

ESCASSEZ DE MÉDICOS NO BRASIL: ANÁLISE DE ALGUNS INDICADORES ECONÔMICOS

Roberta da Silva Vieira*
Luciana Mendes Santos Servo*

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre a participação dos médicos e seu papel no sistema de saúde não é nova. Contudo, no Brasil, esta questão ganhou um novo contorno a partir da decisão do governo de instituir o programa Mais Médicos. Ao longo de 2013, a questão da escassez de médicos esteve sempre presente. Faltam médicos no país ou há médicos em quantidade suficiente, mas com problemas de ausência em algumas regiões ou especialidades?

De modo geral, as investigações disponíveis sobre essas questões analisam a escassez utilizando como parâmetros padrões normativos acerca da taxa ideal de médicos por habitante. Dispondo da taxa observada em uma região, em um país ou para uma determinada especialidade, comparam-na com um parâmetro definido por normas vigentes, por recomendações de organismos internacionais de especialistas no assunto ou, simplesmente, com o padrão verificado em outras localidades ou em outros países. Sendo a taxa observada significativamente menor que o padrão estabelecido, configura-se um cenário de escassez. Outros estudos tratam cenários de escassez como fenômenos econômicos, revelados por taxas internas de retorno positivas¹ e crescentes, ou por remunerações com trajetórias ascendentes e superiores ao de outras carreiras, de tal forma a sinalizar uma demanda maior que a oferta de profissionais médicos atuantes naquela região, país ou especialidade.

O fato de haver poucos estudos que analisam a escassez de médicos a partir da vertente econômica, associado ao atual debate em torno desta questão, particularmente a partir do lançamento do Mais Médicos, foram as principais motivações para realizar este trabalho. Nesta revisão da literatura,² observou-se também que ainda faltaria fazer uma análise de indicadores de escassez econômica ao longo do tempo. Neste artigo, os médicos serão comparados com outros profissionais selecionados, de nível superior, na área de saúde, a saber, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, bem como com outros profissionais de nível superior cujas carreiras estejam em destaque nos últimos anos, quais sejam: engenheiros e profissionais da área jurídica. As próximas seções deste artigo são dedicadas ao cálculo de alguns indicadores econômicos de escassez em âmbito nacional, como os relacionados à remuneração, carga horária e oferta de cursos de graduação, sem ainda trabalhar a abordagem do problema em sua perspectiva regional ou por especialidades. Por fim, são apresentadas as considerações finais, discutindo-se os resultados à luz das ações públicas propostas até o momento, bem como questões de pesquisa aplicadas a políticas públicas.

2 OS INDICADORES DE REMUNERAÇÃO SUGEREM ESCASSEZ DE MÉDICOS?

Nesta seção serão analisados os indicadores de remuneração/hora para médicos, comparando-os com os de engenheiros, profissionais da área jurídica, dentistas e enfermeiros, para averiguar se há escassez de médicos. Estas categoriais profissionais foram selecionadas a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).³ A escolha das profissões se deu por diversos motivos. O engenheiro vem sendo foco constante desta publicação.

* Técnica de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

1. Taxa interna de retorno (TIR) é o cálculo da taxa de retorno de um investimento. Neste cálculo iguala-se o valor presente do investimento ao valor presente do fluxo futuro de rendas esperadas. Se a educação é vista como investimento, a TIR é a taxa de retorno que iguala o custo de se investir na formação do profissional e o fluxo de renda esperada, todos trazidos a valores presentes.

2. Artigos e textos revistos constam nas referências complementares.

3. Os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) utilizados para cada grupo não foram publicados por falta de espaço, mas podem ser solicitados às autoras por e-mail: roberta.vieira@ipea.gov.br ou luciana.servo@ipea.gov.br.

Os profissionais das áreas jurídicas (formados em direito) possuem uma barreira à entrada para exercerem a profissão e necessitam de aprovação no exame da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). As outras duas ocupações, dentistas e enfermeiros, são profissionais da área de saúde. Para o cálculo dos indicadores, serão utilizadas a Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A Rais, registro administrativo gerido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, possui informações do mercado formal⁴ de trabalho. A PNAD é uma pesquisa amostral domiciliar realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e permite aproximações com os indicadores de ocupação da Rais por conter informações sobre empregados com carteira (celetistas), funcionários públicos estatutários e militares. Além disto, cobre, em sua amostra, um universo não incluído na Rais, referente aos trabalhadores por conta própria, empregadores, empregados sem carteira, trabalhadores não remunerados, entre outros.

A primeira parte da análise concentra-se nas ocupações, isto é, na soma de postos de trabalhos ocupados por profissionais em cada uma das CBOs selecionadas. No caso da Rais, esta análise é imediata, visto que é um registro administrativo que relaciona todos os postos de trabalho ocupados no setor formal em um determinado ano. Ao se utilizar a Rais identificada,⁵ os dados incluíram somente os estabelecimentos que possuíam empregados nos respectivos anos. Foram extraídas as informações da CBO, da remuneração em dezembro e das horas contratadas. O indicador selecionado foi a remuneração/hora média e mediana.

A PNAD é construída para ter informações dos indivíduos em seus domicílios. Assim, para aproximá-la do conceito de ocupados na Rais, foram consideradas as ocupações no trabalho principal e secundário nas CBOs domiciliares selecionadas.⁶ No caso da PNAD, inicialmente, a preocupação foi analisar a remuneração/hora para todas as ocupações (formais ou não). Em seguida, são apresentados os indicadores com base nas diferenças médias entre vínculos empregatícios (exceto empregados sem carteira e domésticos) e conta própria, mantendo a mesma perspectiva de analisar ocupações em ambos os casos. Contudo, considerando-se que a carga horária das ocupações e a frequência de mais de uma ocupação são diferentes entre as profissões selecionadas, fez-se necessário analisar o acúmulo de horas trabalhadas pelo profissional.

2.1 Os indicadores de remuneração/hora contratada média com base na Rais

Foram utilizados os anos de 2000 a 2011 para apresentar o comportamento dos indicadores de remuneração/hora⁷ média e mediana. Os valores estão expressos a preços de dezembro de 2011, de acordo com o índice nacional de preços ao consumidor (INPC),⁸ e as oscilações representam ganhos ou perdas reais médios.

4. Há uma grande discussão sobre o que constitui o emprego formal e se ele deveria incluir autônomos que contribuem para a Previdência. No caso deste trabalho, utiliza-se o termo formal no sentido mais estrito, que considera como ocupações formais aquelas para as quais os empregados têm carteira de trabalho assinada, são militares ou funcionários públicos estatutários. Como não há informações sobre trabalhadores por conta própria que contribuem para a Previdência Social na Relação Anual de Informações Sociais (Rais), este conceito permite aproximar a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) deste registro administrativo.

5. A Rais identificada é uma base de uso restrito disponibilizada ao Ipea para fins de pesquisa. Cada linha de observação desta base corresponde ao registro de um vínculo. Se o mesmo indivíduo possuir mais de um vínculo e o mesmo identificador (CPF e número do Programa de Integração Social – PIS), aparecerá em mais de uma linha da Rais.

