a esperança de vida ao nascer, a taxa de alfabetização da população adulta e a renda per capita corrigida pelo seu poder de compra. Sua amplitude varia de 0 a 1, que indicam, respectivamente um baixo desenvolvimento social e um elevado desenvolvimento social.

**GRÁFICO 3.1**  
**EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)**  
**BRASIL - 1960 a 1995**



Fonte: Revista Veja (1998:114-115) a partir dos dados publicados pelo PNUD.

O investimento em educação foi o principal fator que levou o Brasil a ocupar a 62ª posição mundial. Regionalmente porém, o quadro ainda exhibe dezesseis das unidades da federação possuindo um IDH médio, inferior a 0,8. Em contraposição, onze estados já apresentam um IDH elevado, acima de 0,8. **(TABELA 3.1)**

No final da década de 60 e meados dos anos 70, os governos de diversos países, inclusive o brasileiro, estimularam principalmente através de subsídios à educação, a expansão do ensino médico, com o objetivo de atender a crescente procura de prestadores de assistência médica primária<sup>2</sup>. Como reflexo do aumento das instituições médicas de ensino superior, na década de 1980, a América Latina e alguns países da Ásia, como a Índia e as Filipinas, já encontravam sérias dificuldades para absorver o volume de médicos que se graduava a cada ano. O México é um exemplo típico desta situação. Enquanto em 1970 havia 29.000 estudantes de medicina matriculados em 27 escolas médicas do país, dez anos mais tarde, este número alcançaria 93.000 alunos em 56 instituições de ensino médico. (Banco Mundial, 1993).

<sup>2</sup> Entre 1965 e 1970 o número de escolas médicas no Brasil passou de 27 para 60.

**TABELA 3.1**  
**ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO**  
**HUMANO (IDH) SEGUNDO**  
**UNIDADES DA FEDERAÇÃO**  
**BRASIL - 1995 (em ordem decrescente)**

Unidades da Federação	IDH
1º) Rio Grande do Sul	0,869
2º) Distrito Federal	0,869
3º) São Paulo	0,868
4º) Santa Catarina	0,863
5º) Mato Grosso do Sul	0,848
6º) Paraná	0,847
7º) Rio de Janeiro	0,844
8º) Espírito Santo	0,836
9º) Minas Gerais	0,823
10º) Rondônia	0,820
11º) Roraima	0,818
-----	
12º) Goiás	0,786
13º) Amapá	0,786
14º) Amazonas	0,775
15º) Mato Grosso	0,767
16º) Acre	0,754
17º) Sergipe	0,731
18º) Pará	0,703
19º) Rio Grande do Norte	0,668
20º) Bahia	0,655
21º) Pernambuco	0,615
22º) Ceará	0,590
23º) Tocantins	0,587
24º) Paraíba	0,557
25º) Maranhão	0,547
26º) Alagoas	0,538
27º) Piauí	0,534
<b>BRASIL</b>	<b>0,809</b>

Fonte: Revista Veja (1998:116-117) a partir dos Dados publicados pelo PNUD.

Na Europa, ainda hoje, registram-se disparidades no que diz respeito a relação médicos/1000 habitantes que, em 1993, oscilava de 1,64 a 4,08 nos países da Comunidade Européia. As menores razões aparecem no Reino Unido (1,64) e

Irlanda (1,67); as maiores na Bélgica (3,66), Grécia (3,88) e Espanha (4,08) (EUROSTAT, 1996).

Alguns países como o Canadá e Reino Unido, reagiram ao excesso de oferta de médicos, limitando a imigração destes profissionais; reduzindo o número de horas de trabalho (Dinamarca); promovendo indiretamente a emigração de pessoal médico (Índia, Filipinas)<sup>3</sup>; restringindo o número de matrículas nas escolas (França). Em outros, como a Alemanha e México, as universidades têm autonomia para definir o número de matrículas e as reduções das vagas são feitas mediante consenso ou através de medidas de financiamento da educação.

Segundo o Banco Mundial (1993)<sup>4</sup>, em todo o mundo, os países convivem com dois grandes problemas na área da saúde: carência de trabalhadores atuando nos serviços primários e o excesso de especialistas. Além disso, “os profissionais concentram-se em áreas urbanas” (Banco Mundial, 1993:147), principalmente nas capitais.

Falando sobre os países que hoje compõem o Mercosul (Brasil, Paraguai, Argentina e Uruguai), especificamente destes dois últimos, Médici (1996:223) afirma que “(...) são países que exportam esses profissionais. Esse superávit (...) tem sido motivado pelo fato das faculdades de medicina terem autonomia para seguir formando médicos independentemente das recomendações governamentais.” No caso do Uruguai, por exemplo, há hoje cerca de um médico para cada trezentos habitantes, quando os padrões internacionais, para países com estruturas demográficas semelhantes, situam-se na faixa de um para setecentos. O resultado desse excesso de oferta, continua Médici

---

<sup>3</sup> Em 1972, a OMS calculou que mais de 140.000 médicos do mundo (ou 6% do total) residiam fora do país em que nasceram ou estudaram. O principal fluxo de médicos ocorreu dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos. Os primeiros contribuem com mais da metade do total de médicos migrantes, e recebem menos de 11%. Os países que mais contribuem no processo médico migratório seriam a Índia e as Filipinas.

<sup>4</sup> Em 1993, o Banco Mundial publicou o *Relatório sobre o Desenvolvimento - Investindo em Saúde*, o qual examinou as políticas nacionais de saúde no mundo, medindo seu sucesso através da melhoria e controle dos gastos em saúde. Este Relatório apresentou ainda, numerosos estudos de casos, figuras, tabelas e gráficos, que ilustram os resultados obtidos, envolvendo estatísticas da saúde e desenvolvimento econômico em mais de 200 países.

(1996:223) “é a medicalização excessiva da sociedade, o que acarreta um gasto com saúde elevado em relação ao PIB”.

Cooper (1995) analisando o caso americano, demonstra que a distribuição de médicos neste País também apresenta-se de forma heterogênea. O corredor Boston-Washington com 21% da população dos Estados Unidos, detém 28% do total de profissionais, com uma relação médico/1.000 habitantes de 2,7. Comparando-se com outras regiões americanas, esta área possui 35% a mais de praticantes em atividade e mais que o dobro do número de médicos residentes.

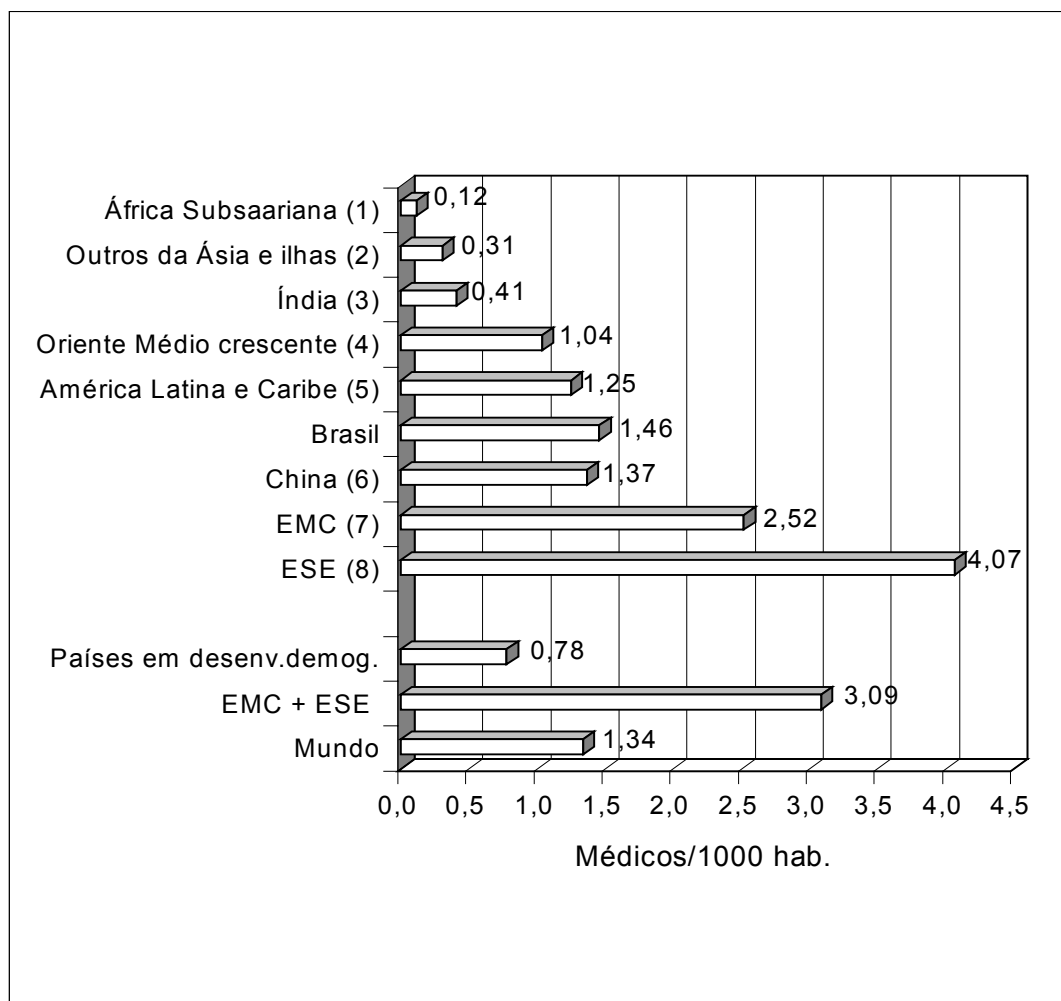
Em 1995, o corredor Rio-São Paulo respondia por 30,2% da população do Brasil e possuía 48,1% do total de médicos brasileiros, com uma relação médico/1.000 habitantes de 2,0. Em relação as outras unidades da federação do País, detém ainda a metade do número de médicos residentes.

Na análise feita pelo Banco Mundial (1993) sobre o indicador médico/1000 habitantes, o Brasil, quando comparado às demais regiões demográficas do mundo, situava-se numa posição intermediária entre o grupo de países em desenvolvimento demográfico e as demais economias mundiais.

Por outro lado, este órgão constatou ainda, a triste carência de médicos na África Subsaariana, alguns países da Ásia e ilhas, Índia e Oriente Médio **(GRÁFICO 3.2)**.



**GRÁFICO 3.2**  
**OFERTA DE MÉDICOS POR REGIÃO DEMOGRÁFICA DO MUNDO**  
**(1990 OU ANO DISPONÍVEL MAIS RECENTE)**



**Nota:** Os países em desenvolvimento demográfico correspondem a (1)+(2)+(3)+  
 +(4)+(5)+(6);  
**EMC** = economias de mercado consolidadas, **ESE** (ex-economias socialistas),  
 segundo definição do Banco Mundial (1993).

**Fonte:** Gráfico construído a partir dos dados fornecidos pelo Banco Mundial (1993:222-  
 223).

## A importância dos IMG's nos Estados Unidos

Buscando compreender a participação dos médicos graduados no estrangeiro (os chamados IMG's - *international medical graduates*) nos cursos de residência americanos, Whitcomb e Miller (1996) compararam estes profissionais nos chamados programas de residência dependentes, isto é, aqueles que possuem pelo menos 50% das posições do primeiro ano preenchidos pelos IMG's, com os programas de residência não dependentes. Para isso, consideraram seis especialidades, consideradas essenciais na medicina americana – medicina interna, prática de família, gineco-obstetrícia, cirurgia, pediatria e psiquiatria. Esses dois cursos foram comparados, utilizando-se os dados do *National Resident Matching Program* (NRMP), para os anos de 1989 e 1995 e avaliando-se a participação dos médicos IMG's nos dois tipos de programas: dependentes e não dependentes. Adicionalmente, contemplaram também a adaptação dos graduados nos Estados Unidos (USMG) e dos IMG's a esses dois tipos de programas.

Concluem os autores, que existem diferenças significativas entre os dois universos de médicos analisados que solicitaram ingresso no NRMP: aqueles graduados nos Estados Unidos e aqueles que se graduaram no exterior, tanto para os programas dependentes, como para os não dependentes.

No período analisado (1989-1995), os programas que matricularam grandes quantidades de IMG's provavelmente experimentarão um aumento em termos absolutos e relativos do número de candidatos e de aprovados, trazendo como consequência uma diminuição dos USMG's. Os programas de residência direcionados para os IMG's (programas dependentes) tem sido incapazes de atrair médicos americanos. A solução apontada por Whitcomb & Miller caminha no sentido de uma melhoria da qualidade dos cursos existentes, bem como a diminuição dos mesmos. **(QUADRO 3.1).**

**QUADRO 3.1**  
**IMG's: SITUAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA**  
**NOS ESTADOS UNIDOS SEGUNDO ESPECIALIDADES SELECIONADAS**  
**ESTADOS UNIDOS – 1989/1995**

Especialidades médicas pesquisadas	Programas de Residência Médica (*)	Procura pelos Programas
Medicina interna Prática de família Gineco-Obstetrícia Cirurgia Pediatria Psiquiatria	• Havia 1165 programas não dependentes e 469 programas dependentes	Dos IMG's, 76% foram candidatos aos programas dependentes e 14% aos programas não dependentes

(\*) No período pesquisado pelos autores havia 1.634 programas para as seis especialidades estudadas. Destes, 93,5% participaram do NRMP.

Fonte: Tabela construída a partir de Whitcomb e Miller (1996) com dados do *National Resident Matching Program (NRMP)* referentes aos anos de 1989 e 1995.

O trabalho realizado por estes autores permite-nos ainda avaliar as especialidades de maior procura dentre as seis selecionadas pelos autores em sua análise do processo de 'migração de formação' americana, quais sejam a medicina interna e a pediatria, **especialidades cognitivas**.

Preocupado com o futuro dos médicos, Iglehart (1996) discute uma questão polêmica que ressurgiu nos Estados Unidos em 1995, que diz respeito à preocupação política e profissional sobre o aumento do número de IMG's que entram nos programas americanos de residência médica. **(TABELA 3.3)**. A variação relativa no período 1985/1994 foi 32,3%, enquanto que para os USMG's, 21,2%. Portanto, como podemos ver, a migração de formação é uma questão internacional, que preocupa as autoridades governamentais e profissionais.

**TABELA 3.3**  
**MÉDICOS EM ATIVIDADE NOS ESTADOS UNIDOS(\*)**  
**POR NATUREZA DA INSTITUIÇÃO FORMADORA**  
**ESTADOS UNIDOS - 1985/1989/1994**

Natureza da Instituição Formadora	Número de médicos em atividade			Varição (%)
	1985	1989	1994	1985/1994
Escola médica americana (a)	398.430	437.165	483.039	21,2
Escola médica estrangeira (b)	112.660	122.823	149.082	32,3
Nascidos nos EUA	16.344	18.905	19.275	17,9
Nascidos no exterior	96.316	103.918	129.807	34,8
<b>Total de médicos ativos (a)+(b)</b>	<b>511.090</b>	<b>559.988</b>	<b>632.121</b>	<b>23,7</b>

(\*) Médicos em atividade como alopatas. Como podemos ver por esta tabela, o número médio estimado de médicos alopatas que entraram no mercado americano entre 1989 e 1994 foi da ordem de 14.000.

Fonte: Iglehart (1996) a partir dos dados da *American Medical Association Physician Masterfile*.

Estes migrantes preenchem cada vez mais um número crescente de vagas nos programas de residência médica. A metade destes médicos estrangeiros buscam treinamento nos estados de Nova Iorque (28,3%)<sup>5</sup>, Illinois (8,6%), Pensilvânia (6,9%), Nova Jersey (5,7%) e Michigan (5,3%).

Entre 1988 e 1994, o número de graduados nas escolas médicas americanas que entraram em um programa de residência médica neste País manteve-se estável em 17.000, enquanto que aqueles graduados fora do país, quase dobrou, passando de 3.602 em 1988, para 6.701 em 1994 (**TABELA 3.4**), isto é, a média anual de médicos que ingressam em um curso de residência médica nos Estados Unidos é de 23.500 e a participação dos estrangeiros já é da ordem de 28%. Tentativas anteriores de limitar o acesso destes profissionais aos programas, continua Iglehart (1996), foram frustradas por um problema prático, relacionado ao cuidado das pessoas pobres nas cidades do interior e nas comunidades rurais. As instituições que atuam nessas áreas não têm capacidade de oferecer treinamento a estes médicos estrangeiros para prática

<sup>5</sup> O estado de Nova Iorque, nos Estados Unidos, é um caso singular. O número de médicos residentes neste local cresceu aproximadamente 21% entre 1988 e 1994. Esse crescimento é atribuído ao aumento do número de graduados fora do país ( ou IMG's como são chamados na América ) que entram nos programas de residência médica americana. Modelos de projeção apontam que, se a formação de novos médicos continuar nos níveis atuais, a oferta desses profissionais irá crescer substancialmente durante as próximas duas décadas. (Salsberg, Wing, Dionne & Jemiolo, 1996)

em residências e atividades de *staff*. Estas cidades são geralmente evitadas pelos graduados em instituições americanas.

**TABELA 3.4**  
**MÉDICOS RESIDENTES (R1) NOS ESTADOS UNIDOS**  
**POR NATUREZA DA INSTITUIÇÃO FORMADORA**  
**ESTADOS UNIDOS – 1988 a 1994**

Ano em que iniciou a Residência	Natureza da instituição formadora		TOTAL
	Escolas médicas americanas	Escolas médicas Estrangeiras	
1988	17.233	3.602	20.835
1989	17.292	4.324	21.616
1990	17.435	5.111	22.546
1991	16.923	5.087	22.010
1992	16.771	6.113	22.884
1993	17.086	6.683	23.769
1994	16.869	6.701	23.570

Fonte: Iglehart (1996) a partir dos dados da *American Medical Colleges*.

Além disso, segundo dados da AMA citados por Iglehart (1996) (**TABELA 3.3**), aproximadamente um de cada quatro médicos em atividade nos Estados Unidos, graduou-se em instituição situada no exterior. Para atuarem neste País, estes profissionais precisam obter um certificado da *Educational Commission for Foreign Medical Graduates* (Comissão de Educação para Médicos Graduados no Estrangeiro), que reconhece graduados de cerca de 900 instituições estrangeiras em 130 países. Em 1994, o maior número de certificados foi concedido aos profissionais da Índia (25,9%), Filipinas (8,1%), Paquistão (5,9%), ex-repúblicas soviéticas (4,2%), China (3,7%) e Egito (2,6%).

Falando sobre este mesmo tema, Mullan (1996) argumenta que os formados em escolas de medicina estrangeiras compartilham do “funil” educacional americano em números significativos: 80% destes indivíduos permanecem na prática ativa de suas funções nos Estados Unidos, formando a maioria daqueles que atuam nos hospitais do interior, local onde há escassez de cuidados médicos. O governo americano por um lado, nega a necessidade do visto, mas em contrapartida recomenda que estes praticantes retornem para seus países de origem após o término do programa de residência. Defendendo

os estrangeiros, este autor afirma que eles “desempenham uma função substantiva na provisão de serviços para certas populações mal-servidas, mitigando desigualdades na distribuição dos cuidados em saúde nos Estados Unidos, de uma forma que a educação médica americana e seus praticantes não o fazem.” (Mullan, 1996:916)

### **Excesso de médicos no Brasil ?**

Como podemos ver no relato a seguir, no Brasil, desde o princípio da década de 60, muitos eram os municípios que não possuíam médicos. Adoecer no Brasil dos anos 60 era um ato temerário:

*“Cidades de sugestivos e bonitos nomes há por êste Brasil em fora. Alguns são verdes, lembrando fala de índio e cheiro de mato – Sambaíba, Camutama, Tucuruí, Ibitibá. Outros são azuis de paz e de poesia – Aldeias Altas, Floresta Azul. Nomes de velha nobreza lusa – Melgaço, Salvaterra; muitos são de santos – Santa Bárbara que livra de raio e trovão, São Brás que protege a garganta dos meninos e dos oradores, até uma Santa Luz, resplandecente. E nomes de eruditos sufixos – Cristópolis, Cordislândia; de brasileiros ilustres – Cristiano Otôni, Governador Mangabeira. Há um lugar que se chama Nova Iorque, no Maranhão; no Espírito Santo e no Ceará existem dois outros, ambos batizados de Presidente Kennedy. Mas não queira ninguém adoecer em nenhuma dessas cidadezinhas: não encontrará um médico. Não o encontrará, tão pouco, em centenas de outros municípios, ao todo 1.973 dos 4.114 dêstes brasis.” (Carvalho, 1966:7).*

Naquela época, as pesquisas já anunciavam estas ‘carências profissionais’.

*“E é por isso que há tantas colunas em branco nas tabelas dêste inquérito. Poderíamos, mesmo dizer que êste trabalho é a ‘estatística do que não há’.*  
*A esmagadora maioria dos municípios brasileiros, cerca de 3.900, tem menos de 50.000 habitantes; pois, para atender às suas populações, há, apenas 5.549 médicos. Os restantes 28.701 (são 34.250, os cadastrados neste inquérito) estão nas*

*capitais e nos grandes centros, que mal ultrapassam de 200. Mesmo se fossem bem distribuídos pelo país, os médicos existentes seriam insuficientes, pois a cada um caberia dar atenção a 2.300 clientes, em média, quando a proporção ideal é de 1 médico para 1.000 habitantes. Se a concentração de médicos nas cidades mais progressistas é, até certo ponto, natural, em contrapartida, milhões de brasileiros nascem e vivem sem qualquer assistência, morrem sem saber de quê.” (Carvalho, 1966:7).*

Já nesse período, os médicos não se sentiam atraídos por trabalhar em lugares pouco urbanizados.

