

Circularidade dos médicos nas regiões de saúde no Brasil

Paulo Henrique Seixas ¹
Liza Yurie Teruya Uchimura ²
Ana Luiza d'Ávila Viana ³
Rodrigo Calado da Silva ⁴

^{1,4} Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^{2,3} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 01.246-903.
E-mail: lytuchimura@gmail.com

Resumo

Objetivos: caracterizar a circularidade médica no Brasil e a discutir o caso das regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos, São Paulo.

Métodos: estudo transversal com uso de dados secundários de cadastros nacionais e estudo de caso de uma amostra de médicos nas regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos.

Resultados: em média, nas regiões de saúde do Brasil, 45% dos médicos em atividades circulam em mais de uma região. As capitais dos estados têm médicos mais estáveis, enquanto que mais de 50% da força de trabalho médica atua em outras regiões. Os profissionais com maior tendência de mudança são aqueles que trabalham em especialidades cirúrgicas em serviços para apoiar o diagnóstico e a terapia.

Conclusões: há uma alta circulação de médicos entre as regiões, com características distintas entre regiões geográficas e regiões de saúde. No caso de Barretos, os profissionais se movimentam em função de sua associação profissional e de especialidades praticadas.

Palavras-chave Distribuição de médicos, Regionalização, Sistema de saúde

Introdução

A dinamicidade dos sistemas de saúde é evidente ao observarmos os movimentos dos profissionais da saúde e os fluxos dos pacientes. A questão da mobilidade profissional vem sendo abordada sob diferentes aspectos. Uma das primeiras discussões a respeito é apresentada por Sturdavant e Jydstrup em 1955, apud Campos e Manlik,¹ que analisaram a dificuldade de fixação da equipe de enfermagem em um hospital nos Estados Unidos para oferecer os cuidados em saúde.

A mobilidade médica é observada desde 1940, principalmente, com a migração destes profissionais na dinâmica do território europeu. Costigliola² relata que a migração dos profissionais médicos está basicamente relacionada aos problemas do sistema de saúde e que isto não é um problema fundamentalmente do sistema em si, mas um problema que os gestores precisam identificar não como um sintoma isolado. Para o autor, o lado positivo desta mobilidade ocorre quando ela é temporária e com propósitos para ampliar o conhecimento com benefício para os pacientes. Entretanto, se a mobilidade ocorre a longo prazo, os impactos negativos ocorrem com a perda financeira do país que investiu na educação dos médicos, para o sistema de saúde que ampliará o contingente de falta de médicos ou mal distribuição e, conseqüentemente, no acesso para os pacientes.²

Outros autores^{3,4} afirmam que as áreas urbanas são mais atraentes para os profissionais de saúde devido vantagens sociais, culturais e, até mesmo, as próprias facilidades que a profissão pode oferecer. Além disto, reforçam as vantagens por melhores oportunidades de progresso na carreira, perspectivas de emprego e um amplo acesso ao componente privado da saúde, sendo este item importante em países de baixo e médio desenvolvimento socioeconômico.^{3,4}

Um estudo em Portugal, evidenciou que os múltiplos empregos entre enfermeiros e médicos era um fator relevante no sistema de saúde. A multiplicidade foi considerada como “situação em que um profissional de saúde mantém várias posições relacionadas com a saúde em diferentes contextos de trabalho, sejam públicos ou privados”. Os profissionais médicos apresentaram maior multiplicidade do que os enfermeiros. E, os médicos de família foram o grupo profissional com maior prevalência de múltiplos empregos. Além disto, o critério com maior relevância para trabalhar no setor privado para os médicos estava na importância da autonomia profissional.⁵

Com frequência, essa diversidade de vínculos associada aos deslocamentos do médico na sua área de atuação, aparece como uma característica negativa da prática, relacionada ao desgaste do profissional, ou a uma assistência de menor qualidade justificada como uma resposta do profissional à baixa remuneração.⁶

Outro movimento observado é a rotatividade dos profissionais médicos, definido como a “flutuação de profissionais, expressa pela relação entre as admissões e os desligamentos da mão de obra profissional contratada, ocorridos de forma voluntária ou não, em determinado período”.⁷ Estudos apontam que a maior rotatividade dos médicos ocorre na Região Sul e Sudeste, maiores que a média nacional (36,7%).⁸ Campos e Malik¹ relatam que o índice de rotatividade acima de 26% é considerado suportável mesmo causando impactos financeiros na organização do sistema. Estes autores ainda afirmam que um índice acima de 50% apresenta riscos na qualidade e produtividade dos serviços de saúde.