6. Não foram consideradas as terceiras e/ou mais ocupações do indivíduo, porque a PNAD detalha somente as informações da primeira e segunda ocupação. Não permite saber qual a ocupação para aqueles que têm três ou mais postos de trabalho.

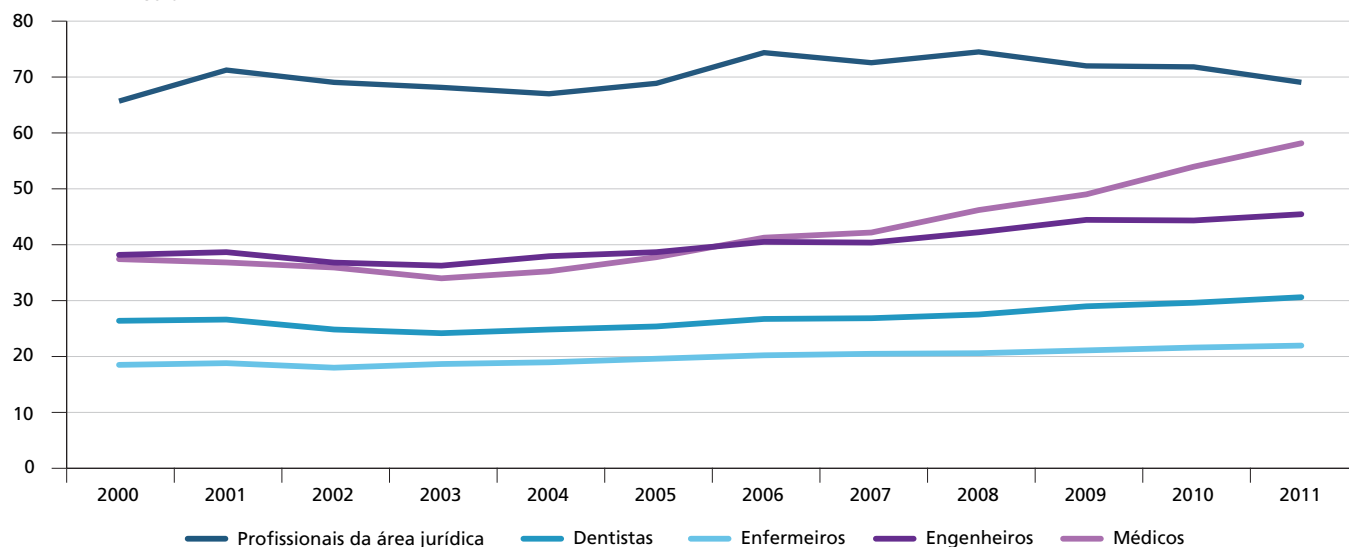
7. Para o cálculo da remuneração/hora média das ocupações, foram utilizados o salário em reais de dezembro (mensal) e a carga horária semanal (CHS) contratada multiplicada pelo fator 4,5 (existência de 4,5 semanas no mês).

8. Os valores do INPC utilizados para calcular os valores corrigidos da Rais entre 2000-2011, em dezembro de cada ano, foram respectivamente de: 0,47; 0,52; 0,60; 0,66; 0,70; 0,74; 0,76; 0,80; 0,85; 0,89; 0,94 e 1.

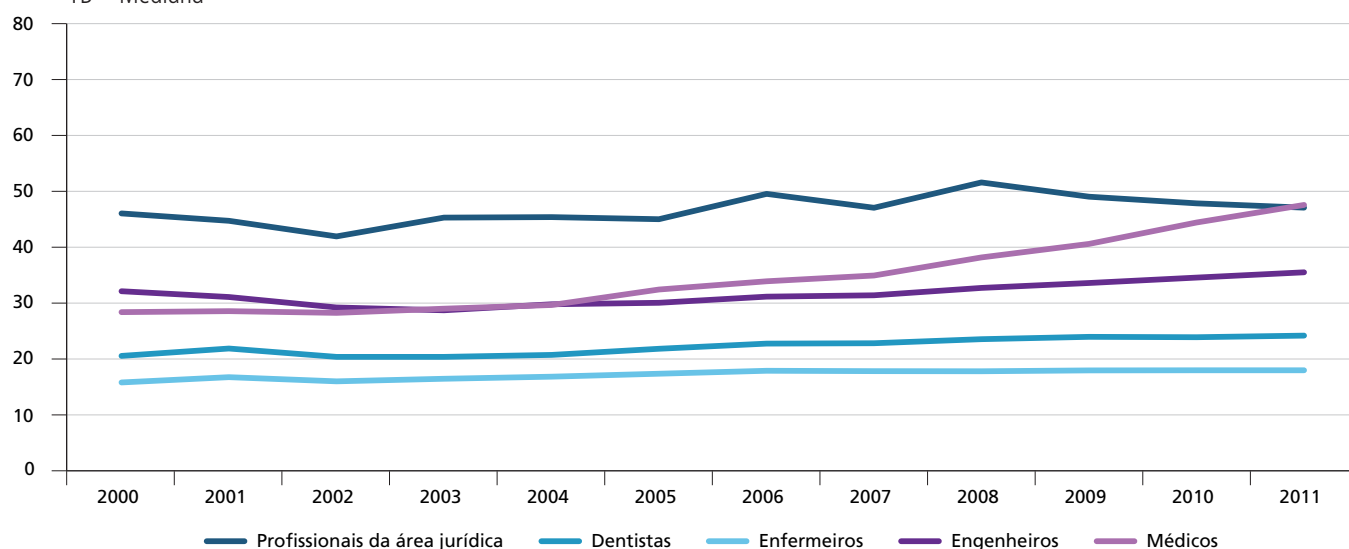
GRÁFICO 1Remuneração/hora contratada: média e mediana – Brasil (2000-2011)¹

(Em R\$)

1A – Média



1B – Mediana



Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Relação Anual de Informações Sociais (Rais) (2000-2011, microdados).

Elaboração das autoras.

Nota: ¹ Os valores do índice nacional de preços ao consumidor (INPC) utilizados para calcular os valores corrigidos da Rais entre 2000-2011, em dezembro de cada ano, foram respectivamente de: 0,47; 0,52; 0,60; 0,66; 0,70; 0,74; 0,76; 0,80; 0,85; 0,89; 0,94 e 1. Os valores estão calculados em R\$ de dezembro de 2011.

A remuneração/hora média dos ocupados médicos é aquela com maior tendência de alta a partir de 2006, mas abaixo da remuneração/hora média das ocupações da área jurídica em todo o período. Ao se analisar a remuneração/hora mediana das ocupações, percebe-se uma mudança no nível da remuneração/hora ao mesmo tempo que se mantém a ordenação das ocupações, ainda que a remuneração do médico aproxime-se muito mais rapidamente da remuneração da área jurídica. Em 2011, a mediana da remuneração/hora dos ocupados médicos iguala-se a dos ocupados na área jurídica. Mediana menor que a média implica dizer que as distribuições da remuneração/hora destas ocupações são assimétricas à direita, ou seja, as médias estão influenciadas por valores extremos à direita da distribuição. Isto acontece para todas as ocupações, mas com diferenças muito maiores para a área jurídica. Quando se excluem as ocupações relacionadas ao setor público da área jurídica,⁹

9. Os resultados da remuneração/hora média e mediana, incluindo-se apenas os profissionais da área jurídica que atuam como advogados, podem ser solicitados às autoras. Observa-se que aproximadamente 50% dos profissionais da área jurídica na Rais estão relacionados às ocupações do setor público, tais como procuradores, juízes, defensores públicos e delegados de polícia.

esta remuneração/hora média passa a ser bem próxima às ocupações dos médicos e engenheiros. Os ocupados médicos, a partir de 2006, apresentam uma forte tendência de alta, descolando-se totalmente das tendências dos engenheiros e dos advogados.