*“Mais grave ainda: essa falta de médicos não acontece, apenas, nos Estados mais distantes do litoral, mas é fenômeno comum a quase todos. Em São Paulo, Estado líder, opulento, civilizador, motivo de orgulho nacional, não há somente um município sem médico: há 160. Nos outros a situação é a seguinte: Acre - 1; Amazonas - 38; Pará - 60; Maranhão - 102; Piauí - 97; Ceará - 86; Rio Grande do Norte - 125; Paraíba - 123; Pernambuco - 103; Alagoas - 68; Sergipe - 57; Bahia - 179; Minas Gerais - 360; Espírito Santo - 13; Paraná - 80; Santa Catarina - 113; Rio Grande do Sul - 9; Mato Grosso - 43; Goiás - 149. O Estado do Rio de Janeiro, nesse particular, apresenta a melhor situação: só duas cidades não têm médicos.*

*Em Roraima, só existe um município sem médico; mas não há motivos de euforia: o Território só tem mesmo um município, além da Capital; no Amapá, há médicos na Capital, nenhum nas quatro outras cidades. Rondônia, mais feliz, tem médicos em Porto Velho e Guajará-Mirim, seus dois únicos municípios. Esse é o quadro que o inquérito retrata. Grave. Sombrio. Não é culpa do recenseador, mas da realidade; talvez de ninguém, talvez um pouco de muitos.*

*‘A estatística do que não há’, dissemos. Certos de que, para alguns dos que a lerem, ela valerá, também, como ‘estatística do que é preciso fazer’. E com urgência.” (Carvalho, 1966:7).*

Desde então, o aumento do número de profissionais em saúde, em especial dos médicos, vinha sendo proposto como solução parcial para a melhoria dos serviços e do atendimento do sistema de saúde. Além do próprio Ministério da Saúde, outros relatórios desenvolvidos por instituições nacionais e

internacionais - como a Carta de Punta del Este (1961) e os Anais da 3ª Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1972), em termos internacionais; a 4ª Conferencia Nacional de Saúde (1967) e a IX Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) (1971), em termos nacionais - denunciavam a existência de desigualdades nas relações médicos/habitantes em todo o território brasileiro (Médici, 1987).

Interessante também ressaltar, que na década de 60 quase a metade dos municípios brasileiros então existentes não possuía sequer um médico. Mas a evolução do número de profissionais ocorreu de forma gradativa, com destaque para a década de 60, período em que ocorreu a criação da maior parte das escolas de medicina do País. Em um intervalo de cerca de 30 anos (1964/1995), o incremento absoluto de profissionais foi da ordem de 163.307, sendo 117.865 destes (72,2%), oriundos das regiões Sudeste e Sul. **(TABELA 3.5).**

**TABELA 3.5**  
**RELAÇÃO MÉDICO/1.000 HABITANTES SEGUNDO GRANDES REGIÕES**  
**BRASIL - 1964/1970/1980/1995**

Regiões/ Unidades da Federação	Relação médico/ /1.000 habitantes				Incremento absoluto Entre 1964/1995	
	1964	1970	1980	1995	Médicos	Habitantes
Região Norte	0,20	0,09	0,44	0,52	5.749	7.938.254
Região Nordeste	0,20	0,28	0,56	0,66	28.314	19.993.061
Região Sudeste	0,67	0,72	1,08	1,64	94.431	30.892.591
Rio de Janeiro (*)	1,39	1,15	2,10	2,05	26.107	5.486.365
São Paulo	0,58	0,79	0,86	1,75	49.501	18.382.547
Região Sul	0,34	0,43	0,98	1,23	23.434	8.823.554
Região Centro-Oeste	0,29	0,22	0,66	1,23	11.379	6.463.386
<b>BRASIL</b>	<b>0,43</b>	<b>0,48</b>	<b>0,85</b>	<b>1,19</b>	<b>163.307</b>	<b>74.110.846</b>

Fonte: No estado do Rio de Janeiro, para 1964, os dados incluem a antiga Guanabara e o município do Rio de Janeiro, a partir de Carvalho (1966).

Para 1970 e 1980, os dados foram calculados a partir de Machado, Médici, Nogueira e Girardi (1992) com base nos Censos Demográficos do IBGE de 1970 e 1980.

Para 1995, as informações tem como base Machado et al.(1996:167, 187, V.I) a partir dos dados referentes à "Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil", Fiocruz/CFM e Censo Demográfico do IBGE, 1991.

No início da década de 70, o Brasil já contava com cerca de 45.000 profissionais, estando localizados principalmente na Região Sudeste (63,6%),



Nordeste (17,6%) e Sul do País (15,6%); aparecendo de forma residual no Centro-Oeste (2,5%) e Norte (0,7%).

Chegamos ao final dos anos 80 com um o incremento bruto da ordem de 125% comparado à década anterior, passando o País a ter cerca de 102.000 profissionais. Curioso notar que houve um ligeiro movimento de desconcentração regional, particularmente no Sudeste, que teve seu peso reduzido de 63,6% em 1970, para 52,0% em 1980. Isto ocorreu devido a queda da contribuição do estado de São Paulo nesta Região em relação ao total brasileiro, paralelamente a formação de médicos oriundos das novas escolas abertas nas décadas de 60 e 70. Este local sempre se constituiu no principal pólo formador tanto da área médica como de todas as outras áreas da saúde, “exportando-os parcialmente para outras regiões do País” (Machado et al., 1992:67).

Em 1994, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), o País já possuía cerca de 200.000 profissionais. O crescimento observado ao longo das duas décadas anteriores, em particular, nos anos setenta, com um enorme contingente de graduados, não foi acompanhado numa mesma proporção por uma melhoria das condições de saúde da população.

Em nossos dias, o que podemos verificar no Brasil é uma alta concentração de profissionais atuando nas capitais. “O indicador médicos/1.000 habitantes (...) sugere a existência de uma heterogeneidade na distribuição de médicos em todos os estados do Brasil, com destaque para as regiões Sudeste e Sul. Nas capitais dessa regiões, os números atingem níveis de países desenvolvidos, ao passo que em vários municípios brasileiros (...), as estimativas observadas retratam níveis de países subdesenvolvidos.” (Machado et al., 1997:39). A concentração dos médicos nos grandes centros urbanos brasileiros acompanha a distribuição da renda nacional, bem como a localização de grande parte da capacidade instalada de estabelecimentos de saúde e de educação: 78% dos profissionais estão exercendo suas atividades em apenas

sete (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia e Pernambuco) das vinte e sete unidades da federação<sup>6</sup>

Newhouse, Williams, Bennett e Schwartz (1982) analisando o caso americano, apresentam uma justificativa do porquê a relação médico/habitantes nas áreas não metropolitanas permanecerem quase constante ao longo do tempo, apesar do incremento do contingente de profissionais. Utilizando a “teoria da localização” (*location theory*), afirmam que não é o aumento total da oferta de médicos, mas o crescimento de cada especialidade individualmente que determinaria o padrão de distribuição geográfica destes profissionais nas cidades do interior. Se o número daqueles que atuam numa certa área especializada diminui, continuam os autores, algumas cidades de pequeno porte perdem os serviços prestados por esta especialidade, mesmo que o volume total de praticantes esteja aumentando.

---

<sup>6</sup> Ver, a propósito, o artigo de Oliveira e Pinto (1996) que tratam da questão da capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde no Brasil no período 1980/1992.

## IV. ALGUNS ASPECTOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL MÉDICA

### Contextualização

Na década de 70, Gentile de Mello denunciava que não existiam políticas atrativas para os médicos se fixassem no interior do País. Falta de condições de trabalho, mercado limitado, capacidade instalada reduzida eram e continuam hoje sendo alguns dos fatores que mantêm os praticantes da medicina nas regiões Sudeste e Sul, as quais respondem por cerca de 65% dos contingente médico, enquanto que o Norte e o Centro-Oeste somam apenas 12%.

A concentração de profissionais nas capitais de nosso País é ainda maior em Roraima (95,8%), Amapá (94,2%), Amazonas (94,1%), Sergipe (92,1%) e Alagoas (88,3%), o que evidencia a dificuldade encontrada pelos médicos de se fixarem no interior destes locais, quer seja pela inexistência de condições de trabalho, quer seja pela quase ausência de condições sociais (opções de lazer, infra-estrutura do município). Esta situação retrata e aprofunda ainda mais as desigualdades de acesso e de toda a esfera da vida sócio-econômica da população brasileira.

Medicina esportiva, medicina de tráfego, neurofisiologia, sexologia, medicina nuclear, hansenologia e radioterapia são apenas algumas das especialidades onde seus praticantes se concentram quase que em sua totalidade nas capitais, que representam 66% dos profissionais em atividade no Brasil.

Por outro lado, recentemente, Machado et al. (1997) mostraram que as escolas médicas localizadas no interior de alguns estados da Região Sudeste (Minas Gerais, São Paulo) e Sul do Brasil (Paraná, Rio Grande do Sul) vem atuando no sentido de manter o médico neste local, atuando portanto como uma “política de interiorização” e melhor distribuição espacial dos médicos, ainda que estes residam nos municípios localizados ao redor destas faculdades de medicina. Curioso é observar o comportamento do estado do **Rio de Janeiro**,

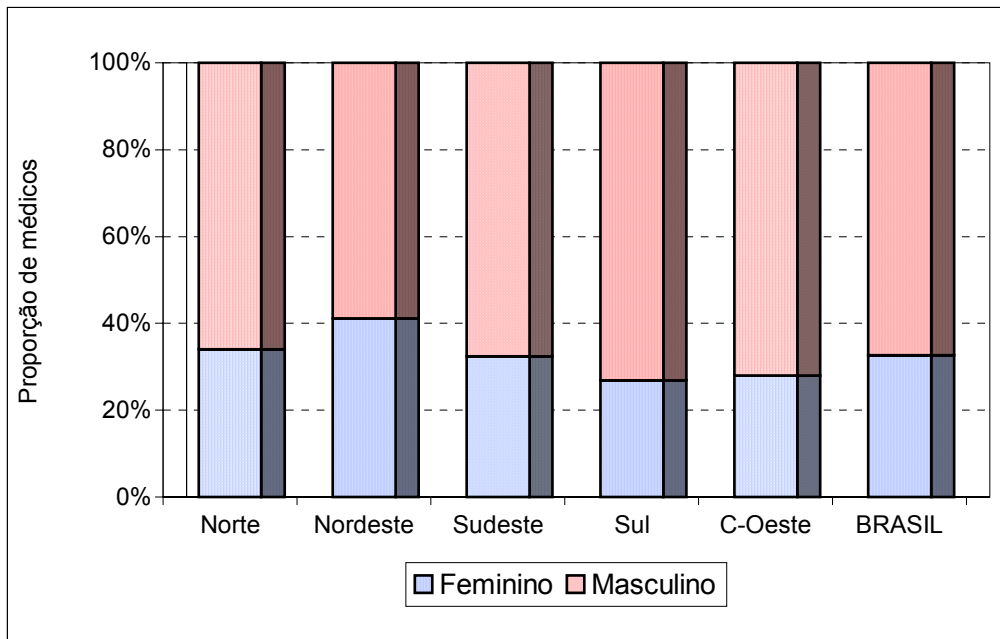
onde ocorre um **fenômeno inverso**, ou seja, aqueles que se graduam nas faculdades do interior são oriundos da capital, onde vivem e trabalham.

Um outro ponto relevante medicina é a questão do gênero. Entre 1981 e 1990, nosso país experimentou um aumento contínuo da participação das mulheres na economia, passando de 31,2% da população ocupada em 1981, para 35,6% em 1990, o que refletiu uma taxa de crescimento anual de 5% contra uma de 2,8% dos trabalhadores do sexo masculino (Oliveira, Porcaro & Filgueiras Jorge, 1995).

Nas atividades de saúde, esta contribuição evoluiu de 41,5% em 1970, para 62,9% em 1980, o que indicou uma hegemonia feminina no perfil dos profissionais de saúde. O maior aumento na composição relativa do emprego foi verificado entre aquelas com formação universitária, particularmente em cursos que detinham uma tradição masculina, como a odontologia e a medicina (Machado et al., 1992).

Em nossos dias, embora a profissão médica ainda seja marcadamente exercida pelos homens (67,3%), o processo de feminização vem ocorrendo de forma gradual na maioria dos estados da Região Nordeste (41,1%), além dos estados do Pará (38,6%), Rio de Janeiro (38,1%) e Distrito Federal (37,2%) (**GRÁFICO 4.1**). Em termos absolutos, médicos de ambos os gêneros aparecem com maior frequência em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

**GRÁFICO 4.1**  
**MÉDICOS DISTRIBUIDOS POR GÊNERO**  
**SEGUNDO GRANDES REGIÕES**  
**BRASIL – 1995**



**Fonte: Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM.**

Nos Estados Unidos este fenômeno vem ocorrendo desde a década de 70, ainda que de forma mais lenta. Assim afirmam Kletke, Marder e Silberger (1990) “a proporção de médicas aumentou de 7,1% para 15,3% entre 1970 e 1986 e projeta-se para quase 30% no ano de 2010. (...) As médicas estão concentradas em pediatria e na psiquiatria e subrepresentadas em cirurgia geral e nas subespecialidades cirúrgicas. Este padrão aparece não somente em 1970 e 1986, mas também nas estimativas projetadas para 2000 e 2010.” (TABELA 4.1).

Entretanto, neste País, as recém-formadas já lograram uma vitória: estudos realizados por Baker (1996) com dados de 1990, mostram que em ambos os gêneros, os mais jovens na profissão possuem hoje rendimentos similares, enquanto que a diferença de proventos entre homens e mulheres persiste nas idades mais avançadas e em algumas especialidades.

**TABELA 4.1**  
**PROPORÇÃO DE MÉDICAS ATIVAS SEGUNDO PAÍS**  
**DE GRADUAÇÃO, FAIXA ETÁRIA E ESPECIALIDADE EM**  
**ANOS SELECIONADOS - ESTADOS UNIDOS - 1970/1986/2000/2010**

Características	Histórico		Projetado	
	1970	1986	2000	2010
<b>Total</b>	7,1%	15,3%	24,1%	29,4%
<b>País de graduação (*)</b>				
Estados Unidos	5,4	14,0	24,7	30,7
Outros do estrangeiro (FMG)	14,6	20,0	21,7	23,0
FMG nascidos nos EUA	4,2	10,7	13,0	14,0
FMG nascidos no exterior	16,0	21,7	24,0	25,9
<b>Idade (em anos)</b>				
< 36	9,5	24,5	36,5	37,3
36-45	6,4	15,6	30,3	37,1
46-55	6,3	9,5	20,5	30,9
56-65	5,0	7,1	12,8	21,4
>65	5,4	5,9	8,8	13,8
<b>Especialidades selecionadas</b>				
Prática de Família/Geral	4,4	12,9	22,9	28,8
Medicina Interna	5,8	17,4	26,5	31,5
Cirurgia Geral	1,1	5,8	10,6	14,0
Subespecialidades cirúrgicas	1,3	3,9	6,8	8,9
Pediatria	21,4	35,3	47,5	54,1
Gineco-Obstetrícia	7,2	19,6	35,9	45,6
Radiologia	5,3	12,1	19,7	24,4
Psiquiatria	13,2	22,4	34,0	41,8
Anestesiologia	14,3	17,4	23,2	26,6
Patologia	12,9	21,8	29,2	34,7
Medicina de Emergência	-	12,9	20,5	24,3

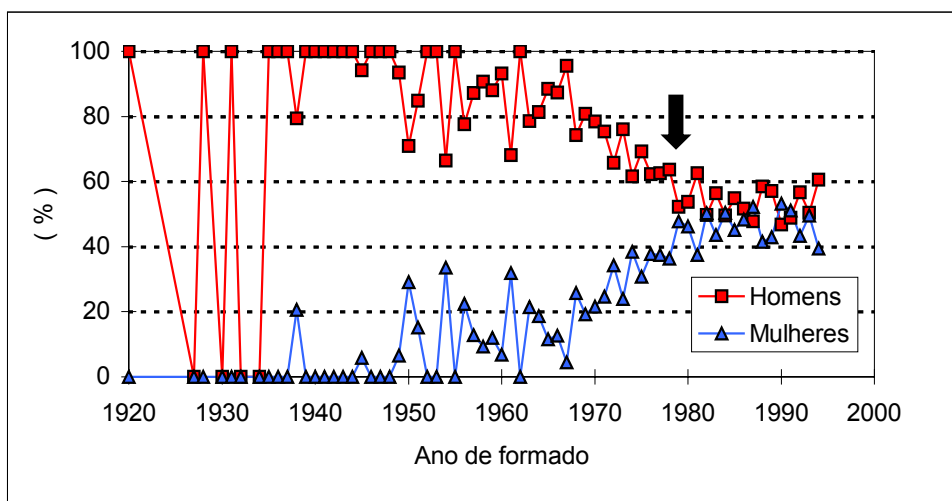
(\*) Os FMG's ou *foreign medical graduates*, mencionados pelos autores, correspondem aos médicos graduados no exterior, também chamados por outros estudiosos de IMG's ou *international medical graduates*.

Fonte: Kletke et al.(1990:301) a partir dos dados da AMA Physician Masterfile, 1970-1986, do Department of Data Release Services, da Division of Survey and Data Resources, do AMA Demographic Model of the Physician Population, e do AMA Center for Health Policy Research, 1988.

Um fato marcante no caso brasileiro é que as mulheres com menos de 45 anos já representam hoje, 41% do total de profissionais desta faixa etária no país, ou seja, a 'feminização' em terras brasileiras apresenta-se em um estágio mais avançado que o caso americano. As séries temporais com o ano de formado dos médicos e médicas explicita melhor esse fenômeno, e sugere que dentro de pouco tempo, provavelmente 20 anos seja atingida a mesma proporção

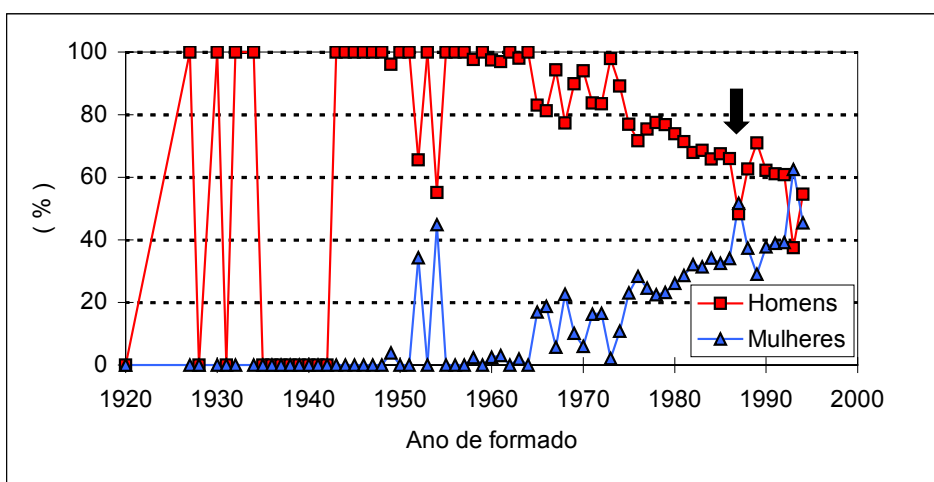
entre os gêneros em todas as faixas etárias. Porém, esperamos que isto ocorra **primeiro nas capitais**, uma vez que nestes locais, este fenômeno já era visível no final da década de 70 (**GRÁFICO 4.2**); enquanto que nos municípios que compõem o interior, somente no final da década de 80, a participação feminina se equiparou a masculina (**GRÁFICO 4.3**).

**GRÁFICO 4.2**  
**MÉDICOS DISTRIBUIDOS POR ANO DE FORMADO**  
**SEGUNDO GÊNERO - BRASIL – CAPITAIS – 1995**



Fonte: Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM.