Os recursos humanos em saúde são considerados elementos essenciais na redução das barreiras de acesso para a população à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em relação aos médicos, são considerados como principais problemas a escassez destes profissionais e, também, a má distribuição geográfica, destaque para os médicos especialistas entre zonas geográficas e os diferentes níveis de atenção. Estudos sugerem que especificamente para a atenção primária a disponibilidade de médicos pode ser superada se os problemas de rotatividade forem solucionados.⁹

A concretização de sistemas de saúde regionalizados e integrados, a fim de superar a divergência entre o diagnóstico situacional, com o aumento das doenças crônicas, e com as atuais ações de saúde voltadas para patologias agudas, implicou na criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, o que, por sua vez, exigiu o estabelecimento de parcerias autônomas, mas interdependentes, entre municípios e estados.¹⁰ A RAS foi definida como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.¹¹

Quando efetivamente projetada e implementada, a regionalização permite que um sistema de saúde coordene cuidados, elimine redundâncias, reduza custos, otimize a utilização de recursos e melhore os resultados.

Um estudo realizado com gestores no Canadá observou um fraco engajamento dos médicos com o sistema de saúde e, principalmente, com a questão

da regionalização. Os modos de engajamento, contratação e remuneração dos médicos foram reconhecidos pelos participantes do estudo como um dos maiores obstáculos para melhorar o desempenho dos sistemas regionais de saúde no Canadá.¹² Nesta perspectiva o envolvimento dos médicos é fator fundamental para se obter a plena implantação da regionalização nos serviços de saúde.¹³

Circularidade dos médicos e Regionalização

Toda as diferentes abordagens relacionadas a movimentação dos profissionais – migração, rotatividade, multiplicidade/diversidade de vínculos, trazem elementos importantes para a discussão de dois problemas fundamentais para a estruturação dos sistemas de saúde – distribuição/ disponibilidade de profissionais e regionalização. O que pretendemos aqui é ajustar esta perspectiva da movimentação médica para uma nova abordagem: verificar como se movimentam os profissionais pelo país e, mais especificamente, dentro e entre as regiões, e, a partir da descrição da complexidade destes movimentos, analisá-los de forma mais integrada ao processo de estruturação das regiões de saúde. Tal observação nos possibilitará identificar se existem de fato profissionais com características de atuação regional.

Optamos por denominar este tipo de movimentação como circularidade médica definida pela diversidade de vínculos constituintes do exercício profissional médico no seu cotidiano de trabalho, que ocorre ao longo de um determinado período em determinados espaços geográficos.⁷ Diferencia-se do conceito de migração na medida em que aquele relaciona-se a mudanças mais definitivas, inclusive com mudanças de local de moradia, enquanto este refere-se as movimentações entre serviços e regiões que se realizam no cotidiano do trabalho do profissional, portanto se repete ciclicamente. Por outro lado, considera e complementa o conceito de diversidade de vínculos, na medida em que se aplica ao conjunto dos médicos ou especialistas daquela região em relação as outras regiões onde estes profissionais possam atuar.

Com frequência a solução para o enfrentamento do problema da diversidade de vínculos seria a vinculação do profissional a um ou poucos serviços, associado a uma relação de trabalho mais estável e com remuneração mais adequada – por vezes traduzida com uma proposta de criação de uma carreira de estado.¹⁴ Se esta pode ser uma estratégia importante para a atuação dos profissionais da estratégia de saúde da família, isto nem sempre se aplica ao seu trabalho em diversas outras especiali-

dades, onde a fixação poderia ser uma estratégia não apenas improdutivo, como ineficiente.

Assim, este estudo propõe introduzir a discussão sobre como esta movimentação se associa a diferentes determinantes - fatores demográficos, estrutura assistencial, possibilidades de acesso - como também com o mercado de trabalho regional, e, no limite; como o arranjo produtivo local bem como a ordenação deste arranjo determina ou influencia esta circularidade e, estando relacionada a quais interesses; qual o seu impacto em termos de acesso da população aos serviços públicos de saúde e, finalmente, qual a possibilidade de os agentes públicos interferirem nesta movimentação de forma positiva.

Este estudo tem como objetivo dimensionar a circularidade médica nas regiões de saúde no país aprofundando alguns aspectos ao discutir o caso das regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos, São Paulo, Brasil.

Assim, ainda que o tema de fundo não seja original – migração de médicos, disponibilidade de profissionais, estratégias de atração e fixação - a abordagem, inserindo a discussão da circularidade regional como um fator constituinte desta disponibilidade, e buscando identificar padrões e fatores relacionados a estes movimentos, procura-se desnaturalizar este fenômeno de forma a permitir intervenções e políticas públicas redistributivas mais eficientes. Entretanto, esta abordagem mais integrada não se observa com muita frequência na literatura nacional e internacional, o que limitou um pouco o dialogo com outras experiências.

Métodos

Circularidade médica

Trata-se de um estudo que contempla duas estratégias complementares: um estudo transversal buscando identificar padrões de circulação médica entre as regiões do país, construído através do uso de dados secundários de fontes de dados nacionais, associado a um estudo de caso em uma região de saúde, onde se procura aprofundar a descrição do arranjo produtivo de saúde local, e suas implicações para esta circularidade aí observada.

Para o estudo transversal foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) operacionado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Este estudo integra a pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” cujo objetivo maior é identificar as condições que estejam favorecendo ou dificultando a regionalização nos estados e

a conformação das redes de atenção à saúde com a compreensão dos possíveis entraves à diminuição das desigualdades na universalização da saúde no Brasil.