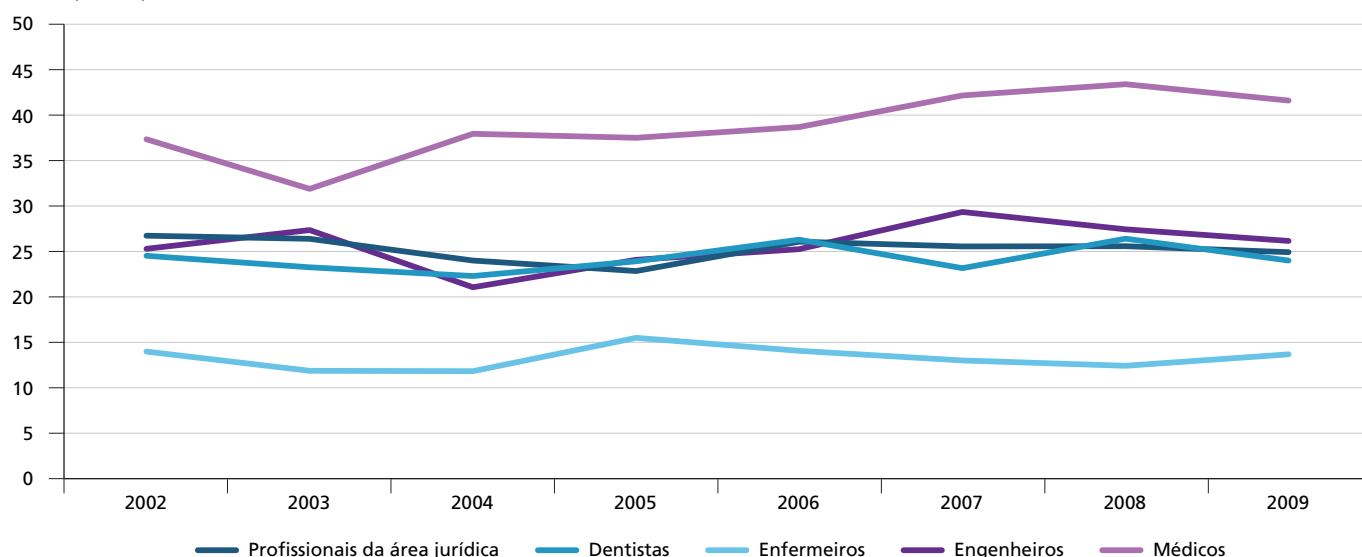
Qual a conclusão a que se pode chegar em relação aos indicadores do mercado de trabalho formal com base na Rais? Os indicadores de remuneração/hora média e mediana dos médicos apresentam claramente sinais de escassez, ora a partir de 2006, ora a partir de 2004, apesar de a remuneração/hora média dos profissionais da área jurídica ser a maior. Os médicos ultrapassam o valor da remuneração média dos engenheiros em 2006, com forte inclinação nos anos seguintes. A análise dos dados pela mediana aponta para a mesma direção obtida pela média: existência de escassez. As diferenças acontecem em relação ao período inicial da tendência de aumento da remuneração/hora dos médicos (no caso da mediana a partir de 2004) e na convergência dos valores de remuneração dos médicos e dos profissionais da área jurídica (no caso da mediana, esta igualdade acontece em 2011; no caso da média, há forte tendência de se igualarem nos próximos anos).

2.2 Os indicadores de rendimento e horas trabalhadas com base na PNAD

Com base nas informações provenientes da PNAD no período 2002 a 2009,¹⁰ para comparar o rendimento hora médio das ocupações¹¹ de médicos com as outras ocupações selecionadas de nível superior, observa-se que a média da remuneração/hora das ocupações para médico são sempre superiores às médias de rendimento hora para as outras ocupações selecionadas em todo o período. A hora trabalhada em uma ocupação de médico valia entre 1,5 e 1,7 vez a hora trabalhada de engenheiros, profissionais da área jurídica e dentistas; era 2,7 vezes superior à hora trabalhada de enfermeiros. Esta distância aumentou para três vezes no final do período. Além disto, o rendimento médio por hora trabalhada de médicos cresceu entre 2002 e 2009, com uma redução em 2003 e certa estabilidade entre 2007 e 2009 (gráfico 2).

GRÁFICO 2

Rendimento/hora médio – Brasil (2002 a 2009)¹
(Em R\$)



Fonte: IBGE, PNAD (2002-2009, microdados).

Elaboração das autoras.

Nota: ¹ Os valores do INPC utilizados para calcular os valores corrigidos da Rais entre 2002-2009, em setembro de cada ano, foram respectivamente de: 0,63; 0,74; 0,79; 0,83; 0,85; 0,89; 0,96 e 1. Os valores estão calculados em R\$ de setembro de 2009.

10. A PNAD não é realizada em anos de Censo Demográfico. As mudanças na CBO domiciliar em 2002 fazem com que ela não seja estritamente comparável com as posteriores. Além disso, como os pesos da nova projeção demográfica não estavam disponíveis até o momento da conclusão desta nota, optou-se por não incluir as informações das PNADs 2011 e 2012, dado que não seriam estritamente comparáveis com aquelas na década anterior. Assim que os pesos forem disponibilizados, será feita a correção para o período 2002-2009, para comparações posteriores com estimativas para 2011 e 2012.

11. Para o cálculo da remuneração/hora média das ocupações, foram utilizados o salário em reais de setembro (mensal) e a carga horária semanal (CHS) contratada multiplicada pelo fator 4,5 (existência de 4,5 semanas no mês).

Uma questão relevante ao se analisarem os dados refere-se às diferenças de remuneração entre vínculos empregatícios formais e outras formas de inserção no mercado de trabalho. Neste caso, a opção foi utilizar o conceito mais estrito de formalidade, que reúne empregados com carteira, militares e funcionários públicos, e comparar a remuneração média por hora trabalhada para as ocupações selecionadas. Foi mantida a mesma estratégia utilizada para as comparações com a Rais: trabalhar com as ocupações, não com os profissionais. Quando isto é feito, verifica-se que, em média, no período 2002-2009, menos da metade (49%) das ocupações para médicos eram de empregados com carteira, funcionários públicos ou militares. Esta proporção é bastante elevada para as ocupações de enfermeiros (81%), seguidas pelas de engenheiros (69%). Ocupações da área jurídica (30%) e dentistas (24%) apresentam o menor nível de formalidade.