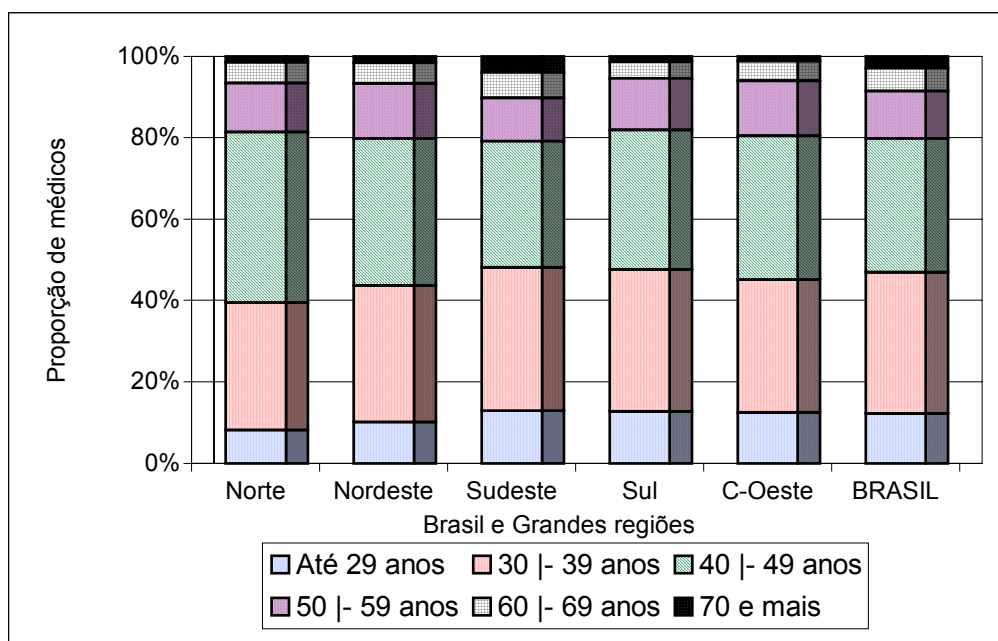
**GRÁFICO 4.3**  
**MÉDICOS DISTRIBUIDOS POR ANO DE FORMADO**  
**SEGUNDO GÊNERO - BRASIL – INTERIORES – 1995**



Fonte: Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM

Ademais, a profissão médica é desenvolvida por jovens. Considerando-se a idade média de entrada no mundo do trabalho de 28 anos (em geral após a conclusão de um programa de residência), observa-se no Brasil, que cerca de 86.000 médicos (ou 47% do total) tem menos de 40 anos de idade<sup>1</sup>, ou seja, possuem menos de 15 anos de formado. A jovialidade é maior nas regiões Sudeste e Sul, com ênfase nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná (**GRÁFICO 4.4**).

**GRÁFICO 4.4**  
**MÉDICOS DISTRIBUIDOS POR FAIXA ETÁRIA**  
**SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1995**



Fonte: Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM

Por outro lado, dos profissionais que vivem na Região Norte, “apenas” 39,5% tem menos de 40 anos, indicando ser este um local onde seus praticantes graduam-se com uma idade mais avançada.

<sup>1</sup> Os médicos têm, em média, 43 anos na região norte, 42 anos no nordeste, 43 anos no sudeste, 40 anos no sul e 42 anos no Centro-Oeste. No País como um todo, a idade média é de 42 anos.



Os médicos com 60 anos ou mais vivem principalmente no Rio de Janeiro (16,5%), Pará (11,4%), Pernambuco (10,5%) e São Paulo (8,8%), Paraná (8,7%) e Distrito Federal (7,2%).

Excluindo-se as especialidades básicas, praticadas por todas as gerações, os mais jovens (com menos de 40 anos) atuam com destaque em cardiologia, anestesiologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia e radiologia. Aqueles de idade mais avançada (com 60 anos ou mais) têm importante participação nas especialidades de anestesiologia, medicina geral comunitária, cirurgia plástica, patologia e cardiologia.

Possuir algum parente médico é outra característica marcante na profissão. Nas capitais do País, esse traço é típico da metade dos médicos, enquanto que nos municípios que compõem o interior, 44,6% afirmaram ter algum familiar na área médica (avós, pais, filhos, irmãos, tios, primos, sobrinhos ou netos), não havendo diferenças significativas entre as regiões do Brasil.

Dentre aqueles com parentes que atuam na medicina, a maioria destes são primos (30,1%), seguidos por irmãos (27,5%), tios (13,1%), pais (10,4%), filhos (6,5%), sobrinhos (4,6%), avós (2,0%) e netos (0,3%)<sup>2</sup>.

Em um estudo de caso, realizado com estudantes de medicina do 4º e 6º anos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1993, Rego (1994) encontrou cerca de 20% dos acadêmicos possuindo pai ou mãe exercendo atividade médica.

Em suma, os médicos brasileiros em atividade atuam principalmente **na região Centro-Sul urbana do país, são do sexo masculino, jovens, e a metade destes possui algum parente que desenvolve atividades na área médica (QUADRO 4.1).**

---

<sup>2</sup> Dentre aqueles que afirmaram ter algum parente médico, encontrou-se uma média de dois parentes por médico, sendo composto pela figura *do pai e de um irmão*. É importante salientar que o mesmo médico podia declarar ter até três parentes médicos e estes podiam ser avós, primos, irmãos, tios, filhos, sobrinhos ou netos, e, obviamente apenas um pai ou mãe; portanto para a construção dessa “tipologia” (pai/irmão) foram ponderados estes fatores.

**QUADRO 4.1 - PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS MÉDICOS  
BRASIL - 1995 (N = 183.052)**

Variáveis	Descrição	(%)
<b>Sócio-demográficas</b>		
° Local de moradia	<i>Regiões do Brasil</i>	
	Norte	3,1
	Nordeste	16,0
	Sudeste	58,8
	Sul	15,4
	Centro-Oeste	6,8
	<i>Localização geográfica</i>	
Capitais	66,0	
Interiores	34,0	
° Gênero	<i>Masculino (Regiões do Brasil)</i>	67,3
	Norte	66,0
	Nordeste	58,9
	Sudeste	67,5
	Sul	73,1
	Centro-Oeste	72,0
	° Faixa etária	<i>Com menos de 40 anos (Regiões do Brasil)</i>
Norte		39,5
Nordeste		43,7
Sudeste		48,2
Sul		47,7
Centro-Oeste		45,2
<i>Com 60 anos ou mais (Regiões do Brasil)</i>		
Norte		6,6
Nordeste		6,8
Sudeste		10,3
Sul		5,5
Centro-Oeste		6,0
° Tem algum parente atuando na medicina ?		Sim, nas capitais
	Não, nos interiores	55,4
	Número médio de parentes na medicina = dois (pai/irmão)	...

Fonte: Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM.

## Escolas Médicas e a Pós-Graduação no Brasil

Quando da vinda da família real para o Brasil no início do século XIX, acompanhando a frota do Príncipe D. João e na qualidade de Primeiro Cirurgião encontrava-se o Dr. José Corrêa Picanço, que obteve deste, em carta régia de 18 de fevereiro de 1808, a criação de uma Escola de Cirurgia, no antigo Hospital Militar da Bahia; que viria a se constituir posteriormente em 1832 na primeira faculdade de medicina do nosso país, juntamente com a do Rio de Janeiro<sup>3</sup> (Vasconcellos, 1950). Deste período até o final de década de 1940, ou seja, em quase um século, foram fundadas somente mais onze escolas médicas, **todas elas de natureza pública**, no Rio de Janeiro (3), São Paulo (2), Minas Gerais (1), Rio Grande do Sul (1), Paraná (1), Pernambuco (1), Ceará (1) e Pará (1), **localizadas nas capitais destes estados**<sup>4</sup>.

Nos anos 50, o Brasil contava com 27 escolas de medicina, sendo apenas cinco destas instituições de natureza privada, as primeiras desse gênero. A partir dos anos 60, esse quadro mudou completamente. Desde então, o número de instituições formadoras aumentou significativamente, somando nesta década 63 escolas, e na década seguinte, em 1970, mais 13. Hoje, possuindo 85 escolas médicas, nosso País apresenta uma concentração de instituições no corredor Rio-São Paulo-Minas Gerais - que possuem a metade das escolas -, sendo o setor privado detentor de um número significativo de instituições, principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

### (TABELA 4.2)

---

<sup>3</sup> Hoje reconhecidas respectivamente como Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e Centro de Ciências da Saúde/Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup> Na época da criação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói era a capital do então estado da Guanabara, que posteriormente foi agregado ao estado do Rio de Janeiro. Inicialmente as escolas médicas brasileiras tiveram inspiração na Europa, principalmente a partir do modelo europeu. Contudo a partir da Segunda Guerra Mundial, a influência dos Estados Unidos foi se consolidando. Exemplos deste fato foram a criação da residência médica, dos hospitais universitários e, posteriormente a Reforma Universitária de 1968, quando o modelo acadêmico que inspirava-se na Reforma de Flexner foi definitivamente implantado, com a divisão do curso de medicina um ciclo básico e outro profissional. (Dal Poz & Varella, 1995)

**TABELA 4.2**  
**NÚMERO DE ESCOLAS MÉDICAS POR NATUREZA DA INSTITUIÇÃO E**  
**GRANDES REGIÕES SEGUNDO ANO DE FUNDAÇÃO - BRASIL - 1997**

Instituições Públicas						
Ano de Fundação	Grandes Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C-Oeste	
1808-1929	1	2	5	2	0	10
1930-1939	0	1	1	0	0	2
1940-1949	0	0	1	0	0	1
1950-1959	0	5	3	1	0	9
1960-1969	1	4	6	4	3	17
1970-1979	1	0	0	0	1	2
1980-1989	0	0	0	1	0	1
1990-1997	1	0	1	0	0	2
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>45</b>
Instituições Privadas						
Ano de Fundação	Grandes Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C-Oeste	
1808-1929	0	0	0	0	0	0
1930-1939	0	0	0	0	0	0
1940-1949	0	0	0	0	0	0
1950-1959	0	1	3	1	0	5
1960-1969	0	0	13	5	0	19
1970-1979	0	0	10	1	0	11
1980-1989	0	0	2	1	0	3
1990-1997	0	0	2	1	0	3
<b>SUBTOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>40</b>
TOTAL ( Instituições Públicas + Privadas )						
Ano de Fundação	Grandes Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C-Oeste	
1808-1929	1	2	5	2	0	10
1930-1939	0	1	1	0	0	2
1940-1949	0	0	1	0	0	1
1950-1959	0	6	6	2	0	14
1960-1969	1	4	19	9	3	36
1970-1979	1	0	10	1	1	13
1980-1989	0	0	2	2	0	4
1990-1997	1	0	3	1	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>85</b>

Fonte: Tabela construída a partir de Machado et al.(1997:75-80) e CFM (1998). Foram incluídas quatro escolas médicas, criadas após a realização da Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil.

Fruto da política adotada nas décadas de 1960 e 1970 de expansão das escolas médicas, entre 1970 e 1980, verificou-se um incremento sem precedentes do contingente médico no Brasil, o que significou o período com maior número de graduados no país, passando de uma média de 1.500 formados anualmente para mais de 7.000 (Machado & Pinto, 1996)

Este fenômeno de intensa formação em níveis universitários na medicina também ocorreu em outras áreas da saúde, como a enfermagem, farmácia, odontologia e psicologia, formando todas estas anualmente cerca de 19.000 profissionais (Pierantoni & Machado, 1994)

Na realidade, nas três últimas décadas a cobertura do nível superior atingiu patamares nunca antes observados em qualquer outro nível de ensino. A este respeito, citando Tedesco, Machado et al. (1997:55) registram que “hoje a qualidade de estudante universitário é compartilhada por centenas de milhares de jovens, No Brasil, por exemplo, a matrícula universitária passou de 100 mil, em 1960, para mais de um milhão em 1975.”

A história do ensino superior no Brasil neste século, pode ser dividida em dois grandes e marcantes períodos: antes e depois da implantação da pós-graduação. Sob a forma de mestrado e doutorado esta modalidade de formação teve início nos primeiros anos da década de 1960. Cursos de especialização nesse nível já eram ministrados anteriormente e tinham predominantemente um “significado técnico, prático e profissional (...) voltados para a formação de profissionais para o mercado de trabalho.” (Bayma de Oliveira, 1995:34).

Contudo, foi somente após a criação do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Médio (Capes), em conjunto com a Reforma Universitária de 1968, que esta modalidade tomou um impulso e importância que hoje possuem. Atuando na formação de pesquisadores, estes centros foram os pioneiros na oferta dos atuais programas de Mestrado e Doutorado.

Em 1965, o Conselho Federal de Educação (CFE) emitiu o Parecer 977/65 que definiu a pós-graduação em termos de mestrado e doutorado, estabelecendo as normas gerais de sua organização e desenvolvimento. Formulou ainda a diferenciação entre a pós-graduação lato sensu (cursos de especialização e aperfeiçoamento) e stricto sensu (mestrado e doutorado).

Posteriormente, em julho de 1968, o Decreto 62.937 constituiu uma equipe de trabalho com o objetivo de fazer um diagnóstico do estudo superior brasileiro. Este grupo elaborou um relatório que a seguir se transformou na Lei 5.540/68. Esta lei, conhecida como lei da Reforma Universitária, dentre outras coisas, dispõe em seu artigo 17 sobre os tipos de cursos que compõem o ensino superior.

*“Artigo 17. Nas universidades e nos estabelecimentos isolados de ensino superior poderão ser ministradas as seguintes modalidades de curso:*

*a) de graduação, abertos à matrícula de candidatos que hajam concluído o ciclo colegial ou equivalente e tenham sido classificados em concurso de vestibular;*

*b) de pós-graduação, abertos à matrícula de candidatos diplomados em curso de graduação que preencham as condições prescritas em cada caso;*

*c) de especialização e aperfeiçoamento, abertos à matrícula de candidatos diplomados em cursos de graduação ou que apresentem títulos equivalentes;*

*d) de extensão e outros, abertos a candidatos que satisfaçam os requisitos exigidos.” (Brasil, 1968)*

Como podemos ver, a lei da Reforma Universitária de 1968 adotou a idéia de pós-graduação contida no Parecer 977/65, pois os cursos da alínea “b” referem-se à pós-graduação stricto sensu e os cursos da alínea “c”, correspondem à pós-graduação lato sensu. Esta lei mais adiante em seu artigo 24, fortalece o CFE ao qual caberia o credenciamento destes programas.

Como está a pós-graduação hoje em nosso País ? Uma das maneiras de analisarmos esta questão é através da distribuição geográfica de seus programas no Brasil (**FIGURA 4.1**).

**ENTRA FIGURA 4.1**

Cassetê e Silveira (1996) a partir dos **dados do MEC/CAPES** deste mesmo ano, estudaram esta modalidade de formação. Em sua análise, podemos distinguir duas situações pelas quais vem passando este tipo de programa em nosso País, que podem ser representadas por dois grupos de estados, reafirmando o desequilíbrio econômico interregional. **O primeiro grupo** é formado pelos estados da Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste e se caracteriza pela distribuição esparsa de cursos, havendo desde unidades da federação sem nenhum programa (Acre, Rondônia, Roraima, Amapá e Tocantins ) até locais intermediários (Amazonas, Pará, Maranhão, Sergipe, Paraíba, Bahia, Distrito Federal) e mesmo o estado de Pernambuco, destaque positivo deste grupo. **O segundo grupo** abrange o Sudeste e o Sul do País, com destaque para São Paulo, que sozinho detém 784 cursos (43,3% do total e 62,9% em relação à região) e para os estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, que aparecem numa posição intermediária.

Uma outra forma de respondermos a este questionamento é através da análise da capacidade instalada de pesquisa brasileira. Diversos são os estudos sobre este tema, sendo um deles o projeto feito pelo CNPq que desenvolveu um extenso levantamento do nosso parque científico e tecnológico, criando o **‘Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil’**. A análise dos dados referente a este levantamento no segundo semestre de 1995, apresenta 7.271 grupos de pesquisa, abrangendo 26.779 pesquisadores em 158 instituições. Expondo a hegemonia dos estados de São Paulo (40,7%), Rio de Janeiro (19,1%), Minas Gerais (8,9%) e Rio Grande do Sul (8,6%) (**TABELA 4.3**), Guimarães (1996:11) assinala que:

*“oito instituições<sup>5</sup> albergam metade dos grupos, 18 detêm dois terços e 26 três quartos.”*

---

<sup>5</sup> Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA).



Esta situação revela que o fenômeno de concentração populacional nos grandes centros do País, também se observa entre aqueles profissionais com alto grau de qualificação, que constituem o Diretório de Grupos de Pesquisa.

Um segundo grupo é formado pelos estados do Paraná, Pernambuco e Santa Catarina, seguidos pelo Distrito Federal, Paraíba e Ceará. Finalmente, os dados coletados pelo CNPq sugerem ainda a quase inexistência de instituições que desenvolvam pesquisas científicas nos estados de Rondônia, Piauí e Acre.

**TABELA 4.3**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISA**  
**SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO**  
**BRASIL - 1995 (em ordem decrescente)**

Unidades da Federação	Grupos de Pesquisa		
	V.Abs.	(%)	(%) Acum.
São Paulo	2.957	40,7	40,7
Rio de Janeiro	1.386	19,1	59,7
Minas Gerais	649	8,9	68,7
Rio Grande do Sul	626	8,6	77,3
Paraná	296	4,1	81,3
Pernambuco	238	3,3	84,6
Santa Catarina	158	2,2	86,8
Distrito Federal	127	1,7	88,5
Paraíba	126	1,7	90,3
Ceará	117	1,6	91,9
Goias	97	1,3	93,2
Bahia	94	1,3	94,5
Amazonas	67	0,9	95,4
Pará	59	0,8	96,2
Rio Grande do Norte	51	0,7	96,9
Mato Grosso	46	0,6	97,6
Espírito Santo	39	0,5	98,1
Maranhão	39	0,5	98,6
Mato Grosso do Sul	34	0,5	99,1
Alagoas	22	0,3	99,4
Sergipe	19	0,3	99,7
Acre	11	0,2	99,8
Piauí	8	0,1	99,9
Rondônia	5	0,1	100,0
<b>BRASIL</b>	<b>7.271</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Fonte: Guimarães (1996:10), a partir do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. CNPq/SUP, 1995.

## **A Especialização em foco: dos primórdios até os dias de hoje**

A tendência à superespecialização dos médicos como forma de garantir e aumentar a eficiência produtiva, não é um fato isolado: estende-se por toda a sociedade moderna. Pode-se dizer que a dinâmica do próprio mundo do trabalho e a necessidade dos médicos em adquirir maior competência num determinado campo de atuação foram as determinantes deste processo.

Como já demonstrado por vários autores (Machado, Pierantoni, Médici, dentre outros), a intensa especialização de seus praticantes no Brasil, está levando a uma maior divisão técnica do trabalho e com isso a incorporação na equipe de saúde de novos profissionais até então alheios ao setor.

Mas como e onde surgiu a especialização médica no mundo, mais especificamente a residência médica ?

Entre nós, parece ser de senso comum o fato dos Estados Unidos terem sido o berço do processo de reforma da educação médica já no final do século XIX, num momento paralelo à Revolução Industrial, como resultado do amadurecimento das universidades americanas, iniciado em 1870. Segundo Starr (1982), as deficiências na educação médica americana tinham sido as mesmas durante décadas:

- os estudantes entravam nas escolas profissionais com uma preparação mínima;
- admitiam-se jovens sem diplomas de preparatório para estudar medicina nas melhores universidades;
- os estudantes seguiam o curso de medicina na ordem que desejassem;
- o programa dos cursos era muito breve, não possuindo uma sequência regular;

- as conferências didáticas constituíam-se na forma de aprendizado médico.

A mudança mais radical do velho regime de educação médica ocorreu na Universidade de Johns Hopkins, no estado de Baltimore, que abriu sua escola de medicina em 1893 com um programa de quatro anos e com a exigência inédita de que todos os estudantes tivessem título universitário.

Desde o início, Johns Hopkins concebeu a educação médica como um campo de estudos superiores baseando-se na ciência básica e na medicina hospitalar, o que com o passar do tempo serviu de padrão para as demais instituições do país. Com a construção de um hospital junto à escola, havia uma articulação entre ambos como uma instituição conjunta.

Foram então criadas “**residências avançadas em áreas especializadas**”, que seria uma forma de capacitação especializada posterior ao internato.

Depois de sua própria reorganização a *American Medical Association* - AMA<sup>6</sup> adotou como prioridade principal a reforma das escolas de medicina. Uma de suas primeiras medidas consistiu em formular, em 1904, um nível mínimo de preparação para os médicos, sugerindo como norma ideal, cinco anos de escola de medicina e um sexto ano de internato em hospital.

No seu empenho para identificar e pressionar as instituições mais fracas, a AMA estabeleceu uma classificação para as escolas de medicina conforme a atuação de seus graduados nos exames para obter a licença estatal.

Em 1906, a AMA inspecionou, as 160 escolas que havia, classificando 82 delas com conceito A, 46 com conceito B (consideradas imperfeitas) e 32 receberam

---

<sup>6</sup> A American Medical Association (AMA) é uma organização nacional que emprega hoje mais de 1200 funcionários nos Estados Unidos. Fundada em 1847, tornou-se a maior associação médica profissional americana, representando quase que a totalidade dos médicos deste país. Representando mais de 650.000 médicos por toda a nação, a AMA é uma federação de associações estaduais, representando sociedades de especialistas e grupos específicos de médicos (residentes, *staff* hospitalar, estudantes de medicina, minorias médicas e as mulheres na profissão). (AMA, 1997)

o conceito C. Esses resultados nunca chegaram a ser publicados com medo da confusão que poderia gerar.

A AMA enviou um grupo externo da Fundação Carnegie, liderado pelo jovem médico, graduado pela Universidade Johns Hopkins, Abraham Flexner para fazer uma avaliação das unidades de ensino médico por todo o País<sup>7</sup>.

As novas exigências que ampliaram a duração da capacitação médica, fizeram com que os jovens dificilmente conseguissem ingressar em sua vida profissional antes dos 30 anos.

