

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde

Juliana Vanderlei Lopes Felipe dos Santos

**DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS E ESCOLHAS LOCACIONAIS
DOS MÉDICOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Recife
2015

Juliana Vanderlei Lopes Felipe dos Santos

**DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS E ESCOLHAS LOCACIONAIS
DOS MÉDICOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco, para a obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Orientadora: Professora Dra Roberta de Moraes Rocha
Co-orientador: Professora Dra Tatiane Almeida de Menezes

Recife

2015

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

Santos, Juliana Vanderlei Lopes Felipe

Descrição das características e escolhas locacionais dos médicos do estado de Pernambuco/ Juliana Vanderlei Lopes Felipe dos Santos. – Recife: O Autor, 2015.
60 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Roberta de Moraes Rocha e Co-orientador: Prof^a Dra. Tatiane Almeida de Menezes

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.
Inclui referências e apêndices.

1. Médicos. 2. Desenvolvimento Econômico. 3. Emprego. I. Rocha, Roberta de Moraes (Orientadora). II. Menezes, Tatiana Almeida (Co-orientador). III. Título.

336 CDD (22.ed.)

UFPE (CSSA 2015 – 130)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE DE:

Juliana Vanderlei Lopes Felipe dos Santos

A Comissão Examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro,
considera a Candidata Juliana Vanderlei Lopes Felipe dos Santos

APROVADA.

Recife, 2 de fevereiro de 2015.

Prof. Dr.^a Tatiane Almeida de Menezes
Examinador Interno/UFPE

Prof.^a Dr.^a Suely Arruda Vidal
Examinador Interno/UFPE

Dr.^a Marcella de Brito Abath
Examinador Externo / Secretaria Estadual de Saúde PE

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao Deus da minha vida por se fazer presente em meus desertos, alimentando-me com Seu manar e fortalecendo-me para a luta.

Ao meu pequeno, amado e doce filho João Pedro por seu precoce amadurecimento e pelo lindo, intenso e fiel companheirismo, que me fazem enxergar o além-muro e resignificam cada segundo do meu respirar.

Aos meus pais Maria de Fátima e José Lopes, a quem dedico este trabalho, por todo o estímulo recebido ao longo da caminhada e pelo amor incondicional e estruturador.

A “minha Valzinha” por todo amor, carinho e cuidado dispensados a esta filha adotiva e por sua valiosa e edificante presença no cenário, muitas vezes, desolador e sombrio do processo construtivo.

A minha amiga Patrícia Carneiro pela colaboração, disponibilidade e companheirismo presentes e carinhosamente realçados ao longo desta trajetória.

À professora Roberta Rocha pelo estímulo e orientação a este trabalho e à professora Tatiane Almeida pela atenção e norte.

Aos amigos Fernando Moreira, Rodrigo Arruda e Rodrigo Lima pelos ricos e agradáveis momentos de aprendizado e à querida Ana Cláudia Chagas por sua preciosa ajuda. À secretaria Estadual de Saúde nas pessoas de Afra Suassuna e Maria Francisca pelo fomento à qualificação profissional e pela importante parceria que alicerçaram meu projeto pessoal e possibilitaram esta realização profissional.

A minha equipe de trabalho por todo o esforço, dedicação e empenho habitualmente despendidos à GEQAP e por necessidade, redobrados nos últimos meses, garantindo-me tranquilidade para conclusão desta obra.

Ao todos os professores, monitores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde pela dedicação e respeito.

Aos colegas de mestrado, Flávia Emília, Saulo Bezerra e Roseane Lemos pelo crescimento e convivência ao longo do curso.

A todos que acreditaram na realização deste trabalho e àqueles que direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista.

RESUMO

A crescente expansão das redes de atenção à saúde e consequente demanda por recursos humanos na composição dos serviços, vêm intensificando as discussões sobre oferta, concentração e interiorização da medicina. A desigualdade geográfica na distribuição dos médicos pode ser observada em diversos cenários, configurando-se como forte entrave à consolidação de sistemas de saúde pautados na universalidade e integralidade dos atendimentos. Neste sentido e diante da necessidade de aprofundar o conhecimento a cerca da realidade pernambucana, o presente estudo realizou diagnóstico da população médica no estado, avaliando características espaciais, demográficas e empregatícias. Para tal foi realizado um recorte na base de dados do Censo 2010 do IBGE, distribuindo os médicos em 5 perfis, estabelecidos conforme suas escolhas locais. Os resultados confirmam a concentração de médicos na sede estadual e a opção dos profissionais por municípios situados no entorno da capital, revelando ainda movimentos migratórios e ofertas vinculadas a indicadores econômicos. Do ponto de vista demográfico, observou-se a predominância feminina nos cenários que trazem Recife como opção de trabalho e o adensamento da população mais jovem na capital pernambucana. Quanto às questões empregatícias, a maioria dos médicos apresentam vínculos formais com os serviços e ocupam mais de 1 posto de trabalho. Pode-se inferir que morar e trabalhar no mesmo município é opção para a maioria dos médicos, com forte predominância de Recife nas escolhas e que os perfis que excluem a capital acumulam suas frequências nas localidades com as melhores vantagens econômicas e relativa facilidade de acesso.

Palavras-chaves: médicos, desenvolvimento econômico, emprego.

ABSTRACT

The progressive expansion of health services and its consequence on the needs for human resources are stimulating discussions about availability, concentration and interiorization of medicine. Geographic inequity of physicians' distribution can be observed in many contexts, being a strong obstacle to the consolidation of health systems based on universal and comprehensive care. From this situation, and considering the need for increasing the knowledge on Pernambuco's reality, this study elaborated a diagnostic of physicians' population on the State, evaluating space, demographic and employment characteristics. Data from 2010's National Census (Brazilian Institute of Geography and Statistics) were used, classifying physicians in five different categories, according their locational choices. Results confirmed physicians concentration on state's main city (Recife) and an option for municipalities around it, revealing migratory moves and availability connected with economic indicators. From a demographic point of view, female and younger population predominance were observed in Recife. Concerning employment issues, the majority of physicians have formal contracts with health services and have more than one job. We conclude that living and working in the same municipality is the main option for the majority of physicians, with Recife being the predominant city, and that categories which exclude the main city tend to have their locational choices where they have economical advantages and easier access.

Keywords: doctors, economic development, job

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação das Redes Poliárquicas de Atenção à Saúde	17
Figura 2 -	Regiões de Desenvolvimento – RD de Pernambuco	30
Figura 3 -	Distribuição do Estado por Região de Saúde	31
Figura 4 -	Distribuição dos municípios segundo perfil	32
Figura 5 -	Distribuição dos municípios da amostra, segundo razão de médicos por 1000 habitantes	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número e percentual de cobertura das equipes de Saúde da Família em Pernambuco e no Brasil - 2003 a 2013	20
Tabela 2 -	Distribuição dos perfis, segundo frequência	35
Tabela 3 -	Distribuição dos municípios do perfil 2, segundo tempo de deslocamento para Recife	36
Tabela 4 -	Distribuição dos municípios do perfil 3, segundo tempo de deslocamento para Recife	37
Tabela 5 -	Distribuição dos municípios do perfil 4, segundo tempo de deslocamento entre municípios	37
Tabela 6 -	Distância a Recife, segundo local de trabalho	38
Tabela 7 -	Distribuição do número de trabalhos, segundo perfil	39
Tabela 8 -	Distribuição da Carga Horária, segundo perfil	39
Tabela 9 -	Distribuição dos vínculos, segundo perfil	40
Tabela 10 -	Distribuição dos Perfis, segundo ocupação	41
Tabela 11 -	Distribuição das ocupações, segundo faixa etária	42
Tabela 12 -	Distribuição dos perfis, segundo titulação	43
Tabela 13 -	Rendimento em todos os trabalhos, segundo perfil	44
Tabela 14 -	Renda total, segundo perfil	44
Tabela 15 -	Distribuição das médias de IDHm e PIB <i>per capita</i> , segundo perfil	45
Tabela 16 -	Distribuição do perfil 2, segundo municípios mais procurados para o trabalho	46
Tabela 17 -	Distribuição do perfil 3, segundo municípios mais procurados para a moradia	47
Tabela 18 -	Distribuição do perfil 4, segundo municípios mais procurados para o trabalho	48
Tabela 19 -	Distribuição do perfil 4, segundo municípios mais procurados para a moradia	48
Tabela 20 -	Distribuição do perfil 5, segundo municípios mais procurados para o trabalho	49
Tabela 21 -	Distribuição dos gêneros, segundo faixa etária	50
Tabela 22 -	Distribuição dos gêneros, segundo perfil	51
Tabela 23 -	Distribuição das faixas etárias, segundo perfil	51
Tabela 24 -	Distribuição dos perfis, segundo estado civil	52

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
SCNES	Sistema Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONDEPE/ FIDEM	Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
eSB	equipe de Saúde Bucal
FIES	Fundo de Financiamento ao Ensino Superior
GERES	Gerência Regional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ipespe	Instituto de Pesquisas Sociais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMH	Polo Médico Humano
PIB	Produto Interno Bruto
PMR	Polo Médico do Recife
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
RH	Recursos Humanos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RMR	Região Metropolitana do Recife
RMB	Regiões Metropolitanas Brasileiras

RD	Regiões de Desenvolvimento
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DAS REDES	16
3	MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS	22
3.1	Interiorização da Saúde e Estratégias Implementadas para Provimento e Fixação dos Recursos Humanos no SUS	23
3.2	Geografia Médica: Evidências das Desigualdades	26
4	DADOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DESCRITIVA	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1	Distribuição dos Médicos entre os Municípios Pernambucanos	31
5.2	Distribuição dos Médicos Segundo Local de Trabalho	34
5.3	Análise das Características da Ocupação e Vínculo do Trabalhador	38
5.4	Análise Descritiva dos Diferenciais de Rendimentos	43
5.5	Características dos Municípios segundo Perfil	45
5.6	Demografia	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55

1.INTRODUÇÃO

Os Sistemas Nacionais de Saúde têm encontrado problemas na sua conformação, ocasionados pela distribuição geográfica e fixação de profissionais de saúde. A forte concentração geográfica de profissionais e serviços têm se apresentado como obstáculo para a garantia dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e descentralização. (OLIVEIRA, 2009)

Neste sentido, a melhoria do nível de saúde remete à questão da utilização eficiente dos recursos disponíveis, com vistas a eliminar desequilíbrios geográficos, adequando a força de trabalho às necessidades das regiões, ao tempo em que garanta condições de trabalho e educação permanente.

De acordo com Póvoa (2004), mesmo quando a oferta de médicos em um país, apresenta uma relação profissional/habitante adequada, sua distribuição tende a ser concentrada, de maneira a se encontrar municípios com sobre-oferta de serviços e profissionais; e áreas totalmente desprovidas de equipamentos de saúde.

No Brasil, segundo a pesquisa da Demografia Médica no Brasil (2011), a distribuição desigual é determinada não apenas pelo mercado, mas pela concentração de renda e disparidades regionais, sendo observada a convergência de profissionais para os grandes centros populacionais e polos econômicos, com a localização de aproximadamente 60% do contingente médico na região sudeste.

Para o estado de Pernambuco, então situado na porção centro-leste da Região Nordeste e apresentando, aproximadamente, 40% da sua população condensada na Região Metropolitana do Recife (RMR), o quantitativo de médicos da capital revela razões da ordem de 6,27 profissionais por 1000 habitantes, valor superior ao encontrado na capital paulista, enquanto o índice verificado no interior se assemelha aos de países africanos, o que vem a realçar as grandes disparidades entre a sede do estado e demais municípios. (PERNAMBUCO, 2012; PESQUISA..., 2012)

Vale destacar ainda, que dos seus 185 municípios, 81% classificam-se, segundo categorização estabelecida pela Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco (CONDEPE/FIDEM), como municípios pequeno porte (população inferior a 50 mil habitantes), exibindo em sua maioria baixas densidades demográficas e extensas áreas rurais, o que pode significar maiores dificuldades de fixação e atração de profissionais. (PERNAMBUCO, 2012)

Analisando o Estado do ponto de vista econômico, verifica-se que setores como indústria, serviços, transporte, alugueis, intermediação financeira e comércio, favoreceram o aumento de 3,2% do Produto Interno Bruto (PIB), no segundo trimestre de 2013, ultrapassando o desempenho alcançado pelo país, com taxa de 2,7 contra 1,9 e totalizando R\$ 60 bilhões. Há ainda registros de crescimento acima daquele esperado para a economia brasileira, com significativo aumento de participação no mercado de trabalho. (PIMENTEL, 2013)

A grande concentração de atividades econômicas e oportunidades de emprego, localizam-se porém, em torno da área metropolitana da capital, responsável por 48,85% do PIB estadual, sendo interessante ainda pontuar a situação dos municípios situados no chamado Polígono das Secas, onde há predomínio da atividade agrícola de subsistência e instabilidade na geração de renda, fatos que só realçam a existência de disparidades loco-regionais e sinalizam a problemática em torno da superação dos obstáculos estruturais para a industrialização e desenvolvimento regional. (SOBEL; MUNIZ; COSTA, 2008)

O nível de extrema pobreza do estado, continua entre os mais elevados do Brasil e a renda *per capita* no interior corresponde à metade do percentual encontrado na RMR. Nesse sentido, o governo do estado vem lançando mão de diversas estratégias para preenchimento desse hiato regional e mais recentemente estabeleceu acordo com o Banco Mundial, captando US\$ 550 milhões para investimentos no setor privado, no aperfeiçoamento técnico, aprimoramento da gestão pública, redução da criminalidade e violência e melhoramento dos serviços de saúde. (BRASIL, 2013)

Merece destaque o agrupamento territorial de empresas do chamado Polo Médico do Recife (PMR), onde segundo os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) estavam vinculados, em 2001, cerca de 1,8 mil estabelecimentos e empregadas, aproximadamente, 20,2 mil pessoas, o que correspondia, à época, a 2,2% do total do emprego formal em Pernambuco e 15,6% do emprego industrial. (FERNANDES; LIMA, 2006)

O PMR representa um dos maiores conglomerados médicos do país, sendo publicizada recentemente, sua importância econômica para o turismo do Estado e seu impacto na arrecadação dos tributos, respondendo por 15,8% das contribuições recolhidas em 2011. (FELIPE, 2013)

Quanto ao sistema público de saúde, o Estado possui uma rede de serviços composta por 8.346 equipamentos de saúde, dentre unidades básicas, policlínicas, hospitais especializados, Unidades Mistas, laboratórios, Centros de Atenção Psicossocial e outros, também concentrados na capital pernambucana e que aglutina 26,13% dos estabelecimentos registrados no sistema nacional de cadastro. (BRASIL, 2014)

No sentido de trazer os conteúdos do território para a lógica de sistema e de descentralização, Pernambuco assumiu o desafio da interiorização das ações estratégicas, induzindo e coordenando os pactos interfederativos de regionalização, com vistas à melhoria dos indicadores sociais e redução das desigualdades regionais. Organiza-se em 12 Regiões de Saúde, trabalhadas sob a ótica das Redes e dotadas de um sistema de fluxos assistenciais. (PERNAMBUCO, 2012)

Para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) - arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010) - a Atenção Primária em Saúde (APS) é pautada como coordenadora e ordenadora do cuidado, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo para reorganização do sistema.