Foram selecionadas as 438 regiões de saúde do Brasil nas competências do mês de março de 2013 a março de 2014 para todos os profissionais médicos cadastrados na base nacional deste período.

Foram constituídos dois agrupamentos para a análise da movimentação dos médicos: - os estáveis e os não estáveis – que permanecem atuando na região ao longo de determinado período – março de 2013 a março de 2014, o que permite uma aproximação com a capacidade de retenção de profissionais ao longo do tempo; - o de profissionais exclusivos ou não exclusivos – percentual de profissionais que atuam exclusivamente nesta região ou não – possibilitando também considerações a respeito da dependência de trabalho médico desta região em relação a outras.

Estas categorizações permitem dois tipos de observação – uma direcionada as regiões - como estas se organizam os movimentos de seus profissionais internamente - e em relação as outras regiões. Neste sentido seria possível identificar regiões com padrões de circulação intra e inter-regionais, sua dependência de trabalhos externos e sua capacidade de retenção. E a segunda abordagem dirigida aos próprios profissionais – como circulam e se vinculam aos serviços nas diferentes regiões, permitindo identificar eventualmente, padrões ou perfis de circulação dos médicos e suas especialidades – como e onde atuam e se vinculam os exclusivos e não exclusivos, com quais especialidades.

Os dados foram tratados e revisados de forma semiautomática e verificados manualmente quanto à consistência e integridade. Foram filtrados com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, versão de 03/05/2010) com seleção de todas as ocupações médicas. Para os cálculos envolvendo densidades demográficas, utilizaram-se as estimativas de população residente nos municípios com data de referência em 01/07/2014, obtidas do banco de dados de estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O tratamento e análise dos dados foram feitos com uso do ambiente de programação R (v.3.1.1). Como medidas-resumo, escolhemos média, desvio padrão, mediana, valores máximo e mínimo. O código-fonte dos programas desenvolvidos está disponível no portal da pesquisa e contém a documentação necessária para a reprodução dos resultados, mediante solicitação de autorização por parte da coordenação. Os mapas foram gerados a partir das malhas estatuais fornecidas pela

divisão de Geociências do IBGE com auxílio dos programas ArcGIS (v10.0) e Quantum GIS (v2.8.1).

Estudo de caso

O estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas. As múltiplas fontes de evidências permitem reforçar a validade do constructo do estudo de caso e poderão proporcionar várias avaliações do mesmo fenômeno que buscam corroborar a mesma descoberta, um desenvolvimento de linhas convergentes de investigação.¹⁵

Neste sentido, o estudo de caso deve possibilitar associar as observações referentes a circularidade dos médicos da região com as características do processo produtivo de saúde local, considerando mercado de trabalho, agentes contratantes, principais formas de vinculação agentes formadores, organização corporativa, *mix* público privado, perfis profissionais e de exercício profissional, estratégias de atuação que possibilitassem compreender e eventualmente influenciar estas movimentações.

Desta maneira, foi realizado um estudo de caso com médicos e gestores das regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos, na macrorregião sudeste do Brasil, em agosto de 2015. As regiões foram selecionadas seguindo critérios de desenvolvimento socioeconômico e oferta/complexidade de serviços de saúde, juntamente com a tipologia de regiões proposta por Viana *et al.*¹⁶ Estas regiões foram selecionadas no conjunto do estudo nacional a fim de compreender as múltiplas influências da circularidade dos médicos nestas regiões de saúde, no qual, apresentam melhores pontuações na tipologia de regiões dos autores supracitados.

Foram entrevistados onze médicos nas regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos e gestores dos principais serviços regionais. Como critério de inclusão os médicos todos deveriam ter pelo menos uma residência médica e pelo menos um vínculo empregatício, seja público ou privado. Dados do CNES foram utilizados para identificação e localização dos médicos. Os profissionais médicos foram selecionados buscando garantir diversidade de especialidades, número e tipos de vínculos, diversidade de serviços e idade, em diferentes municípios da região. Todos autorizaram a entrevista e a gravação em áudio.

Um roteiro específico para os profissionais foi elaborado com seis questões abertas relacionadas a carga horária e locais de atuação, elementos determi-

nantes para a escolha dos locais de trabalho, atuação individual ou em grupo, atuação em outra especialidade médica e informações sobre registro do profissional no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o número de processo 071/15, e de acordo com a norma do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

Resultados

O estudo analisou 332.830 médicos, que apresentam em média 2,9 vínculos por profissional. A média de não-exclusivos é de 36,34% para o Brasil (percentual de médicos com vínculos em mais de uma região do país) e a média de não exclusivos nas regiões é de 44,56%. Nosso estudo identificou que os médicos ultrapassam as fronteiras das regiões de saúde, ou seja, a movimentação inter-regional foi intensa na ordem de 35% a 40%.