A consolidação nunca chegou aonde Flexner ou a AMA desejava. O *Boletim Número Quatro* recomendava que o número de escolas médicas deveria se reduzir a trinta e um, mas na realidade mais de setenta sobreviveram. Para Flexner, mais de vinte estados americanos daquela época não estavam capacitados a ter uma instituição de ensino médico, o que era politicamente inaceitável.

A profissão cresceu com uniformidade em sua composição social. Os custos elevados da educação médica e os requisitos mais restritivos limitaram a entrada de estudantes provenientes das classes mais baixas e de trabalhadores.

Na década de 20, um estudo realizado pelo estatístico Raymond Pearl mostrou que a distribuição dos médicos dos Estados Unidos era altamente correlacionada com o ganho *per capita* da população ocupada. Já nessa época, os profissionais conduziam-se tal como era de se esperar que se conduziriam todas as pessoas sensatas: faziam negócios onde os negócios eram bons e evitavam os lugares que fossem ruins (Pearl, 1925).

---

<sup>7</sup> Flexner visitou, juntamente com o secretário do Conselho da Educação Médica da AMA, cada uma das escolas médicas do país. Suas recomendações foram claras. As escolas de primeira linha (com conceito A) deveriam ser reforçadas, utilizando-se o modelo de Johns Hopkins. As de segunda linha (com conceito B) deveriam elevar-se ao nível superior. As demais, que formavam a grande maioria das escolas até então deveriam fechar.

Como podemos ver, o surgimento da residência médica no final do século passado nos Estados Unidos foi uma resposta à necessidade de treinar médicos, numa profissão cujo nível de complexidade técnico-científica começava desde então a intensificar-se. Nesse processo havia ainda a supervisão dos mais experientes, o que garantia a segurança dos doentes atendidos pelos “aprendizes da medicina”.

No Brasil, a residência médica teve sua origem na década de 40 no Hospital das Clínicas da cidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado na cidade do Rio de Janeiro (Pierantoni, 1994:7), sendo hoje a modalidade de pós-graduação responsável pela maior parte da formação de médicos especialistas.

Diversas são as explicações que tentam compreender o processo de especialização na medicina. Uma delas relaciona a alta complexidade moderna gerada pelo desenvolvimento tecnológico que ampliou o campo de conhecimento das ciências médicas, criando um paradoxo na profissão, relacionado à incapacidade dos profissionais de exercê-la em sua plenitude.

No caso brasileiro, uma segunda explicação refere-se ao papel da Previdência Social no direcionamento das políticas setoriais nas últimas décadas, tanto no que tange ao financiamento, como na questão da compra e execução das ações de saúde. Ocupou também um lugar relevante no ordenamento dos recursos humanos para a saúde, sobretudo no processo de especialização médica, uma vez que gerou o aumento da oferta de serviços especializados, formando especialistas através de seus programas de residência médica. (Varella, 1996)

Uma terceira explicação, defende a tese de que, em nosso País, o processo de especialização foi incentivado pelo setor privado na década 70, formando segmentos específicos para o mercado de trabalho em algumas especialidades. Este fato forçou o rebaixamento dos salários pela sobreoferta de médicos nas grandes cidades, e a facilidade de se acumular empregos públicos e privados com a atividade. Para Médici (1987, 1988), a multiplicidade

de empregos não foi propriamente uma estratégia de sobrevivência no mercado, apesar de ter contribuído para a queda dos rendimentos médicos. Um dos pontos mais negativos é que o processo de especialização não atende às necessidades essenciais da população menos favorecidas. Ao invés de se abandonar a medicina especializada, esta deveria ter seu escopo redefinido, tomando por base as necessidades da rede de saúde existente em cada região.

Para ser um médico especialista em nosso país, não há necessidade da aquisição de um conhecimento especializado homogêneo ou pelo menos uniforme, entre as diversas instituições credenciadas ou não que oferecem este tipo de ensino. A especialização pode ser obtida por várias modalidades, desde o simples exame de ordem realizado pelas sociedades de especialistas, até as residências médicas em tempo integral, por um período não inferior a dois anos. Sabe-se também que existe um contingente expressivo de profissionais que atuam no mercado, **sem** no entanto possuírem uma especialidade formal<sup>8</sup>.

A residência médica é a principal modalidade de formação de médicos especialistas brasileiros. Cerca de 75% dos profissionais fizeram algum programa de residência no País (com destaque para as regiões Sudeste e Sul); 40,7% tem curso de especialização; 7,7% tem mestrado e 3,7% tem doutorado **(TABELA 4.4)**.

Curioso é observar algumas características dos profissionais que cursaram mais de um programa de residência. Conforme assinalam Machado e Pinto (1996:4), “quando o médico faz uma segunda ou terceira residência, estas geralmente são em especialidades cirúrgicas especializadas (...) Ou então em áreas especializadas do ramo da clínica médica.”

---

<sup>8</sup> Em 1992, uma pesquisa coordenada pela professora e socióloga Maria Helena Machado da ENSP, com o apoio do CGDRH/Ministério da Saúde, revelou um quadro de baixo controle e regulação do exercício profissional pelas instituições e entidades: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, INAMPS, IBGE, CAPES, CNPq, CFM, Cadastros RAIS/do Ministério do Trabalho, FUNDAP, AMB, Sociedades de Especialistas (nacionais e regionais), Associações, Sindicatos e Conselhos Regionais de Medicina, Academia Nacional de Medicina,

Há de ressaltar que as modalidades de pós-graduação strictu-sensu têm crescido entre os mais jovens, ou seja, 76% dos médicos (com doutorado e/ou mestrado) têm até 49 anos de idade. Acreditamos que essa situação se configurará em uma tendência do mercado de trabalho, o qual demandará cada vez mais, elevada qualificação para atuar em uma medicina tecnológica e altamente especializada.

**TABELA 4.4**  
**MÉDICOS COM PÓS-GRADUAÇÃO DISTRIBUIDOS POR**  
**GRANDES REGIÕES SEGUNDO MODALIDADE**  
**DE PÓS-GRADUAÇÃO - BRASIL - 1995**

Grandes Regiões	Pós-graduação latu-sensu			
	Residência		Curso de Especialização	
	V.Abs.	(%)	V.Abs.	(%)
Norte	3.192	2,4	2.410	3,2
Nordeste	17.996	13,3	11.749	15,8
Sudeste	84.006	61,9	45.100	60,5
Sul	21.191	15,6	10.879	14,6
Centro-Oeste	9.336	6,9	4.356	5,8
<b>BRASIL</b>	<b>135.721</b>	<b>100,0</b>	<b>74.494</b>	<b>100,0</b>
Grandes Regiões	Pós-graduação strictu-sensu			
	Mestrado		Doutorado / Pós-Doutorado	
	V.Abs.	(%)	V.Abs.	(%)
Norte	176	1,3	106	1,2
Nordeste	2.051	14,6	895	10,4
Sudeste	9.948	70,7	6.668	77,6
Sul	1.402	10,0	686	8,0
Centro-Oeste	492	3,5	240	2,8
<b>BRASIL</b>	<b>14.069</b>	<b>100,0</b>	<b>8.595</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Tabela construída a partir de Machado et al. (1996:76, V.I) com dados da Pesquisa 'Perfil dos Médicos no Brasil'. Fiocruz/CFM.

## Os Programas de Residência Médica

Após a criação dos primeiros programas de residência médica em São Paulo e no Rio de Janeiro nos anos 40, nas décadas seguintes, esta modalidade teve um impulso com o surgimento de novos cursos. Entretanto, foi somente depois da criação da CNRM em 1977, que estes programas se desenvolveram decisivamente. Na verdade, esta Comissão surgiu para regulamentar todo o processo de formação médica nesses cursos, definindo-os como uma “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos a nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.” (Brasil, 1977).

No Brasil, o que podemos observar é que a residência médica está ligada em sua maior parte às universidades através dos hospitais universitários. Em 1992, nosso País possuía 1.621 programas oficiais, com destaque para o grupo de especialidades ligado a áreas intermediárias (33,9%), seguido de perto pelas cognitivas (32,0%), técnico-cirúrgicas e de habilidades (21,1%), e as tecnológicas e burocráticas (9,8%). Dentro deste contexto, aparecem com maior frequência os programas relativos às especialidades básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia geral) e com uma quantidade inferior a dez cursos figuram, Endoscopia Digestiva, Informática Médica, Nutrologia, Radioterapia, Medicina Nuclear, Genética Médica, Geriatria/Gerontologia, Alergia e Imunologia, Oncologia Cirúrgica, Cirurgia da Cabeça e Pescoço, Neuropediatria, Medicina Física e Reabilitação e Terapia Intensiva, agrupados na categoria “outros”. **(TABELA 4.5).**

Nesta época, o MEC, foi o órgão responsável pela concessão de mais de 3.000 bolsas, financiadas em sua maioria para a Escola Paulista de Medicina, Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Paraná, que juntas respondiam por cerca de 42% do total de bolsas financiadas. (Machado et al., 1995)



**TABELA 4.5**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA**  
**MÉDICA SEGUNDO ESPECIALIDADE - BRASIL - 1992**

Programa de Residência	V.Abs.	(%)
Cardiologia	50	3,1
Clínica Médica (Medicina Interna)	125	7,7
D. Infec. e Parasitárias	29	1,8
Endocrinologia e Metabolia	28	1,7
Med. Geral e Comunitária	20	1,2
Neurologia	42	2,6
Pediatria	121	7,5
Pneumologia	42	2,6
Psiquiatria	38	2,3
Reumatologia	23	1,4
<b>Espec. Cognitivas</b>	<b>518</b>	<b>32,0</b>
Cir. Cardiovascular	27	1,7
Cir. Gastroenterológica	10	0,6
Cir. Geral	130	8,0
Cir. Pediátrica	42	2,6
Cir. Plástica	36	2,2
Cir. Torácica	21	1,3
Cir. Vascular e Periférica	36	2,2
Neurocirurgia	40	2,5
<b>Espec. técnico-cirurgicas</b>	<b>342</b>	<b>21,1</b>
Anestesiologia	64	3,9
Dermatologia	37	2,3
Gastroenterologia	32	2,0
Ginecologia e Obstetrícia	121	7,5
Nefrologia	43	2,7
Oftalmologia	47	2,9
Oncologia	15	0,9
Ortopedia e Traumatologia	70	4,3
Otorrinolaringologia	39	2,4
Urologia	60	3,7
<b>Espec. intermediárias</b>	<b>550</b>	<b>33,9</b>
Anatomia Patológica	45	2,8
Hematologia e Hemoterapia	29	1,8
Med. Preventiva e Social	25	1,5
Patologia Clínica	13	0,8
Proctologia	22	1,4
Radiologia	47	2,9
<b>Espec. tecnológicas e burocráticas</b>	<b>159</b>	<b>9,8</b>
Outros (*)	52	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>1.621</b>	<b>100,0</b>

(\*) Outros corresponde a programas com frequência menor que 10.

Fonte: Tabela construída e corrigida a partir de Machado et al.(1995:23) com dados da Secretaria Executiva da CNRM.

Confirmando a política nacional adotada de centralização de recursos físicos e humanos nos grandes centros, observa-se uma concentração nas áreas urbanas destes programas de residência, com ênfase para a região Sudeste. Os estados de São Paulo (475), Rio de Janeiro (424), Rio Grande do Sul (148) e Minas Gerais (141) destacam-se não somente pela quantidade mais pela grande diversidade de especialidades existentes, algumas das quais só aparecem nestes locais. A baixa frequência de cursos na maioria dos estados do Brasil (todos da Região Norte, Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo, Santa Catarina, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) irá caracterizar a 'migração de formação' que nos propusemos a estudar. Dada a escassez de recursos e a variedade de especialidades oferecidas pelas instituições de saúde, os médicos desses locais principalmente, vêem-se obrigados a buscar seu treinamento e inserção no mercado de trabalho em um estado diferente do seu de origem. O Distrito Federal é um caso atípico: apesar de possuir 82 programas de residência médica, maior número da Região Centro-Oeste, possui como veremos no capítulo seguinte, uma grande proporção de profissionais que em algum momento de sua vida profissional, migraram em busca da especialização **(TABELA 4.6)**.

Como consequência da grande concentração dos programas de residência na região Centro-Sul do País, os especialistas, que somam 183.052 médicos, estão localizados em sua maioria no Sudeste (58,8%), seguido pelo Nordeste (16,0%), Sul (15,4%), Centro-Oeste (6,8%) e Norte (3,1%). Por outro lado, destacando a importância das capitais como os grandes centros urbanos e econômicos do Brasil, é neste local onde que vivem e trabalham a maioria dos profissionais em atividade, com exceção do Tocantins, Santa Catarina e Minas Gerais.

**TABELA 4.6**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS PROGRAMAS DE**  
**RESIDÊNCIA MÉDICA SEGUNDO**  
**UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 1992**

Unidades da Federação	V.Abs.	(%)
Acre	0	0,0
Amazonas	11	0,7
Amapá	0	0,0
Pará	6	0,4
Rondônia	0	0,0
Roraima	0	0,0
Tocantins	0	0,0
Região Norte	17	1,0
Alagoas	6	0,4
Bahia	45	2,8
Ceará	37	2,3
Maranhão	5	0,3
Paraíba	14	0,9
Pernambuco	68	4,2
Piauí	9	0,6
Rio Grande do Norte	10	0,6
Sergipe	0	0,0
Região Nordeste	194	12,0
Espírito Santo	7	0,4
Minas Gerais	141	8,7
Rio de Janeiro	424	26,2
São Paulo	475	29,3
Região Sudeste	1.047	64,6
Paraná	67	4,1
Rio Grande do Sul	148	9,1
Santa Catarina	18	1,1
Região Sul	233	14,4
Distrito Federal	82	5,1
Goiás	31	1,9
Mato Grosso	4	0,2
Mato Grosso do Sul	13	0,8
Região Centro Oeste	130	8,0
<b>BRASIL</b>	<b>1.621</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Machado et al. (1995:24) a partir dos dados da Secretaria Executiva da CNRM.

Ademais, no Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo e no Mato Grosso a população de médicos apresenta-se de forma dividida entre a capital e o interior, o que pode ser explicado em parte devido à existência de escolas médicas nestes locais e daquilo que Larson (1977) demarcou de forma precisa, e que já mencionamos no início deste estudo, a existência de um mercado profissional.

*“A estrutura de um mercado profissional é determinada pela maior estrutura social dentro do qual ele se situa. O estágio de desenvolvimento econômico, o volume e a distribuição da renda nacional, a estrutura de classes e a composição étnica, o padrão médio de vida, a natureza do Estado e de sua ideologia - incluindo uma variedade de tradições culturais - definem o potencial, as características e a dinâmica de um mercado profissional.” (Larson: 1977:50)*

Um fato curioso na profissão médica é que apesar da existência de sessenta e quatro especialidades médicas, em apenas dez delas estão concentrados cerca de 62,1% dos médicos brasileiros: pediatria (13,5%), gineco-obstetrícia (11,8%); medicina interna (8,0%); cirurgia geral (5,5%); anestesiologia (5,2%); cardiologia (4,8%); ortopedia e traumatologia (3,7%); oftalmologia (3,6%); psiquiatria (3,4%) e medicina geral comunitária (2,6%); havendo ainda pequenas diferenças regionais. **(GRÁFICOS 4.5 a 4.10).**

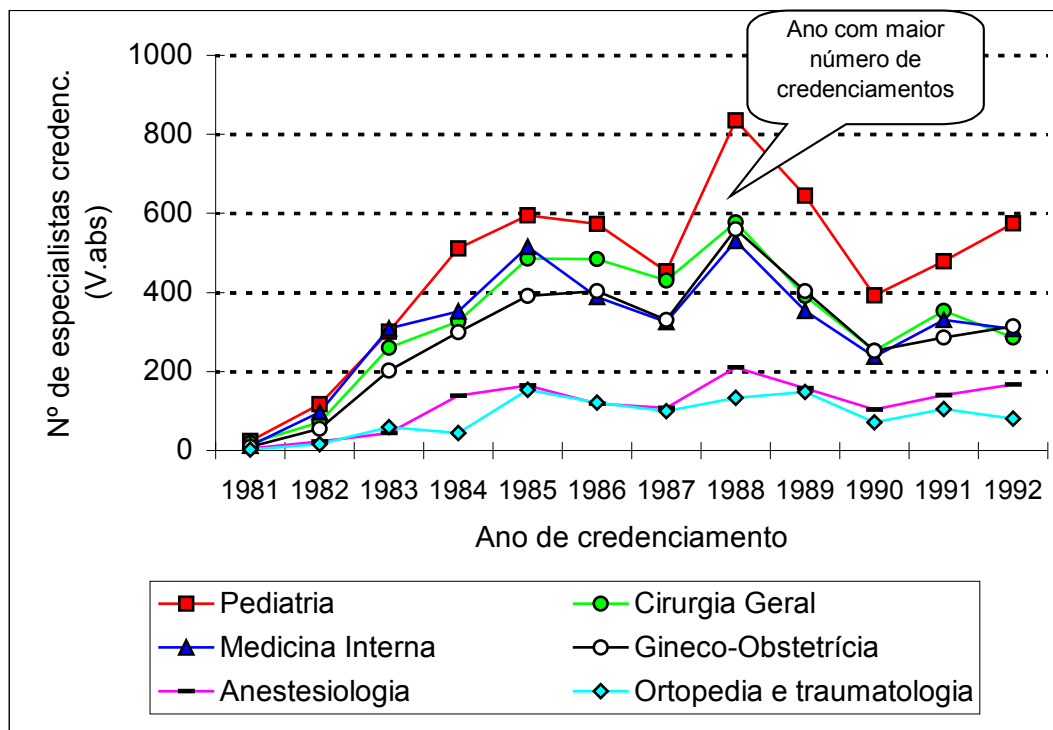
Na realidade, a distribuição de profissionais nestas áreas é um reflexo das políticas adotadas pelo governo de incentivo à residência médica, maior formadora de mão-de-obra especializada no Brasil, segundo dados da Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (Machado et., 1995)<sup>9</sup> **(GRÁFICO 4.11).**

---

<sup>9</sup> A pesquisa realizada por Machado et al. (1995) contempla ainda aspectos relativos às escolas médicas e instituições formadoras de especialistas no Brasil; os programas de residência médica ( número de programas, vagas, instituições formadoras no país e regiões ); número de especialistas formados por ano e registrados nas sociedades de especialistas; mercado de trabalho do médico especialista e a estrutura organizativa (entidades nacionais que representam a corporação com formas e instâncias específicas).

**(ENTRA GRÁFICOS 4.5 a 4.10 em Excel).**

**GRÁFICO 4.11**  
**NÚMERO DE ESPECIALISTAS REGISTRADOS NA CNRM**  
**POR ANO DE CREDENCIAMENTO SEGUNDO**  
**ESPECIALIDADES MÉDICAS SELECIONADAS (\*)**  
**BRASIL - 1992**



(\*) Especialidades com maior quantidade de registros no período considerado

Fonte: Gráfico construído a partir de Machado et al. (1995:21) com dados da Secretaria Executiva da CNRM.

## V. MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: UM RETRATO BRASILEIRO

### Migrando em busca da Especialização

Ao analisarmos no capítulo anterior a distribuição geográfica dos programas de residência médica do País, vimos que sua grande concentração ocorria no eixo Rio-São Paulo-Rio Grande do Sul-Minas Gerais, ou seja, torna-se claro, o porquê desses estados figuram como verdadeiros pólos de atração populacional para os recém-graduados na medicina que, em busca de uma especialização, participam de deslocamentos e formam correntes e contracorrentes migratórias de formação.

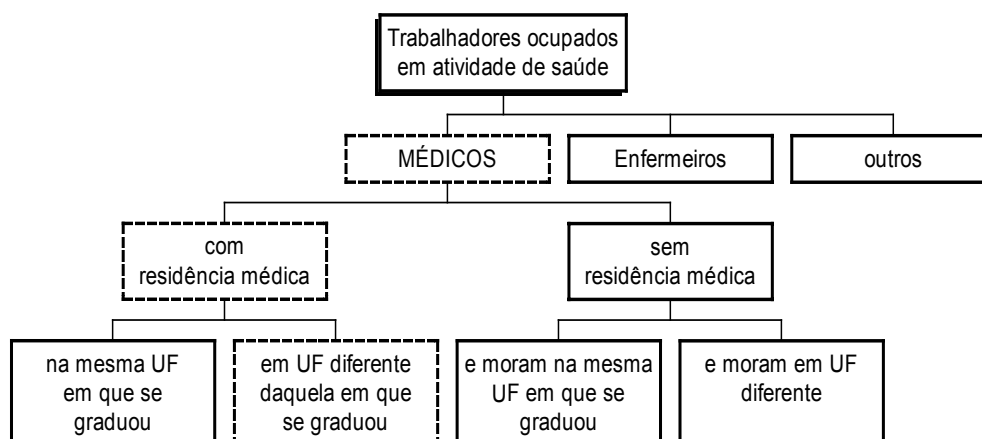
Como já mencionamos no início deste trabalho, embora Machado et al. (1997) não tivessem como objetivo central traçar o perfil migratório de formação dos médicos no Brasil, a análise dos dados referente à origem desses profissionais tem um aspecto de grande relevância, pois os autores apontam algumas tendências regionais, como: • a existência de mercados mais fechados (Sul e Nordeste, com as menores taxas de migração natural); • consolidados (Sudeste) e; • em formação (Norte e Centro-Oeste, onde este fenômeno é intenso).