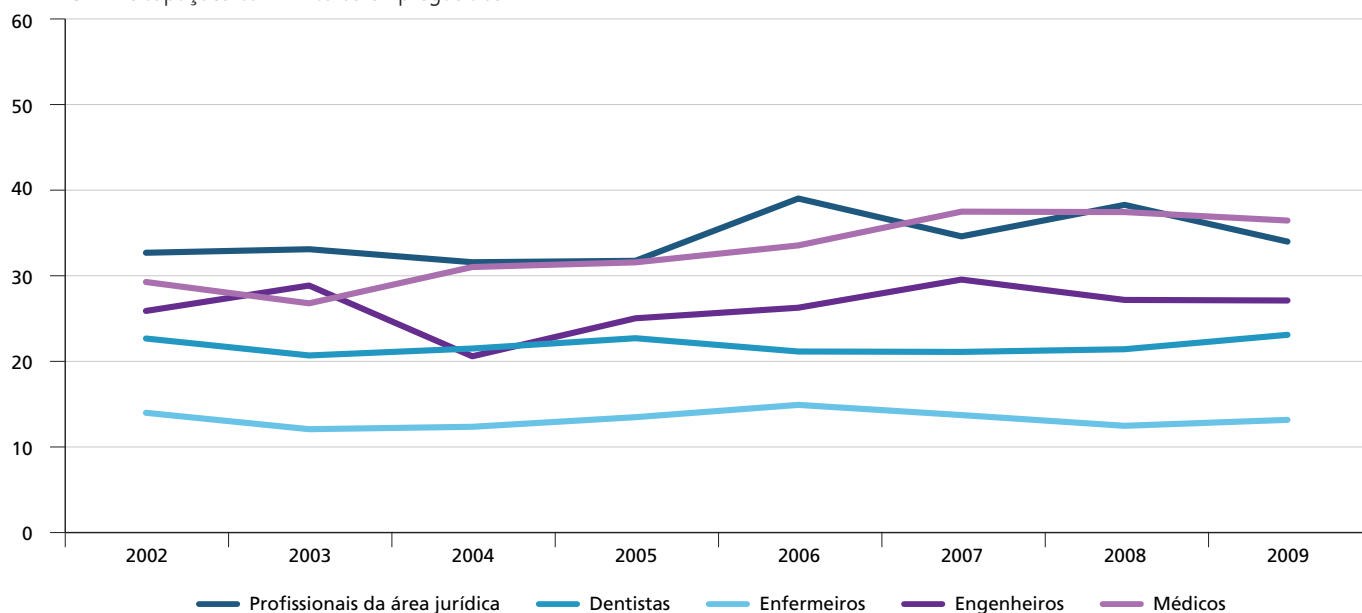
Percebe-se que os médicos que são empregados com carteira, funcionários públicos ou militares não apresentam uma remuneração/hora superior a todas as outras ocupações nestes mesmos vínculos empregatícios. Em parte do período, as remunerações/hora das ocupações da área jurídica são superiores às dos médicos, depois ficam praticamente iguais (gráfico 3). O que não muda em relação à análise feita para todas as ocupações (formais ou não, no gráfico 2) é o fato de a renda/hora dos médicos apresentar um claro crescimento entre 2003 e 2007. Quando se compara a remuneração/hora média para ocupações por conta própria, observa-se uma significativa diferença entre médicos, profissionais da área jurídica e dentistas.¹² Este indicador é bem mais elevado para ocupações de médicos que para as outras ocupações. Além disso, cresce entre 2002 e 2009, ainda que com uma redução em 2006.

GRÁFICO 3

Rendimento/hora médio¹ em todos os vínculos empregatícios (excluídos os sem carteira e domésticos)² e por conta própria – Brasil (2002-2009)

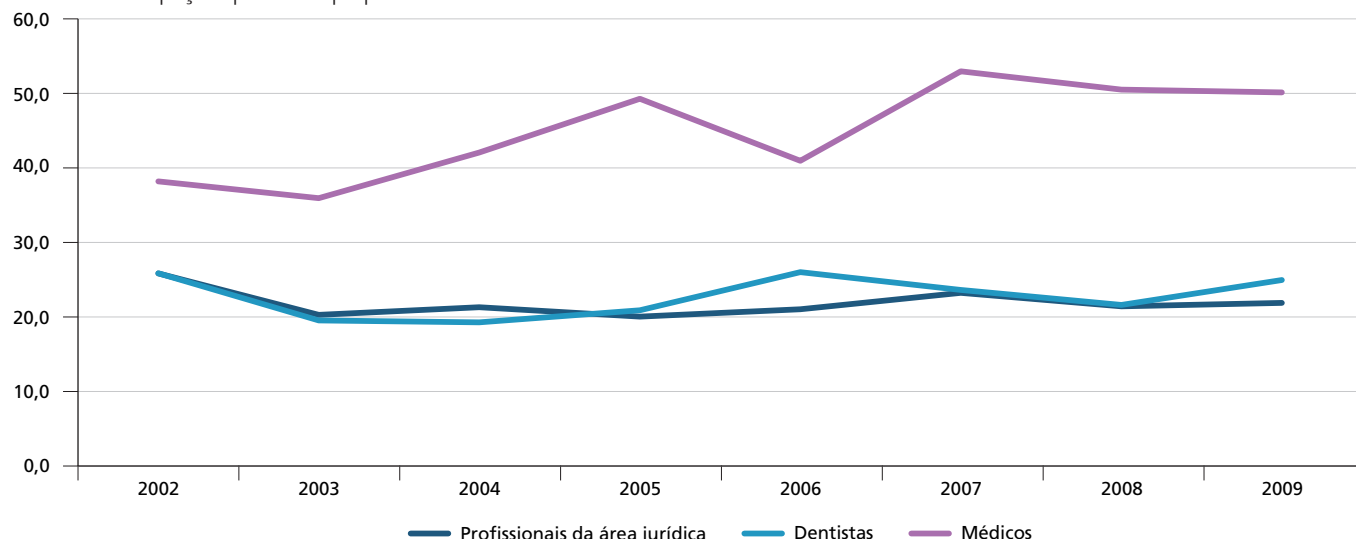
(Em R\$)

3A – Ocupações com vínculos empregatícios²



12. A análise não foi feita para engenheiros e enfermeiros porque a amostra se tornou muito pequena, devido ao pequeno contingente de engenheiros e enfermeiros com mais de um trabalho e ao alto patamar de formalidade destes profissionais. Adicionalmente, selecionou-se o conta-própria e não o empregador, porque, em geral, a literatura considera aqueles como estando em posições mais precárias que as de empregadores.

3B – Ocupações por conta própria



Fonte: IBGE, PNAD (2002-2009, microdados).

Elaboração das autoras.