Com mais de 2100 equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas e cobertura populacional superior a 70%, a ESF foi interiorizada para todos os municípios do Estado, de forma que apesar das coberturas municipais variarem em função do perfil sócio-econômico e do porte populacional, todos os 184 municípios e o território de Fernando de Noronha adotaram-na como eixo estruturador da APS. (PERNAMBUCO, 2013)

O papel da Atenção Primária, entretanto, é sobrepujado pelos grandes desafios encontrados na estruturação da rede: ausência de uma gerência profissionalizada, baixo direcionamento de recursos para melhorias na qualidade dos processos de trabalho e na infraestrutura dos serviços e, principalmente, subfinanciamento do sistema e precarização dos vínculos trabalhistas com dificuldades na contratualização de profissionais médicos. (MENDES, 2002)

De acordo com Rodrigues (2008), a grande oferta de vagas decorrente da expansão da ESF no País e a motivação para trabalhar com atuação generalista são exemplos de fatores que atraem, mas não retêm médicos na rede, enquanto a satisfação com o trabalho e o sentimento de gratificação pelos resultados obtidos com o trabalho perante a população, por exemplo, apesar de não se apresentarem como fatores de atração, podem reter os profissionais.

Há ainda que se considerar que ao tempo em que as expansões da ESF foram estimuladas, a crescente demanda do mercado por profissionais médicos, instalou um movimento de competição entre municípios, levando-os a desembolsarem salários cada vez mais altos, no limite dos orçamentos, e/ou abrirem negociações quanto à carga horária,

situações que fragilizam a proposta da Estratégia, comprometendo sua execução e seus resultados.

Em virtude das desigualdades traduzidas em indicadores epidemiológicos, o Ministério da Saúde definiu mudanças no financiamento da APS, ampliando em 50% as transferências financeiras para municípios menores de 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7; com população assentada e/ou remanescente de quilombos e ainda para aqueles integrantes do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), como forma de enfrentamento às dificuldades competitivas evidenciadas pelos municípios de menor porte, com populações ruralizadas e distantes dos grandes centros, na implantação/implementação da Estratégia. (BRASIL, 2004)

Deve-se considerar, entretanto, que as propostas salariais isoladamente não garantem o provimento profissional e que neste sentido, diversos estudos econométricos, vêm analisando a distribuição dos agentes produtivos no espaço geográfico, medindo os movimentos migratórios e realizando inferências acerca de suas escolhas locacionais a partir não apenas das oportunidades econômicas (salário, custo do aluguel) mas também das peculiaridades regionais (clima, acesso a serviços, proximidade com o litoral).

Assim, tendo em vista as características de Pernambuco, sua rede de atenção à saúde e os desafios vivenciados por municípios na garantia de provimento e fixação de médicos, o presente estudo propõe-se a realizar um diagnóstico da população médica no estado, avaliando sua distribuição geográfica, bem como as características demográficas e empregatícias, procurando estabelecer inferências acerca das decisões locacionais e assim adicionando elementos às discussões voltadas à Política de Provimento e Fixação de médicos no estado.

É importante destacar o fato de que foi feito um recorte na base de dados para os médicos que moram e trabalham em Pernambuco, de forma que os grupos de indivíduos para a análise são: os que residem e trabalham em Recife; os que residem, mas não trabalham em Recife; os que moram em outro município e trabalham em Recife; os que moram e trabalham em outro município (sendo estes distintos) e os que moram e trabalham em outro município (sendo este o mesmo).

Serão avaliadas as características dos médicos através das variáveis: sexo; idade; estado civil; renda *per capita* (considerando todos os rendimentos e a renda de todos os trabalhos); número de postos de trabalho que ocupa; tempo de deslocamento; carga horária semanal; titulação; município em que reside e município em que trabalha; realizando-se

análises não apenas para cada um dos grupos, mas também municípios e regiões administrativas, o que vem a possibilitar maiores evidências a cerca do objeto de estudo.

Para isso, além desta introdução, o trabalho conterà na seção 2 o referencial teórico sobre Atenção Primária à Saúde, abordando sua conformação. Em seguida, na seção 3 são apresentados os problemas de interiorização e posteriormente, na seção 4, feita a análise descritiva desses dados. A seção 5 expõe os resultados e sua discussão e por fim, na seção 6, tem-se as considerações finais.

2.ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DAS REDES

Entendendo os diversos sinais de esgotamento dos sistemas de saúde pautados nos modelos de atenção médico-hospitalocêntrico, foi deflagrado o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que enfatiza a resolutividade nas ações sanitárias e a busca pela integralidade da assistência, de maneira a minimizar custos e satisfazer as demandas da população. (BRASIL, 2007)

A APS destaca-se assim, como elemento-chave para o enfrentamento das necessidades de saúde e a fragmentação dos sistemas, impactando de forma positiva em indicadores de saúde e revelando grande potencial regulador frente aos diferentes níveis e etapas do processo de assistência. (CECÍLIO et al., 2012) Representa o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, revelando-se como área estratégica para a organização do Sistema único de Saúde (SUS), respondendo pelos papéis de ordenação e coordenação do cuidado oferecido nos diversos pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). (MENDES, 2011)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, explorando a multi e interdisciplinaridades como dispositivos inerentes à atenção contínua aos usuários.

Encontra-se delineada por fundamentos e diretrizes, que quando respeitados e incorporados, possibilitam uma maior aproximação com o território de atuação e o fortalecimento da relação serviço/usuário, favorecendo sua conformação enquanto contato preferencial do indivíduo com o sistema de saúde.

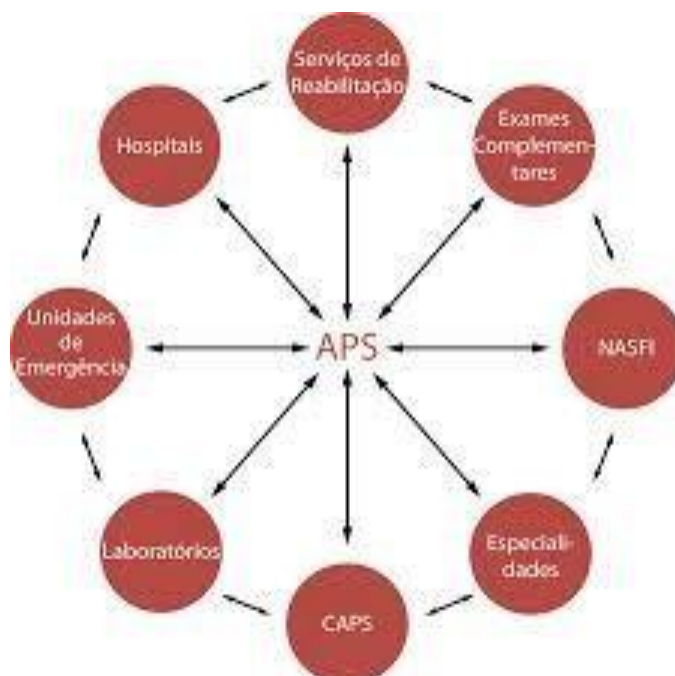
Propõe-se a avaliar sistematicamente as necessidades individuais e coletivas, identificando os problemas de saúde da comunidade, implementando soluções e monitorando

o impacto das mudanças, o que vem a romper com a lógica prescritiva e materializar novas tecnologias de trabalho. (MAESENEER et al., 2008)

Na construção das RAS, caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção, a APS aparece como eixo coordenador pela cooperação e interdependência, pela centralidade nas necessidades de saúde de uma população, pela responsabilização integral e contínua, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos, apresentando como principal objetivo a qualificação da atenção e consequentemente da qualidade de vida dos usuários. (MENDES, 2011)

Merece destaque seu grande diferencial na organização do sistema, apresentando-se como centro de comunicação, guardados seus atributos – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da assistência, gestão de base populacional, responsabilização econômica e sanitária- de maneira a estruturar o cuidado e o acompanhamento do usuário ao longo de toda a cadeia de serviços, conforme apresentado na figura abaixo. (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002)

Figura 1 – Representação das Redes Poliárquicas de Atenção à Saúde



Fonte: UFSC-UNASUS (2014)

Há que se evidenciar nas RAS, a substituição da concepção hierárquica, então presente nos sistemas fragmentados de saúde, voltados para atenção às condições agudas e à

agudização das condições crônicas por uma estrutura organizacional integrada, onde se combinam objetivos singulares e ações cooperativas e interdependentes no sentido da atenção integral e contínua. (MENDES, 2011)

A comunicação fluida da APS com a atenção secundária, terciária e com os sistemas de apoio, permitem intervenções oportunas em tempos e lugares certos, de forma eficiente e segura, e em conformidade com as evidências disponíveis, assegurando racionalização no processo de alocação de recursos e otimização dos resultados.

De acordo com Starfield (2002) os países que apresentam uma orientação para atenção primária, revelam maior probabilidade de alcançar melhores níveis de saúde associados a custos mais baixos, de forma que mesmo em situação de abundância de recursos, como no caso dos Estados Unidos, quando comparados seus indicadores de saúde com países menos ricos, observa-se um desempenho menor.

A APS é considerada por Campos et al. (2010), um arranjo assistencial importante às nações que reconhecem e aplicam seus preceitos, promovendo as mudanças necessárias à organização adequada de suas práticas de saúde, e para às quais a saúde seja reconhecida como direito de cidadania.

Apresenta como principal estratégia para sua organização e consolidação, a Saúde da Família, que funciona por meio de equipes de saúde compostas minimamente por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, podendo ser acrescidos a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, além dos profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal), categorias profissionais, então selecionadas segundo as necessidades observadas no território, e assim organizadas em função de uma área adscrita, com um contingente populacional máximo de 4.000 pessoas, respeitados os critérios de vulnerabilidade e equidade para esta delimitação.

Sua implantação situa-se num contexto de reformas incrementais do sistema de saúde brasileiro, quando a conjuntura econômica, impunha a adoção de estratégias voltadas à racionalização dos gastos, e o processo de municipalização da saúde, exigia esforços no sentido da operacionalização da rede básica. (SENNA; MELLO E BODSTEIN, 2002)

Até o ano de 2008, quando foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados para ampliar o portfólio da Saúde da Família e qualificar o fazer em saúde no espaço da Estratégia, incorporando profissionais de diferentes áreas de conhecimento, não haviam estímulos financeiros que possibilitassem desenhos outros, que não o da composição mínima, acima descrita. (BRASIL, 2010)

Vem assim, desconstruir a prática de atenção à saúde fundamentada no modelo biomédico tradicional, redefinindo o fazer em saúde a partir de princípios como os da continuidade do cuidado, da responsabilização, humanização, focalização na família, orientação comunitária, de maneira a considerar o indivíduo como o sujeito da atenção, reconhecendo o contexto físico, econômico, social e cultural em que vive, bem como seus problemas e necessidades de saúde. (FRANCO; MERHY, 1999)

As Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), norteados pelos princípios organizativos da APS, devem resolver aproximadamente 80% dos problemas de saúde apresentados pela população, de maneira que se faz mister pontos de rede devidamente articulados segundo a lógica da integralidade da assistência, com a média complexidade disponível e preparada para atender as demandas levantadas.

Para a sua concretização torna-se imperiosa a garantia de um processo formativo focado na dimensão do trabalho e da educação na saúde, efetivando a aproximação da produção do cuidado e o território dos fazeres e assim norteados as mudanças no sentido da implementação e consolidação da eSF como ponto central das Redes. (FERRARI; THOMPSON; MELKIOR, 2005)

Segundo Porter e Teisberg (2007), a assistência à saúde tem seu valor mensurado levando em consideração a condição de saúde do paciente, abrangendo a monitoração, prevenção, tratamento e gerenciamento da doença. Este papel é devidamente executado pela APS, quando parte de uma rede organizada.

Deve-se considerar, porém, que os princípios largamente hegemônicos da medicina flexineriana, que observa a saúde sob a ótica do individualismo, biologismo, especialismo e ênfase no curativismo, estimulando o modelo de ensino médico centrado na especialização devidamente retroalimentado pela ávida procura por serviços especializados, e que promove, desta forma, a exclusão da APS da agenda política de curto prazo. (WHITCOMB; COHEN, 2004; NUNO, 2008)

Do ponto de vista econômico a APS utiliza tecnologias de menor complexidade, mas de elevada intensidade cognitiva, representando assim, área de pouco interesse para as indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos, e para os médicos de maior prestígio, o que gera menores salários frente aos especialistas e em geral menor demanda desta categoria para os postos de trabalho ofertados pela APS. (MENDES, 2012)

No âmbito da expansão dos serviços, a Saúde da Família apresentou nos últimos 10 anos um crescimento de 98,28%, o que significa mais de 16.500 novas eSF distribuídas em

todo o território nacional. No estado de Pernambuco, o crescimento ficou em torno de 50%, com implantação/implementação da estratégia em 135 municípios, merecendo destaque o fato de a grande maioria dos menores de 20.000hab (72,29%), apresentarem ao final de 2012 uma cobertura superior a 80%, o que sinaliza a intenção política na conversão do modelo. A Tabela 1 sintetiza a evolução das expansões durante o período de 2003 a 2013.

