

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

REINALDO SERGIO HAMAMOTO

Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica Brasileira

SÃO PAULO
2010

REINALDO SERGIO HAMAMOTO

Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica Brasileira

Tese de doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas

Área de concentração: Administração e planejamento em saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Malik

SÃO PAULO
2010

REINALDO SERGIO HAMAMOTO

Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica Brasileira

Tese de doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas

Área de concentração: Administração e planejamento em saúde

Data de aprovação:

____/____/____

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik (Orientadora)
Fundação Getulio Vargas

Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos
Universidade Federal de Minas Gerais
Ministério da Saúde - SGTES

Prof. Dr. Kurt Eberhart von Mettenheim
Fundação Getulio Vargas

Prof. Dr. Marcos Boulos
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Samuel Goihman
Universidade Federal de São Paulo

Hamamoto, Reinaldo Sergio.

Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica Brasileira /
Reinaldo Sergio Hamamoto. - 2010.
118 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Mercado de trabalho -- Brasil. 2. Migração. 3. Estudo no exterior. 4.
Educação e estado -- Brasil. 5. Médicos -- Brasil. I. Malik, Ana Maria. II.
Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III.
Título.

CDU 058.7:614.2(81)

Agradecimentos:

Aos meus pais, pelo apoio, pelos conselhos e lições e pelo amor incondicional, abrigo para todas as horas.

À Profa. Ana Maria Malik, pelo apoio constante e irrestrito, pelo desafio intelectual da nossa convivência e pelos momentos de diversão pura.

À minha família por ajudar a dar sentido na busca por novos desafios.

Aos meus amigos Pedro, Eduardo, Tadeu, Carina, Simone, Igor, Ricardo, Sandra e Linus, pelos momentos de debate e pelos cuidados, carinho e incentivo.

À Leila pela sua atenção e alegria.

À Fundação Getulio Vargas.

Resumo:

A migração de pessoas pode ser benéfica quando bem administrada. No caso dos médicos é uma oportunidade de atração de talentos ou de oferta adequada de força de trabalho. Partindo do referencial do médico imigrante, esta tese se propôs estudar a sua importância no Brasil e a sua inserção no mercado de trabalho. Para isso, foi feita pesquisa sobre a legislação correspondente - incluindo as determinações das universidades e do Conselho Federal de Medicina. Foi adotada uma metodologia qualitativa para a coleta de informações sobre revalidação de diplomas nas universidades e foram realizadas entrevistas com médicos graduados no exterior trabalhando no Brasil. Observou-se a incipiência das políticas em relação ao tema, influenciadas por interesses governamentais e corporativos, resultando num processo heterogêneo em relação aos seus objetivos. Sugere-se que a aproximação entre os Ministérios da Educação e da Saúde e o Conselho Federal de Medicina, além de um debate abrangente sobre planejamento de força de trabalho, possam aumentar a competitividade do Brasil na atração de talentos e diminuir o risco à saúde da população atribuível à atuação de médicos cuja competência não tenha sido aferida.

Palavras-chave: Força de Trabalho, Planejamento, Migração, Médicos Graduados no Exterior, Revalidação de Diplomas, Mercado de Trabalho e Preconceito.

Abstract:

Migration is inevitable and it can be beneficial if well managed. Medical migration is an opportunity to attract new talents and to increase workforce. The purpose of this study was to evaluate the importance of international medical graduates in Brazil's health workforce. A search of current legislation on the matter was carried out. Using a qualitative methodology information on diploma revalidation was collected from universities and internationally trained doctors working in Brazil. Results showed incipient policy on this issue, influenced by governmental and corporate interests leading to an unequal process. A coordinated approach including the Ministries of Health and Education and Conselho Federal de Medicina, and a comprehensive debate on workforce planning would increase Brazil's competitiveness in international labor market and lower the risk to its population's health.

Key words: Workforce, Planning, Migration, International Medical Graduates, Medical Licensure, Labor Market and Prejudice.

Lista de Figuras, Quadros e Tabelas:

Figura 1.	Disponibilidade de Força de Trabalho, segundo OMS	15
Figura 2.	Relação dos mercados de educação, trabalho e serviços de saúde	17
Gráfico 01.	Número de vagas nas escolas de medicina no Brasil, entre 1808 e 2009	57
Quadro 01.	Legislação versando sobre revalidação de diplomas médicos – 1957 a setembro 2009	49
Quadro 02.	Universidades com revalidação de diplomas prevista em regimento em 2009	60
Quadro 03.	Procedimentos de revalidação por universidade, 2009	61
Quadro 04.	Procedimentos de revalidação por universidade, 2009	62
Quadro 05.	Apresentação dos entrevistados – Características pessoais	65
Tabela 01.	Densidade de médicos por 10.000 habitantes	23
Tabela 02.	Densidade de médicos por 10.000 habitantes no Estado de São Paulo no ano de 2007 por delegacia regional	25
Tabela 03.	Escolas médicas no Brasil por categoria administrativa em 2009	55
Tabela 04.	Cursos e vagas de medicina aprovados no Brasil no ano de 2009 segundo categoria administrativa – Estados da Federação	118
Tabela 05.	Cursos e vagas de medicina reconhecidos no Brasil no ano de 2009 segundo categoria administrativa – Estados da Federação	119
Tabela 06.	Relação entre população e vagas nas escolas de medicina no Brasil até o ano de 2009	58
Tabela 07.	Vagas em escolas médicas por 100.000 habitantes no ano de 2009	58
Tabela 08.	Médicos registrados no CREMESP por tipo de inscrição dezembro 2009	63
Tabela 09.	Médicos registrados no CREMESP por tempo de inscrição, dezembro 2009	63
Tabela 10.	Médicos graduados no exterior registrados no CREMESP por especialidade, dezembro 2009	64

Lista de Siglas:

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABRUEM – Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais
AMB – Associação Médica Brasileira
ANDIFES – Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
CES – Câmara de Educação Superior
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNE – Conselho Nacional de Educação
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DoH – Department of Health (Reino Unido)
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IOM – Institute of Medicine
Jstor – The Scholarly Journal Archive
LILACS – Latin American and Caribbean Health Sciences
MEC – Ministério da Educação
MedCarib – Caribbean Health Sciences Literature
MEDLINE – International Database for Medical Literature
MRE – Ministério das Relações Exteriores
MS – Ministério da Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIM – Organização Internacional para as Migrações
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPS – Organização Panamericana de Saúde
PUC – Pontifícia Universidade Católica
UE – União Européia
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UFAL – Universidade Federal de Alagoas
UFPA – Universidade Federal do Pará
UFPel – Universidade Federal de Pelotas
USP – Universidade de São Paulo
WMA – World Medical Association

Sumário:

Apresentação.	p. 11
1. Introdução.	p. 13
1.1 A Disponibilidade de Força de Trabalho: Educação e Treinamento	p. 18
1.2. A Disponibilidade de Força de Trabalho: Planejamento	p. 20
2. Questão Central.	p. 28
2.1. Objetivo Geral	p. 28
2.2. Objetivos Específicos	p. 28
3. Referencial Teórico – A questão migratória.	p. 29
3.1. Conceitos, Números e Fatos	p. 29
3.2. O imigrante	p. 34
3.3. Países Fornecedores	p. 37
3.4. Países Receptores	p. 40
4. Metodologia.	p. 44
4.1. Levantamento bibliográfico	p. 44
4.2. Pesquisa Documental	p. 45
4.3. Pesquisa de Campo – Entrevistas	p. 46
5. Resultados.	p. 48
5.1. A Política Nacional	p. 48
5.1.1. A Política Atual	p. 50
5.1.2. As Escolas Médicas	p. 55
5.2. A Participação dos Médicos com Diploma Estrangeiro	p. 62
5.3. Experiências no Sistema	p. 64
6. Discussão.	p. 84
7. Conclusão.	p. 90
8. Referências.	p. 92
Anexos.	p. 111

Apresentação

Uma viagem de trabalho de quatro semanas a Angola trouxe vários questionamentos que levaram a esta tese. Beneficiado pela possibilidade de um olhar estrangeiro – estranhamento, choque, distância, contemplação e simpatia – percebi nesta nova realidade situações a estudar em qualquer contexto.

A realidade angolana mostra um sistema de saúde com grandes marcas da situação política do passado e do presente, algo esperado em qualquer país, mas que toma proporções dramáticas num país que esteve em guerra até há pouco tempo. Serviços de saúde desestruturados, quando existentes, e a impossibilidade de oferta suficiente de profissionais de saúde são características facilmente visíveis.

A cooperação e os convênios externos são formas de prover força de trabalho, inclusive de médicos, para atender à população. Causa estranheza, no entanto, médicos que não falam a língua local, incluindo um único psiquiatra que fala russo apenas para toda uma província, num país em que se fala português e línguas nativas – o umbundo neste caso. Apesar da situação quase anedótica, surgem inúmeras perguntas: este tipo de medicina é melhor do que a medicina tradicional local realizada pelos feiticeiros, tanto sob um olhar externo como para a população assistida? Quais intervenções priorizar? Quais profissionais são necessários? Quantos? Por conta da falta

de força de trabalho, é legítimo utilizar qualquer profissional e de qualquer forma?