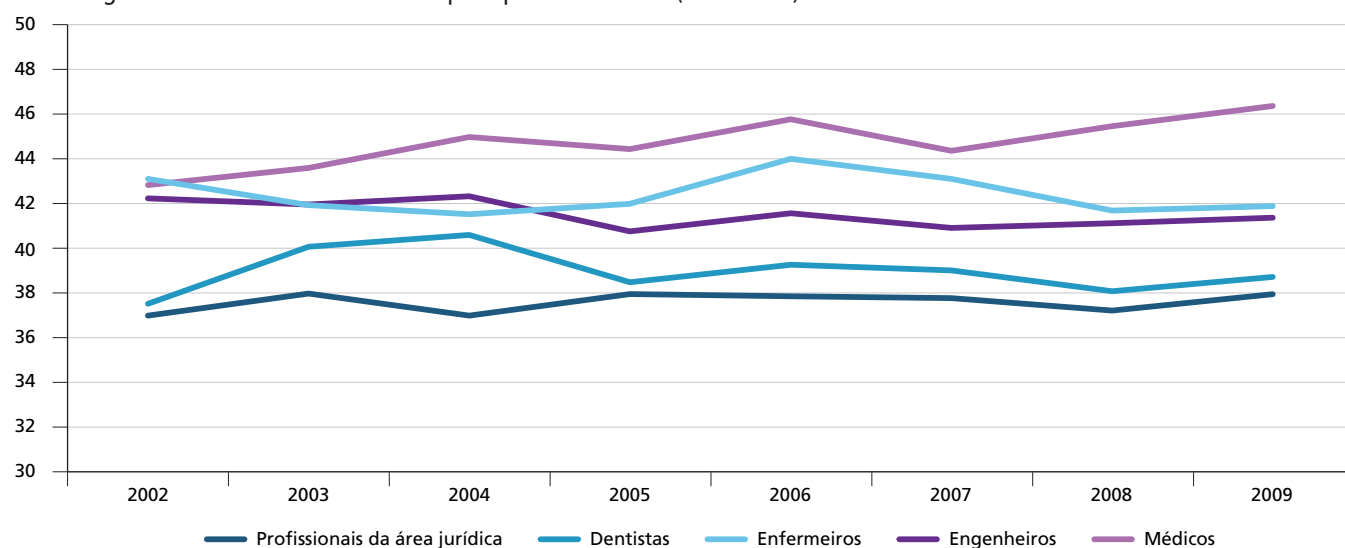
Nota: ¹ Os valores do INPC utilizados para calcular os valores corrigidos da Rais entre 2002-2009, em setembro de cada ano, foram respectivamente de: 0,63; 0,74; 0,79; 0,83; 0,85; 0,89; 0,96 e 1. Os valores estão calculados em R\$ de setembro de 2009.

² Inclui empregados com carteira, funcionários públicos e militares.

Pelas informações da PNAD, na média do período, 91% dos engenheiros tinham apenas uma ocupação como engenheiro. Esta proporção é um pouco menor para profissionais da área jurídica (87%). A grande maioria dos enfermeiros e dentistas tinha apenas uma ocupação (74% e 70%, respectivamente). Para médicos, esta porcentagem era bem menor: ficou em torno de 48% entre 2002-2009. Portanto, cabe comparar a média de horas trabalhadas por profissional, isto é, para aquele que tiver até dois vínculos na mesma ocupação, a carga horária total será a soma das horas trabalhadas em cada ocupação. No denominador, este profissional será contado apenas uma vez, não duas, como no indicador de rendimento/hora médio apresentado anteriormente. De fato, quando são somadas as cargas horárias considerando o trabalho principal e o trabalho secundário, a carga horária dos médicos é maior que das outras ocupações, e ela é crescente. Em 2009, o médico que tinha dois vínculos trabalhava semanalmente, em média, 8,4 horas a mais que os profissionais da área jurídica e cinco horas a mais que os engenheiros.

GRÁFICO 4

Carga horária semanal dos trabalhos principal e secundário (2002-2009)



Fonte: IBGE, PNAD (2002-2009, microdados).

Elaboração das autoras.

Assim, os dados da PNAD também indicam haver escassez de médicos no país. Outra questão trazida pela análise desses dados refere-se à importância do vínculo empregatício formal na formação do rendimento do trabalho para médicos. Quando se comparam os vínculos empregatícios de médicos com os de outras áreas, observa-se que o rendimento/hora dos médicos fica muito próximo da área jurídica. Contudo, quando se comparam as ocupações de médicos por conta própria com os dos profissionais da área jurídica, observa-se um rendimento/hora médio muito mais elevado para ocupações de médicos.¹³

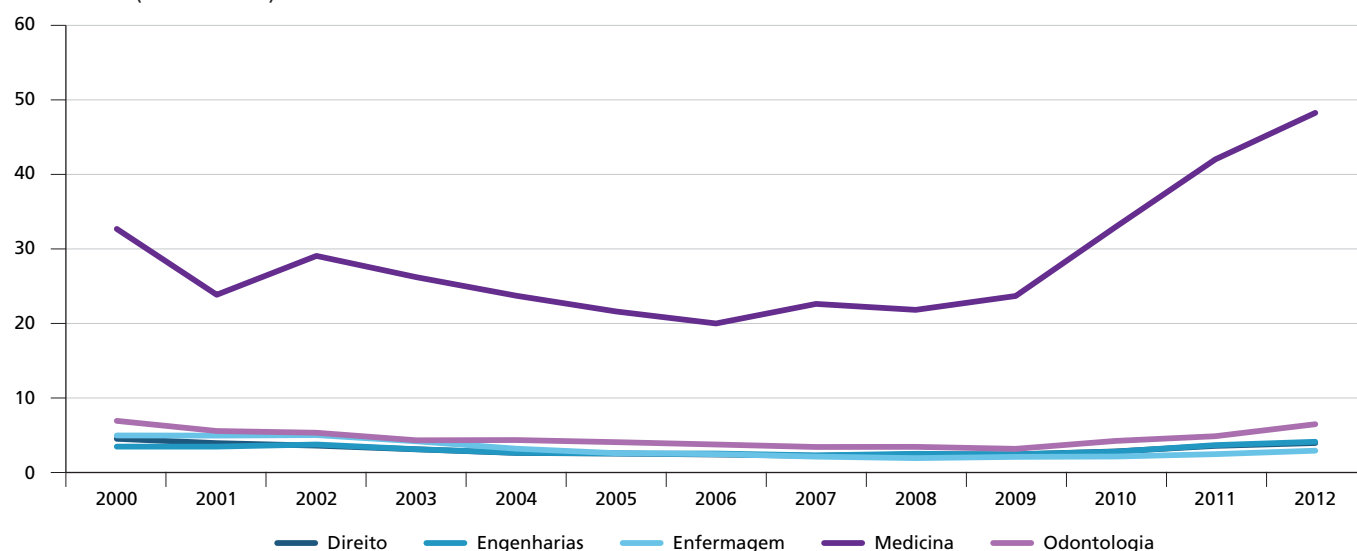
3 ANÁLISE PRELIMINAR DAS CONDIÇÕES DE OFERTA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Para atuar como médico, uma pessoa deve cursar e concluir a graduação em medicina. Assim, a oferta de médicos, a cada ano, é formada pelo quantitativo de médicos formado nos anos anteriores somado aos concluintes de graduação naquele ano. A oferta de médicos aumenta à medida que novos médicos são formados e passam a ofertar seu trabalho. Esta oferta pode diminuir por aposentadorias ou óbitos, ou por pessoas que passam a trabalhar em outras atividades não relacionadas à medicina. A literatura econômica de escassez também considera alguns indicadores da oferta e concorrência para preenchimento das vagas de graduação em medicina como indicação de escassez. Nesta seção, serão analisados os indicadores relacionados à formação de novos graduados em medicina, comparando-os novamente com as ocupações selecionadas anteriormente.