Tabela 1-Número e percentual de cobertura das equipes de Saúde da Família em Pernambuco e no Brasil - 2003 a 2013

Ano	Pernambuco			Brasil		
	Nº	eSF	cobertura %	Nº	eSF	cobertura %
2003	1263		52,85	19068		35,69
2004	1367		57,56	21232		38,99
2005	1547		62,56	24673		44,35
2006	1605		62,33	26729		46,19
2007	1637		63,11	27324		46,62
2008	1780		68,04	29300		49,51
2009	1831		67,86	30328		50,69
2010	1881		68,34	31666		52,23
2011	1870		68,23	32295		53,41
2012	1897		68,74	33404		54,84
2013	2.126		75,06	38.882		56,37

Fonte: DAB/MS

As coberturas apresentadas, refletem a importante participação da Saúde da Família na oferta de postos de trabalho municipais, colaborando, sobremaneira, com a ampliação da representação da esfera municipal no mercado de trabalho em saúde, conforme apontado por Maciel (2007).

Propicia desta forma, a materialização de princípios como a universalidade e descentralização das ações e serviços, possibilitando o acesso à saúde para as comunidades interioranas e residentes em áreas pobres, então induzido pela adoção de uma política de financiamento pautada em coberturas populacionais. (SOARES, 2011)

A flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública, que acompanharam o movimento de expansão do emprego no setor saúde municipal, funcionaram, entretanto, como catalizadores de todo o processo - reduzindo os custos contratuais e gerando facilidades gerenciais. Neste cenário de crescimento em meio à precarização dos vínculos, porém, desenvolveu-se ambiente propício à alta rotatividade dos

profissionais, impondo ao Modelo um gargalo que vem a comprometer sua própria efetividade. (CAMPOS; MALIK, 2008)

Segundo Pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM) - O Médico e seu trabalho (2004), a categoria aprecia de forma positiva a Estratégia Saúde da Família, relatando melhorias na cobertura da assistência e na oferta de empregos, sem referir, entretanto, alterações na organização dos serviços e nos rendimentos, pontuando ainda, a necessidade de aperfeiçoamento dos seus mecanismos de gestão.

Para Santos (2004), a ausência de recursos humanos em municípios com precárias condições econômicas e sociais, particularmente aqueles mais distantes dos grandes centros, representa um grande desafio à expansão da ESF e consolidação do SUS, fazendo referências à implantação do PITS em 2001, como importante estratégia de provimento, adotada pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Mendes (2011) há que se pautar, o grau de escassez dos recursos, quer humanos, quer físicos, na constituição dos serviços, distribuindo-os segundo tal condição- se em maior quantidade, organizando-os de maneira desconcentrada, caso contrário concentrando-os em algum ponto da rede.

Dados apresentados no Fórum Global de Profissões de Saúde, em Dubai, revelam que 01 bilhão de pessoas passarão toda a vida sem ver um profissional de saúde, sendo estabelecido como meta, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a correção do déficit e da má distribuição de profissionais na área. (BRASIL, 2012)

Em que pese o fato da política nacional de saúde englobar ações voltadas para todas as profissões da área, bem como o forte crescimento da rede de saúde, com ênfase na APS, a questão do provimento e fixação assume características e necessidades de enfrentamento diversos, conforme o caso.

Neste sentido, serão analisadas na próxima seção, as características da interiorização, tomando como referência questões voltadas a atributos econômicos e pessoais dos migrantes, sendo logo em seguida abordados os problemas de provimento dos profissionais da saúde, à luz de estratégias adotadas para atender municípios desprovidos ou com precários serviços médicos e sanitários.

3. MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS

Quando se pensa em interiorização, as cidades longínquas, com baixas ofertas de serviços e condições climáticas extremas, veem à mente, associadas imediatamente a elevados salários e possibilidades de acumular capital financeiro, de forma que no primeiro momento o migrante atua em função de maximizar suas vantagens.

Segundo Rosko e Broyles apud Póvoa (2004), a teoria econômica sugere que a escolha locacional é influenciada por diferenças nos ganhos entre as regiões, de maneira que o movimento migratório está também vinculado a este fator de atração.

De acordo com Rocha e Magalhães (2011), além dos ganhos monetários esperados e desejados, os atributos específicos locais (geográficos, climáticos, econômicos e sociais) também devem influenciar positiva ou negativamente a função de utilidade dos indivíduos, fazendo-se necessário quantificar os valores por eles atribuídos às características locais.

Ainda nesta linha e tentando entender como os processos migratórios podem ser estimulados, Rocha e Magalhães (2011) utilizando método de valoração das amenidades nas Regiões Metropolitanas Brasileiras (RMB), encontraram resultados que indicam que os trabalhadores apresentam maior disposição a pagar para morar em regiões mais próximas à costa, RMBs com os maiores índices médios de precipitação anual e com as maiores temperaturas médias em janeiro, de forma que para promover a alocação dos profissionais nas demais áreas faz-se necessário empregar compensações monetárias.

Destaca-se assim, a importância de discutir os deslocamentos intrarregionais à luz do crescimento econômico dos municípios. Em análise realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) foi possível verificar que a maioria dos municípios brasileiros com menos de 10 mil habitantes, geram fluxos maciços de emigração por representarem espaços economicamente estagnados; em contrapartida observa-se no cenário nacional o fenômeno da “desconcentração centralizada” com grande crescimento populacional dos municípios com população de até 500 mil habitantes, hoje os que mais crescem no Brasil. (BRASIL, 2011)

Ainda de acordo com o estudo, Pernambuco concentra suas áreas de crescimento populacional em direção a Caruaru, Arcoverde e Petrolina, o que reforça o papel do desenvolvimento econômico nos processos migratórios.

Nesta direção e com vistas a fatores outros que podem influenciar nas escolhas locais, Perpétuo et al. (2009), afirmam que a atração de profissionais para determinado posto de trabalho está relacionada, a questões individuais de perfil, preferências e identificação com o trabalho, mas também às características deste local, no que diz respeito à estrutura, recursos e aspectos da gestão do trabalho e sistema.

Desta forma a qualificação da rede de atenção e garantia de estruturas físicas e de equipamentos adequados ao trabalho em saúde são condições que precisam ser perseguidas pelas gestões.

Merece destaque ainda, a influência das forças de mercado, que no processo de decisão locacional, consegue direcionar as diferentes categorias profissionais para caminhos diversos, de maneira que a densidade profissional pode resultar em menor capacidade local, de atração.

Em revisão literária acerca da metodologia de Experimentos de escolha discreta ROA (2012), observou que a combinação da remuneração com elementos relacionados à qualidade de vida do profissional e seu melhor desempenho (por exemplo: fornecimento de moradia e de transporte, oportunidade de formação, equipamentos e medicamentos adequados e gestão do trabalho) são vitais para prover e fixar profissionais da saúde em áreas remotas e rurais.

Contextualizando o cenário nacional quanto à interiorização de profissionais de saúde, serão apresentadas a seguir as principais dificuldades encontradas e estratégias implementadas.

Interiorização da Saúde e Estratégias Implementadas para Provimento e Fixação dos Recursos Humanos no SUS

A acelerada expansão da cobertura assistencial produzida pela crescente implantação das políticas de saúde no país, com forte influência da descentralização promovida pela Atenção Primária, traz à tona questões relacionadas ao provimento e fixação dos profissionais em áreas rurais e comunidades de pequeno e até médio porte, onde faltam estímulos funcionais.

O problema da distribuição não equitativa de recursos humanos em saúde, ocasionando baixa oferta de serviços em áreas remotas, configura-se, entretanto, como fenômeno de ordem mundial. De acordo com Campos, Machado e Girardi (2009), os desequilíbrios distributivos acometem mesmo os países onde há excedentes na oferta de profissionais, tratando-se de problema grave e que não responde facilmente às intervenções empreendidas.

A identificação das áreas de escassez e a definição de políticas de provimento fazem parte das agendas de países com distintos níveis de riqueza e desenvolvimento, de forma que o isolamento geográfico e as barreiras culturais somam-se às dificuldades econômicas no cenário das causalidades.

Neste sentido, as estratégias de enfrentamento são bastante diversificadas, recebendo contornos próprios e específicos de cada local. Segundo Carvalho (2013), os diferentes formatos incluem desde a criação de regimes administrativos específicos com garantia à pós-graduação e carreira em Atenção Primária até a obrigatoriedade do serviço social para a obtenção do registro profissional.

No Brasil, ainda no ano de 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, pautava o problema da má distribuição de mão-de-obra no país, propondo a implantação de programas voltados às regiões menos favorecidas; tema também debatido na Conferência subsequente, dada a premência de resolvê-lo, e que permeou as discussões acadêmicas na década de 60. (MACIEL, 2007).

Nesta direção, diversas intervenções, estruturadas sob a forma de programas governamentais, foram implementadas, para equalizar as desigualdades na distribuição de médicos e outros profissionais no território nacional, dentre elas pode-se citar: o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), e mais recentemente o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos, então direcionado à categoria médica.

No entanto, as estratégias implantadas até o ano de 2004, ao longo das reformas e transformações políticas, não conseguiram emplacar de forma consistente o problema das desigualdades na distribuição de ações e serviços de saúde. (MACIEL, 2007)

Baseado no Plano Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, lançou em 2011 diversas medidas para diminuir a carência de profissionais, mais especificamente médicos, nas regiões de difícil acesso, com destaque para: o Fundo de Financiamento ao Ensino Superior (FIES); a revalidação de diplomas médicos estrangeiros, o Revalida; a ampliação de vagas de cursos de medicina e a expansão de Residências Médicas, as quais integram, juntamente com o PROVAB e o Mais Médicos, o escopo da política nacional de fortalecimento da APS. (CARVALHO, 2013)

Em termos de abrangência, estratégias como o PROVAB, permitiram à totalidade de municípios do país, manifestar sua adesão, concorrendo às vagas ofertadas para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Vale destacar, entretanto, que o percentual de profissionais

contratados, ficou bem aquém do esperado, principalmente para os enfermeiros e dentistas, em virtude do desinteresse dos gestores municipais. Para Carvalho (2013), a bonificação para as provas de residências médicas, apesar de colaborar com o modelo de submissão às regras do mercado, onde a especialização segue a lógica fragmentada, vem contribuindo para o provimento de médicos nas diversas regiões do Brasil.

Neste sentido, considerando apenas a falta de médicos, foi instituído em outubro de 2013, o Programa Mais Médicos. Este prevê, ampliação da oferta de médicos no mercado, com a entrada de profissionais estrangeiros, como também investimentos em infra-estrutura de hospitais e unidades de saúde e mudanças no processo de formação dos graduandos em medicina a partir de 2015, através da obrigatoriedade de estágio na APS e em serviços de urgência e emergência do SUS, para os quais devem ser dedicados ao menos 30% da carga horária do internato médico. (BRASIL, 2013)

Em face à recente estruturação do Programa, estudos voltados à avaliação de resultados e mesmo à análise das etapas iniciais do seu processo de implantação, ainda são escassos, sendo entretanto, encontrados em páginas oficiais do governo, balanços divulgados pelo Ministério da Saúde, que em sua maioria apontam para o importante aumento da produtividade. Merece destaque pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais (Ipespe) que revela a satisfação, da população assistida, com a duração dos atendimentos, a qualidade do acompanhamento profissional e o aumento no número de consultas ofertadas. (MAIS MÉDICOS, 2014)

No entanto, problemas relacionados às resistências corporativistas ao Programa, revelam que a influência do poder-saber, é capaz de exercer, em dados momentos, força maior que o aparato estatal. Neste sentido, surgem movimentos respaldados no manifesto em Defesa da Saúde Brasileira, então capitaneado pelo CFM propondo a extinção do Mais Médicos e da criação de vagas em Faculdades de Medicina, em respeito aos direitos dos pacientes e à qualidade do exercício da medicina. (CRUZ, 2014)

Pesquisas encomendadas por Conselhos Regionais de Medicina (CRM), nos últimos anos, revelam que o problema da escassez diz respeito à má distribuição, ocasionada pelo subfinanciamento do SUS, a prática de baixos salários e as péssimas condições de trabalho, afirmando que o volume de médicos no país é adequado à demanda.

Considerando o panorama descrito, torna-se importante aprofundar as discussões sobre mercado de trabalho e oferta de médicos nas regiões brasileiras.

Geografia Médica: Evidências das Desigualdades

Diante do cenário a pouco descortinado e das constatações de que no setor saúde as maiores dificuldades de provimento e interiorização das ações e serviços dizem respeito à garantia de médicos para ocupar os postos de trabalho implantados, esta subseção será dedicada à avaliação da oferta de médicos e seus determinantes históricos.

Seguem colaborações de alguns autores que definem a posição construída e ocupada pela categoria, introduzindo sua diferenciação no campo profissional. Segundo Freidson (1986), a profissão médica adquiriu autonomia e autogoverno enquanto ocupação, se organizando formalmente através de instituições tuteladas pelo Estado e especialmente criadas para proteger e garantir essa autonomia. Para o autor, somente uma profissão pode ocupar o lugar dominante, e na indústria dos serviços de saúde, a medicina ao adquirir autonomia organizada, alcançou um status privilegiado.

De acordo com Immergut (1992), o médico caracteriza-se como profissional nuclear dos sistemas de saúde, de forma que, nos países ocidentais, o papel desempenhado pela corporação médica organizada na sua relação com o Estado é central na definição dos modos como a assistência médica é remunerada e os serviços são financiados.

Para Heidenheimer apud Almeida (1997), o termo profissão de status é o mais apropriado para designar os médicos, uma vez que são herdeiros das chamadas profissões eruditas da Europa pré-industrial, como os padres e advogados. Refere ainda que o profissionalismo médico se desenvolveu em consonância com a construção do Estado e a modernização capitalista, dando sustentação à manutenção da população produtiva de várias nações.

Segundo Merhy e Franco (2003), o modelo assistencial caracteriza-se como médico hegemônico, produtor de procedimentos, de modo a se construir uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, quando o saber médico, ainda, estrutura o trabalho de todos os outros profissionais.

A medicina é portanto, profissão instituída, com representação clara e status bem definido, ocupando posição central, tanto na organização dos serviços de saúde quanto nos debates sobre provimento de recursos humanos para o SUS.