Os dados permitiram demonstrar que há grupos de profissionais confinados a uma região, chamados de médicos estáveis, com uma estabilidade elevada em algumas regiões do país, como é o caso das regiões metropolitanas do Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

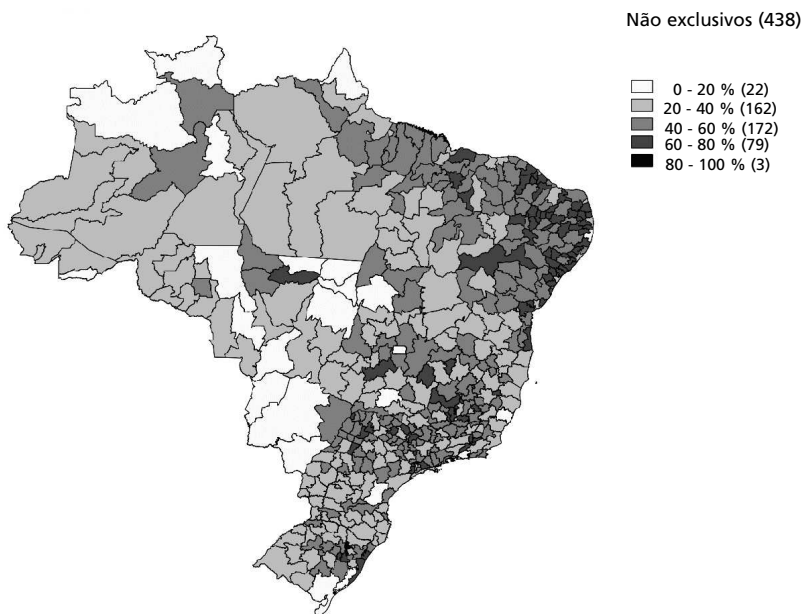
Em março de 2014 a região de saúde com maior número de médicos não exclusivos, ou seja, com

vínculos em mais de uma região, foi a 26ª Região no Rio Grande do Sul e a menor na região de Campo Grande. Ao compararmos o período de 2013 e 2014, observamos uma redução média de 1,5% na quantidade de médicos com vínculos exclusivamente na região foco (médicos exclusivos). Identificamos a variação dos profissionais médicos exclusivos nas regiões, em média, cada região cedeu 5,7% de seus médicos para outras regiões, em contrapartida, a região recebeu outros 4,2% não necessariamente exclusivos.

Considerando as grandes regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e as regiões de saúde do país, os profissionais médicos não exclusivos, ou seja, que circulam em outras regiões, apresentam uma dinâmica bastante distinta (Figura 1). Para o Nordeste a média de médicos circulantes das regiões de saúde foi a maior do país (54,1%), variando com menores índices no Piauí (39%) e outros maiores em Alagoas (63,6%), Paraíba (66,3%) e Sergipe (68,4%). Nos estados do Norte e Centro-Oeste o perfil de circulação foi menor comparado com a macrorregião Nordeste, 32,9% e 34,8% respectivamente. Destacamos nas regiões do Entorno de Manaus (11%) e em uma grande faixa que atravessa Mato Grosso (30% de circulantes) e Mato Grosso do Sul (22% a 29,9%), sendo mais elevado em regiões próximas ao Distrito Federal e Goiás.

Figura 1

Percentual de médicos não exclusivos por regiões no Brasil, 2013 a 2014.



Na macrorregião Sudeste (46,1%) os percentuais de profissionais circulantes regionais se elevaram nas regiões metropolitanas. Nas áreas mais centrais do interior dos estados observou-se um padrão misto, com regiões com participação de circulantes mais elevada intercaladas com outras com características de polo regional com menor participação. O município de São Paulo (que constitui uma região única), apresenta baixa participação de profissionais circulantes (34%) e é circundada por cinco outras regiões com índices maiores de circulação - Rota dos Bandeirantes (70,3%), Mananciais (76,7%), Franco da Rocha (80,5%), Alto do Tietê (61,7%), e Grande ABC (55,8%).

A macrorregião Sul (38,1%) repete o padrão da concentração de não exclusivos em torno das regiões metropolitanas. Observamos elevada circulação na região metropolitana de Porto Alegre, elevando o índice para o Rio Grande do Sul (43,2%), enquanto Santa Catarina (33,4%) e Paraná (34,6%) apresentam padrões de circulação menores. Assim, em um panorama nacional existia uma significativa participação de profissionais não exclusivos, concentrada em torno dos maiores centros urbanos, sendo mais reduzida nas regiões com maior dificuldade de acesso.

Caso Norte-Barretos e Sul-Barretos

Segundo o CNES do ano 2015 estavam cadastrados nas regiões de estudo 1218 médicos, destes 63,3% possuíam um vínculo no município de Barretos, seguidos de 15,9% no município de Bebedouro. A região apresenta uma elevada participação de médicos não exclusivos (46,9%), característico de regiões com facilidade de acesso e alto dinamismo econômico. Na Figura 2, demonstramos o percentual de médicos exclusivos e não exclusivos nos municípios das regiões do estudo (Figura 2).

Também é possível observar que os profissionais não exclusivos tendem a atuar mais, comparativamente aos exclusivos, nas ocupações relacionadas a Especialidades Cirúrgicas e Especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica, enquanto os exclusivos atuam mais nas áreas gerais e Especialidades Clínicas (Figura 3).