A seguir, passaremos a analisar este segmento da profissão médica, ou seja, a questão da formação profissional sob a ótica da 'migração de formação'<sup>1</sup>, tendo como perspectiva a residência médica, seja ela nas áreas cognitivas, técnico-cirúrgicas e de habilidades, intermediárias, e tecnológicas e burocráticas, tal como definido anteriormente por nós no início deste trabalho, a partir de Machado et al. (1997). Hoje, de cada cinco médicos ativos no Brasil, um fez residência médica fora do estado em que se graduou (**FIGURA 5.1 e QUADRO 5.1**).

---

<sup>1</sup> Conforme especificado no capítulo I, neste estudo, denotaremos como médicos 'migrantes de formação' àqueles profissionais que fizeram algum programa de residência médica em unidade da federação diferente daquela em que se graduou, que aparece em destaque na Figura 5.1 e é quantificado na Quadro 5.1, correspondendo a uma subpopulação de médicos da ordem de 34.930 (ou 19,1% do total).

**FIGURA 5.1: DELIMITANDO O OBJETO EMPÍRICO**



**QUADRO 5.1: DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS POR PROGRAMA DE RESIDÊNCIA - BRASIL - 1995**

<b>(1)+(2): Total de médicos...</b>	<b>183.052</b>
<b>(1): Médicos com residência médica...</b>	<b>135.721 (100,0%)</b>
na mesma UF em que se graduou (*):	<b>100.791 (74,3%)</b>
em UF diferente daquela em que se graduou (**):	<b>34.930 (25,7%)</b>
<b>(2): Médicos sem residência médica...</b>	<b>47.331 (100,0%)</b>
e moram na mesma UF em que se graduou:	<b>34.163 (72,2%)</b>
e moram em UF diferente daquela em que se graduou:	<b>13.168 (27,8%)</b>

Fonte: Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM

(\*) Também chamados de médicos não migrantes de formação.

(\*\*) Também chamados de médicos migrantes de formação.

No final deste século, profissões como a medicina, farmácia, odontologia, enfermagem e fisioterapia, entre outras, vem passando por grandes mudanças no saber e na prática profissional.

*“En el campo de la medicina, podemos ver una expansión del conocimiento a través de un creciente proceso de especialización, que al mismo tiempo determina una evidente ‘pulverización’ del saber.”*(Pierantoni & Machado, 1994:207).



Em concordância com os dados já analisados no capítulo anterior relativos aos programas de residência médica no Brasil, os **migrantes de formação** concentram-se nas especialidades cognitivas (41,0%), seguidos pelas intermediárias (38,5%), técnico-cirúrgicas e de habilidades (13,7%) e tecnológicas e burocráticas (6,9%); situação similar àquela observada no perfil nacional que também apontou as especialidades cognitivas (com 43,6%) como as de maior representação entre os médicos brasileiros em atividade<sup>2</sup>. Mas, poderíamos questionar sobre a distribuição destes indivíduos em relação àqueles não-migrantes de formação. Numa análise mais minuciosa, quando comparamos os migrantes aos não migrantes, observamos um fato curioso que corrobora com a hipótese central desse trabalho, relacionada a especialidade cursada durante a residência médica. Mesmo conscientes das limitações dos dados ora apresentados, podemos dizer que estes sugerem a existência de dois 'mundos' distintos no que se refere àqueles que frequentaram um curso de residência médica no País. Enquanto no primeiro caso distribuem-se nas áreas cognitivas e intermediárias; no segundo caso aparecem de uma maneira geral, com maior participação apenas entre as especialidades cognitivas. Este fato, mais evidente na Região Norte, retrata que a **busca pela especialização** em uma unidade da federação diferente daquela de sua formação básica (graduação) recai com destaque para as **áreas intermediárias**, como a anestesiologia, dermatologia, gastroenterologia, gineco-obstetrícia, nefrologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia e terapia intensiva. **(TABELA 5.1)**

Analisando mais além, observamos que a concentração nas especialidades intermediárias é típica dos profissionais do gênero **masculino** (41,4%), uma vez que as **mulheres** somam uma parcela significativa dos migrantes de formação nas áreas **cognitivas** (55,4%). Os dados sugerem ainda a existência de uma grande dificuldade encontrada pelas médicas em cursarem programas de residência médica nas especialidades cirúrgicas e de habilidades, pois sua participação nestas áreas é praticamente inexistente (5,3%). **(TABELA 5.2).**

---

<sup>2</sup> Nos Estados Unidos, os IMG's concentram-se sobretudo nas especialidades cognitivas, que representa cerca de 70% do total de médicos imigrantes de formação (Mullan et al., 1995:1524)

**TABELA 5.1**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO X NÃO MIGRANTES DE**  
**FORMAÇÃO DISTRIBUÍDOS POR TIPOLOGIA DE ESPECIALIDADES (\*)**  
**SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1995**

MIGRANTES DE FORMAÇÃO						
Brasil e Grandes Regiões		Tipologia de Especialidades				Total
		(A)	(B)	(C)	(D)	
Norte	V.Abs.	507	416	821	140	1.884
	(%)	26,7	22,1	43,6	7,4	100,0
Nordeste	V.Abs.	2.746	907	2.321	531	6.505
	(%)	42,2	13,9	35,7	8,2	100,0
Sudeste	V.Abs.	7.620	2.220	7.116	1.051	18.007
	(%)	42,3	12,3	39,5	5,8	100,0
Sul	V.Abs.	1.466	659	1.519	417	4.061
	(%)	36,1	16,2	37,4	10,3	100,0
Centro-Oeste	V.Abs.	1.895	537	1.592	249	4.273
	(%)	44,4	12,6	37,3	5,8	100,0
<b>BRASIL</b>	<b>V.Abs.</b>	<b>14.234</b>	<b>4.739</b>	<b>13.369</b>	<b>2.388</b>	<b>34.730</b>
	<b>(%)</b>	<b>41,0</b>	<b>13,7</b>	<b>38,5</b>	<b>6,9</b>	<b>100,0</b>
NÃO MIGRANTES DE FORMAÇÃO						
Brasil e Grandes Regiões		Tipologia de Especialidades				Total
		(A)	(B)	(C)	(D)	
Norte	V.Abs.	593	248	423	42	1.306
	(%)	45,4	19,0	32,4	3,2	100,0
Nordeste	V.Abs.	5.132	1.970	3.497	802	11.401
	(%)	45,0	17,3	30,7	7,0	100,0
Sudeste	V.Abs.	27.710	10.812	22.689	4.564	65.775
	(%)	42,1	16,4	34,5	6,9	100,0
Sul	V.Abs.	8.280	2.909	5.285	612	17.086
	(%)	48,5	17,0	30,9	3,6	100,0
Centro-Oeste	V.Abs.	1.974	1.023	1.741	273	5.011
	(%)	39,4	20,4	34,7	5,5	100,0
<b>BRASIL</b>	<b>V.Abs.</b>	<b>43.689</b>	<b>16.962</b>	<b>33.635</b>	<b>6.293</b>	<b>100.579</b>
	<b>(%)</b>	<b>43,4</b>	<b>16,9</b>	<b>33,4</b>	<b>6,3</b>	<b>100,0</b>

(\*) Refere-se à tipologia de especialidades explicitada no capítulo I deste trabalho, não sendo considerados os 'ignorados' e a categoria 'outros'.

**Legenda para especialidades:** (A) – Cognitivas, (B) - Técnico-cirúrgicas e de habilidades, (C) – Intermediárias, (D) - Tecnológicas e burocráticas.

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**TABELA 5.2**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DISTRIBUÍDOS POR GÊNERO**  
**SEGUNDO TIPOLOGIA DE ESPECIALIDADES (\*) - BRASIL – 1995**

Tipologia De Especialidades	Homens		Mulheres		Participação dos homens
	V.Abs. (a)	(%)	V.Abs. (b)	(%)	(%) (a)/[(a)+(b)]
Cognitivas	8.698	35,2	5.536	55,4	61,1
Técnico-cirúrgicas e de habilidades	4.212	17,0	527	5,3	88,9
Intermediárias	10.233	41,4	3.136	38,5	76,5
Tecnológicas e burocráticas	1.594	6,4	794	6,9	66,8
<b>TOTAL</b>	<b>24.737</b>	<b>100,0</b>	<b>9.993</b>	<b>100,0</b>	<b>71,2</b>

(\*) Refere-se à tipologia de especialidades explicitada no capítulo I deste trabalho, não sendo considerados os 'ignorados' e a categoria 'outros'.

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

Isto pode ser comprovado pelos inúmeros depoimentos dados por estas profissionais, como os que relatam Machado et al. (1997:156):

*“Iniciei o internato em cirurgia, mas o ambiente machista e a grande responsabilidade me desestimularam, pois era mais exigida e menosprezada ou depreciada na conduta.”* (pediatria, feminino, 38 anos, RJ)

*“Não fui aceita em residências de neurocirurgia, apesar de Ter alcançado notas melhores.”* (intensivista, feminino, 33 anos, SP)

*“Fui aprovada para residência em cirurgia no interior de São Paulo com 9,5 pontos e não pude fazer residência, o que até hoje tem me prejudicado.”* (ginecologista, feminino, 50 anos, MS)

(Machado et al. 1997:156)

Machado et al. (1997) avançam em sua análise e apontam que as profissionais atuam **majoritariamente em apenas cinco** das sessenta e quatro especialidades reconhecidas pelo CFM, quais sejam: pediatria, ginecologia,

medicina interna, cardiologia e dermatologia, que juntas respondem por mais de 60% das médicas ativas no Brasil. E continuam:

*“Poucas são as médicas que se dedicam a trabalhar, por exemplo, em áreas cirúrgicas (...) A condição feminina, segundo 21,6% das médicas brasileiras, influenciou a escolha da especialidade a ser exercida. As respostas abertas (correspondentes ao material qualitativo da pesquisa) ressaltam questões ligadas à discriminação e ao preconceito sociais.”*  
(Machado et al., 1997:156)

Uma outra dimensão relevante na análise das especialidades escolhidas pelos migrantes é aquela que diz respeito a caracterização destas segundo as gerações de médicos, ou seja, a abordagem sob o aspecto da faixa etária. Observamos a formação de dois grupos. **O primeiro** ligado principalmente as áreas cognitivas, congrega os profissionais mais jovens, correspondendo as faixas etárias “até 39 anos” e “40 a 49 anos”. O segundo, associado às especialidades intermediárias, representa com destaque o segmento daqueles com 50 anos e mais. Além disso, notamos também a variação da idade mediana desses médicos: 41 anos para as especialidades cognitivas e técnico-cirúrgicas e de habilidades, 42 anos para as intermediárias e 44 anos para as tecnológicas e burocráticas. **(TABELA 5.3).**

**TABELA 5.3**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DISTRIBUÍDOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO TIPOLOGIA DE ESPECIALIDADES (\*) - BRASIL - 1995**

Tipologia de Especialidades		Faixa etária (em anos)				Total
		Até 39	40 -49	50 -59	60 e mais	
Cognitivas	V.Abs.	6.636	5.330	1.453	815	14.234
	(%)	42,7	42,6	31,8	38,6	41,0
Técnico-cirúrgicas e de habilidades	V.Abs.	1.962	1.818	767	192	4.739
	(%)	12,6	14,5	16,8	9,1	13,7
Intermediárias	V.Abs.	6.052	4.399	1.942	976	13.369
	(%)	38,9	35,2	42,5	46,2	38,5
Tecnológicas e burocráticas	V.Abs.	888	961	411	128	2.388
	(%)	5,7	7,7	9,0	6,1	6,9
<b>TOTAL</b>	<b>V.Abs.</b>	<b>15.538</b>	<b>12.508</b>	<b>4.573</b>	<b>2.111</b>	<b>34.730</b>
	<b>(%)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(\*) Refere-se à tipologia de especialidades explicitada no capítulo I deste trabalho, não sendo considerados os ‘ignorados’ e a categoria ‘outros’.

Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

## O Perfil Sócio-Demográfico e de Formação

Recentemente, um grupo de pesquisadores analisou a questão dos deslocamentos populacionais no estado de São Paulo, tendo como perspectiva as dimensões demográficas e socioeconômicas<sup>3</sup>. Assinalando não apenas a importância econômica considerada por aqueles que migram, Patarra (1997:14) afirma que “(...) a dinâmica econômico-regional propiciou, na rota das migrações intra-regionais, a inserção das cidades de porte intermediário e de pequeno porte, [além disso, os] indicadores de qualidade de vida, transformaram-se em um dos elementos considerados na decisão de migrar.”

Antico (1997) ao tecer comentários a respeito dos motivos pelos quais as pessoas decidem migrar registra como principal fator os **motivos profissionais**. E os médicos? A pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil sugere a existência de um contingente de ‘migrantes de formação’ da ordem 34.930, ou seja, eles representam por um lado, 25,7% do total de 135.721 profissionais que fizeram um programa de residência médica e por outro, 19,1% do total geral de médicos no Brasil<sup>4</sup>. Os destaques nacionais são o Distrito Federal, Alagoas, Pará e Amapá, que possuem respectivamente 44,6; 40,1; 37,3 e 36,7% dos profissionais em atividade que migraram em busca deste tipo de especialização. **(TABELA 5.4)**.

---

<sup>3</sup> No início dos anos 90, a Professora Neide Lopes Patarra, do Núcleo de Estudos de População (NEPO/Unicamp), coordenou em São Paulo, o projeto de pesquisa “Migração, Emprego e Projeções Demográficas para o estado de São Paulo: Pesquisa Regional por Amostra Domiciliar (PRAD)”, em conjunto com o Núcleo de Economia Social Urbana e Regional (NESUR/Unicamp) e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC/SP, buscando avaliar o impacto da década de 80 sobre as condições de vida em segmentos específicos da população.

<sup>4</sup> Pelo fato do questionário da Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil **não possuir a informação do município onde o médico cursou o programa de residência médica**, não foi possível caracterizar os migrantes de formação considerando-se as correntes migratórias da capital/interior e vice-versa dentro de uma mesma unidade da federação. Por isso, embora estes profissionais representem como vimos no Quadro 5.1, um contingente de 34.930 médicos, acreditamos que este volume seria muito maior caso pudéssemos considerar os deslocamentos mencionados anteriormente. Esta subpopulação foi pesquisada através de uma subamostra de tamanho 1.932, representando conjuntamente todas as unidades da federação (Tabela 1.1)

**TABELA 5.4**  
**ORIGEM DOS MÉDICOS MIGRANTES SEGUNDO**  
**UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 1995**

Unidades da Federação onde reside <sup>5</sup>	Nº de médicos no estado	Migrantes Naturais (*)	Migrantes de formação (**)
	V.Abs.	(%)	(%)
Acre (1)	203	64,0	24,6
Amazonas	1336	45,5	32,9
Amapá (2)	207	72,5	36,7
Pará	2822	11,4	37,3
Rondônia (3)	502	86,5	22,7
Roraima (4)	144	81,2	29,9
Tocantins (5)	484	94,8	22,5
Região Norte	5698	39,0	33,1
Alagoas	2283	17,9	40,1
Bahia	8725	20,1	12,3
Ceará	3691	17,5	22,7
Maranhão	1902	25,8	30,7
Paraíba	2968	14,1	33,6
Pernambuco	5727	26,0	16,4
Piauí	1052	21,0	26,8
Rio Grande do Norte	1707	28,2	31,8
Sergipe	1194	26,5	32,2
Região Nordeste	29249	21,3	22,4
Espírito Santo	3491	30,4	30,2
Minas Gerais	18957	13,1	16,1
Rio de Janeiro	27013	34,9	9,2
São Paulo	58104	18,3	19,8
Região Sudeste	107565	21,9	16,8
Paraná	8824	38,8	18,6
Rio Grande do Sul	14800	5,7	8,5
Santa Catarina	4484	49,0	25,8
Região Sul	28108	23,0	14,4
Distrito Federal	4784	96,2	44,6
Goiás	4351	40,7	31,6
Mato Grosso	1459	72,8	20,9
Mato Grosso do Sul	1838	61,0	27,6
Região Centro Oeste	12432	68,8	34,8
<b>BRASIL</b>	<b>183052</b>	<b>24,9</b>	<b>19,1</b>

(\*) Natural de outra unidade da federação.

(\*\*) Refere-se àqueles que cursaram algum programa de residência médica, sendo este em unidade da federação diferente daquela em que se graduou.

Fonte: A primeira e segunda colunas foram extraídas de Machado et al. (1997:44). A terceira coluna apresenta dados inéditos. Todos eles oriundos da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

<sup>5</sup> Nota: Destacamos com (1) a (5) as unidades da federação que não possuíam escola médica até a data da pesquisa. Nestes locais, a maioria dos médicos migrantes de formação buscou sua graduação conforme se segue: (1) PA, AM; (2) PA, AM; (3) AM, PA e RJ; (4) PA e AM e (5) MG, RJ e PA.

Registramos também, o fato de que, já nos anos 80, o estado de São Paulo vivia um período de transição do comportamento da migração populacional. A diminuição sem precedentes do volume de mineiros, paranaenses e nordestinos significaram um novo marco para as características da mobilidade interna de nacional. Nessa perspectiva de transformações demográficas e econômicas, “a região paulista mais atingida foi, sem dúvida, a região metropolitana de São Paulo, em particular, a capital, cuja trajetória, de certa forma, resumia e espelhava o papel do estado no contexto nacional. Na verdade, pode-se dizer que a área, ao mesmo tempo em que deixava de atrair crescentes contingentes, passava a expulsar pessoas em números cada vez mais expressivos, transformando-se em um dos grandes centros de circulação migratória do País.” (Cunha, 1997:94).

O reflexo destes deslocamentos também se observou entre os médicos que resolveram migrar em busca da especialização. Em termos absolutos, seu maior contingente mora e/ou trabalha nas capitais do País (67,5%). Além disso, os estados de São Paulo (33%), Minas Gerais (8,7%), Rio de Janeiro (7,1%) e Distrito Federal (6,1%) representam o local de moradia da maioria dos profissionais. Entretanto, proporcionalmente ao total de médicos por unidade da federação, observamos que, por um lado a participação relativa dos migrantes é menor nas regiões Sul (-32,1%) e Sudeste(-13,3%). O Rio Grande do Sul possui um traço especial, uma vez que constitui-se no estado onde esta contribuição (-123,8%) é, em muito, inferior àquele observado no total do Brasil, o que também ocorre no Rio de Janeiro (-107,2%). Por outro lado, esta variação destaca-se nas regiões Centro-Oeste (45,1%), Norte (42,3%) e Nordeste (14,8%), principalmente no Distrito Federal (57,2%), Pará (48,9%) e Alagoas (52,4%). **(TABELA 5.5).**

Dentre os migrantes de formação, observamos que os **homens são maioria** (71,3%) em todas as regiões do Brasil, sendo esta participação um pouco menor no Nordeste (63,7%) e mais acentuada no Sul (81,9%).

**TABELA 5.5**  
**PARTICIPAÇÃO DO TOTAL DE MÉDICOS X MÉDICOS MIGRANTES DE**  
**FORMAÇÃO SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO - BRASIL - 1995**

Unidades da Federação onde reside	Nº de médicos no estado		Migrantes de formação (*)		Variação (%)
	V.Abs.	(%) (a)	V.Abs.	(%) (b)	[1-(a)/(b)]
Acre	203	0,1	50	0,1	22,5
Amazonas	1.336	0,7	440	1,3	42,1
Amapá	207	0,1	76	0,2	48,0
Pará	2.822	1,5	1.054	3,0	48,9
Rondônia	502	0,3	114	0,3	16,0
Roraima	144	0,1	43	0,1	36,1
Tocantins	484	0,3	109	0,3	15,3
Região Norte	5.698	3,1	1.886	5,4	42,3
Alagoas	2.283	1,2	915	2,6	52,4
Bahia	8.725	4,8	1.069	3,1	-55,7
Ceará	3.691	2,0	837	2,4	15,9
Maranhão	1.902	1,0	584	1,7	37,9
Paraíba	2.968	1,6	998	2,9	43,3
Pernambuco	5.727	3,1	942	2,7	-16,0
Piauí	1.052	0,6	282	0,8	28,8
Rio Grande do Norte	1.707	0,9	542	1,6	39,9
Sergipe	1.194	0,7	384	1,1	40,7
Região Nordeste	29.249	16,0	6.553	18,8	14,8
Espírito Santo	3.491	1,9	1.055	3,0	36,9
Minas Gerais	18.957	10,4	3.050	8,7	-18,6
Rio de Janeiro	27.013	14,8	2.488	7,1	-107,2
São Paulo	58.104	31,7	11.516	33,0	3,7
Região Sudeste	107.565	58,8	18.109	51,8	-13,3
Paraná	8.824	4,8	1.641	4,7	-2,6
Rio Grande do Sul	14.800	8,1	1.262	3,6	-123,8
Santa Catarina	4.484	2,4	1.158	3,3	26,1
Região Sul	28.108	15,4	4.061	11,6	-32,1
Distrito Federal	4.784	2,6	2.132	6,1	57,2
Goiás	4.351	2,4	1.377	3,9	39,7
Mato Grosso	1.459	0,8	305	0,9	8,7
Mato Grosso do Sul	1.838	1,0	507	1,5	30,8
Região Centro Oeste	12.432	6,8	4.321	12,4	45,1
<b>BRASIL</b>	<b>183.052</b>	<b>100,0</b>	<b>34.930</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

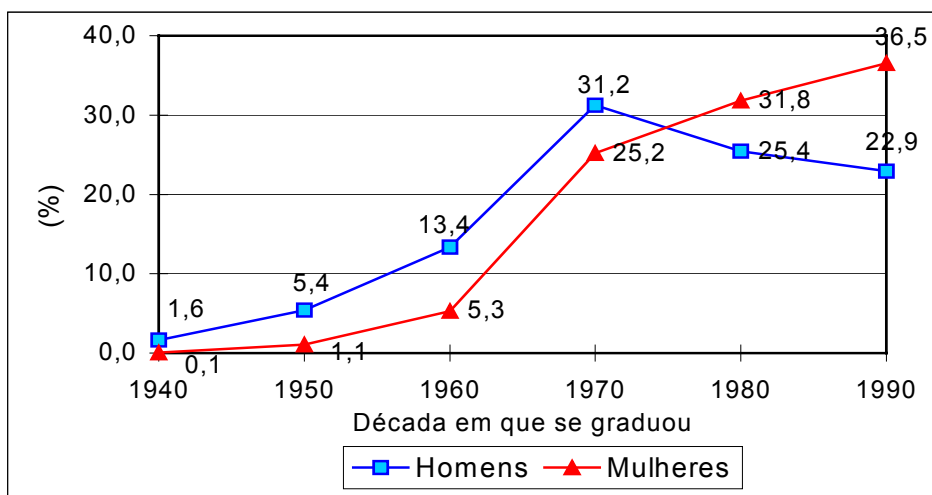
(\*) Referem-se àqueles que cursaram algum programa de residência médica, sendo este em unidade da federação diferente daquela em que se graduou.