De acordo com Maciel Filho (2007), os problemas na distribuição dos médicos datam de longo período, podendo ser encontrados no ano de 1970 registros que mostram a concentração de 80% dos médicos do país nas regiões sudeste e sul, que à época retinham aproximadamente 60% da população. O autor ainda mostra que dez anos mais tarde, quando o

número de médicos tinha mais que duplicado, a região sudeste continuou apresentando as maiores taxas, de maneira que as disparidades regionais se mantiveram ao longo dos anos.

De acordo com Póvoa (2004), os resultados da pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” revelam que 37,2% dos profissionais da Região Centro- Oeste são naturais da Região, o que a destaca como polo de atração. Para o Nordeste essa realidade é absolutamente inversa, 91,6% dos profissionais são provenientes da área, caracterizando seu mercado como menos atrativo à migração.

Segundo Maciel Filho (2007), na análise da relação médico/habitante pode-se observar que as desigualdades distributivas estão presentes dentro de um mesmo município quando se avalia separadamente os territórios rural e urbano. Faz referência também às concentrações de médicos nas capitais dos estados, destacando a capital Recife como responsável por reter 95% dos médicos de Pernambuco, no ano de 1980.

O estudo Demografia Médica no Brasil (2011) reforça as diferenças entre Regiões, colocando o Sudeste em primeiro lugar com 2,61 médicos por mil habitantes, seguido do Sul com 2,03, enquanto Norte e Nordeste, situados logo após o Centro-Oeste, apresentam respectivamente 0,98 e 1,19, razões inferiores à média nacional. Tal classificação é mantida no estudo de 2013, revelando um país dividido entre Sul-Sudeste e Norte-Nordeste.

De acordo com Maciel Filho (2007), a desigualdade está relacionada à concentração de serviços nas áreas mais desenvolvidas, corroborando o interesse do investimento privado por estas localidades. Em análise às expansões ocorridas após os anos 90, refere seu impacto na sobrecarga de trabalho dos médicos, com o acúmulo de empregos ou atividades.

Nesta direção, a pesquisa Demografia Médica (2013) analisa o número de postos de trabalho médico ocupados, verificando que o Brasil dispõe de 3,33 postos médicos ocupados para cada mil habitantes, o que representa praticamente o dobro da razão de médicos por habitantes do país, refletindo a multiplicidade dos vínculos.

Trata-se de um mercado de trabalho extremamente favorável aos egressos de medicina com oferta de emprego garantida, diferente do que acontece com outras categorias, às quais o desemprego é possibilidade. (Carvalho & Souza 2013)

Para Perpétuo et al. (2009), os múltiplos empregos e fontes de renda caracterizam a profissão médica no Brasil e são produto das transformações macroeconômicas que marcaram o país na década de 1990, quando o crescimento do trabalho médico assalariado promoveu o achatamento salarial.

Corroborando com Perpétuo et al. (2009), os dados da pesquisa Demografia Médica (2011) apontam que no Brasil, a prática da medicina, tem assumido um perfil menos liberal, com profissionais que se submetem a jornadas de trabalho excessivas, vários vínculos empregatícios e atuação geralmente assalariada em serviços públicos e privados.

De acordo com Lacerda et al. (2012), entretanto, o trabalho liberal representa o segundo setor mais importante para o exercício da profissão no Brasil e abrange cerca de 80% dos médicos, sendo caracterizado pelo trabalho em consultórios. Considera ainda o médico proprietário, que representa um segmento reduzido e privilegiado da profissão, podendo ser tratado como um fenômeno recente.

Para Maciel Filho (2007), o mercado de trabalho médico tem aspectos singulares, sendo determinado por dois fatores institucionais – o sistema de ensino e o modelo de atenção à saúde implantado- de forma que tanto a estrutura quanto o volume da oferta são regulados pelo sistema formador.

Observar a distribuição das escolas médicas e o número de vagas ofertadas, amplia a leitura em torno das disparidades locorregionais. Neste sentido, a pesquisa Demografia Médica (2013), estudando os locais onde os médicos foram graduados, revelou que em 17 Unidades da Federação não haviam Escolas fora das capitais, dando destaque à grande concentração das Faculdades de Medicina nas Regiões Sul e Sudeste.

Neste sentido, Póvoa (2004) verifica em seu estudo econométrico, que a distribuição geográfica das Faculdades de Medicina e dos programas de residência médica, exercem importante influência na decisão locacional da categoria médica. Constata que a probabilidade de um médico ser não-natural é maior em Estados que oferecem mais vagas em programas de residência, e que esta pode ser causa da retenção de médicos nos principais centros urbanos e Regiões Sul e Sudeste.

Ao se relacionar o número de médicos disponíveis no mercado brasileiro e sua população, as razões obtidas são de fato maiores que as recomendadas pela OMS. De acordo com Carvalho & Souza (2013), entretanto, há que se comparar o cenário nacional com o de países que tem a APS como prioritária. Nestes as proporções situam-se em torno de 3,43 médicos por mil habitantes, consideravelmente maiores que a média nacional.

Diante das constatações e da localização do problema em âmbito nacional, as próximas seções delinearão a situação da profissão no Estado de Pernambuco.

4.DADOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DESCRITIVA

Os dados utilizados nesta pesquisa são provenientes de microdados do Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE). Foi efetuado um recorte na base de dados com o intuito de realizar um estudo da demografia médica no estado de Pernambuco, a partir de dados gerais do perfil dos médicos e sua distribuição espacial no território estadual, tomando-se como referência o município de Recife. Para tal, instituiu-se 5 perfis, onde os médicos foram distribuídos em função da sua escolha locacional, utilizando-se dados sobre indivíduos que moram em Recife e trabalham ou não trabalham em um outro município do estado e indivíduos que não moram em Recife e trabalham ou não no mesmo município de residência.

A pesquisa tem como objetivo estudar as características dos médicos que são atraídos para as cidades do interior do Estado, fazendo inferências acerca das suas escolhas. Propõe-se também a avaliar os atributos daqueles que optam por permanecer na capital, tentando medir o quanto eles estão dispostos a pagar pela permanência nos grandes centros.

A unidade geográfica de análise é o município, sendo incluídos 79 municípios do Estado. O estudo levou em consideração todos os indivíduos que se declararam na ocupação 2211 e 2212, no censo demográfico de 2010, de forma que a amostra definida para o exame foi composta por todos os médicos gerais e especialistas, com mais de 20 anos, que dedicavam habitualmente mais de 12 horas semanais ao trabalho e que declararam o nome do município em que trabalhavam.

A amostra de médicos no censo demográfico registrou um total de 671 médicos, porém para obter-se uma amostra representativa da população utilizou-se o peso amostral do IBGE, que após aplicado expandiu o quantitativo para 11.004 médicos, aproximadamente 62% da população de médicos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Pernambuco para o ano estudado.

Foram assim analisados os perfis dos cinco tipos de indivíduos: i) os que moram e trabalham em Recife; ii) os que moram em Recife e trabalham em outro município (qualquer município de Pernambuco) iii) os que moram em outro município e trabalham em Recife; iv) os que moram e trabalham em outro município (sendo estes distintos) e os que moram e trabalham em outro município (sendo este o mesmo).

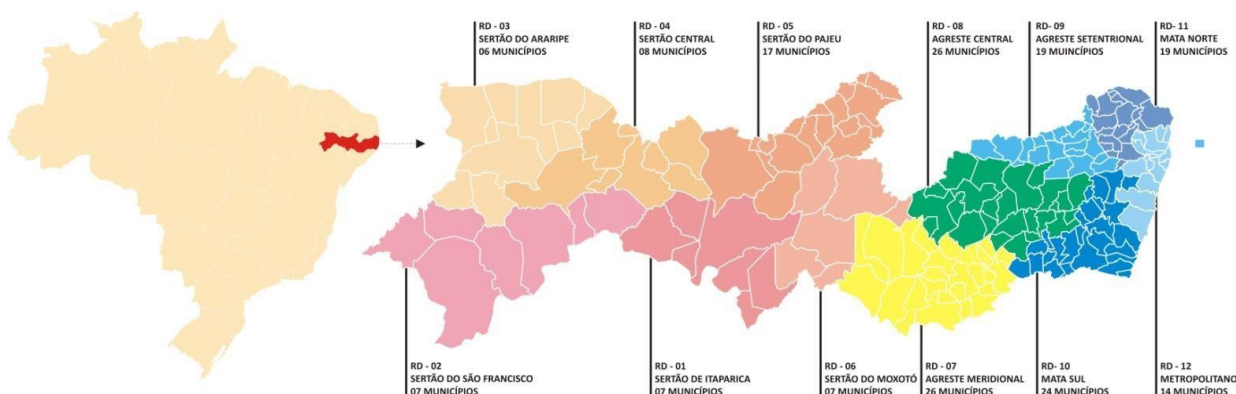
O tamanho de cada grupo variou em função dos registros, sendo tomado como referência nas tabulações, o município em que o indivíduo trabalha, variável inserida na pesquisa 2010. Para o perfil I foram obtidos 7.080 no município de Recife; Perfil II – 668 registros em 20 municípios; Perfil III – 743 observações em Recife; Perfil IV – 349 em 23 municípios e Perfil V – 2.164 observações em 59 municípios. Destaque-se que alguns municípios enquadraram-se em mais de um perfil mas foram mantidos cada um dos registros separadamente, preservando a análise segundo características individuais.

Para analisar o perfil dos indivíduos, levaram-se em conta as seguintes variáveis: sexo; idade (agrupada em faixas etárias, nos seguintes intervalos: <25 anos, >=25 e <35 anos; >=35 e <45 anos; >=45 e < 55 anos; >=55 e <65 anos; e >= 65 anos); renda *per capita* (considerando rendimento total e rendimento em todos os trabalhos); número de postos de trabalho que ocupa; tempo de deslocamento; carga horária semanal; titulação; estado civil; município em que reside; município em que trabalha e município em que nasceu.

Foi realizado um merge no banco de dados, acrescentando as variáveis - PIB, PIB *per capita*, IDH, população, distância até Recife, distância à sede da Gerência Regional de Saúde (GERES) e cobertura da Estratégia Saúde da Família - para facilitar a identificação das características municipais. Tais informações foram extraídas do Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (PNUD); BDE/CONDEPE-FIDEM/Áreas Territoriais 2010; Agência CONDEPE/FIDEM-Contas Regionais; IBGE, Resultados do Censo 2010 e http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

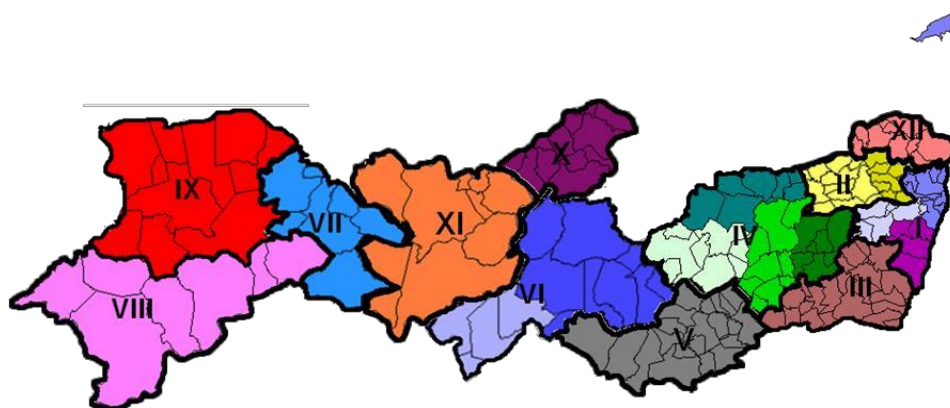
Foram consideradas na análise tanto as Regiões de Desenvolvimento do Estado (RD) quanto as Regiões de Saúde que apesar de seguirem orientações distintas, nortearam a descrição dos cenários.

Figura 2: Regiões de Desenvolvimento – RD de Pernambuco.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Figura 3 – Distribuição do Estado por Região de Saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentados os resultados do estudo, agrupando as variáveis segundo distribuição dos médicos, locais de trabalho, características da ocupação e vínculo, diferenciais de rendimentos, características dos municípios e demografia.

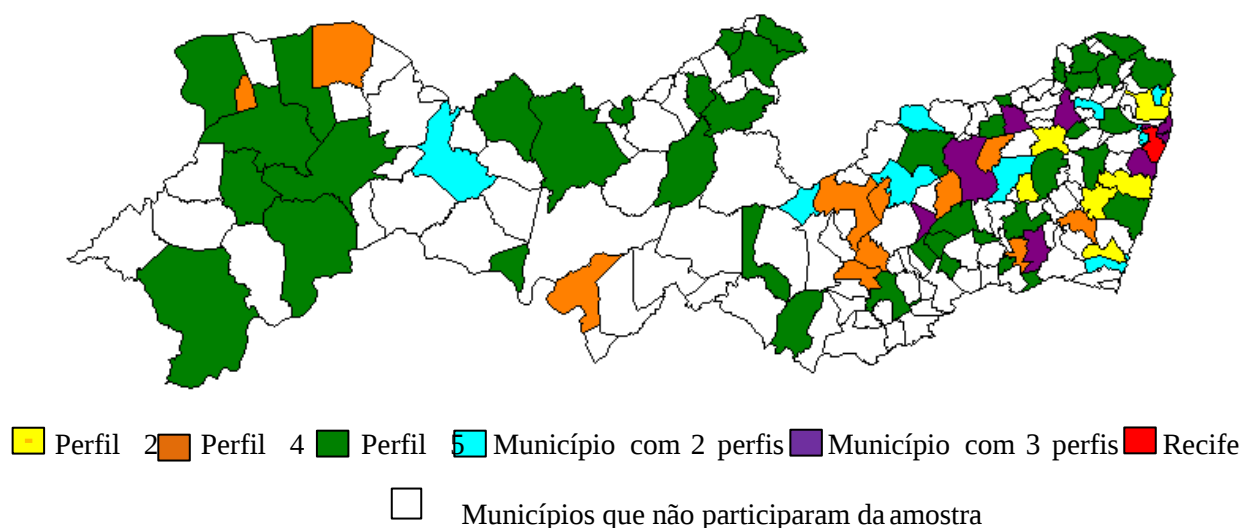
Distribuição dos Médicos entre os Municípios Pernambucanos

A Figura 4 apresenta mapa com a distribuição dos municípios segundo os perfis gerados pelo estudo, sendo possível verificar o adensamento da distribuição em torno da capital.