Em relação ao município de principal atuação, com exceção dos prestadores de serviço (nefrologistas) e os profissionais vinculados à Fundação Pio XII (oncologia cirúrgica), todos afirmaram que não apresentavam um local de atuação único. Todos os entrevistados possuíam

domicílio e família na região. Apenas 36% dos entrevistados trabalham em uma única região de saúde. O restante trabalhava em mais de uma região de saúde, considerando que destes, outros 36% trabalhavam no sul do estado de Minas Gerais.

Nas regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos existia um grande número de profissionais em diversas atividades, inclusive atuando em especialidades distintas daquelas em se especializaram, ou que atuavam com maior frequência. Apesar disto, relataram que procuravam não correr riscos em relação aos procedimentos. Estes profissionais apresentavam elevada carga horária de trabalho e grande deslocamentos semanais. Para estes profissionais, atuando em uma região sem faculdade de medicina, a opção pelo local de atuação tem forte relação com município de origem e com a proximidade do local de residência médica, e menos com o local de realização da faculdade.

Os médicos entrevistados estavam organizados em redes diretas de contato por onde organizam seu trabalho - grupos de plantão no *Whatsapp* - com informações sobre atuação de cooperativas, vagas em concursos, divisão de trabalho em convênios. Todos os entrevistados foram categóricos em afirmar que trabalham mais de 60 horas semanais.

Entre os determinantes em relação por trabalhar em mais de um município, foi relacionado: a remuneração, o reconhecimento da instituição de trabalho e a obtenção de contatos nos municípios de origem. Todos os entrevistados possuíam pelo menos dois vínculos formais. Alguns municípios são notórios por terem plantões considerados tranquilos (Altair, Cajobi) e outros complicados (Bebedouro, Olímpia). O padrão de remuneração dos entrevistados era muito semelhante e comparável aos profissionais médicos administrado pela Fundação Pio XII, localizado no município de Barretos (R\$ 18.000,00 a 30.000,00), ainda que para alguns profissionais da Pio XII, esta remuneração tenha sido obtida através de um único vínculo, enquanto que para outros estava relacionada a articulação de dois ou mais vínculos.

Segundo os entrevistados, para os plantonistas e médicos da Fundação Pio XII a contratação ocorria de maneira individual, através de um contrato por pessoa jurídica individual, enquanto que, para os especialistas em nefrologia a atuação era em grupo através de uma empresa em comum. Ainda que não tenha sido possível entrevistar anestesistas, observamos através de dados secundários, no CNES, que um grupo destes profissionais atuava de forma articulada em diferentes serviços da região. Os

plantonistas entrevistados referiram trabalhar mais do que está registrado no CNES, cujo controle de cadastro foi realizado pela empresa de trabalho.

A cooperativa de serviços médicos em Bebedouro apareceu como um agente muito relevante cuja atuação era delimitada para a região Sul-Barretos. A articulação da cooperativa alcançava cerca de 70% dos médicos da região e foi capaz de fazer com que a Santa Casa de Bebedouro se desligasse do SUS, atuando integralmente com o segmento de saúde suplementar. Considerando a baixa complexidade do Hospital Municipal local, a população SUS-dependente no município mais importante da região buscava assistência de maior complexidade fora do município. A cooperativa atuava prioritariamente com cooperados, mas contratava médicos não cooperados para realizar plantões, enquanto estes não se dispunham a pagar a quota de adesão local. Por outro lado, o gerente da cooperativa relatou a dificuldade de organizar um sistema de atendimento com maior continuidade, em função do pouco interesse principalmente dos profissionais mais novos, em constituir consultórios dentro da estrutura da própria cooperativa, (que vem buscando organizar um Centro Médico e

Diagnóstico na cidade), preferindo continuar atuando através de plantões.

Discussão

Nas regiões de saúde do país onde as grandes distâncias e as dificuldades de acesso aparecem como importantes limitantes para a circulação dos profissionais, apresentam os menores percentuais de profissionais não-exclusivos na média das regiões nacionais, caso do Centro-Oeste e o Norte. Nas áreas mais centrais do interior dos estados observa-se um padrão misto, com regiões com participação de circulantes mais elevada intercaladas com outras com características de polo regional com menor participação reforçando a atração destes profissionais para áreas urbanas confirmadas por outros estudos.^{3,4} Apesar de todas as ações desenvolvidas na área de recursos humanos em saúde, estas não estão sendo suficientes, pois existem vazios assistenciais, principalmente em áreas remotas localizadas nas Regiões Norte e Nordeste.¹⁷

A preocupação com a distribuição de profissionais de saúde, em particular médicos, bem

Figura 2

Percentual de médicos exclusivos e não exclusivos nos municípios das regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos, 2015.