O indicador de inscritos em processos seletivos para cursos de graduação presencial em relação ao total de vagas ofertadas permite ter uma noção da atratividade do mercado de trabalho para cada ocupação. Quando este indicador é crescente, haveria indicativo de que a demanda por cursos é superior à oferta. Quando se faz esta análise ao longo do tempo, observa-se uma distância significativa entre a medicina e os outros cursos (gráfico 5). Além disso, houve um crescimento acentuado da concorrência para ingresso em um curso de medicina, passando de uma relação de 23,7 inscritos por vaga (2009) para 48,2 (2012). Os outros cursos ficaram com menos de dez inscritos por vaga.¹⁴

GRÁFICO 5

Número de inscritos por vaga em processos seletivos de graduação em medicina comparado a outros cursos selecionados – Brasil (2000 a 2012)



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Censo da Educação Superior, 2000 a 2012. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>>. Acesso em: 7 jan. 2014.
Elaboração das autoras.

13. Cabe destacar que as carreiras públicas da área jurídica têm uma representatividade muito menor na PNAD em relação à Rais. A maioria das ocupações da área jurídica na PNAD é composta por advogados.

14. Esses resultados da área de saúde (medicina, enfermagem e odontologia) já tinham sido analisados em outros trabalhos (Dal Poz, Pierantoni e Girardi, 2013; Pierantoni *et al.*, 2012), apontando essa grande procura pelos cursos de medicina.

Uma das possíveis explicações para esse resultado seria o crescimento da oferta de cursos não ter conseguido acompanhar a demanda crescente por causa da atratividade do mercado de trabalho para aquela profissão. De fato, a oferta de vagas em cursos de medicina aumentou 49,1% entre 2001 e 2012, ao passo que a demanda por cursos (inscritos nos processos seletivos) cresceu 200%. Em termos quantitativos, a oferta de cursos em instituições privadas foi a que mais cresceu, mas isto foi similar para todos os cursos. Entre os cursos selecionados, medicina apresenta uma das maiores participações de instituições públicas no total de cursos (tabela 1).

TABELA 1

Quantitativo de cursos por área e participação das instituições privadas (2001, 2006 e 2012)

Curso	2001		2006		2012	
	Total	Privada (%)	Total	Privada (%)	Total	Privada (%)
Direito	505	80,4	971	87,2	1.157	84,3
Engenharias	761	53,0	1.173	58,1	2.798	63,0
Enfermagem	207	65,2	557	79,5	849	79,5
Medicina	106	48,1	158	55,7	199	55,8
Odontologia	152	65,8	182	69,2	215	69,3

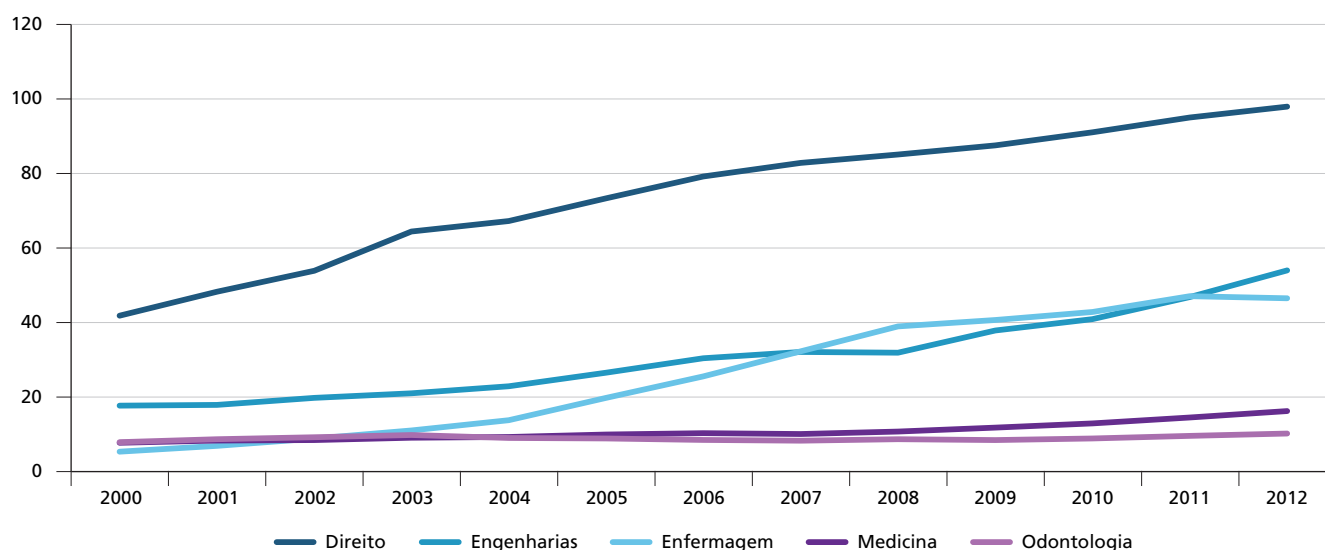
Fonte: INEP, Censo da Educação Superior 2001, 2006 e 2012. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>>. Acesso em: 7 de jan. de 2014.
Elaboração das autoras.

Adicionalmente, o crescimento do número absoluto de concluintes em medicina, entre 2000 e 2012, foi bem inferior ao das outras graduações, exceto odontologia. Ainda assim, o número de concluintes de medicina mais que dobrou no período – saindo de 7,8 mil para 16,3 mil concluintes (gráfico 6). Na área de saúde, o destaque fica para o crescimento dos concluintes de cursos de enfermagem, que foi muito superior ao dos outros cursos: passou de 5,4 mil para 46,5 mil em 2012. Este resultado está relacionado também ao grande aumento do número de vagas para este curso.

GRÁFICO 6

Número de concluintes de cursos de graduação – Brasil (2000-2012)

(Em mil)



Fonte: INEP, Censo da Educação Superior 2000 a 2012.

Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

Elaboração das autoras.

Se há escassez de médicos, uma demanda crescente e um número de vagas ofertadas que não consegue acompanhá-la, quais são as barreiras para ampliar a oferta de vagas e o número de concluintes da graduação em medicina? Isto remete à questão sobre como é feita a regulação dos cursos de medicina, tanto em relação à abertura quanto ao quantitativo de vagas. Resumidamente, a autorização dos cursos de medicina está sob a

responsabilidade do Ministério da Educação (MEC), que, desde 2006, exige que os pedidos de autorização sejam previamente avaliados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em 2013, foram incorporadas novas regras e, como parte do programa Mais Médicos, foram feitas alterações na priorização dos locais para abertura de cursos (box 1). Além das alterações relacionadas à autorização para abertura de cursos, nas palestras sobre este programa, o governo apresentou a proposta de ampliar a oferta de vagas de graduação em medicina, criando 11.447 novas vagas até 2017, sendo que 1.452 destas seriam criadas em 2013, e 5.435, em 2014. A maior parte das vagas seria criada em instituições privadas (7.832). Considerando-se que, entre 2010 e 2012, foram ofertadas 1.173 novas vagas, a criação de 6,9 mil vagas em dois anos teria um impacto significativo na oferta total.