A concentração dos municípios da amostra, ao redor de Recife, pode refletir tanto a atração exercida pela capital em função das amenidades ofertadas, quanto as facilidades de acesso a fornecedores de insumos e aos serviços complementares. De acordo com Póvoa (2004) a proximidade à sede estadual, torna municípios de pequeno porte, um interessante mercado de trabalho para profissionais de saúde, uma vez que permite ao mesmo tempo, o exercício profissional ali e a fixação de residência na capital.

Segundo Santos (2004), os profissionais que se submeteram à seleção do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), em 2001, elegeram em sua maioria, os municípios pernambucanos próximos à capital e nos quais a população estivesse mais concentrada em território urbano.

Figura 4 – Distribuição dos municípios segundo perfil



Fonte: IBGE/2010

Neste sentido, merece destaque os achados encontrados nas Regiões das Matas Norte e Sul; Agrestes Central e Setentrional e Metropolitana (Macrorregional I e parte da II) onde se localizam 48 dos 79 municípios destacados na amostra, bem como as maiores frequências, uma vez que estes juntos respondem por 69,13% dos registros obtidos nos perfis 2, 4 e 5, então, desconsiderada a capital.

Neste cenário, são encontrados dois tipos de movimentos distintos, o de migração caracterizando os municípios do perfil 5 e os pendulares referentes aos perfis 2 e 4. Chama a atenção, entretanto, que mesmo as migrações, provisórias ou não, têm como destino as cidades médias situadas em municípios integrados à capital através de rodovias federais, onde o tráfego é fluido e as distâncias encurtadas.

A figura 4, expõe ainda, a predominância do perfil 5 nas mesorregiões do São Francisco e Sertão (Macrorregionais III e IV), que apesar de representarem, em termos territoriais, aproximadamente 64% da área estadual (Instituto Federal de educação, c e t), respondem por apenas 18% de sua população, o que se traduz em baixas densidades demográficas e consideráveis distâncias intermunicipais.

A prevalência do perfil 5 nessas áreas pode ser justificada pelos custos adicionais presentes nos deslocamentos pendulares. De acordo com Oliveira & Oliveira (2011), tanto a distância, como a duração e as condições de transporte implicam em custos sociais e

econômicos que em geral ficam por conta dos indivíduos postos em movimento, em função da economia e da sociedade.

Ao se analisar a participação dos municípios em cada um dos grupos, verifica-se que a maior parte daqueles que compõem o perfil 5, aproximadamente 59%, situam-se fora da primeira macrorregião de saúde, que apresenta como sede o município de Recife, havendo entretanto, uma distribuição mais concentrada nas sedes de Região.

Tal situação pode encontrar justificativa nas preferências pessoais por renda, com escolhas locais por comunidades onde existam elevadas demandas e baixas densidades profissionais. (SCHWARTZ et al., 1980)

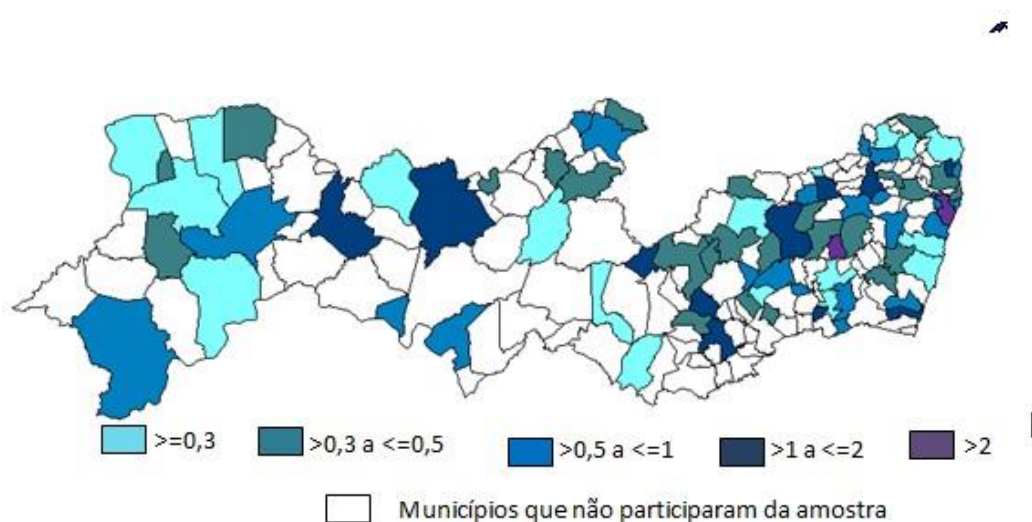
No que diz respeito ao perfil 4, entretanto, constata-se uma maior presença dos municípios situados no entorno de Recife, com aqueles que integram a RMR, apresentando as maiores frequências quer no subgrupo de municípios que aparecem como opção de residência quando respondem por 53% dos registros - quer na seleção locacional, com participação em 34% das escolhas.

Quanto aos municípios que exibem mais de um perfil, torna-se necessário pontuar que estes concentram 51% dos profissionais que não trabalham na capital e que à exceção de Itapissuma e Tamandaré, todos apresentam mais de 50 mil habitantes, com ênfase no fato de se encontrar neste cenário, 6 dos 10 municípios grande porte do estado, então responsáveis por 22,35% da população estadual.

De acordo com Póvoa (2004), o tamanho da população é fator preponderante na determinação da oferta de serviços médicos, quer em função da economia de escala, quer em função da otimização dos recursos disponíveis. Ainda neste sentido, a regionalização da saúde prevê a organização dos serviços nos espaços geográficos sob a perspectiva da escassez de recursos humanos e do atendimento ao maior número possível de usuários, considerando a acessibilidade e complementaridade aos serviços. (BRASIL, 2006)

Um indicador frequentemente utilizado nas abordagens de oferta de médicos é a razão de profissionais por habitantes. Observando a figura 5, verifica-se que a maior parte dos municípios da amostra, aproximadamente 56%, apresentam uma razão inferior a 0,5, e que em sua distribuição, o perfil 5 é responsável por aproximadamente 70% dos baixos registros, o que pode significar a menor oferta de profissionais com disponibilidade para morar e trabalhar fora dos grandes centros.

Figura 5. Distribuição dos municípios da amostra, segundo razão de médicos por 1000 habitantes



Fonte: IBGE/2010

No que se refere às maiores razões, pode-se observar que entre os 14 municípios que exibiram taxas maiores que 1, Serra Talhada, Salgueiro, Arcoverde, Caruaru e Garanhuns, encontram-se fora do território da I macrorregional de Saúde, que apresenta como sede o município de Recife, devendo-se salientar a importância econômica e representatividade de cada um deles dentro de suas Regiões de Desenvolvimento e consequentemente para Pernambuco.

Merece destaque ainda a participação do município de Capoeiras, que apesar dos baixos indicadores socioeconômicos que exhibe, destaca-se neste grupo por apresentar relação médico/habitante maior que àquela recomendada pela OMS, sendo interessante frisar sua localização a apenas 27Km de Garanhuns.

Há que se fazer referência também, à relação observada em Recife, que revela razão de 5,09 profissionais para cada mil moradores, então superior àquela encontrada inclusive na capital paulista, enquanto Pernambuco apresentando-se abaixo da média do país, conta, na amostra, com 1,66 médicos por mil habitantes, relação que cai para 0,62, quando são considerados apenas os municípios do interior, corroborando com os resultados apresentados pela pesquisa Demografia Médica no Brasil, em seu primeiro volume.

Distribuição dos Médicos Segundo Local de Trabalho

Nesta seção serão tratadas algumas características dos municípios eleitos, sendo trabalhadas as frequências e os tempos de deslocamento nos grupos.

A tabela 2 apresenta o número de observações encontrados em cada um dos perfis, revelando as concentrações de profissionais nos perfis 1 e 5.

Segundo Perpétuo et al. (2009), o tempo médio de permanência dos profissionais nos municípios eleitos para o trabalho, é maior entre aqueles que moram e trabalham na mesma localidade, o que pode refletir as maiores frequências nos referidos perfis.

Tabela 2 -Distribuição dos perfis, segundo frequência

Perfil	Frequência	
	Nº	%
1	7.080	64.34
2	668	6.07
3	743	6.75
4	349	3.17
5	2.164	19.66
Total	11.004	100,0

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

De acordo com a distribuição dos registros, mais que a metade dos médicos localizam-se no 1º grupo, e 77,16% da amostra situa-se entre os perfis em que o município de Recife se apresenta ou como opção de trabalho e/ou como opção de moradia, o que vem a realçar a concentração de médicos nas capitais e as gritantes diferenças entre a sede do estado e o conjunto do território, então observados em estudo de base nacional.

Em matéria publicada pelo CREMEPE (2010), apenas 21% dos médicos registrados em Pernambuco, encontram-se fora da capital, apesar de concentrarem-se no interior mais da metade da população pernambucana.

Quanto aos grupos 4 e 5, estes respondem juntos por 22,83% da amostra, havendo entretanto, acentuada participação do grupo 5, nesse contexto, que é responsável por aproximadamente 86% dos 2.513 registros.

Vale ainda ressaltar que os 3 perfis (2, 3 e 4) em que são encontrados médicos mantendo atividades em outros municípios, podem ser explicados pela proximidade entre as localidades, o que vem a possibilitar a alocação de profissionais em áreas não atrativas para moradia, conforme observado por Póvoa (2004).

Para Borrelli (2004), os profissionais que se deslocam diariamente para outros municípios, declaram sua ausência no ambiente familiar e maiores despesas com transporte, como perdas compensadas por maiores salários.

Medir os percursos em termos de tempo e espaço podem agregar informações importantes aos movimentos populacionais pendulares.

Na tabela 3, os municípios dispostos revelam proximidade e relativa facilidade de acesso à capital com a presença de importantes rodovias no circuito.

Tabela 3- Distribuição dos municípios do perfil 2, segundo tempo de deslocamento para Recife

Nome município trabalha	Tempo deslocamento					Total
	1	2	3	4	5	
Cabo de Santo Agostinho	0	0	20	0	0	20
Camaragibe	0	23	41	0	0	64
Escada	0	0	24	0	0	24
Igarassu	0	0	47	0	0	47
Ilha de Itamaracá	0	0	0	21	0	21
Itapissuma	0	0	22	0	0	22
Jaboatão dos Guararap	26	0	38	15	0	79
Limoeiro	0	0	26	0	0	26
Olinda	0	20	25	23	0	69
Palmares	0	0	0	0	21	21
Paulista	0	0	22	37	0	58
Sairé	0	0	0	23	0	23
Total	26	43	265	119	21	473

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

1- Até 05 min; 2- de 06 até meia hora; 3- Mais de meia hora até 1h; 4- Mais de 1h até 2h; 5- Mais de 2h

Na tabela 4 é possível observar que à exceção de Paudalho, todos os municípios localizam-se na RMR. É ainda interessante destacar que para um mesmo município há referências distintas quanto ao tempo de deslocamento, o que pode ser reflexo da descentralização dos serviços dentro da capital de Pernambuco.

Tabela 4- Distribuição dos municípios do perfil 3, segundo tempo de deslocamento para Recife

Nome município mora	Tempo deslocamento				Total
	2	3	4	5	
Cabo de Santo Agostin	0	13	0	0	13
Camaragibe	9	62	16	0	87
Gravatá	0	9	11	0	20
Jaboatão dos Guararap	30	239	63	0	331
Olinda	23	113	20	0	156
Paudalho	0	9	14	12	35
Paulista	17	21	0	0	38
Total	78	466	125	12	681

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

1- Até 05 min; 2- de 06 até meia hora; 3- Mais de meia hora até 1h; 4- Mais de 1h até 2h; 5- Mais de 2h

Na tabela 5 é apresentado o tempo de deslocamento, considerando o município em que os médicos moram. Observa-se que os médicos residentes em Jaboatão, Olinda e Garanhuns podem apresentar escolhas distintas entre os municípios eleitos para o trabalho. Situação ilustrada pela variação nos tempos de deslocamento.

Tabela 5- Distribuição dos municípios do perfil 4, segundo tempo de deslocamento entre municípios

Nome município mora	Tempo deslocamento					Total
	1	2	3	4	5	
Araripina	0	0	10	0	0	10
Bodocó	0	0	15	0	0	15
Camaragibe	0	0	0	0	11	11
Caruaru	8	0	0	0	0	8
Condado	0	0	8	0	0	8
Floresta	0	0	26	0	0	25
Garanhuns	0	12	27	0	0	39
Jaboatão dos Guararapes	0	0	18	24	0	41
Olinda	0	20	9	47	0	76
Passira	0	9	0	0	0	9
Paulista	0	0	0	8	0	8
Pesqueira	0	9	0	0	0	9
Água Preta	0	13	0	0	0	13
Total	8	62	112	78	11	272

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

1- Até 05 min; 2- de 06 até meia hora; 3- Mais de meia hora até 1h; 4- Mais de 1h até 2h; 5- Mais de 2h

Observa-se desta forma, que para os três perfis em que os indivíduos moram e trabalham em municípios distintos, a maior frequência localiza-se na categoria 3, demonstrando que há certa preferência por municípios próximos do domicílio. Merece destaque, entretanto, o quantitativo de registros do perfil 3, que nesta categoria, atinge 70% das observações.

Complementando a análise, será apresentada na tabela 6, a distância média percebida entre cada um dos grupos e a capital.

Tabela 6- Distância a Recife, segundo local de trabalho

PERFIL	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	
2	58,93	2,19	54,65	63,22
4	171,68	9,58	152,89	190,47
5	234,80	4,93	225,14	244,47
TOTAL	155,14	5,57	144,23	166,05

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

De acordo com o exposto, as distâncias praticamente triplicam, quando o cenário exclui o município de Recife, chamando atenção os municípios do grupo 5, que em sua maioria estão há mais de 150km da capital. Quando se pontua, entretanto, a distância à sede da Gerência Regional de Saúde- GERES, observa-se que para os três grupos em que o local de trabalho é fora de Recife (perfis 2, 4 e 5), a maioria dos registros – 69,46%; 71,06% e 76,89% respectivamente- localiza-se a 30KM do município sede, então eleitos segundo capacidade de oferta de serviços de saúde e potencial econômico.