Fonte: A primeira e segunda colunas foram extraídas de Machado et al. (1997:44). A terceira e quarta colunas apresentam dados inéditos. Todos eles oriundos da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.



Ao longo das décadas, a participação feminina vem aumentando e, no início dos anos 90, já representava mais de 40% do número de profissionais que migraram para cursar um programa de residência. Contudo, podemos dizer que a inserção das médicas nos fluxos migratórios de formação ocorreu de forma tardia, se compararmos ao caso masculino. Enquanto eles aventuraram-se em sua grande parte na década de 70, elas só foram buscar a especialização fora de seu estado principalmente na década de 90 (**GRÁFICO 5.1**)

**GRÁFICO 5.1**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO**  
**POR DÉCADAS DE GRADUAÇÃO SEGUNDO GÊNERO**  
**BRASIL – 1995**



(\*) Foi feito um ajuste nos dados da década de 90, para que estes representassem todos os anos deste período, a fim tornar esta estimativa comparável as demais em cada uma das décadas observadas no gráfico.

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

Em nossa opinião, a tendência à longo prazo é de que os médicos de ambos os gêneros migrem em quantidades similares, isto é, os homens que até a década de 80 migravam proporcionalmente mais que suas colegas de profissão, deverão perder a hegemonia deste processo e passarão a dividí-la com as mulheres. É interessante perceber que esta situação de quase igualdade entre estes dois segmentos também se observa hoje entre o número

de novas matrículas nas escolas de medicina, bem como entre o número de médicos residentes, os aprendizes da medicina.

Tal como no perfil nacional, os migrantes possuem uma **idade média de 42 anos**, isto é, trata-se de médicos formados em sua maioria nas décadas de 80/90. Podemos, contudo, observar diferenças regionais. Enquanto no Sudeste e no Centro-Oeste, os migrantes acompanham a tendência nacional, aparecendo primordialmente na faixa etária de 30-39 anos, nas demais localidades do País, a concentração ocorre no intervalo de 40-49 anos, ou seja, graduados na década de 70. **(TABELA 5.6).**

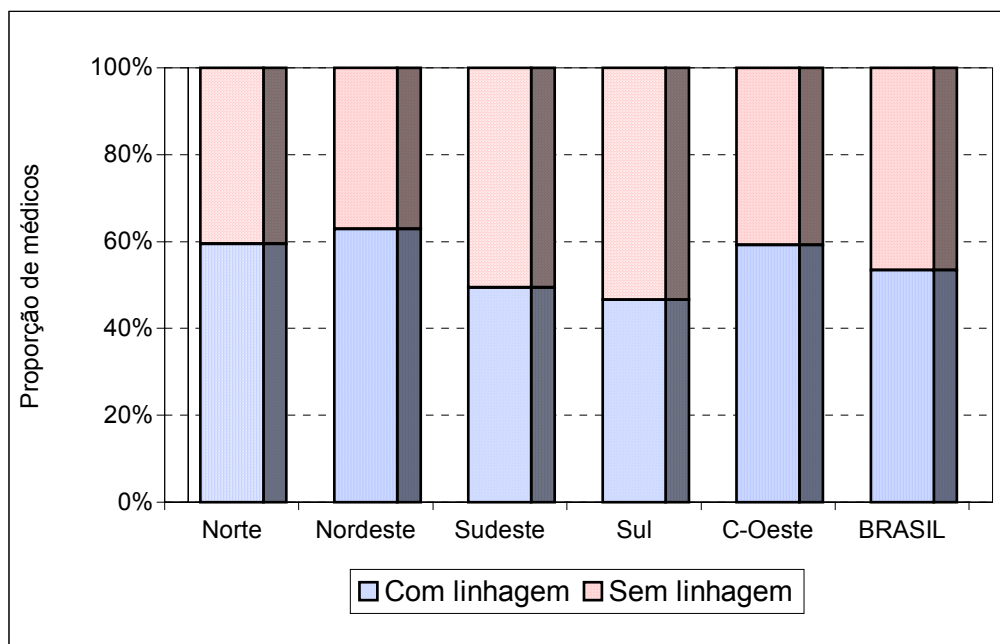
**TABELA 5.6**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO DISTRIBUÍDOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1995**

Brasil e Grandes Regiões		Faixa etária (em anos)				Total
		Até 39	40 -49	50 -59	60 e mais	
Norte	V.Abs.	647	804	328	107	1.886
	(%)	34,3	42,6	17,4	5,7	100,0
Nordeste	V.Abs.	2.213	2.948	1.061	331	6.553
	(%)	33,8	45,0	16,2	5,1	100,0
Sudeste	V.Abs.	9.609	5.424	1.893	1.183	18.109
	(%)	53,1	30,0	10,5	6,5	100,0
Sul	V.Abs.	1.216	1.807	691	347	4.061
	(%)	29,9	44,5	17,0	8,5	100,0
Centro-Oeste	V.Abs.	1.872	1.537	657	255	4.321
	(%)	43,3	35,6	15,2	5,9	100,0
<b>BRASIL</b>	<b>V.Abs.</b>	<b>15.557</b>	<b>12.520</b>	<b>4.630</b>	<b>2.223</b>	<b>34.930</b>
	<b>(%)</b>	<b>44,5</b>	<b>35,8</b>	<b>13,3</b>	<b>6,4</b>	<b>100,0</b>

Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

No Brasil, cerca de metade dos migrantes tem linhagem médica, ou seja, possuem parente exercendo a medicina, sendo esta característica mais presente nas regiões Nordeste (61,7%), Centro-Oeste (58,8%) e Norte (58,7%). **(GRÁFICO 5.2).**

**GRÁFICO 5.2**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO POR LINHAGEM MÉDICA**  
**SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1995**



**Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.**

Além disso, cerca de 40% deles tem pais com formação universitária. Para este segmento profissional, observamos, portanto, aquilo que Machado et al. (1997:35) descreveram, quando analisaram a origem social do médico, principalmente entre os recém-formados:

*“(...) os médicos dos anos 90 são, em sua maioria, filhos (linhagem paterna) de médicos, juristas, professores universitários, profissionais liberais, comerciantes bem-sucedidos, empresários, políticos, intelectuais – enfim, filhos de uma seleta camada social bem posicionada na estrutura social. Mesmo conscientes das limitações dos dados sobre este tema (...), podemos afirmar que a ocupação tanto paterna como materna sofreu alterações significativas, voltando-se para atividades urbanas.”*

No que se refere à renda mensal declarada pelos migrantes, verificamos que esta, **em valores modais**, não difere da registrada para os não-migrantes de formação no Brasil. Entretanto, regionalmente, entre os praticantes da medicina do Norte, Nordeste e Centro-Oeste que migraram, os dados que constam da

**TABELA 5.7** sugerem uma mudança deste comportamento com diferenças de 32,8; 20,9 e 12,6%, respectivamente a favor dos migrantes. Estes atuam em média em três atividades médicas, combinando setor público, privado e atuação em consultório em suas práticas diárias. Entretanto, as maiores disparidades salariais podem ser observadas quando se comparam os rendimentos auferidos com a especialidade de atuação do profissional, ou seja, em que área ele atua, o fato de ser ou não novato na profissão e a condição feminina.

*“Ser mulher, quase sempre, ‘novata’ no mercado e atuar em determinada especialidade (...), significam, em grande número de casos, condições desfavoráveis no mercado, com jornadas menores e salários mais baixos, configurando um segmento diferenciado de médicos.” (Machado et al., 1997:105)*

**TABELA 5.7**  
**MÉDICOS MIGRANTES x NÃO MIGRANTES DE**  
**FORMAÇÃO: VALORES MODAIS DE RENDA**  
**SEGUNDO GRANDES REGIÕES - BRASIL - 1995**

Brasil e Grandes Regiões	Renda mensal declarada		Variação (%)
	Migrantes de formação	Não Migrantes de formação	
Norte	1.960	1.476	32,8
Nordeste	1.767	1.462	20,9
Sudeste	1.490	1.512	-1,5
Sul	1.628	1.685	-3,4
Centro-Oeste	1.862	1.653	12,6
<b>BRASIL</b>	<b>1.594</b>	<b>1.535</b>	<b>3,8</b>

Nota: Valores expressos em dólares.

Fonte: Pesquisa: "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

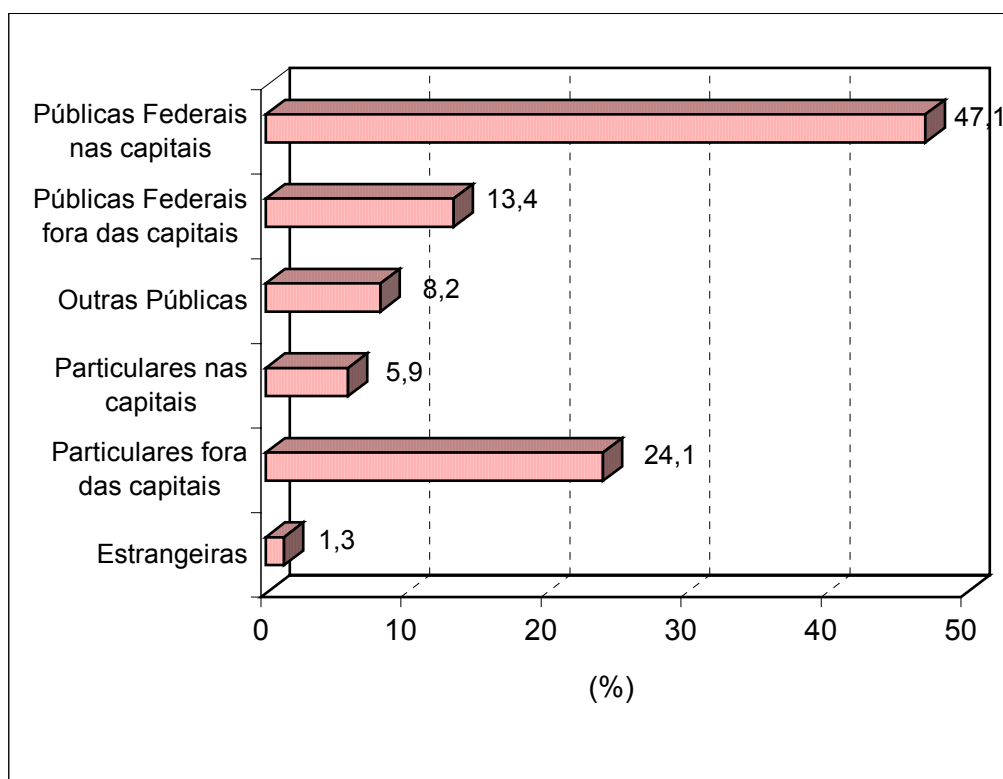
Assim como no perfil nacional, os migrantes que atuam no Brasil, realizaram sua formação básica (curso de graduação) em **instituições públicas**, havendo contudo, grandes diferenças regionais: Norte (93,9%), Nordeste (92,1%), Sudeste (52,6%), Sul (73,3%) e Centro-Oeste (82,4%). A importância das escolas de medicina de natureza privada restringe-se portanto a Região

Sudeste, local de maior concentração destas, e responsável por 1/3 da formação dos profissionais em todo o País.

Cabe-nos, então uma pergunta: onde estariam situadas estas instituições ? Buscando responder a este questionamento, dividimos as escolas segundo a natureza das mesmas e sua localização geográfica. Dentre aquelas instituições de caráter público, enfatizamos ainda as federais, pois estas representam um subuniverso relevante em termos quantitativos. Com isso, criamos **seis subgrupos** de escolas, responsáveis pela formação dos migrantes, assim divididas: a) públicas federais localizadas nas capitais (47,1%), b) públicas federais localizadas fora das capitais ('interior') (13,4%), c) outras públicas (8,2%), d) particulares situadas nas capitais (5,9%), e) particulares situadas fora das capitais (24,1%), f) estrangeiras (1,3%). Dessa forma, os dados destacam não apenas a importância das escolas de medicina de natureza pública na formação desse segmento profissional no País, como sugerem que estas seriam de caráter federal e estariam localizadas nas capitais de quase todas as unidades da federação. Ademais, embora em segundo plano, as instituições particulares situadas nos 'interiores' do Brasil, notavelmente na Região Sudeste, também desempenham um papel relevante nesse processo. **(GRÁFICO 5.3).**

Médicos de ambos os gêneros, migrantes de formação nesse Brasil continental, viajam rumo ao seu objetivo maior: cursar um programa de residência em sua área de interesse ou afinidade. Qual o caminho que percorrem ? Qual o estado/região que recebe a maior parte dos fluxos migratórios ? O que ocorre com os profissionais do Norte, local onde a maioria dos estados não possui uma escola médica sequer ? Partimos agora em busca dessas respostas, mapeamento as correntes e contracorrentes de formação profissional observadas em cada uma das regiões brasileiras.

**GRÁFICO 5.3**  
**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO POR NATUREZA E LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DAS ESCOLAS DE MEDICINA DE GRADUAÇÃO - BRASIL - 1995**



Fonte: Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM.

### **A Jornada percorrida entre as regiões**

Como já relatamos anteriormente, na Região Norte, a escassez de instituições formadoras (apenas quatro, todas de natureza pública) faz com que os recursos humanos em saúde, lá existentes sejam insuficientes para atender à demanda da população. Esta carência pode ser observada de forma mais ampla, uma vez que:

*“(...) a concentração, na região Sudeste, dos estabelecimentos de ensino superior e do mercado de trabalho em saúde, é uma realidade histórica, confirmada por dados dos conselhos profissionais, que atestam estar nessa região a maior oferta de profissionais de saúde, com as regiões Nordeste e Sul ocupando, respectivamente, os segundo e terceiro lugares na concentração*

*de médicos, enfermeiras, e nutricionistas, sendo que em relação a odontólogos e a farmacêuticos, ocorre uma inversão na posição dessas duas regiões.” (Vieira et al., 1998:20)*

No Norte, a maior parte dos estados não possui uma escola médica sequer. Dessa forma, os estudantes do Acre, Rondônia, Roraima, Amapá e Tocantins que saem do 2º grau, se vêem obrigados ao deslocamento para outras unidades da federação a fim de cursarem uma escola de medicina. Primeiramente migram em busca de formação básica ( graduação ) nas faculdades do Pará (maior fluxo de chegada de acadêmicos de medicina desta região), Amazonas, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Ao atrair estes estudantes para instituições localizadas nestes estados (principalmente para a Universidade Federal do Pará, Universidade Estadual do Pará e Universidade Federal de Amazonas) forma-se então uma nova corrente, composta agora por profissionais já graduados, que partem rumo a uma especialização juntamente com seus colegas paraenses e amazonenses, através dos programas de residência médica localizados em boa parte, em São Paulo (47,7%), Rio de Janeiro (32,6%) e Distrito Federal (6,8%) **(FIGURA 5.2)**.

Situação não muito diferente ocorre no Nordeste, que possui em seus nove estados apenas treze escolas médicas, sendo em sua quase totalidade de natureza pública. Chama-nos, portanto, a atenção, a hegemonia do setor público na formação médica das regiões Norte e Nordeste.

Em termos populacionais, um exemplo curioso pode ser medido através dos dados dos Censos Demográficos do IBGE. Em 1940, segundo informações deste Instituto, 4,7% dos nordestinos moravam fora de sua região natal. Quatro décadas depois, em 1980, essa participação já alcançava cerca de 15%. A cidade de São Paulo e seus municípios circunvizinhos (região metropolitana) recebeu grande parte deste fluxo, transformando-se **na maior capital nordestina do País**. Em 1985, ela abrigava mais de 2,9 milhões de migrantes

oriundos da Região Nordeste. A Grande Recife, maior metrópole do Nordeste, contava nesta época, com 2,5 milhões de habitantes<sup>6</sup>.

E os médicos migrantes de formação ? Que caminho percorrem nesta Região ? A análise dos dados indica que os fluxos de saída ocorrem notavelmente de Pernambuco e da Paraíba, através dos graduados nas instituições públicas ali existentes. Os recém-formados desta Região também partem principalmente para o Sudeste. De forma equilibrada, chegam ao Rio de Janeiro (36,5%) e São Paulo (35,6%) (**FIGURA 5.3**), sendo o primeiro destes estados o maior pólo de chegada para os migrantes nordestinos de seis estados: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe e Alagoas e o segundo, o principal destino dos médicos oriundos da Paraíba, Pernambuco e Bahia.

A Região Sudeste apresenta aspectos singulares no processo de migração de formação. Inicialmente possui os estados brasileiros que mais 'exportam' este tipo de profissional: Minas Gerais, com seus mais de 850 municípios, e que detém sozinho cerca de 25% do total do fluxo migratório de formação, e o Rio de Janeiro, responsável por 15,5% do total. **No primeiro estado**, a principal escola médica que contribue para este fenômeno é a Universidade Federal de Juiz de Fora, seguida pela Faculdade de Medicina de Itajubá. **No segundo**, quem mais participa são as Faculdades de Medicina de Vassouras e a de Valença.

Curiosamente, observamos nesta Região a existência do fenômeno da **migração circular**, iniciando-se pelo estado do Espírito Santo e indo para o Rio de Janeiro. A partir daí, forma-se então este tipo de migração, com uma corrente saindo deste último estado em direção a Minas Gerais, passando por São Paulo e voltando para o Rio de Janeiro. Estes movimentos compõem o maior fluxo migratório dos estados desta Região. Finalmente, a hegemonia dos estados de São Paulo, com o maior fluxo de chegada de migrantes de formação no Brasil (representando 60,4% do total), e Rio de Janeiro (que

---

<sup>6</sup> Já na Europa, em 1995 a população da União Européia de quase 370 milhões possuía cerca de 5 milhões (ou 1,3%) de pessoas oriundas de outros países mediterrâneos que não faziam



responde por 22,3% do total), demonstra outra particularidade desta Região, sendo a única em que os fluxos ocorrem de forma intraregional, ou seja, os médicos encontram neste local a oferta de programas de residência em todas as especialidades da medicina, com destaque para as áreas cirúrgicas, que aí aparecem majoritariamente. Ademais, o Rio de Janeiro apresenta-se não apenas como um dos maiores fluxos de chegada das correntes de migrantes, mas também de contracorrentes, isto é, um contingente expressivo de médicos saem de seus municípios em busca da especialização em outro estado **(FIGURA 5.4)**.

Tal como na Região Sudeste, no Sul, a participação das escolas de natureza privada adquire certa relevância no processo de formação médica, se considerarmos ser o número de instituições desta natureza semelhante àquele de caráter público.

Um fato curioso é o pequeno contingente de graduados desta Região que buscam a especialização em outro estado, possuindo o segundo menor fluxo (superior apenas ao volume de migrantes da Região Norte). Isto confirma que este segmento profissional também segue a tendência apontado por Machado et al.(1997:42), quando analisaram o processo de migração natural e sugeriram a existência de **mercados fechados**, constituídos por médicos da própria terra. O que podemos observar portanto, é que os profissionais do Sul do País buscam a especialização através dos programas de residência médica no próprio estado onde cursou sua formação básica (graduação). Mesmo assim, seguindo o objetivo traçado neste tópico, também mapeamos as correntes migratórias de formação desta Região. Seus fluxos de saída ocorrem do Paraná, através da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, e do Rio Grande do Sul, principalmente entre aqueles que se graduaram na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e na Universidade Federal de Santa Maria. Tal como nas regiões Norte e Nordeste, também no Sul, estes médicos rumam para o Sudeste em busca da especialização. Chegam principalmente a São Paulo (52,0%) e ao Rio de Janeiro (27,0%) **(FIGURA**

---

parte da União; a metade das quais era turca. Esses 5 milhões de imigrantes tiveram como destino a Alemanha (45,5%) e a França (33,6%) (EUROSTAT, 1998).