BOX 1

Breve apresentação da normatização sobre autorização de cursos de medicina

A autorização dos cursos de medicina está sob a responsabilidade do Ministério da Educação (MEC). A regulamentação geral está prevista no Decreto nº 5.773, de 9 de maio 2006, que estabeleceu as regras gerais para a regulamentação dos cursos de ensino superior e que exige que os cursos de medicina, odontologia e psicologia tenham seu pedido de autorização submetido à manifestação prévia do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 2006).

Os cursos de direito passam pela anuência do Conselho Federal da Ordem dos Advogados. Para os demais cursos de graduação e cursos superiores de tecnologia não se exige manifestação prévia dos conselhos profissionais e/ou governamentais.

Em fevereiro de 2013, o MEC estabeleceu novos critérios para autorização dos cursos de medicina no sistema federal de ensino, lançando a Portaria Normativa nº 2 (Brasil, 2013b) e também regras para o aditamento do número de vagas, por meio da Portaria nº 3 (Brasil, 2013c). Ambos os normativos incorporaram fatores como relevância social do curso e oferta de equipamentos públicos disponíveis para os estudantes. Número de leitos por aluno maior ou igual a cinco; número de alunos por equipe de atenção básica menor ou igual a três; existência de leitos de urgência e emergência ou pronto-socorro; e grau de comprometimento de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) para utilização acadêmica eram critérios que, não atendidos, implicavam o indeferimento do processo para a autorização do curso.¹ As duas instruções também traziam critérios para a quantidade de vagas nos novos e antigos cursos. O número de vagas nos cursos autorizados dependia da relação de vagas existentes nos estados. Em estados com relação vagas por 10 mil habitantes menor que 1,3, os padrões de abertura do curso deveriam ser de oitenta, cem e 120 vagas, analisados em conjunto com o indicador de infraestrutura da instituição estabelecido pelo MEC. Em estados cuja relação fosse acima de 1,3 vaga por 10 mil habitantes, a quantidade de vagas disponibilizadas deveria ficar entre sessenta, oitenta e cem.

O Programa Mais Médicos, instituído pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, posteriormente transformada na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, deixou claras as mudanças em relação à oferta dos cursos de graduação em medicina: priorizar as regiões de saúde com a menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos (Brasil, 2013a). Posteriormente, algumas portarias normativas foram divulgadas pelo MEC a fim de atender o programa. As autoras destacaram as que tratam dos procedimentos de pré-seleção dos municípios que poderão fazer parte do chamamento público (Portaria Normativa MEC nº 13, de 19 de julho de 2013) e da Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Ensino Superior – Ifes (Portaria Normativa MEC nº 15, de 22 de julho de 2013).

A pré-seleção dos municípios que poderão ofertar os cursos de graduação em medicina contam com dois grupos de critérios, denominados de “relevância e a necessidade social” e a “estrutura de equipamentos” (Brasil, 2013d), critérios estes que são os mesmos contidos nas portarias normativas MEC nºs 2 e 3, citadas anteriormente. Os indicadores de necessidade social são baseados no número de médicos por mil habitantes na região de saúde; microrregião e Unidade da Federação (UF); e no número de vagas em cursos de medicina por 10 mil habitantes na UF. Os indicadores de equipamentos públicos são os mesmos das portarias nºs 2 e 3.

Em relação à Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Ifes, estas deverão ter o SUS como elemento central do projeto pedagógico e obedecerão as mesmas regras da Portaria MEC nº 2/2013. Para a avaliação das condições de implantação e monitoramento, será instalada a Comissão Especial de Avaliação das Escolas Médicas Caem (Brasil, 2013e).

Nota: ¹ Há outros critérios, tais como: a existência de três programas de residência médica nas especialidades prioritárias (clínica médica; cirurgia; ginecologia-obstetrícia; pediatria; medicina da família e comunidade); adesão pelo município ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); vínculo com hospital de ensino; e existência de hospital com mais de cem leitos exclusivo para o curso.

Elaboração das autoras.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores de remuneração e horas trabalhadas, tanto na Rais quanto na PNAD, apontam para a mesma conclusão: a existência de escassez do profissional médico. Construídas para captar perspectivas distintas do mercado de trabalho, as análises pela Rais e pela PNAD apresentaram tendência de remuneração/hora média crescente para o ocupado médico.

A remuneração/hora média nas ocupações selecionadas é consistentemente mais elevada na Rais que na PNAD. Observa-se que a dos ocupados médicos na PNAD era relativamente maior que aquela das demais ocupações, enquanto na Rais os profissionais da área jurídica possuíam a maior remuneração/hora média. Uma das explicações pode ser o fato de a PNAD captar tanto os vínculos empregatícios formais (celetista, estatutário e militares) quanto outras formas de inserção no mercado de trabalho (empregados sem carteira, empregadores, conta própria etc.). Quando se analisam os vínculos empregatícios formais na PNAD, há uma aproximação maior entre médicos e profissionais da área jurídica. Adicionalmente, enquanto na Rais as ocupações

em carreiras públicas da área jurídica representam quase metade do total, na PNAD elas não chegam a 15%. Por fim, há diferenças entre a carga horária semanal (CHS) das duas bases, sendo a CHS média para ocupações de médicos maior na PNAD que na Rais.

Um indicador apresentado nesse trabalho para complementar a análise de escassez econômica foi sobre a demanda por vagas em medicina. Cursos com relação candidato/vaga persistentemente elevada indicam que o retorno salarial da profissão mais que compensa o custo da formação. Utilizando-se dados do Censo da Educação Superior, os resultados da relação candidato/vaga por curso indicam que há escassez do profissional médico. Candidatos ao curso de medicina enfrentam uma relação candidato/vaga média de quarenta, e os profissionais das outras áreas enfrentam uma relação, em média, menor que dez. Embora a remuneração e a relação candidato/vagas sejam dois indicadores de extrema relevância para o diagnóstico da escassez, ainda faz-se necessário avançar em estudos sobre demanda por profissionais médicos. Estes estudos devem considerar as especificidades do sistema de saúde brasileiro, como a relação público-privado, a importância tanto do setor público quanto do setor privado, a organização dos sistemas na prestação de serviços assistenciais, entre outros fatores. Se a oferta de profissionais médicos tem sido insuficiente, qual é a verdadeira “demanda” por estes profissionais?

Essa é uma pergunta que depende de um estudo aprofundado do mercado de cuidados por saúde, uma vez que a demanda por médicos é uma demanda derivada desse mercado. No caso brasileiro, a existência da saúde suplementar e a demanda por serviços com financiamento direto pelas famílias (*out-of-pocket*) gera uma competição entre este mercado e o sistema público pelo mesmo recurso escasso, tornando ainda mais difícil a análise da demanda por médicos. Além disso, há uma vertente teórica que chama atenção para a existência de indução de demanda (*supply induced demand* – SID) pelos profissionais de saúde, incluindo os médicos.