Análise das Características da Ocupação e Vínculo do Trabalhador

No que diz respeito à análise da ocupação e vínculo, os resultados evidenciam uma realidade complexa onde os arranjos informais encobrem características, dificultando o diagnóstico.

Na tabela 7 serão apresentados o número de postos de trabalho, ocupados pelos médicos de cada perfil, possibilitando a análise dos grupos segundo o número de vínculos.

Tabela 7- Distribuição do número de trabalhos, segundo perfil

Perfil	1		2 ou mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	2.705	38.20	4.375	61.80	7.080	100.00
2	234	35.07	434	64.93	668	100.00
3	439	59.15	303	40.85	743	100.00
4	240	68.75	109	31.25	349	100.00
5	1.345	62.15	819	37.85	2.164	100.00
Total	4.963	45.10	6.041	54.90	11.004	100.00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Nesta análise, verifica-se que morar e trabalhar na capital aumenta a possibilidade de múltiplos vínculos, situação também observada no grupo dos que moram em Recife e trabalham em outra localidade, o que remete a reflexões sobre a jornada de trabalho.

De acordo com a pesquisa Demografia Médica no Brasil (2013), a carga horária contratada e informada em cadastro, raramente é compatível com aquela acordada entre as partes - médico e gestor do SUS.

Neste sentido, segue a distribuição da jornada de trabalho, considerando-se como carga horária mínima àquela que representa ao menos um plantão semanal, extra. Ressalte-se que em virtude das dificuldades em se preencher automaticamente as vacâncias, muitas vezes o profissional médico é requisitado para suprir as demandas dos estabelecimentos de saúde através apenas de convite, sem contratos ou formalidade na prestação dos serviços.

Tabela 8- Distribuição da Carga Horária, segundo perfil

PERFIL	A		B		C		D		E		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	2.803	41.13	3.647	53.51	233	3.42	132	1.94	0	0,00	6.816	100.00
2	236	35.28	363	54.31	49	7.28	0	0.00	21	3.14	668	100.00
3	221	34.36	339	52.72	20	3.12	63	9.79	0	0,00	642	100.00
4	53	16.14	218	66.71	11	3.28	37	11.28	9	2.59	327	100.00
5	518	24.49	1.450	68.53	80	3.77	66	3.10	2	0.11	2.116	100.00
TOTAL	3.831	36.24	6.017	56.93	392	3.71	298	2.82	32	0.30	10.569	100.00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

A <=40; B > 40 e <=64; C >64 e <=90; D >90 e <=100; E >100

Conforme o resultado acima, a maioria dos registros concentra-se na 2ª categoria, que representa jornadas semanais entre 40 e 64 horas, com uma distribuição razoavelmente uniforme entre os 5 perfis, o que vem a corroborar com o resultado encontrado na pesquisa Demográfica Médica para o Brasil, que revela ser a jornada destes, em média, superior a 50 horas semanais. Vale destacar ainda a proporção de médicos cumprindo jornadas superiores a 90 horas semanais, então observada nos perfis 3 e 4, o que destoa dos demais perfis, quando esta não ultrapassa os 3,5%.

Segundo Perpétuo et al (2009), as atividades adicionais em hospital/ pronto atendimento ou plantão, giram em torno de 24 horas, podendo ocorrer em período noturno ou finais de semana, e totalizariam quando da opção pela ESF, 64h semanais.

Ao se comparar os dois quadros, porém, verifica-se que apesar dos médicos dos perfis 4 e 5, referirem, em sua grande maioria, apresentarem apenas 1 trabalho, as jornadas praticamente se condensam na faixa que se estende de 40 a 64h o que deve representar no mínimo a ocupação de um segundo posto e remete à informalidade dos vínculos.

Neste sentido, a tabela 9 apresentará os tipos de vínculos trabalhistas observados, segundo perfil.

Tabela 9 - Distribuição dos vínculos, segundo perfil

perfil	1		2		3		4		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	3.154	44.55	1.941	27.42	286	4.03	1.700	24,01	7.080	100.00
2	416	62.25	130	19.49	75	11.17	47	7.09	668	100.00
3	416	56.03	247	33.26	26	3.46	54	7.26	743	100.00
4	170	48.62	74	21.11	77	22.06	29	8.21	349	100.00
5	864	39.94	492	22.74	96	4.45	711	27.03	2.164	100.00
Total	5.020	45.62	2.884	26.21	559	5.08	2.540	18.21	11.004	100.00

1-empregado com carteira; 2-funcionário público; 3- sem carteira; 4- autônomo

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Quando se analisa a distribuição dos vínculos, verifica-se que a maior parte dos profissionais da amostra apresenta vínculo formal com os serviços, sendo interessante destacar a homogênea distribuição das categorias 1 e 2 entre os perfis. Chama a atenção, entretanto, o percentual de médicos sem carteira assinada encontrado no perfil 4 e no perfil 2, indicando a fragilidade dos vínculos nas realidades em que o profissional opta por trabalhar fora do município de residência.

Para Perpétuo et al (2009), médicos do interior preferem neste campo, contratos com garantias trabalhistas em detrimento do concurso público, enquanto o desejo de permanecer

nos grandes centros, levaria aqueles alocados na Região Metropolitana a uma maior valorização aos cargos efetivos. Revela ainda em seu estudo, que no estado de Minas Gerais, apenas 10% dos profissionais do interior são concursados enquanto na capital as proporções chegam a 70%.

Quanto à variável ocupação, foi realizada análise considerando-se o número de médicos gerais e especialistas e suas respectivas participações em cada perfil.

Tabela 10- Distribuição dos Perfis, segundo ocupação

Ocupação	1		2		3		4		5		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
médicos gerais	4.154	58.81	552	7.82	527	7.46	256	3.62	1.575	22.30	7.063	100.00
médicos especialistas	2.926	74.26	116	2.95	216	5.48	94	2.37	589	14.94	3.941	100.00
Total	7.080	64.34	668	6.07	743	6,75	349	3.17	2.164	19.66	11.004	100.00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Na tabela 10, observa-se uma acentuada concentração das especialidades médicas no perfil 1, que aglutina 74,26% dos médicos com título de especialista, bem como revela a maior razão entre especialistas e generalistas de toda a amostra, o que pode ser resultado da densidade tecnológica disponível nos grandes centros, situação que para o perfil 3, apesar da modesta participação, com representação de 6,75% dos resultados, também pode ser apreciada, quando mostra uma razão de 0,41 especialistas para cada generalista, e apresenta a segunda colocação na amostra.

Para Santos (2004), as especialidades com alta incorporação tecnológica aliada ao maior poder aquisitivo da população das grandes cidades, são os grandes responsáveis pela má distribuição dos profissionais médicos e principalmente pelo adensamento das especialidades, nos maiores centros urbanos.

De acordo Póvoa (2004), a concentração de especialistas obedece escala populacional, de forma que municípios maiores de 50 mil habitantes apresentam as maiores razões de especialistas por habitante. Conclui que a viabilidade econômica do serviço médico especializado depende do tamanho do mercado.

Ao considerar o cenário brasileiro, encontra-se que 55% dos médicos são especialistas, mas que a depender da Unidade Federativa analisada, essa relação, de acordo com a pesquisa Demografia Médica no Brasil (2011), se inverte, situação de Pernambuco e de outros 11 estados brasileiros, onde o número de generalistas é superior. Assim, as observações aqui

realçadas, apesar de mostrarem uma relação ainda mais desigual entre as duas ocupações, avigoram os resultados trazidos pelo referido censo médico, levando a refletir sobre o Modelo de Atenção implantado no Estado e mesmo a oferta de vagas nos Programas de Residência Médica.

Quando a análise relaciona as ocupações à faixa etária, obtém-se uma distribuição bem homogênea, ao desconsiderar as faixas extremas, quando entre os mais jovens encontra-se 78% de generalistas e em contra partida, para aqueles de maior idade, 48% são especialistas, conforme observado na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das ocupações, segundo faixa etária

Ocupação	1		2		3		4		5		6		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
médicos gerais	128	78.28	1.985	65.60	1.325	62.23	1.596	67.24	1.371	67.09	658	51.88	7.063	64.19
médicos especialistas	36	21.72	1.041	34.40	804	37.77	778	32.76	673	32.91	610	48.12	3.941	35.81
Total	164	100.00	3.026	100.00	2.129	100.00	2.374	100.00	2.044	100.00	1.267	100.00	11.004	100.00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

1(<= 29) ; 2 (>29 e <=35); 3 (>35 e <= 45); 4 (>45 e <= 55); 5 (>55 e <= 65); 6 (>65)

Vale destacar, que os especialistas concentram-se entre os médicos com idade entre 30 e 45 anos, que respondem por 46,82% dos registros e que embora a tendência à especialização seja crescente até determinada faixa etária, o presente estudo, apresenta uma peculiaridade, as proporções diminuem nas faixas 4 e 5 (maiores de 45 até 65 anos) quando 67% dos médicos são generalistas e voltam a crescer entre os maiores de 65 anos, atingindo seu maior resultado. Na pesquisa médica, essa tendência de queda na concentração de especialistas, a partir dos 45 anos, também é observada, com uma diferença, ela se acentua a partir dos 60 anos.

Quando o assunto é titulação em mestrado e doutorado, observa-se que apenas 10,52% da amostra apresenta alguma dessas modalidades de formação acadêmica, então distribuídas entre 4 perfis e com a predominante participação do perfil 1, responsável por mais de 86% dos registros, muito provavelmente em função das demandas acadêmicas encontradas na capital, conforme observado na tabela 12.

Tabela 12- Distribuição dos perfis, segundo titulação

Ocupação	1		2		3		4		5		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mestrado	673	87,89	0	0,0	34	4,44	11	1,45	48	6,23	765	100,00
Doutorado	332	84.21	0	0,0	36	9.12	0	0,0	25	6.24	393	100.00
Total	1005	86,78	0	0,0	70	6,04	11	100.00	73	6,3	1158	100.00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

É importante salientar que as maiores proporções localizam-se entre àqueles que moram e trabalham no mesmo local, o que remete não apenas às características locais e pessoais, mas também à maior comodidade que tais cenários possibilitam, fazendo-se necessário frisar, entretanto, que a posição de docente nos Cursos de Medicina, prescindem, em sua maioria, de tais titulações.

Análise Descritiva dos Diferenciais de Rendimentos

Nesta seção serão analisados os rendimentos em todos os trabalhos e a renda total auferida pelos médicos no período estudado.

A tabela 13 traz os rendimentos em todos os trabalhos, dispostos segundo os perfis. Nesta é possível verificar que os maiores valores médios e menor desvio padrão localizam-se no perfil 1. Tal situação parece ser reflexo não apenas da maior concentração de especialistas na capital, mas também da maior capacidade de remuneração do mercado local. No que diz respeito aos demais cenários, são localizados no perfil 2, valores médios bem próximos aos do primeiro grupo, o que pode está relacionado tanto às maiores proporções de médicos com 2 ou mais trabalhos, encontradas neste perfil, quanto ao fato de 40% dos municípios deste grupo, fazerem parte da Região Metropolitana do Recife, concorrendo diretamente com a capital.

Há ainda que se considerar o desvio padrão observado no perfil 4, onde as diferenças salariais podem chegar próximas a R\$ 3.500,00, dentro de um intervalo de confiança de 95%, o que confere certa fragilidade aos sistemas de saúde locais, quanto ao provimento e mesmo fixação de seus médicos, os quais mantendo apenas o vínculo trabalhista com o município, tornam-se mais vulneráveis às mudanças locacionais, em função da oferta salarial.

Para Perpétuo et al (2009), a remuneração gera paradoxalmente à atratividade, a rotatividade entre municípios, pois os médicos se transferem seguindo a maior oferta financeira.

Segundo Girardi (2013), apud Carvalho (2013), afora as condições sócio-econômicas e a oferta de bens e serviços nas localidades, a remuneração apresenta-se como principal fator de atração para os médicos (92,31%), seguida imediatamente pelas condições de trabalho e a existência de educação permanente (84,62%).

Tabela 13 – Rendimento em todos os trabalhos, segundo perfil

PERFIL	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	
1	10.238,53	101,27	10.040,02	10.437,04
2	9.865,83	190,52	9.492,37	10.239,29
3	8.355,64	272,97	7.820,57	8.890,70
4	9.326,63	891,23	7.579,65	11.073,6
5	9.436,77	268,62	8.910,23	9.963,32
TOTAL	9.444,68	344,922	8.768,57	10.120,79

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Considerando ainda os achados de Carvalho (2013), que revelam médias salariais nacionais da ordem de R\$ 8.250,00, os valores praticados mostram-se então atrativos.

Para Perpétuo et al (2009), as médias salariais consideradas ideais para os médicos de Minas Gerais, estariam em torno de R\$ 10.000,00 de forma que os resultados apresentados também não se distanciam das expectativas remuneratórias da categoria.

Ao relacionar renda total e perfis, verifica-se na tabela 14, entretanto, que os maiores valores médios e o segundo maior desvio padrão, localizam-se no perfil 2, o que pode estar associado à presença do médico-empresário.

Tabela 14 – Renda total, segundo perfil

PERFIL	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	
1	12.571,26	179,71	12.218,99	12.923,52
2	14.963,30	809,16	13.377,2	16.549,4
3	9.148,36	286,75	8.586,27	9.710,45
4	10.296,18	907,86	8.516,62	12.075,74
5	10.864,71	352,51	10.173,72	11.555,70
TOTAL	11.568,76	507,2	10.574,56	12.562,96

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

De acordo com Machado (1997), os médicos-empresários respondiam, no Brasil, por 18,4%, concentrando-se nas Regiões Centro-oeste e Nordeste. Destaca, porém, que a maioria desenvolve suas atividades na capital.

Quando o presente estudo sinaliza a possibilidade dos ganhos adicionais serem consequência dessa nova categoria, considera as crescentes demandas por serviços complementares à rede SUS, que podem surgir principalmente no interior, como nicho promissor.