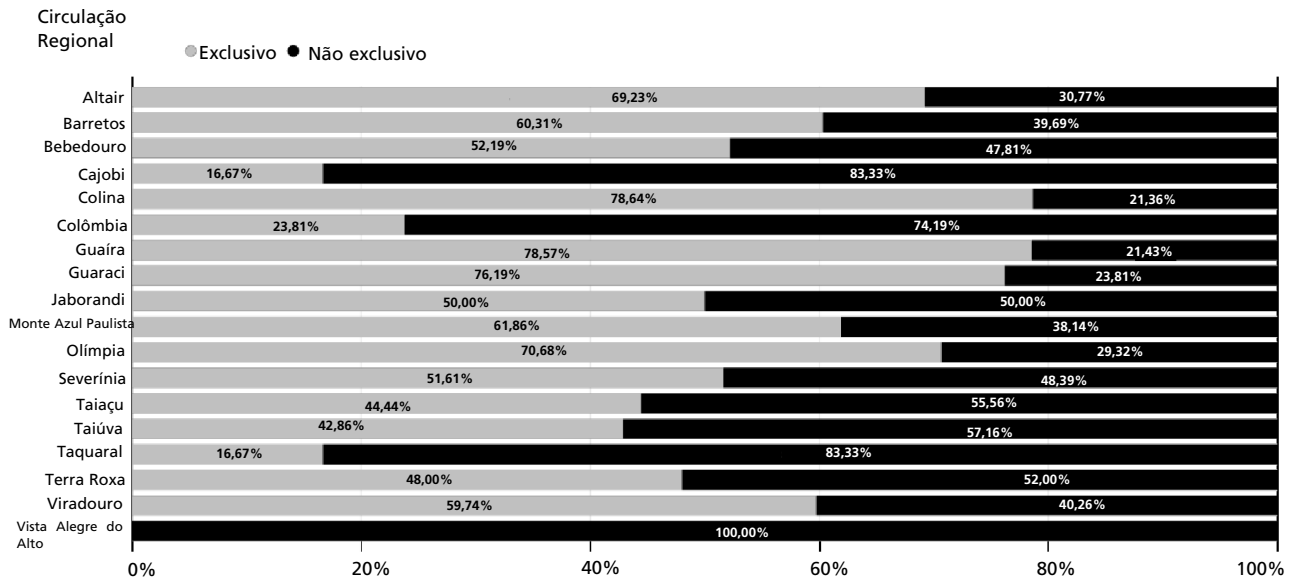
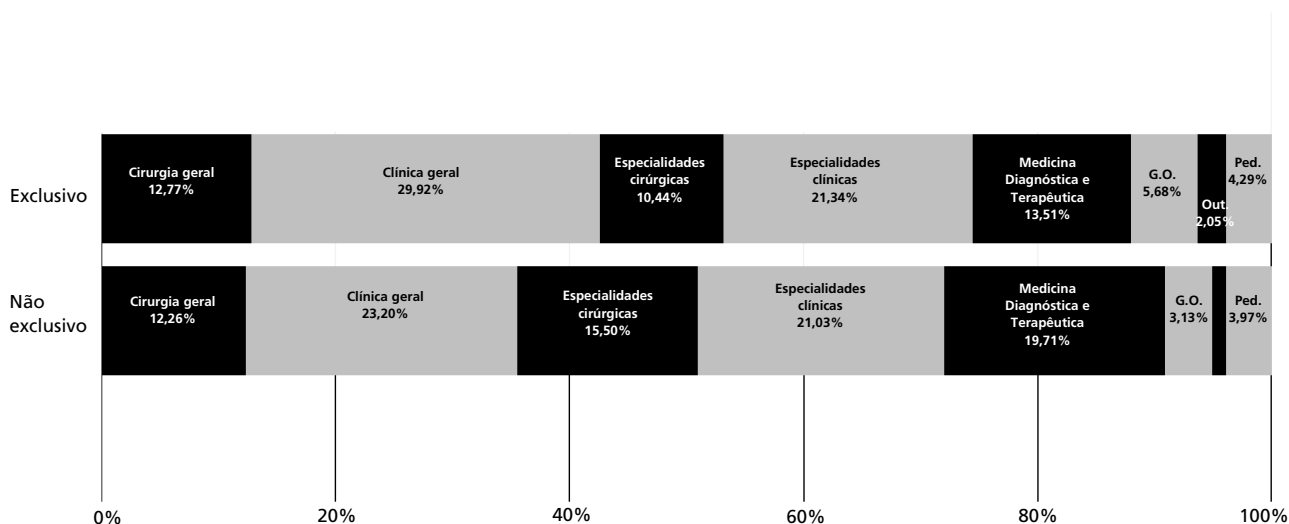


Figura 3

Percentual de médicos exclusivos e não exclusivos atuando em grupos de CBOs nas regiões Norte-Barretos e Sul-Barretos, 2015.