Adicionalmente, a literatura tem trabalhado com o indicador de vagas não preenchidas, mas este deve ser baseado em informações que, em geral, são provenientes de pesquisas de campo e que necessitam de aprimoramentos metodológicos.

Como dito anteriormente, uma limitação deste trabalho refere-se ao fato de não terem sido feitas análises por um recorte regional e/ou por especialidades médicas. Como um de seus objetivos é dialogar com as atuais propostas de políticas públicas, particularmente com o programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013), esta se torna uma importante limitação.

Sabe-se que esse programa partiu de um diagnóstico de escassez global e local. Em relação à escassez global, o trabalho confirmou o diagnóstico. O programa Mais Médicos propõe, como uma das soluções para a escassez, o aumento da oferta de vagas em cursos de medicina. Entende-se que esta é uma das principais barreiras ao ingresso na profissão no Brasil, por isso a decisão de aumentar a oferta de vagas parece acertada. Porém, algumas questões da via escolhida para o aumento de vagas não são claras. Nas informações divulgadas em uma das apresentações do programa, o aumento de vagas será majoritariamente mediante instituições de ensino superior (IES) privadas. Então, pergunta-se: a escolha recai sobre o fato de as IES privadas possuírem maior capacidade de ampliação de vagas que as escolas públicas, uma vez que estas já operam no padrão de vagas por curso das atuais regulamentações? Ou será que a opção se deu por ser a organização privada mais eficiente na entrega dos serviços? Como neste artigo não foram trabalhados os indicadores em sua dimensão regional ou aprofundadas as discussões sobre a oferta de vagas públicas e privadas, não se têm elementos para responder a estas perguntas.

Outra questão de pesquisa não abordada neste trabalho, mas que também merece pesquisas futuras, refere-se ao papel do financiamento estudantil na decisão do aluno de concorrer a uma vaga em cursos privados, bem como na sua escolha sobre sua inserção futura no mercado de trabalho. O governo criou incentivo, por meio do abatimento de 1% do saldo devedor do Fundo de Financiamento do Estudante do Ensino Superior (Fies), para alunos que, após a conclusão do curso, atuarem “em áreas e regiões com carência e dificuldades de retenção desse profissional, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde” (Brasil, 2013f), em postos de trabalho da atenção básica. Para aqueles que realizarem residência médica em especialidades prioritárias, a carência para o pagamento do Fies é estendida até o final desta. Todavia, os recém-formados podem ter interesse em cursar residências médicas em outras especialidades, ou atuar em postos de trabalho fora da atenção básica.

Até o momento, não se estudou ou se tem conhecimento de estudos sobre o efeito destes incentivos na ampliação da oferta nestas áreas. Regulamentações e incentivos adicionais podem ser necessários para melhor distribuir a oferta de profissionais pelo território nacional. Dessa forma, a distribuição regional, o papel do financiamento estudantil, a regulação do Estado sobre a oferta de vagas de graduação e residência médica são importantes questões para pesquisa futura.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 5.773 de 9 de maio de 2006. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/pbyAcm>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nºs 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: <<http://goo.gl/fP5JlF>>.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 2 de 1 de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos e o padrão decisório para os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior – IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013. Brasília: MEC, 2013b. Disponível em: <<http://goo.gl/kpBu9f>>.

_____. _____. Portaria Normativa nº 3, de 1º de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior – IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências. Brasília: MEC, 2013c. Disponível em: <<http://goo.gl/5wQJ3j>>.

_____. _____. Portaria Normativa nº 13, de 9 de julho de 2013. Estabelece os procedimentos para pré-seleção de município para autorização de funcionamento do curso de medicina por IES privada, precedida de chamamento público, e para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS, a serem observados pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres). Brasília: MEC, 2013d.

_____. _____. Portaria Normativa nº 15, de 22 de julho de 2013. Institui a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior – IFES, com respaldo no Art. 2º, I da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, no âmbito do Programa Mais Médicos. Brasília: MEC, 2013e. Disponível em: <<http://goo.gl/6s1NIc>>.

BRASIL. Médicos e professores poderão abater dívida do Fies com trabalho na rede pública. **Portal Brasil**, 2013f. Disponível em: <<http://goo.gl/1bvFFA>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. v. 23. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ARAÚJO, H. E. **Migração de médicos no Brasil**: análise de sua distribuição, aspectos motivacionais e opinião de gestores municipais de saúde. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH, 2012.

CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: CREMESP; CFM, 2011. v. 1 Disponível em: <<http://goo.gl/GrgJRK>>.

_____. **Demografia médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: CREMESP; CFM, 2013. v. 2. Disponível em: <<http://goo.gl/9u933e>>.

PIERANTONI, C. R. *et al.* **Graduações em Saúde no Brasil**: 2000-2010. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012. v. 1.

FELDSTEIN, P. J. **Health care economics**. 5. ed. New York: Delmar, 1999.

MACIENTE, A. N.; NASCIMENTO, P. A. M. M.; ASSIS, L. R. S. Ocupações de nível superior com maiores ganhos salariais entre 2009 e 2012. **Radar**: inovação, produção e comércio exterior. Brasília, n. 27, ed. especial, p. 55-68, jul. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/vLfKoi>>.

NERI, M. C. (Coord.). **Você no mercado de trabalho**: segunda etapa da pesquisa Educação e Trabalho do Jovem no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; Centro de Políticas Sociais; IBRE, 2008.

_____. **O retorno da educação no mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: IBRE; FGV, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/79OUf8>>. Acesso em: 21 out. 2013a.

_____. **Escassez de médicos**. Rio de Janeiro: IBRE; FGV, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/cKTgqq>>. Acesso em: 21 out. 2013b.

_____. Escolhas universitárias e performance trabalhista. **Radar**: tecnologia, produção e comércio exterior, n. 27, p. 7-20, jul. 2013c. Edição especial. Disponível em: <<http://goo.gl/TWRf2Y>>.

NICHOLSON, S.; PROPPER, C. **Medical workforce**. North-Holand: 2011. (Handbook of Health Economics, v. 2).

PEREZ, P. B; LÓPEZ-VALCÁCERL, B. G.; VEJA, R. S. **Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas em Brasil**: proyecciones a 2020. Gran Canaria: Universidade de Las Palmas de Gran Canaria, 2011.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: UFMG, jun. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/cBbnfQ>>.

_____. **Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2012a. Disponível em: <<http://goo.gl/uRSnEv>>.

_____. **Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2012b.

WONG, L. R. *et al.* Estimativas de mão de obra qualificada para o curto e médio prazo: uma proposta metodológica aplicada ao caso das especialidades médicas em Minas Gerais. *In*: SEMINÁRIO DE ECONOMIA MINEIRA, 15., 2012, Belo Horizonte, Minas Gerais. **Anais...** Belo Horizonte: Cedeplar, abr. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/40PCvH>>. Acesso em: 28 fev. 2014.