Ao tempo em que foi analisada a renda, torna-se necessário avaliar alguns atributos econômicos dos municípios que compõem cada grupo.

Características dos Municípios segundo Perfil

A atratividade exercida por espaços que apresentam os melhores indicadores socioeconômicos parece responder pelas desigualdades distributivas encontradas na alocação de médicos no país. A seção que se inicia permitirá a observação do PIB e IDH, inicialmente trazidos de forma agrupada e em seguida apresentados segundo municípios mais procurados para trabalhar, acrescidos ainda da população, distância entre Recife e o município eleito, PIB por mil pessoas e cobertura da Estratégia Saúde da Família.

A tabela 15 apresenta as médias de IDH e PIB e seus respectivos desvios padrão, revelando a importância da capital no cenário pernambucano e o impacto dos seus indicadores nos totais amostrais.

Tabela 15- Distribuição das médias de IDHm e PIB *per capita*, segundo perfil

PERFI	IDHm 2010				PIB <i>percapita</i>			
	L	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	Mean	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	
1		0,772	1,53E-18	0,772 0,772	19.540,20	5,00E-14	19.540,2	19.540,2
2		0,674	0,00186	0,67054 0,67784	9.131,99	166,05	8.806,450	9.457,49
3		0,772	1.12e-17	0,772 0,772	19.540,20	9,21E-14	19.540,2	19.540,2
4		0,647	0,00347	0,64059 0,65421	8.882,34	280,55	8.332,41	9.432,26
5		0,667	0,00096	0,66497 0,66872	9.656	229,54	9.206,21	10.106,07
TOTAL		0,706	0,0021	0,70402 0,70895	13.350,17	225,38	13.085,09	13.615,24

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Como os dados foram tabulados segundo o local de trabalho, para os perfis 1 e 3, os resultados se repetem e dizem respeito ao município de Recife, onde se localiza o maior IDH e PIB *per capita*. Quanto à distribuição do IDHm segundo perfil, verifica-se que apesar do perfil 2 manter a menor distância em relação à Recife, seu PIB per capita representa 46,73% daquele exibido pela capital, mantendo-o atrás também da média apresentada pelo perfil 5.

Vale destacar que embora o IDHm da amostra se revele superior ao do estado, para os perfis que não incluem Recife como local de trabalho, as médias mostraram valores menores que àquele apresentado por Pernambuco, no ano em questão, demonstrando que a participação da capital alavanca o IDHm e o PIB per capita do conjunto, em 0,043 e 4.126,73; respectivamente.

Na tabela abaixo, pode-se constatar que Jaboatão é o principal destino quando se analisa o panorama dos médicos que moram em Recife e trabalham em outro local. Além de município mais populoso, é também responsável pelo maior PIB e IDH do ranking, o que pode significar melhores condições de trabalho, bem como salários mais atrativos, corroborando com os estudos que apontam para a existência de uma relação quase monotônica entre o número de médicos e o PIB *per capita*.

Tabela 16- Distribuição do perfil 2, segundo municípios mais procurados para o trabalho

Município em que Trabalha	Médicos que não Trabalham em Recife	População	Distância (km)	PIB per capita (R\$)	PIB por mil pessoas (R\$)	IDH	Cobertura Estratégia Saúde da Família
1° Jaboatão dos Guararapes	101	644.699	19	R\$ 12.966,60	R\$ 8.359,55	0,717	39,62
2° Paulista	72	300.611	15	R\$ 7.084,49	R\$ 2.129,68	0,732	43,21
3° Olinda	69	375.559	7	R\$ 8.275,69	R\$ 3.108,01	0,735	45,16
4° Camaragibe	63	144.506	14	R\$ 5.237,10	R\$ 756,79	0,692	93,95
5° Igarassu	47	101.987	29	R\$ 11.244,11	R\$ 1.146,75	0,665	86,09
Total	352	1.567.362					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

No outro extremo, tem-se Igarassu, que além de exibir a menor população, o que pode significar menor oferta de serviços de saúde, apresenta o menor IDH e o quarto PIB, concentrando apenas 13,35% dos 352 médicos.

Seguindo a análise, a Tabela 17 exhibe os cinco municípios mais procurados para morar pelos indivíduos que não moram, mas trabalham em Recife. Mais uma vez, Jaboatão dos

Guararapes lidera o ranking, nesta, porém, cedendo para a capital 362 profissionais, o que vem a representar uma razão de 3,58 médicos cedidos para cada médico que recebe.

No que diz respeito às demais frequências, observa-se que o município de Paudalho, então 28 Km distante de Recife e com pouco mais de 50 mil habitantes, ocupa a quarta colocação e desloca para a capital cerca de 45 profissionais, quantitativo superior àquele encontrado quando o cenário avaliado diz respeito ao perfil 5, onde aparece com 23 profissionais.

Tabela 17- Distribuição do perfil 3, segundo municípios mais procurados para a moradia

Município em que Mora	Médicos que não moram e trabalham em Recife	População	Distância (km)	PIB capita (R\$)	per PIB (R\$ milhões)	IDH	Cobertura Estratégia Saúde da Família
1° Jaboatão dos Guararapes	362	644.699	19	R\$ 12.966,60	R\$ 8.359,55	0,717	39,62
2° Olinda	170	375.559	7	R\$ 8.275,69	R\$ 3.108,01	0,735	45,16
3° Camaragibe	87	144.506	14	R\$ 5.237,10	R\$ 756,79	0,692	93,95
4° Paudalho	45	51.374	28	R\$ 5.151,75	R\$ 264,67	0,639	100,0
5° Paulista	38	300.611	15	R\$ 7.084,49	R\$ 2.129,68	0,732	43,21
Total	702	1.516.749					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Quanto àqueles que moram e trabalham fora de Recife, observa-se que os mais procurados para o trabalho, incluem municípios da metropolitana, de forma que Jaboatão, Olinda e Paulista, aparecem entre as primeiras colocações. Merece destaque, por sua vez, o município de Capoeiras, que apesar de apresentar a segunda menor população e IDH do grupo, ocupa o ranking dos mais demandados.

Tabela 18- Distribuição do perfil 4, segundo municípios mais procurados para o trabalho

Município em que Trabalha	Médicos que não moram e não trab em Recife	População	Distância (km)	PIB per capita (R\$)	PIB (R\$ milhões)	IDH	Cobertura Estratégia Saúde da Família
1º Jaboatão dos Guararapes	47	644.699	19	R\$ 12.966,60	R\$ 8.359,55	0,717	39,62
2º Olinda	32	375.559	7	R\$ 8.275,69	R\$ 3.108,01	0,735	45,16
3º Paulista	29	300.611	15	R\$ 7.084,49	R\$ 2.129,68	0,732	43,21
4º Capoeiras	27	19.593	252	R\$ 4.726,03	R\$ 92,60	0,549	100,0
5º Petrolândia	26	32.485	429	R\$ 21.715,14	R\$ 705,42	0,623	74,15
Total	161	1.372.947					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Quando se analisa na tabela 19, os municípios do perfil 4, eleitos para morar, percebe-se que Olinda concentra em seu território a maior parte dos médicos que trabalham nas proximidades da capital, atendendo não apenas aos municípios da RMR e apresentando-se como destino de moradia de 32,66% dos médicos deste grupo.

Quanto às demais localidades, torna-se necessário referenciar Garanhuns e Floresta, que apesar de não participarem do grupo 4 como local de trabalho, apresentam-se como municípios escolhidos, pelos médicos da região, para morar, muito provavelmente em função dos seus atributos locais.

Tabela 19 – Distribuição do perfil 4, segundo municípios mais procurados para a moradia

Município em que Mora	Médicos que não moram e não trab em Recife	População	Distância (km)	PIB per capita (R\$)	PIB (R\$ milhões)	IDH	Cobertura Estratégia Saúde da Família
1º Olinda	114	375.559	7	R\$ 8.275,69	R\$ 3.108,01	0,735	45,16
2º Jaboatão dos Guararapes	41	644.699	19	R\$ 12.966,60	R\$ 8.359,55	0,717	39,62
3º Garanhuns	39	129.392	228	R\$ 8.811,07	R\$ 1.140,08	0,664	81,45
4º Floresta	26	29.284	433	R\$ 9.773,55	R\$ 286,21	0,626	49,11
3º Paulista	19	300.611	15	R\$ 7.084,49	R\$ 2.129,68	0,732	43,21
Total	161	1.136.471					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Na tabela 20, observa-se que mais de 55% dos médicos alocados no perfil 5, concentram-se nos 5 municípios do ranking e que os destinos mais procurados são os municípios de Caruaru, Petrolina e Garanhuns, cidades que abrigam escolas médicas e que respondem juntos por 70% das escolhas, o que vem a corroborar com os achados de Carvalho (2013), que relacionam escolas médicas a maior oferta de serviços de saúde.

Tabela 20- Distribuição do perfil 5, segundo municípios mais procurados para o trabalho

Município em que Trabalha	Médicos que não moram e não trab em Recife	População	Distância (km)	PIB capita (R\$)	per PIB (R\$ milhões)	IDH	Cobertura Estratégia Saúde da Família
1º Caruaru	353	314.951	140	R\$ 9.536,83	R\$ 3.003,63	0,677	30,01
2º Petrolina	258	294.081	722	R\$ 10.708,48	R\$ 3.149,16	0,697	58,14
3º Garanhuns	223	129.392	228	R\$ 8.811,07	R\$ 1.140,08	0,664	81,45
4º Jaboatão dos Guararapes	214	644.699	19	R\$ 12.966,60	R\$ 8.359,55	0,717	39,62
5º Olinda	143	375.559	7	R\$ 8.275,69	R\$ 3.108,01	0,735	45,16
Total	1191	1.758.682					

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

Quando são retirados do cenário os municípios da metropolitana, sua representação não ultrapassa 22% e que municípios como Serra Talhada, Arcoverde e Salgueiro são responsáveis por 15% das escolhas. Torna-se necessário ainda destacar, que quando são estabelecidas as frequências em relação ao município de origem, observa-se que 46,72% dos médicos alocados neste perfil, nasceram naquela localidade, o que pode explicar a representação deste grupo na amostra.

De acordo com a pesquisa Demografia Médica no Brasil (2013), apesar dos grandes centros revelarem importante influência na fixação dos médicos, cerca de 1/3 destes retornam para suas cidades de origem.

Demografia

A presente seção trará dados gerais do perfil dos médicos do Estado, avaliando tendências e promovendo reflexões sobre a repercussão de cada cenário. Serão analisadas variáveis como idade, gênero e estado civil, adicionando ao estudo elementos que

possibilitam uma melhor compreensão da conjuntura e dos desafios na conformação dos serviços.

A feminização da medicina é tendência mundial e impacta diretamente no modelo de cuidados aos pacientes e na organização do sistema de saúde. A tabela 21 traz a distribuição dos médicos segundo idade e gênero, revelando que apesar da prevalência do sexo masculino, observa-se a forte participação das mulheres neste mercado.

É importante salientar que as diferenças entre os gêneros se acentuam nas maiores faixas etárias, quando do total de 3.311 profissionais com mais de 55 anos, apenas 34,46% são mulheres, e a população masculina assume praticamente 2/3 da amostra, o que vem a realçar a predominante presença de médicos no mercado, até a década de 1970, conforme relatado por Scheffer & Cassenote (2013).

Tabela 21 - Distribuição dos gêneros, segundo faixa etária

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	58	35,1	106	64,9	164	100,0
B	1.551	51,26	1.475	48,74	3.026	100,0
C	977	45,91	1.152	54,09	2.129	100,0
D	1.394	58,72	980	41,28	2.374	100,0
E	840	41,1	1.204	58,9	2.044	100,0
F	301	23,72	967	76,28	1.267	100,0
Total	5.121	46,53	5.883	53,47	11.004	100,0

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

A(<= 29) ; B (>29 e <=35); C (>35 e <= 45); D (>45 e <= 55); E (>55 e <= 65); F (>65)

Quanto aos demais intervalos é possível verificar, entretanto, maior participação feminina, sendo as mulheres responsáveis por 51,73% do total de registros, o que vem a contrariar os resultados obtidos em pesquisas nacionais que revelam um crescimento gradual e a predominância das mulheres entre os menores de 29 anos. (BRASIL, 2011, 2013; SCHEFFER & CASSENOTE 2013)

Na distribuição dos gêneros segundo perfil, observa-se a concentração de 69,52% das médicas no 1º grupo e a predominância dos registros femininos nos perfis que trazem Recife como opção de trabalho. Tal constatação vem realçar os relatos obtidos em estudos que

revelam a menor propensão feminina à instalação em áreas de difícil provimento profissional (21).

Tabela 22- Distribuição dos gêneros, segundo perfil.

Perfil	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	3.560	50,29	3.519	49,71	7.080	100,00
2	284	42,54	384	57,46	668	100,00
3	392	52,73	351	47,27	743	100,00
4	161	46,14	188	53,86	349	100,00
5	723	33,42	1.441	66,58	2.164	100,00
Total	5.121	46,53	5.883	53,47	11.004	100,00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

É notória, na tabela 22, a equilibrada distribuição dos gêneros dentro de cada perfil, exceção feita ao quinto grupo, onde o contingente masculino representa aproximadamente 2/3 da amostra.

Na análise da distribuição etária segundo perfil, verifica-se que para o primeiro intervalo (≤ 29 a), 92,68% dos registros concentram-se nos perfis em que Recife se apresenta ou como local de moradia e/ou como local de trabalho, o que destaca a opção dos recém-formados por permanecer na capital para continuação do processo formativo. Segundo Machado (1997), os primeiros anos da vida profissional de um médico são marcados pela busca à especialização, levando-os a concentrarem-se nas regiões onde há oferta de vagas.