CBO= Classificação Brasileira de Ocupações; G.O.= Ginecologia e Obstetrícia; Out= Outras especialidades; Ped.= Pediatria.

como a implementação de ações que possibilitem enfrentar situações de escassez e iniquidades no acesso da população aos serviços de saúde, têm sido a tônica nas políticas de recursos humanos para o SUS nos últimos anos.¹⁸ A aprovação da Lei n. 12.871, em 2013, que institui e regulamenta o Programa Mais Médicos para o Brasil, é resultado do amplo debate político que se instaurou no país relativo ao tema, e que, sem resolver definitivamente a questão, estabelece orientações importantes para a política de recursos humanos ao longo dos próximos anos.¹⁹

Quanto aos médicos entrevistados, muitos dos médicos plantonistas atuavam em rede, inclusive com utilização de redes sociais no sentido de identificar oportunidades de trabalho. É de se perguntar, neste caso, se esta atuação em rede é capaz de realizar algum tipo de pressão no mercado, ou pelo menos permite uma informação mais intensa, e, portanto, dá mais transparência a este mercado.

Este estudo identificou alguns padrões de circulação entre os médicos. Primeiramente, em relação aos prestadores individuais, que atuavam isoladamente, vendendo seus serviços e força de trabalho buscando plantões nos diferentes serviços

através de suas redes de relações e esforço pessoal – em geral esta foi uma circulação eventualmente mais intensa em termos de vínculos, mas mais restritas em função das possibilidades de deslocamentos individuais. Estes profissionais tendem a apresentar um perfil menos especializado e ao atuarem como prestadores individuais tendem a ter um raio de ação menor. Neste sentido são profissionais que tendem a ser mais exclusivos regionalmente.^{7,8}

Em segundo padrão, estavam os grupos ou empresas médicas – pequenos grupos, organizados cooperativas ou empresas médicas, mais ou menos informais, que se organizavam buscando assumir determinados segmentos de serviços em unidades de saúde – UTI pediátrica, o pronto socorro e a obstetrícia. Alguns eram mais estruturados como por exemplo as empresas de nefrologia-hemodiálise, os serviços de radiologia, e evidentemente, as cooperativas de anestesiologistas. Estes em geral apresentavam maior poder de pressão e negociação e eventualmente poderiam cobrir regiões mais extensas em busca destes mercados. Este perfil mais especializado e com maior organização empresarial – que pode ser muito variada – tende a apresentar um perfil de atuação menos exclusivo conforme apresentam os dados dos profissionais de Barretos.

E o terceiro padrão identificado são as organizações empresariais – aqui, neste caso podem ser empregadores atuando em diferentes regiões que podem definir deslocamentos dos médicos que ali atuavam em função de suas necessidades – Fundação Pio XII; prestadores de serviços médicos que intermediavam a contratação força de trabalho em segmentos de serviços, ou que assumiam a gestão direta de várias instituições. Neste caso a situação depende muito do perfil do agente empregador. No caso da Pio XII vários profissionais atuavam em outras Unidades Federativas do país, inclusive. Entretanto esta não era uma regra para todos os profissionais. Outra experiência é aquela relacionada a empresas que passam a atuar em ações de terceirização na gestão de serviços públicos. Algumas destas começam a constituir estratégias de captação de profissionais externos para alocá-los nas regiões necessárias – Organizações Sociais de Saúde, por exemplo que tendem a atuar com um perfil misto, com captação local e transferências de alguns profissionais específicos, mas atuam como indutores de circulação.

O melhor conhecimento sobre como atuam estes diferentes segmentos e seus comportamentos e expectativas pode dar ao conjunto dos agentes públicos maior capacidade de negociação e interlocução e contratualização junto a estes diferentes agentes. No caso concreto das regiões estudadas foi possível identificar, além da intensa movimentação dos plantonistas, dois movimentos muito significativos relacionados a intervenção pública na gestão.

Por um lado, em Bebedouro, ação organizada da corporação médica frente a fragilidade ou a divisão de tarefas com os gestores locais do SUS, possibilita que a Santa Casa construída pela comunidade saia do SUS nos anos 1990 e seja apropriada pela cooperativa médica local em 2007, limitando seu uso público e o acesso da população a serviços de maior complexidade.

Por outro, em Barretos, a associação entre a Fundação PioXII e instância central da Secretaria Estadual de Saúde na implantação do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) permitiu uma efetiva e significativa incorporação e atração de novos profissionais especializados para uma região, em franco contraste com por exemplo com os profissionais exclusivamente locais atuando no Ambulatório de Especialidades do Município, ou na própria Santa Casa – dados observáveis através do CNES – local de residência e locais de atuação dos profissionais. Tal associação viabiliza a implantação do AME, aumenta a oferta na complexidade de

serviços na região, e por outro tende a fortalecer a Fundação frente a outros agentes, a ponto dela própria buscar atuar na qualificação de profissionais da atenção básica (matriciamento) para melhorar o encaminhamento aos AMEs, bem como reforça seu projeto na implantação da Faculdade de Medicina e sua influência sobre a gestão da Santa Casa. Pelo menos até a crise de financiamento mais recente.

Tal processo bem-sucedido enquanto intervenção pública de implantação de serviços, por sua vez não necessariamente representa maior equilíbrio ou integração com o conjunto do sistema de saúde local, tarefa esta que pode inclusive se complicar frente ao desequilíbrio de poder entre os atores, mas que traz um grande potencial de qualificar a ação pública de saúde na região.