De volta ao Brasil, vejo que as perguntas não são específicas para Angola e, no processo de desenho e realização do estudo, percebo o quanto assuntos tão diferentes estão ligados por esta questão da força de trabalho formada em escolas médicas estrangeiras: nacionalidade, força de trabalho, imigração, corporativismo, educação médica, preconceito, planejamento e ética nas relações internacionais. O desafio é entender a profundidade e complexidade destes temas para cada indivíduo em diferentes contextos e seu reflexo no sistema de saúde.

1. Introdução

Existem recursos financeiros e tecnológicos - conhecimento, equipamentos e medicamentos - suficientes para fazer frente aos principais problemas de saúde deste início de século, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006). No entanto, em todos os países, a saúde ocupa o topo das preocupações pessoais e familiares, logo após as questões financeiras (Kaiser Family Foundation, 2007).

A OMS considera alguns sistemas de saúde pouco responsivos, não eqüitativos e pouco seguros, recomendando atenção especial para a força de trabalho do setor saúde como um dos fatores-chave para a melhoria destes sistemas. A assertiva baseia-se no fato de que, apesar dos ganhos tecnológicos e mesmo das mudanças na forma de trabalho, o cuidado à saúde é fortemente dependente do trabalho humano (OMS, 2006).

A importância da força de trabalho em saúde volta a ser enfatizada pela OMS em seu Relatório Mundial de Saúde 2008, ao considerar que o *“principal constrangimento à expansão ou alteração no pacote de ofertas dos serviços, não é a falta de financiamento, mas sim o deficit relativo dos recursos humanos necessários para corresponderem às mudanças ou aumentos na procura.”* (OMS, 2008)

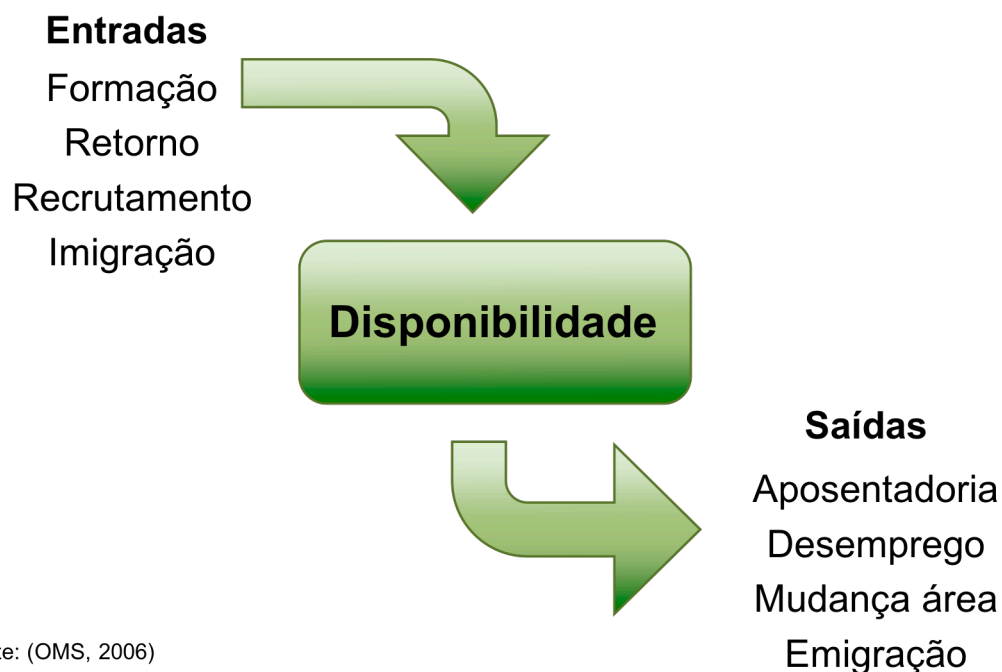
A força de trabalho inclui diversos profissionais e não apenas médicos, enfermeiros, farmacêuticos, cirurgiões dentistas e cuidadores. A definição utilizada pela OMS inclui “*todos os profissionais primariamente dedicados a ações cujo objetivo primeiro é melhorar a saúde*”. (OMS, 2006) Apesar do exposto, este trabalho restringir-se-á à análise da força de trabalho do profissional médico.

As afirmações anteriores são estruturadas segundo pressupostos teóricos de economia política, explicitados devido a sua influência nas conclusões e recomendações destes estudos. Força de trabalho é um termo consagrado desta ciência para estudos descritivos e analíticos de fenômenos demográficos e macroeconômicos. Refere-se à natureza do processo de trabalho, traduzindo as relações entre as pessoas. Nestes termos, é um valor. (Nogueira, 1983)

Segundo Nogueira, na teoria econômica o termo *força de trabalho* remete a questões de produção, emprego/desemprego, renda, divisão do trabalho, setor de emprego e assalariamento, dentre outros. Oportuno diferenciá-lo do termo *recursos humanos* que, segundo o mesmo autor, advém da ciência da administração, subordinado à ótica e ação gerenciais e ligado ao utilitarismo institucional. Apesar do arcabouço teórico diferente, Nogueira aceita a necessidade da visão gerencial na sociedade moderna, concluindo que o valor - força de trabalho - é necessariamente um recurso.