Tabela 23- Distribuição das faixas etárias, segundo perfil

Perfil	A		B		C		D		E		F		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	101	1.42	2.092	29.54	1.287	18.18	1.619	22.86	1.140	16.10	843	11.90	7.080	100.00
2	50	7.47	165	24.61	69	10.30	52	7.84	253	37.82	80	11.96	668	100.00
3	1	0.13	119	16.05	246	33.12	177	23.78	117	15.77	83	11.14	743	100.00
4	0	0.00	130	37.26	55	15.87	87	25.03	57	16.40	19	5.44	349	100.00
5	13	0.58	521	24.08	472	21.79	438	20.26	477	22.06	243	11.23	2.164	100.00
Total	164	1.49	3.026	27.50	2.129	19.35	2.374	21.57	2.044	18.58	1.267	11.52	11.004	100.00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

A (≤ 29) ; B (>29 e ≤ 35); C (>35 e ≤ 45); D (>45 e ≤ 55); E (>55 e ≤ 65) ; F (>65)

Quanto às características etárias dos perfis, pode-se observar que aproximadamente 50% (49,85%) dos médicos alocados no perfil 2, apresentam idade superior a 55 anos, destoando dos resultados visualizados nos outros grupos, onde a maior parte da distribuição localiza-se

exatamente no acumulado das demais faixas e atinge minimamente 66% dos registros, o que sugere consolidação da vida profissional e menor disponibilidade para mudanças de endereço.

De acordo com Póvoa e Andrade (2006), a escolha locacional pode ser tomada como investimento, de forma que quanto mais jovem o médico, maiores os benefícios da mudança.

No que diz respeito a morar e trabalhar no mesmo município- grupos 1 e 5- verifica-se que suas participações em cada faixa etária, quer em termos absolutos, quer em termos relativos, revelam as maiores frequências, mostrando-se relativamente uniformes, ao longo de toda a distribuição.

Considerando a importância do cônjuge nas escolhas locacionais dos médicos (Perpétuo et al, 2009), a tabela 24 apresenta a distribuição dos perfis segundo estado civil.

Tabela 24- Distribuição dos perfis, segundo estado civil

Perfil	Estado Civil			Total
	1	2	3	
1	4.810	675	1.596	7.080
2	385	87	196	668
3	423	36	283	743
4	252	18	79	349
5	1.508	146	511	2.164
Total	7.378	961	2.665	11.004

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE 2010

1- Casado; 2- Separado ou viúvo; 3-Solteiro

De acordo com o exposto, a maioria dos médicos da amostra são casados, o que pode ajudar a explicar a escolha por municípios maiores e/ou com melhores oportunidades, e mesmo a menor participação dos perfis 2, 3 e 4 no estudo, quando tem-se que optar por trabalhar e morar em municípios distintos, muito provavelmente em função destes não oferecerem isoladamente, atributos aos quais se pretende consumir.

No geral, pode-se inferir que morar e trabalhar no mesmo município é opção para a maioria dos médicos, com forte predominância da capital Recife nas escolhas, onde estão localizados os maiores salários e a maior concentração de especialistas. Há que se considerar, entretanto, as baixas relações médico/habitante encontradas nos demais perfis, então inferiores a 1/1000, conforme preconizado pela OMS, indicando as desigualdades nas distribuições.

Ao mesmo tempo, os perfis que excluem a capital, acumulam suas frequências nas localidades com as melhores vantagens econômicas e relativa facilidade de acesso, corroborando com as pesquisas que afirmam que as escolhas locacionais são determinadas também pelos atributos locais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou descrever e analisar as características dos médicos que migram para o interior do estado de Pernambuco e os atributos daqueles que optam por permanecer na capital, propondo-se a realizar inferências a cerca das escolhas locacionais.

Diante dos resultados encontrados verifica-se que apesar do alto grau de descentralização das ações e serviços de saúde, promovido pela municipalização e assegurado pela Atenção Primária, os médicos concentram-se em Recife, sendo possível constatar uma importante disparidade entre capital e interior.

Deve-se pontuar que o presente estudo utilizou-se de dados secundários do censo IBGE 2010 e que questões como por exemplo, capacidade instalada e ocupada da rede local, não foram levantadas, o que pode vir a comprometer algum tipo de observação mais profunda quanto ao provimento municipal.

Neste sentido tomou-se como referência a recomendação da OMS de garantir-se 1 médico para cada 1000 habitantes, sendo revelado pelo estudo que apesar de dispormos de uma razão de 1,66 médicos/habitantes no estado, 56% dos municípios da amostra apresentam razão inferior a 0,5, o que traduz a grande dificuldade de prover médicos no interior do país.

Há que se considerar, porém, a estreita relação encontrada entre características socioeconômicas e atratividade profissional, revelando que mesmo municípios longínquos, como àqueles localizados no sertão do estado, podem apresentar, a depender dos indicadores econômicos, elevadas frequências e razões médico/habitante.

A maioria dos registros, entretanto, concentra-se entre os municípios próximos à Recife, o que pode sugerir o interesse dos médicos em usufruir das amenidades urbanas disponíveis nos grandes centros.

A prática dos melhores salários pela capital, conforme discutido, com a localização dos maiores rendimentos no perfil 1, contraria porém, a lógica das compensações financeiras, quando os municípios menores se submetem ao pagamento de salários desproporcionais a sua realidade para manter ativos os profissionais médicos em seu território.

É sabido, entretanto, que as limitações econômicas locais funcionam como gargalos nestas disputas e que além do provimento é imprescindível amadurecer para as estratégias de fixação, que garantam a continuidade do cuidado e a responsabilização dentro das redes.

Assim para além das questões financeiras, há que se pontuar também os estímulos não monetários, como a oferta de educação permanente, de melhores condições de moradia, de incentivos aos estudos dos filhos, de ascensão funcional e despreciação de vínculos, como elementos adicionais e impactantes para as questões de provimento e fixação profissional, sendo, portanto, recomendados novos estudos para aprofundamento das discussões.

Compete acrescentar, ainda, que os dados apresentados pela pesquisa são anteriores aos últimos investimentos realizados pelo governo federal na direção do provimento e fixação de profissionais de saúde para o SUS, o que pode ter alterado sobremaneira, as realidades encontradas e os resultados por hora descortinados.

Neste sentido, recomenda-se a avaliação do impacto dos programas de provimento-PROVAB e Mais Médicos- para os indicadores de saúde das regiões e o mercado de trabalho médico, bem como novas pesquisas para a atualização dos cenários e fluxos migratórios, considerando outras variáveis e realizando auscultas aos profissionais de saúde, gestores, Instituições de Ensino Superior e entidades de classe, de forma a complementar as leituras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. **Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, out. 1997. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X1997000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2014.

BORRELLI, F. R. G. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado.** Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão. Rio de Janeiro 2004.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da População dos Municípios Brasileiros.** Diretoria de Pesquisas –DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica – GEADD, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção Básica: **Portaria Nº 648/GM DE 28 de março de 2006.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório síntese: Seminário Nacional Sobre Escassez, provimento e fixação dos profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 240, (Série D. Reuniões e Conferências). 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 12.871. Advocacia-Geral da União – AGU; Ministério da Saúde – MS; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP; Ministério da Educação – MEC, 2013.

BRASIL, Banco Mundial. **Novo programa de crescimento inclusivo de Pernambuco beneficiará nove milhões de cidadãos.** Disponível em: www.worldbank.org/pt/new/press-release/2013/06/25/wb-brazil-pernambucos-new-inclusive-growth-program-will-benefit-nine-million-residents. Acesso em 09 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.434/GM Em 14 de julho de 2004:** define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1434.htm>. Acesso em 10 dez 2014.

BRASIL, **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.** Departamento de Informática do Ministério da Saúde, DATASUS, 2011. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. **Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.** rap – Rio de Janeiro 42(2):347-68, Mar./abr. 2008.

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

CAMPOS et al., **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada** 2.a, ed. – São Paulo: Aderaldo & Rothschild, Cap 5, p. 132, 2010.

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação.** 2013. 167 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva na linha de na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde. Brasília, 2013.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. **Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?** Comunicação Saúde Educação, v. 17, n. 47, p. 913-26, 2013.

CECILIO, L. C. O. **A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde:** qual pode ser o seu papel? Rio de Janeiro Nov. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.11 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil.** Coordenação de Mauro Brandão Carneiro e Valdíney Veloso Gouveia. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

CREMEPE, Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Pesquisa do Conselho Federal de Medicina revela que cidades do interior possuem apenas 21% dos profissionais que atuam em Pernambuco, apesar de a região reunir mais da metade da população. 2010. Disponível em: <http://www.cremepe.org.br/mostraNoticia.php?id=3619>. Acesso em: 20 DEZ, 2014.

CRUZ, A. **Fim do Mais Médicos é exigência de entidades de classe para o diálogo com Dilma.** (Edição em Português). Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/eleicoes-2014/fim-do-mais-medicos-esta-entre-as-exigencias-que-as-entidades-medicas-apresentam-ao-dialogo-com-dilma-9413.html>. Acesso em: 20 NOV. DE 2014.

DEMOGRAFIA Médica no Brasil. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo:** Conselho Federal de Medicina, São Paulo, 118 p. 2011.

DEMOGRAFIA Médica no Brasil. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**: Conselho Federal de Medicina, São Paulo: 256 p. 2013.

FELIPE, E. **Em busca do Equilíbrio**. Disponível em: <http://www.diagnosticoweb.com.br/noticias/gestao/em-busca-de-equilibrio.html>. Acesso em: 02 Dez. 2013.

FERNADES, A. C.; LIMA, J. P. R. **Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico do Recife**. Nova econ. vol.16 no.1 Belo Horizonte Jan./Apr. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010363512006000100001> Acesso em: 09 dez 2013.

FERRARI, R. A. P.; THOMPSON, Z.; MELKIOR, R. **Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná**. Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Caderno do CCS, Campinas, 1999.

FREIDSON, E. **Professional Power: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge**. Chicago: Chicago University Press, 1986.

IMMERGUT, E. M. **The Political Construction of Interest**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

LACERDA A.; MASSIGNAN, A. G.; VINHOLI A.; SIMÕES J. C. **Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil**. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p.193-199, jul./set. 2012.

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

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. / coordenado por Maria Helena Machado. - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MAIS MÉDICOS para o Brasil é mais saúde para quem precisa. **Mais médicos: 95% da população está satisfeita e 85% diz que atendimento melhorou muito**. (Edição em Português). Disponível em: <http://jornalggn.com.br/noticia/mais-medicos-95-da-populacao-esta-satisfeita-e-85-diz-que-atendimento-melhorou-muito>. Acesso em: 20 Nov. de 2014.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p. 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 512p, 2012.

MEASENEER, J. et al., **A atenção Primária a Saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde:** uma revisão da literatura – iniciativa da rede de conhecimento em sistema de saúde. Rev. Brasileira Saúde da Família – 20 anos de SUS e 15 anos de Saúde da Família: mudando a Saúde do Brasileiro. Julho a Setembro de 2008.

NUNO, R.; BENGIOA, R. **Exploración concptual de La atención integrada. Curar e Cuidar: innovación en La gestión de enfermedades crônicas: uma guia prática para avanzar.** Barcelona: Elsevier España, 2008.

OLIVEIRA, M. S. **Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 29-33, 2009.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização do Estado de Pernambuco.** Recife, 2011.

PERNAMBUCO, Secretária de Saúde do Estado. **Plano Estadual de Saúde 2012 a 2015.** Gerência Geral de Planejamento. Pernambuco, 2012.

PERNAMBUCO, Secretária de Saúde do Estado. **Relatório Técnico.** Superintendência de Atenção Primária. Pernambuco, 2013.

PERPÉTUO et al. **A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais,** Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, p. 40, 2009.

PIMENTEL, T. **PIB Pernambuco cresceu 3,2% no 2 semestre de 2013, aponta pesquisa.** Disponível em:
<http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/economia/2013/09/13/internas_economia,462131/pib-pernambucano-cresceu-3-2-no-2-trimestre-de-2013-aponta-pesquisa.shtml>. Acesso em: 05 dez. 2013.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade de vida e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookmam companhia editora, 2007.
PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade de vida e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookmam companhia editora, 2007.

PÓVOA, L. **Dois ensaios econômicos sobre a distribuição geográfica dos médicos.** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Médicas – UFMG, 2004.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M.V. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1555-1564, AGO, 2006.

ROA, A.C. **Experimentos de Escolha Discreta sobre Provimento e Fixação de Recursos Humanos em Saúde.** Anais VI Jornada- Brasília, 2012.

ROCHA, R. M. **Amenidades locais versus oportunidades econômicas: estimando a propensão marginal a pagar pelas Amenidades para as Regiões Metropolitanas do Brasil.** Recife: O Autor, 2008.

ROCHA, R.M.; MAGALHÃES, A.M. **As amenidades naturais influenciam a escolha locacional dos trabalhadores? Evidências para as regiões metropolitanas brasileiras.** Revista brasileira de Estudos de População, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 369-387, jul./dez. 2011.

RODRIGUES, R.B. **Atração e retenção e a lógica da gestão de recursos humanos - Um estudo sobre os médicos do programa saúde da família (PSF) em Belo horizonte.** Dissertação (Mestrado em Administração) - EAD/UFMG, Belo Horizonte, 2008.

SANTOS, M. P. R. **Pernambuco como pólo de atração para médicos no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).** 2004. 61 p. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Fundação Osvaldo Cruz, Centro de pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, 2004.

SCHEFFER, M. C.; CASSENTE, A. J. F. **A feminização da medicina no Brasil.** Rev. bioét. (Impr.), 21 (2): 268-77, 2013.

SCHWARTZ W. B.; NEWHOUSE J. P.; BERNETT B. W.; WILLIAMS A. P. **The changing geographic distribution of board-certified physicians: Facts, theory and implications.** Santa Monica: The Rand Corporation; 1980.

SENNA, M. C. M. MELLO, A. L. R. BODSTEIN, R. **A Estratégia Saúde da Família no DLIS/Manguinhos. Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos, RJ.** Rio de Janeiro: ABRASCO/CIDA-CPHA/FINEP/FIOCRUZ. 2002.

SOBEL, T. F.; MUNIZ, A. L. P.; COSTA, E. F. **Divisão Regional do Desenvolvimento Humano em Pernambuco: Uma aplicação da análise de Cluster,** 2008.

SOARES, F. N. **Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte no Interior de Paulista.** Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Uberaba, Minas Gerais, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726 p. 2002.

WHITCOMB, M. E.; COHEN, J. J. **The future of primary care medicine.** New England Journal of Medicine, v.351, n.7, p.710-712, 2004.