**5.5)**, sendo o primeiro estado o maior pólo de chegada para os migrantes de Santa Catarina e Paraná e o segundo, o principal destino dos médicos do Rio Grande do Sul.

Terminamos nossa jornada com a Região Centro-Oeste, local de ocupação recente na história brasileira, mas que, nem por isso, deixa de ser importante na rota das correntes migratórias de formação observadas nas demais localidades de nosso País.

Neste local, tal como no Norte e Nordeste o papel do setor público na formação básica dos médicos é fundamental: não há instituição privada na área médica. A carência de escolas, se comparada as demais regiões é visível. Tomemos como exemplo a própria Região Norte que possui a menor taxa de urbanização do Brasil, 59% (IBGE, 1996a). Esta localidade tem apenas quatro entidades de ensino superior em medicina para atender toda sua população de cerca de onze milhões de indivíduos. O Centro-Oeste, com um número de habitantes semelhante e 81,3% de população urbana, possui igual número de instituições, uma em cada unidade da federação que o compõe. Se resolvermos então compará-lo ao Nordeste, os números serão ainda mais distoantes... Nesta Região, os estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Bahia possuem cada um, **duas escolas** de medicina.

A Região Centro-Oeste apresenta fluxos migratórios de formação, quantitativamente similares para os estados de São Paulo (32,2%), Rio de Janeiro (25,5%) e Distrito Federal (24,1%).

O estado de Goiás caracteriza-se por ser o 'exportador' de médicos migrantes de formação da Região Centro-Oeste. Neste estado e em Mato Grosso, observamos que a maior corrente formada por estes profissionais percorreu em níveis nacionais o caminho mais curto em busca da residência médica. No primeiro caso, partiram em direção ao Distrito Federal, e no segundo em direção a Mato Grosso do Sul. **(FIGURA 5.6)**.



(ENTRA FIGURA 5.3)

(ENTRA FIGURA 5.4)

ENTRA FIGURA 5.5)

(ENTRA FIGURA 5.6)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, buscamos traçar o perfil dos médicos migrantes de formação no Brasil. Encontramos algumas evidências empíricas que sugerem a existência de um movimento populacional, de cunho profissional médico, cujo objetivo maior é a busca pela especialização através dos programas de residência situados principalmente no estado de **São Paulo**. A jornada dessas pessoas encontra ainda espaço nas correntes migratórias em direção ao Rio de Janeiro e Distrito Federal. Estas três unidades da federação conjuntamente, caracterizam-se por serem os principais locais de chegada e constituem-se em pólos de formação profissional nas mais diversas especialidades, principalmente em áreas cognitivas (41,0%) e **intermediárias** (38,5%), tendo esta última área, uma participação superior àquela observada para o universo de médicos não migrantes de formação (33,4%, **TABELA 5.1**).

No **primeiro capítulo**, ao caracterizarmos o universo de estudo, percebemos a importância das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste para o estudo ao qual nos propusemos. As amostras observadas para estes locais tinham um peso relativo superior àquelas das demais regiões - Sudeste e Sul (**TABELA 1.1**). Com prudência, dada a natureza empírica dos dados analisados, procedemos ao cálculo dos coeficientes de variação das estimativas de total para cada um desses locais, considerando para isso, este novo universo como independente, ou seja, sob a condição de que tivéssemos extraído amostras independentes com a característica de interesse (migração de formação) de cada uma das regiões brasileiras. Graficamente, os resultados obtidos foram semelhantes aos encontrados por Machado et al.(1996, V.I). Estes resultados asseguram estatisticamente a maior ou menor precisão relativa das estimativas calculadas.

No **segundo capítulo**, ao trazermos para o debate os sociólogos das Profissões, buscamos propor que o fenômeno da migração de formação seja considerada como mais um aspecto constitutivo da profissão médica,



não apenas no Brasil. Como vimos, nos Estados Unidos, o debate a respeito deste processo tem sido intenso nos últimos anos e algumas propostas apresentadas. Entre os inúmeros trabalhos, Sullivan, Watanabe, Whitcomb e Kindig (1996) compararam a política de oferta de médicos americana com a canadense. Ressaltando que o tamanho, a distribuição geográfica e o *mix* de especialidades da força de trabalho médica continuam a interessar os analistas de política de saúde da América, os autores destacam: “o desenvolvimento de políticas que limitaram o acesso às escolas de medicina canadenses, ajustando o mix de treinamento nas especialidades de acordo com as necessidades da população, além de estabelecer **incentivos para a prática médica local.**” (Sullivan et al., 1996:704, grifo meu). No Canadá, continuam os autores, há diversos programas de residência nas províncias destinados a médicos de outras províncias e países, que tentam regular através de um acordo contratual, que o profissional ao término do curso retorne a sua província ou país de origem. Outra política adotada nesse País, também relatada neste artigo foi o incentivo aos médicos para se fixarem em áreas de carência destes profissionais como uma alternativa ao serviço militar.

Portanto, como considerações finais para este capítulo, propomos que:

(a) o Governo através de suas instituições públicas de ensino de medicina e em conjunto com os estabelecimentos de saúde e as entidades representativas da classe médica (conselhos regionais e associações médicas) também implemente um programa deste tipo no Brasil, unindo a formação básica (graduação) à residência médica (pós-graduação), abrindo vagas específicas nesta modalidade de treinamento e oferecendo incentivos para que estes migrantes de formação voltem para seus estados natais. Esse retorno também poderia ser assegurado através de uma cláusula contratual no início do curso de residência, tal como é feito no Canadá.

(b) o Governo através de uma política de financiamento de ‘bolsas de estudo’, poderia subsidiar os recém-formados que cursassem a residência médica no interior de seu próprio estado, desde que estes profissionais, ao

término de seu treinamento, se comprometessem a trabalhar por um período no mínimo igual àquele em que se dedicou à residência.

No **terceiro capítulo**, ao retratarmos a questão da concentração de médicos nos grandes centros urbanos do mundo e, em particular, do Brasil, encontramos algumas evidências empíricas deste excesso em alguns municípios brasileiros. Em relação ao fenômeno que estudamos, o melhor exemplo que expressa essa distribuição heterogênea de profissionais em nosso País é o estado de São Paulo. Além de ser o principal pólo de chegada de migrantes, configura-se como local de moradia e trabalho para a maior parte destes, ou seja após a conclusão da residência médica, cerca de 60% desses migrantes, **não retornam para seu estado natal**, preferindo ganhar o seu pão de cada dia nesta unidade da federação. Esta situação é idêntica no Distrito Federal, onde mais da metade destes migrantes permanecem nesta unidade da federação, após o término do treinamento especializado, fixando aí moradia e exercendo suas atividades médicas.

Propomos então, uma mudança dessa configuração excessivamente urbana da profissão médica, passando o Governo a se preocupar mais com a educação continuada dos ex-alunos, pois fica evidente que:

*“não basta a oferta de empregos com salários mais elevados para que o médico jovem opte pelo interior. Várias têm sido, ao longo desses anos, as medidas governamentais nesse sentido, ainda que quase todas infrutíferas. Para vislumbrar mudanças neste quadro só mesmo com a adoção de políticas específicas que transformassem os ‘interiores’ em meios sociais dotados de recursos técnicos e científicos capazes de estimular os médicos ao exercício da profissão fora do circuito comercial.” (Machado et al., 1997:202)*

No **quarto capítulo**, ao tratarmos de alguns aspectos sócio-demográficos e de formação profissional em nosso País, constatamos a existência de processos de transição de gênero, de idade e de origem social pelo qual vem passando a carreira médica. **A feminização, a jovialidade e o aumento da escolarização dos pais**, bem como a **linhagem médica**

expressam cada um desses processos e sugerem a criação de políticas que visem ao equilíbrio de seus efeitos na profissão.

Como vimos, as mulheres tendem a fazer sua escolha profissional de acordo com atividades tradicionalmente desenvolvidas na esfera privada, “havendo, assim, uma certa conjugação entre as funções ‘domésticas’ e as ‘profissionais’.” (Machado et al., 1997:156). Sua concentração em cinco especialidades (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica geral, cardiologia e dermatologia), continuam os autores, revela não apenas uma maior afinidade pessoal, como também um triste quadro de discriminação e preconceitos sociais que elas encontram no exercício da medicina.

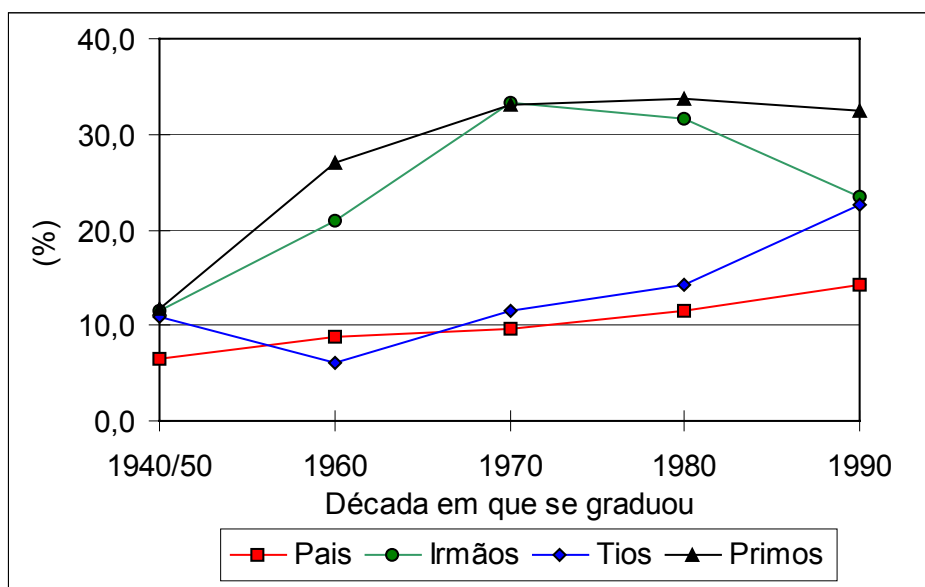
Ser jovem é outra característica da profissão. Observamos hoje no Brasil, que cerca de metade dos médicos tem menos de 40 anos de idade, traço típico principalmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná. Esse fenômeno ocorreu basicamente devido ao grande número de escolas de medicina criadas, como vimos, na década de 1960 (**TABELA 4.2**). Dessa forma:

*“embora a tendência ao rejuvenescimento da força de trabalho em saúde seja geral, ela é absolutamente hegemônica no seio dos profissionais de nível superior, basicamente em função da Reforma Universitária e da explosão de egressos das escolas de 3º grau.”*  
(Machado et al., 1992:54)

Possuir algum parente médico também é um aspecto que marca a carreira de cerca de metade dos profissionais. Dentre esses, ao longo das décadas de 1940 a 1990, observa-se um crescimento da proporção de praticantes cujos pais são médicos, bem como o número de irmãos na profissão<sup>1</sup>, que evoluiu no decorrer deste período, tendo estacionado na faixa dos 25% para os graduados na década de 90. Dentre estes recém-formados, a participação daqueles com **primos médicos** já é da ordem de 30% para as capitais e 40% para os interiores (**GRÁFICO 6.1**). Reafirmando a idéia da medicina como “um negócio em família”, nas capitais do País, dentre

aqueles com 60 anos e mais que possuem parentes médicos, 34,6% possuem filhos médicos, enquanto que nos interiores essa participação é de 50,1%. Isso mostra que o apelo familiar para o exercício da profissão ainda é muito grande. Manter um consultório, antes de tudo é um investimento, que, como sugerem os dados, passa de pai para filho.

**GRÁFICO 6.1**  
**MÉDICOS COM LINHAGEM MÉDICA**  
**POR DÉCADAS DE GRADUAÇÃO SEGUNDO**  
**GRAUS DE PARENTESCO SELECIONADOS - BRASIL - 1995**



Fonte: Gráfico construído a partir de Machado et al. (1997:35) com dados da Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

Ainda no **quarto capítulo**, seguimos a história da medicina no Brasil, em seu aspecto de formação, importante elemento explicativo da distribuição dos profissionais por todo o País.

Em primeiro lugar, registramos a data de fundação de todas as escolas médicas existentes, segundo a localização geográfica e a natureza da instituição (pública ou particular). Ficamos surpresos pela inversão de tendência observada ao longo de um século e meio de ensino: enquanto de 1808 até o final da década de 1940 não havia uma escola médica particular

<sup>1</sup> As décadas consideradas seguem uma associação com a geração dos médicos formados,

sequer, a partir de então, com o desenvolvimento econômico brasileiro, que criou uma classe média urbana, e com a política do governo de expandir o ensino universitário no País, as instituições privadas começaram a surgir, de tal maneira que no período de 1960/1970 já havia um equilíbrio entre estes dois tipos de instituições, com cerca de quarenta unidades cada uma. Vimos também que a corporação médica tem feito críticas a esta expansão desordenada de escolas médicas, embora como registramos no capítulo três, na década de 60, o quadro era outro, conforme também nos relata Machado (1996:149):

*“Se nos anos de 1960 as entidades médicas apoiaram a abertura de novas escolas, hoje a realidade é outra. Os inúmeros boletins, jornais, anais de congressos e encontros registram opiniões políticas das entidades médicas – AMB – Associação Médica Brasileira, CFM – Conselho Federal de Medicina, FENAM – Federação Nacional dos Médicos, e ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica – contrárias à expansão. Não são poucos os registros documentais que revelam posições desfavoráveis e até críticas, culpando a política adotada nos anos de 1960 e explicitando o desequilíbrio existente hoje entre oferta e demanda, a desvalorização do profissional e má qualidade do ensino.”*

Em segundo lugar, abordamos a questão da pós-graduação, detalhando o caso dos médicos, através dos programas de residência médica. Dentre todas as modalidades existentes de pós-graduação médica, esta é a principal escolhida pelos profissionais, responsável pelo treinamento de cerca de 75% do total de médicos brasileiros. Observamos ainda, analisando os dados da CNRM, que estes cursos estão ligados à áreas intermediárias (33,9%) e cognitivas (32,0%); além de serem, na maior parte das vezes, ministrados em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Distrito Federal. Esta elevada concentração de programas em algumas áreas da medicina levou àquilo que poderíamos chamar de o “**paradoxo da especialização**”. Embora o CFM reconhecesse, à época da ‘Pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil’, sessenta e quatro especialidades médicas, os profissionais que atuam hoje em cada uma das regiões do País,

---

segundo a tipologia traçada no capítulo I.

concentram-se em apenas dez especialidades, conforme evidenciam os dados **(GRÁFICOS 4.5 a 4.10)**

No **quinto capítulo**, tendo como perspectiva a análise feita no capítulo anterior, onde foram cotejadas questões de gênero, idade, origem social, parentesco médico, formação básica e em nível de pós-graduação, **buscamos traçar um retrato dos médicos migrantes de formação**, contemplando estas mesmas variáveis e suas múltiplas dimensões. Tentamos ainda responder a algumas questões formuladas no início deste trabalho. Dessa forma, vimos que de cada cinco médicos em atividade no Brasil, um fez residência médica fora do estado em que se graduou. Em algumas unidades da federação, como Distrito Federal, Alagoas, Pará e Amapá esta relação é de 2:5. Além disso, resumidamente, quanto ao perfil dos migrantes de formação, podemos dizer que:

- (a) são tipicamente urbanos,
- (b) vivem e atuam nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Distrito Federal;
- (c) os homens predominam;
- (d) têm, em média, 42 anos;
- (e) metade possui parente exercendo a medicina;
- (f) 40% deles tem pai com formação universitária;
- (g) realizaram sua formação básica (graduação) em instituições de natureza pública federal localizadas nas capitais do País;
- (h) buscaram a especialização através dos programas de residência localizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal;
- (i) as áreas escolhidas nos cursos de residência foram as cognitivas (41,0%) e intermediárias (38,5%);
- (j) os homens são maioria nas especialidades intermediárias e as mulheres se destacam nas áreas cognitivas;
- (k) os mais jovens (nas faixas etárias de “até 39 anos” e “de 40 a 49 anos”) atuam principalmente nas áreas cognitivas e aqueles de idade mais avançada (50 anos ou mais) exercem a medicina principalmente em áreas intermediárias;

- (l) em valores modais, têm salário de cerca de 1.600 dólares/mês; atuando em média em três atividades (setor público+setor privado+consultório).

Finalizamos o quinto capítulo, mapeando as correntes e contracorrentes migratórias de formação. Conforme foi possível perceber, podemos dividir os migrantes em quatro grandes grupos geográficos, sob a ótica da 'exportação de profissionais'. Estes locais de saída de migrantes, destaques nacionais, representam em torno de 70% do total observado.

**Em primeiro lugar**, o estado do Pará, que deve ser analisado com cuidado, e merece uma atenção especial. Isto porque além de seus médicos natais que migram em busca de uma especialização, juntam-se a estes, profissionais do Acre, Rondônia, Roraima, Amapá e Tocantins. Todos estes, ao se graduarem nas duas únicas escolas médicas do Pará, formam a maior corrente migratória do Norte em direção aos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. O Pará 'exporta' sozinho cerca de 6,5% do total de médicos participantes do processo migratório de formação. Estes percorrem a maior distância observada em direção ao seu objetivo final: os cursos de residência médica nos estados mencionados anteriormente.

**Em segundo lugar**, os estados de Pernambuco e da Paraíba, que juntos formam quase a metade do fluxo nordestino rumo aos estados da região sudeste e representam cerca de 11% do total de médicos migrantes de formação em nosso país.

**Em terceiro lugar**, os estados do Paraná e do Rio Grande do Sul, também contribuem para este fenômeno e respondem por cerca de 13% do total das correntes migratórias.

**Em quarto e último lugar**, os estados de Minas Gerais e do Rio de Janeiro exercem um papel relevante nas correntes migratórias brasileiras de formação, apresentando-se como os maiores 'exportadores' de médicos, respondendo por cerca de 40% do total desse fluxo no Brasil.

**TABELA-RESUMO**  
**PERFIL DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO**  
**SEGUNDO ATRIBUTOS SELECIONADOS**  
**BRASIL - 1995**

Características	V.Abs.	(%)
<b>SÓCIO-DEMOGRÁFICAS</b>		
<b>Status migratório (n = 34.930)(*)</b>		
1º fluxo: São Paulo (pólo de atração)	15.999	45,8
2º fluxo: Rio de Janeiro	9.108	26,1
3º fluxo: Brasília	2.536	7,3
<b>Local de moradia (n = 34.930)</b>		
Capitais do país	23.222	66,5
Município de São Paulo	6.754	19,3
Estado de São Paulo	11.516	33,0
<b>Naturalidade (n = 33.838)</b>		
Estado de São Paulo	7.835	23,2
Estado de Minas Gerais	5.038	14,9
Estado do Rio Grande do Sul	2.035	6,0
Demais unidades da federação	18.930	56,0
<b>Gênero (n = 34.930)</b>		
Homens	24.903	71,3
<b>Idade, em anos (n = 34.930)</b>		
< 30 (graduados na década de 90)	3.862	11,1
30-39 (graduados na década de 80)	11.695	33,5
40-49 (graduados na década de 70)	12.520	35,8
50-59 (graduados na década de 60)	4.630	13,3
60 e + (graduados até a década de 50)	2.223	6,4
<i>Média=42</i>	...	...
<b>Parentes médicos ? (n = 34.930)</b>		
Sim	18.433	52,8

(segue...)



**TABELA-RESUMO (continuação)**  
**PERFIL DOS MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO**  
**SEGUNDO ATRIBUTOS SELECIONADOS**  
**BRASIL - 1995**

Características	V.Abs.	(%)
<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>		
<b>Natureza da Instituição Formadora</b> (n = 34.716). <b>Escolas Médicas:</b>		
Públicas	23.860	68,7
Federais nas Capitais	16.354	47,1
Particulares fora das Capitais	8.361	24,1
<b>Localização da Instituição Formadora</b> (n = 34.716). <b>Escolas Médicas:</b>		
Da região sudeste	16.881	48,6
De Minas Gerais (estado 'exportador')	8.607	24,8
Do Rio de Janeiro	5.380	15,5
Demais regiões (NO, NE, SU, CO)	17.835	51,4
Do Pará	2.267	6,5
De Pernambuco	2.234	6,4
Da Paraíba	1.794	5,2
Do Paraná	2.272	6,5
Do Rio Grande do Sul	2.363	6,8
<b>Especialidade, tipologia (n = 34.730)</b>		
Cognitivas	14.234	41,0
Técnico-cirúrgicas e de habilidades	4.739	13,7
Intermediárias	13.369	38,5
Tecnológicas e burocráticas	2.388	6,9

(\*) Definido pelas Figuras 5.2 a 5.6

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

## BIBLIOGRAFIA

ABBOTT, A., 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. London and Chicago: The University of Chicago Press.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA), 1997. In: <http://www.ama-assn.org/insight>. Chicago, Estados Unidos.