Conclusão

Nosso estudo concluiu que as fronteiras das regiões de saúde no Brasil não são limitantes para os deslocamentos profissionais. Sua dimensão é bastante significativa e traz desafios importantes para o seu gerenciamento. Para municípios que não são polos regionais, estes profissionais circulantes constituem muitas vezes um componente importante da força de trabalho médica local. Por outro lado, os médicos estáveis e os exclusivos, são o pré-requisito para a existência do profissional regional, e para a atuação em segmentos fundamentais na organização da atenção local. Logo, em grande parte do país, espera-se que haja um considerável número desses profissionais.

Por outro lado é possível caracterizar alguns padrões de circularidade regional – concentração e maior estabilidade nas capitais e centros regionais, maior circulação em regiões do entorno. Menor circulação em regiões com difícil acesso, ou grande extensão, maior circulação em regiões com facilidade de acesso e com maior dinamicidade econômica.

Também é possível identificar algumas modalidades de circulação na perspectiva dos agentes – individual, em grupo e organizacional, identificando como se constituem estes movimentos, assim como quais grupos – de médicos, de especialidades, ou de agentes institucionais atuam nestes processos, em diferentes realidades do país.

Nesse sentido, este conhecimento, hoje mais empírico dentre aqueles envolvidos na sua negociação mais direta, pode ajudar a estruturar políticas públicas redistributivas melhor estruturadas e negociadas.

Os resultados do nosso estudo somam forças a

outros trabalhos sobre recursos humanos na saúde, a fim de que, gestores e prestadores do sistema de saúde identifiquem o diagnóstico da circularidade médica para um melhor planejamento das políticas de saúde. Além disto, reforçamos a ausência de profissionais médicos capacitados em trabalhar no âmbito regional.

Este estudo apresentou como limitação a não identificação do movimento dos pacientes juntamente aos seus médicos. Além disto, destacamos as limitações do banco de dados nacional nos processos de vínculos mais recentes e na dependência da informação na manipulação dos dados dos médicos em relação ao empregador.

Referências

- Campos CVDA, Malik AM. Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. *Rev Adm Pública*. 2008; 42 (2): 347-68.
- Costigliola V. Mobility of medical doctors in cross-border healthcare. *EPMA J*. 2011; 2 (4): 333-9.
- Van Lerberghe W, Ferrinho P, Conceição C, Van Damme W: When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bull World Health Org*. 2002; 80: 7581-4.
- Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006; 4 (1): 12.
- Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Hipólito F, Dussault G. Multiple employment in health sector in Portugal. *Cah Sociol Demogr Med*. 2007; 47 (3): 331-46.
- Sales TB, Andrade MA, LunaII AP, FeitosaII LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Rev Saúde Pública*. 2011; 44 (5): 950-6.
- Seixas PHD, Silvestre D de AMM, Viana ALD, Uchimura LYT, Pereira APC de M. Movimentação Médica no Brasil. *Novos Caminhos - Nota técnica 2/15*. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/04/MovimentacaoMedica.pdf>
- Pierantoni CR, Vianna CM de M, França T, Magnago C, Rodrigues MP da S. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*. 2015; 39 (106): 637-47.
- Oliveira APC de, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2017; 22 (4): 1165-80.
- Guerra DM. Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: Uma análise do Índice de Dependência [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.
- Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1*, p. 89, 2010, 31 dez.
- Bergevin Y, Habib B, Elicksen K, Samis S, Rochon J, Adaimé C, Boucher G, Denis JL, Roy D. Towards the Triple Aim of Better Health, Better Care and Better Value for Canadians: transforming regions into high performing health systems. Canada: Canadian Foundation for Health Improvement; 2016. Disponível em: https://www.cahspr.ca/web/uploads/conference/2016-03-31_Regionalization_Report.pdf
- Fink J. Aligning with physicians to regionalize services. *Healthc Financ Manage*. 2014; 68 (11): 80-6.
- WHO (World Health Organization). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations; 2010.
- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
- Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24 (2): 413-22.
- Maas LWD, Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, van Stralen ACS, Massote AW, Rodrigues JC, Fernandes JLC. Estudo de Levantamento de Aspectos Demográficos, de Formação e de Mercado de Trabalho das Profissões de Saúde de Nível Superior no Brasil entre 1991 e 2010. Relatório Final. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSMP, - NESCON, UFMG; 2014. [acesso em 12 fev 2015] Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado_de_trabalho_das_profissoes_de_nivel_superior_no_Brasil_\(Rel.Final\).pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Estudos_Pesquisa/Mercado_de_trabalho_das_profissoes_de_nivel_superior_no_Brasil_(Rel.Final).pdf)
- Pierantoni CR, Varella TC, Santos MRD, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS; Health care work and education management in the SUS: 26 human resources in 20 years of the Unified Health System. *Physis (Rio J.)*. 2008; 18 (4): 685-704.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 de outubro de 2013.

Recebido em 1 de Junho de 2017

Versão final apresentada em 19 de Agosto de 2017

Aprovado em 8 de Setembro de 2017