ANTICO, C., 1997. Por quê migrar ? In: *Migração, condições de vida e dinâmica urbana: São Paulo, 1980-1993*. PATARRA, N. L., BAENINGER, R., BÓGUS, L.M. e JANNUZZI, P.M. (orgs). Campinas, São Paulo: UNICAMP/IE: p.97-113.

BAKER, L. C., 1996. *Differences in earnings between male and female physicians*. The New England Journal of Medicine, 334 (15):p.960-964.

BANCO MUNDIAL, 1993. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – Investindo em Saúde*. Nova Iorque, Oxford University Press, ANEXO, Tabela A-8:p.222-223.

BARSA, 1982. *Enciclopédia Barsa*. Rio de Janeiro/São Paulo, Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações Ltda, v.5, 15.

BAYMA DE OLIVEIRA, F., 1995. *Pós-Graduação: educação e mercado de trabalho*. Campinas, São Paulo: Papirus.

BRASIL, 1968. *Decreto-lei nº 5540*. Artigo 17º. Brasília.

BRASIL, 1977. *Decreto-lei nº 80.281*. Diário Oficial da União. Brasília.

BRASIL, 1988. *Constituição Brasileira*. Artigo 5º. Brasília.

BREMAEKER, F. E. J., 1992. Implicações dos movimentos migratórios nos municípios no período de 1980-1991. In: *Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Brasília, Distrito Federal, vol 3, p.213-229.

CAMPOS, F.; BRITO, P. & RÍGOLI, F., 1995. O campo dos Recursos Humanos para a Saúde no Mercosul. In: *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul* (Organização Pan-Americana de Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CARVALHO, A. V. W., 1966. *Estatísticas médico-sanitárias: médicos*. (Prefácio). Ministério da Saúde/Serviço de Estatística. Rio de Janeiro.

CASSETÊ, V. & SILVEIRA, R.M.G., 1996. *A desconcentração da pós-graduação no Brasil*. Artigo apresentado no XII Encontro Nacional de Pró-Reitores de Pesquisa e Pós-Graduação das Instituições de Ensino Superior Brasileiras (ENPROP). João Pessoa, Paraíba (mimeo).

CASTRO, C.L.M. et al., 1972. *Educação de Recursos Humanos e a atual mão-de-obra no setor saúde: bases para uma efetiva política de desenvolvimento – um estudo*. Rio de Janeiro: INEP-MEC/NIERHUS-ENSP.

COELHO, E. C., 1995. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparado. In: *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. MACHADO, M.H. (org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO (CREMESP), 1994. *Jornal mensal*. São Paulo, agosto, nº 89 (mimeo).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998. Brasília: In: <http://www.cfm.org.br>. Brasília.

COOPER, R. A., 1995. *Perspectives on the physician workforce to the year 2020*. JAMA, 274 (19):p.1534-1543.

CUNHA, J. M. P., 1997. População e mobilidade espacial: características e transformações dos fluxos migratórios nas regiões paulistas. In: *Migração, condições de vida e dinâmica urbana: São Paulo, 1980-1993*. PATARRA, N. L., BAENINGER, R., BÓGUS, L.M. e JANNUZZI, P.M. (orgs). Campinas, São Paulo: UNICAMP/IE: p.75-96.

DAL POZ, M. R. & VARELLA, T. C., 1995. Estudo de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. In: *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul* (Organização Pan-Americana de Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DIAZ-JOUANEN, 1990. *Papel de las instituciones de salud*. Gaceta Medica de Mexico, 126(1):p.25-26.

EUROSTAT, 1996. Eurostat Statistics in focus. Statistical data on health care systems in the European Union (1980-1993). In: *Population and social conditions*. Luxemburgo: Service Press Eurostat (4), <http://europa.eu.int/eurostat.html>

EUROSTAT, 1998. Eurostat Statistics in focus. Migration between the Mediterranean basin and the EU in 1995. In: *Population and social conditions* Luxemburgo: Service Press Eurostat (3), <http://europa.eu.int/eurostat.html>

FARIAS, V., 1992. *A Conjuntura Social Brasileira*. São Paulo: Novos Estudos Cebrap (33):p.103-114

FREIDSON, E., 1994. Pourquoi l'art ne peut pas être une profession. In: *L'art de la recherche. Essais en l'honneur de Raymonde Moulin*. (MENGER, P. M. & PASSERON, J. C. eds ). Paris: La Documentation Française; [http://itsa.ucsf.edu/~eliotf/Why\\_Art\\_Cannot\\_be\\_a\\_profes.html](http://itsa.ucsf.edu/~eliotf/Why_Art_Cannot_be_a_profes.html).

FREIDSON, E., 1998. *Renascimento do Profissionalismo*. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. Clássicos (12)

GUIMARÃES, R., 1996. Fim de século: fim de ciclo ? In: *Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (mimeo).

IGLEHART, J. K., 1996. *The quandary over graduates of foreign medical schools in the United States*. The New England Journal of Medicine, 334 (25):p.1679-1683.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1991. *Sinopse Preliminar do Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: Diretoria de Geociências/ Departamento de Geografia.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1992. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1993. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro: Diretoria de Geociências/ Departamento de Geografia.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1996a. *Contagem da População*. Rio de Janeiro: <http://www.ibge.gov.br>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1996b. *Anuário Estatístico do Brasil*, v.56. Rio de Janeiro.

KLETKE, P. R. et al., 1990. *The growing proportion of female physicians: implications from US Physician Supply*. American Journal of Public Health, 80(3):p.300-304.

LARSON, M. S., 1977. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Los Angeles: University of California Press.

LEE, E. S., 1966. *A theory of migration*. Demography (3):1

LOPES, J. R. B., 1973. Desenvolvimento e migrações: uma abordagem histórico-estrutural. In: *Estudos Cebrap*. São Paulo: Edições Cebrap (6)

LOZANA, J. A., 1997. Amostragem Aleatória Simples. In: *Estatística Básica. Módulo 5*. Rio de Janeiro: Serviço de Bioestatística/ENSP (mimeo).

LOZANA, J. A. & IGUCHI, T., 1997. Medidas de Posição e de Tendência Central. In: *Estatística Básica. Módulo 1*. Rio de Janeiro: Serviço de Bioestatística/ENSP (mimeo).

MACHADO, M.H. et al., 1992. O mercado de trabalho em saúde no Brasil. Estrutura e Conjuntura. In: *Texto de Apoio: Planejamento II, Recursos Humanos em Saúde*. MACHADO, M.H. (org).. Rio de Janeiro: ENSP.

MACHADO, M.H. et al., 1994. *Perfil dos Médicos no Brasil, 1º Relatório de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CFM/MS-PNUD.

MACHADO, M. H. et al., 1995. *Especialidades Médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Dados, Radis (17):p.2-31.

MACHADO, M. H., 1996. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. Tese de Doutorado em Sociologia. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.

MACHADO, M. H. & PINTO, L. F., 1996. *Médicos residentes no Brasil*. Artigo apresentado no XXXI Congresso Nacional dos Médicos Residentes. Natal, Rio Grande do Norte. (mimeo).

MACHADO, M.H. et al., 1996. Perfil dos Médicos no Brasil. *Relatório Final (Médicos em Números)*. 28 volumes. Vol. I. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: Fiocruz/CFM/MS-PNUD.

MACHADO, M. H. et al., 1997. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

MARTINE, G., 1975. Adaptação dos migrantes ou sobrevivência dos mais fortes ? In: *Estudos Cebrap*. São Paulo: Edições Cebrap (2).

MÉDICI, A. C., 1987. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médico no Brasil na década de setenta. In: *Texto de Apoio: Planejamento I, Recursos Humanos em Saúde*. MEDICI, A. C. (org). Rio de Janeiro: PEC/ENSP.

MÉDICI, A. C., 1988. A Formação do Médico e o Social no Brasil. In: *Saúde em Debate*. Paraná: CEBES (22):p.69-71.

MÉDICI, A. C., 1996. A saúde nos países do Mercosul. In: *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*. PATARRA, N.L. (coord).. Campinas, São Paulo: FNUAP/Oficina Editorial, v.2:p.217-225.

MULLAN, F. et al., 1995. *Medical Migration and Physician Workforce: International Medical Graduates and American Medicine*. JAMA, 273(19):p.1521-1527.

MULLAN, F., 1996. *Graduate medical education and water in the soup*. The New England Journal of Medicine, (334):p.916-917.

NEWHOUSE et al., 1982. *Where have all the doctors gone ?* JAMA, 247(17):p.2.392-2.396.

OLIVEIRA, J. S. et al., 1995. Mudanças no perfil do mercado de trabalho e rendimento no Brasil. In: *Indicadores Sociais: uma análise da década de 1980*. Rio de Janeiro: IBGE.

OLIVEIRA, E. S. & PINTO, L.F., 1996. Os serviços de saúde no Brasil: a capacidade instalada no período 80/92. In: *Anais do X Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Caxambu, Minas Gerais: v.4:p.2135-2158.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 1970. Manual VI: methods of measuring internal migration. In: *Population studies (47)*. Nova Iorque, Estados Unidos: Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.

PACHECO, C. A. & PATARRA, N. L., 1997. Movimentos migratórios anos 80: novos padrões ? In: *Migração, condições de vida e dinâmica urbana: São Paulo, 1980-1993*. PATARRA, N. L., BAENINGER, R., BÓGUS, L.M. e JANNUZZI, P.M. (orgs). Campinas, São Paulo: UNICAMP/IE: p.25-52.

PATARRA, N. L., 1995. Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo. (Introdução). In: *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*. PATARRA, N. L. (coord). Campinas, São Paulo: FNUAP/Oficina Editorial (1):p.vii-x.

PATARRA, N. L., 1997. Migração, condições de vida e dinâmica urbana: São Paulo, 1980-1993. (Apresentação). In: *Migração, condições de vida e dinâmica urbana: São Paulo, 1980-1993*. PATARRA, N. L., BAENINGER, R., BÓGUS, L.M. e JANNUZZI, P.M. (orgs). Campinas, São Paulo: UNICAMP/IE: p.11-22.

PEARL, R., 1925. *Distribution of Physicians in the USA*. JAMA, v.84: p.1024-1027.

PELLEGRINO, A., 1996. As migrações no Cone Sul, com ênfase no caso do Uruguai. In: *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*. PATARRA, N.L. (coord). Campinas, São Paulo: FNUAP/Oficina Editorial, v.1:p.188-193.

PIERANTONI, C. R., 1994. *Residência Médica: meio século no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Série Estudos).

PIERANTONI, C. R. & MACHADO, M. H., 1994. Profesionales de Salud: una formación cuestionada. In: *Educación Médica y Salud – la diversificación del*



*trabajo en Recursos Humanos en las America*. Washington: OPAS, – v 28(2):p.199-210.

PINTO, L. F., 1994. *Perfil dos Médicos no Brasil: estabelecendo uma metodologia estatística de trabalho*. Monografia de Final de Curso de Bacharelado em Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas.

PIZARRO, J. M., 1993. Migración intrarregional de mano de obra calificada. In: *Revista de la CEPAL* (50):p.127-145.

REBELLO, L. M. V., 1997. *O Banzo do Migrante: embates e ressonâncias da mudança*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

REGO, S., 1994. *A prática na formação médica: o estágio extracurricular*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RENNER, C. H. & PATARRA, N. L., 1991. Migrações. In: *Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise*. SANTOS, J. L. F., LEVY, M. S. F e SZMRECSÁNYI, T. (orgs). São Paulo: T. A. Queiroz.

REVISTA VEJA, 1998. *O mais difícil foi feito*. Rio de Janeiro: Editora Abril: 16 de setembro(37) edição 1564:p.114-122

RIBEIRO, J. M. & SCHRAIBER, L. B., 1994. *A autonomia e o trabalho em medicina*. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(2):p.190-199.

SALES, T., 1994. O Brasil no contexto das recentes migrações internacionais. In: *Integração, região e regionalismo*. LAVINAS, L., CARLEIAL, L. M. F. e NABUCO, M. R. (orgs). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

SALIM, C. A., 1992. Migração: o fato e a controvérsia teórica. In: *Anais do VIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Brasília, Distrito Federal (3):p.119-144.

SALSBERG, E. S., et al., 1996. *Graduate Medical Education and Physician Supply in New York State*. JAMA, 276(9):p.683-688.

SANTOS FILHO, L. C., 1953. *Primeiros profissionais de medicina no Brasil - século XVI*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de História da Medicina, 4 (2):p.177-181.

SCHRAIBER, L. B., 1995. *O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional*. Cadernos de Saúde Pública, 11(1):p.57-64.

SCHULTZ, T.M., 1962. *Reflections on investment in war*. Journal of Political Economy: Supplement, Chicago, v.70, n.5, part 2, p.1-8.

SJAASTAD, L.A., 1962. *The costs and returns of human migration*. Journal of Political Economy: Supplement, Chicago, v.70, n.5, part 2, p.80-93.

SINGER, P.I., 1972. *Migrações internas: considerações teóricas sobre seu estudo*. Economia Política da Urbanização. São Paulo: Brasiliense/CEBRAP.

STARR, P., 1982. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos*. Mexico: Secretaria de Salud, Fondo de Cultura Económica.

SULLIVAN, R.B. et al., 1996. *The evolution of divergences in physician supply policy in Canada and the United States*. JAMA, 276(9):p.704-709.

VARELLA, T. C., 1996. *Especialização Médica em Serviços de Saúde: um estudo da residência no INAMPS*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

VASCONCELLOS, I. 1950. *A evolução dos estudos de história da medicina no Brasil: as origens do ensino médico no Brasil*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de História da Medicina, 3 (1):p.185-195.

VIEIRA, A. L. S. et al., 1998. Formação de Profissionais em Saúde. In: *Trabalhadores de Saúde em Números*. VIEIRA, A. L. S., AMANCIO FILHO, A., MACHADO, M.H., MOYSÉS, N. (orgs.). Rio de Janeiro: NERHUS/ENSP/Fiocruz.

WHITCOMB, M. E. & MILLER, R. S. 1996. *Comparison of IMG-Dependent and Non-IMG-Dependent Residencies in the National Resident Matching Program* JAMA, 276(9):p.700-703.

**ANEXO I – MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E  
RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL – BRASIL  
E GRANDES REGIÕES - 1995**



**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E  
RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL – BRASIL - 1995**

		n = 1.932			N = 34.930	
Total	DP(Total)	1,96*DP(Total)	Lim.inf	Lim.sup	CV	
1.747	168	330	1.416	2.077	0,0964	
3.493	232	454	3.039	3.947	0,0664	
5.240	276	541	4.699	5.780	0,0527	
6.986	309	606	6.380	7.592	0,0442	
8.733	335	656	8.077	9.388	0,0383	
10.479	354	694	9.785	11.173	0,0338	
12.226	369	722	11.503	12.948	0,0301	
13.972	378	742	13.230	14.714	0,0271	
15.719	384	753	14.965	16.472	0,0245	
17.465	386	757	16.708	18.222	0,0221	
19.212	384	753	18.458	19.965	0,0200	
20.958	378	742	20.216	21.700	0,0181	
22.705	369	722	21.982	23.427	0,0162	
24.451	354	694	23.757	25.145	0,0145	
26.198	335	656	25.542	26.853	0,0128	
27.944	309	606	27.338	28.550	0,0111	
29.691	276	541	29.150	30.231	0,0093	
31.437	232	454	30.983	31.891	0,0074	
33.184	168	330	32.853	33.514	0,0051	
34.581	77	151	34.430	34.731	0,0022	

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E  
RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL – REGIÃO NORTE - 1995**

		n = 269			N = 1.886	
Total	DP(Total)	1,96*DP(Total)	Lim.inf	Lim.sup	CV	
94	23	46	49	140	0,2465	
189	32	63	126	251	0,1697	
283	38	75	208	358	0,1346	
377	43	84	294	461	0,1131	
472	46	91	381	562	0,0980	
566	49	96	470	662	0,0864	
660	51	100	560	760	0,0771	
754	52	102	652	857	0,0693	
849	53	104	745	953	0,0625	
943	53	105	838	1.048	0,0566	
1.037	53	104	933	1.141	0,0512	
1.132	52	102	1.029	1.234	0,0462	
1.226	51	100	1.126	1.326	0,0415	
1.320	49	96	1.224	1.416	0,0370	
1.415	46	91	1.324	1.505	0,0327	
1.509	43	84	1.425	1.592	0,0283	
1.603	38	75	1.528	1.678	0,0238	
1.697	32	63	1.635	1.760	0,0189	
1.792	23	46	1.746	1.837	0,0130	
1.867	11	21	1.846	1.888	0,0057	

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E  
RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL – REGIÃO NORDESTE - 1995**

Total	DP(Total)	1,96*DP(Total)	n = 503		CV
			Lim.inf	Lim.sup	
328	61	120	208	448	0,1869
655	84	165	490	821	0,1287
983	100	197	786	1.180	0,1021
1.311	112	220	1.090	1.531	0,0858
1.638	122	239	1.400	1.877	0,0743
1.966	129	252	1.713	2.218	0,0655
2.294	134	263	2.031	2.556	0,0584
2.621	138	270	2.351	2.891	0,0525
2.949	140	274	2.675	3.223	0,0474
3.277	141	275	3.001	3.552	0,0429
3.604	140	274	3.330	3.878	0,0388
3.932	138	270	3.662	4.202	0,0350
4.259	134	263	3.997	4.522	0,0315
4.587	129	252	4.335	4.840	0,0281
4.915	122	239	4.676	5.153	0,0248
5.242	112	220	5.022	5.463	0,0214
5.570	100	197	5.373	5.767	0,0180
5.898	84	165	5.732	6.063	0,0143
6.225	61	120	6.105	6.345	0,0098
6.487	28	55	6.433	6.542	0,0043

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E  
RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL – REGIÃO SUDESTE - 1995**

Total	DP(Total)	1,96*DP(Total)	n = 439		CV
			Lim.inf	Lim.sup	
905	186	365	540	1.271	0,2057
1.811	256	503	1.308	2.313	0,1416
2.716	305	598	2.118	3.315	0,1124
3.622	342	670	2.952	4.292	0,0944
4.527	370	725	3.802	5.253	0,0818
5.433	392	768	4.665	6.200	0,0721
6.338	408	799	5.539	7.137	0,0643
7.244	419	821	6.423	8.064	0,0578
8.149	425	833	7.316	8.982	0,0522
9.055	427	838	8.217	9.892	0,0472
9.960	425	833	9.127	10.793	0,0427
10.865	419	821	10.045	11.686	0,0385
11.771	408	799	10.972	12.570	0,0346
12.676	392	768	11.909	13.444	0,0309
13.582	370	725	12.856	14.307	0,0273
14.487	342	670	13.817	15.157	0,0236
15.393	305	598	14.794	15.991	0,0198
16.298	256	503	15.796	16.801	0,0157
17.204	186	365	16.838	17.569	0,0108
17.928	85	167	17.761	18.095	0,0047

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E  
RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL – REGIÃO SUL - 1995**

Total	DP(Total)	1,96*DP(Total)	n = 284		CV
			Lim.inf	Lim.sup	
203	51	99	104	303	0,2499
406	70	137	269	543	0,1720
609	83	163	446	772	0,1365
812	93	183	630	995	0,1147
1.015	101	198	818	1.213	0,0993
1.218	107	209	1.009	1.427	0,0876
1.421	111	218	1.204	1.639	0,0781
1.624	114	224	1.401	1.848	0,0702
1.827	116	227	1.600	2.054	0,0634
2.031	116	228	1.802	2.259	0,0573
2.234	116	227	2.007	2.461	0,0519
2.437	114	224	2.213	2.660	0,0468
2.640	111	218	2.422	2.857	0,0421
2.843	107	209	2.634	3.052	0,0375
3.046	101	198	2.848	3.243	0,0331
3.249	93	183	3.066	3.431	0,0287
3.452	83	163	3.289	3.615	0,0241
3.655	70	137	3.518	3.792	0,0191
3.858	51	99	3.758	3.957	0,0132
4.020	23	45	3.975	4.066	0,0058

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.

**MÉDICOS MIGRANTES DE FORMAÇÃO: ERRO ABSOLUTO E  
RELATIVO PARA AS ESTIMATIVAS DE TOTAL – REGIÃO CENTRO-OESTE - 1995**

Total	DP(Total)	1,96*DP(Total)	n = 437		CV
			Lim.inf	Lim.sup	
216	43	84	132	300	0,1979
432	59	115	317	547	0,1362
648	70	137	511	785	0,1081
864	78	154	710	1.018	0,0908
1.080	85	167	914	1.247	0,0786
1.296	90	176	1.120	1.473	0,0694
1.512	94	183	1.329	1.696	0,0619
1.728	96	188	1.540	1.917	0,0556
1.944	98	191	1.753	2.136	0,0502
2.161	98	192	1.968	2.353	0,0454
2.377	98	191	2.185	2.568	0,0411
2.593	96	188	2.404	2.781	0,0371
2.809	94	183	2.625	2.992	0,0333
3.025	90	176	2.848	3.201	0,0297
3.241	85	167	3.074	3.407	0,0262
3.457	78	154	3.303	3.611	0,0227
3.673	70	137	3.536	3.810	0,0191
3.889	59	115	3.774	4.004	0,0151
4.105	43	84	4.021	4.189	0,0104
4.278	20	38	4.240	4.316	0,0046

Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil". Fiocruz/CFM.