O Relatório Mundial de Saúde do ano de 2006 da OMS foi dedicado às questões da força de trabalho em saúde. Destaca-se o panorama mundial da sua disponibilidade, os fatores que a influenciam e as condições de atuação destes profissionais. Propõe-se partir deste marco conceitual – disponibilidade de força de trabalho – para estudar alguns dos fatores que a influenciam. Resumidamente, o aumento da disponibilidade por meio da formação de novos profissionais, das melhorias das condições de atuação e do recrutamento externo (imigração). E a diminuição desta disponibilidade pelo ciclo de envelhecimento e aposentadoria, pela concorrência de outros setores produtivos e pela emigração (*brain drain* ou “fuga de cérebros”).

Figura 1. Disponibilidade de força de trabalho, segundo OMS.



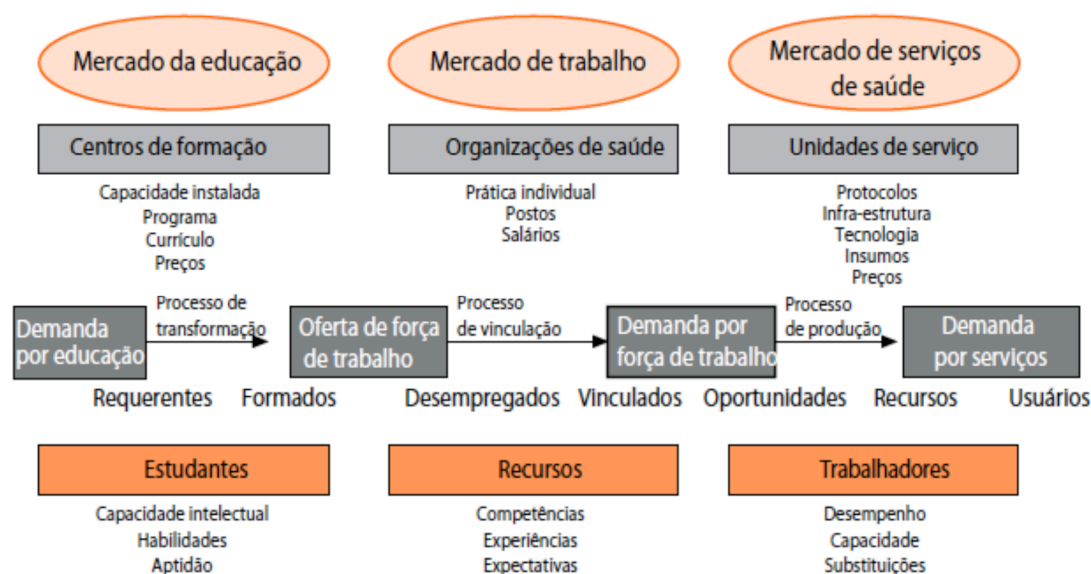
Fonte: (OMS, 2006)

É evidente a complexidade destes temas. O ciclo de formação de novos profissionais, o período produtivo e a aposentadoria ressaltam a importância do planejamento da força de trabalho nos âmbitos local, nacional e internacional. A relação do setor saúde com outros setores produtivos impacta diretamente sobre a disponibilidade de profissionais, trazendo discussões sobre a organização do mercado. As migrações, tanto entre regiões do mesmo país quanto em relação ao crescente fluxo migratório entre países e regiões do globo, levantam questões éticas e humanitárias que fogem ao escopo da economia política.

Ainda nesta perspectiva teórica, a disponibilidade de profissionais guarda relação com o conceito de mercado de trabalho – um mercado existe quando há um bem ou serviço disponível para troca ou comércio; trabalho é um fator de produção pertencente ao indivíduo e alugado às empresas e/ou negociado no mercado, assim como a propriedade e o capital. (Kaufman e Hotchkiss, 2006) No Relatório Mundial de Saúde de 2006, a OMS descreve o mercado como *empregadores* no lado da demanda, determinando os tipos e condições de emprego, enquanto os *trabalhadores*, no lado da oferta, contribuem com suas habilidades e preferências individuais sobre como e onde trabalhar. (OMS, 2006)

Os conceitos anteriormente explicitados – educação, mercados de trabalho e de serviços de saúde – são relacionados com recursos humanos, conforme representação abaixo.

Figura 2. Relação dos mercados de educação, trabalho e serviços de saúde.



Fonte: OMS, 2006

A oferta de trabalhadores depende da capacidade do sistema educacional produzir profissionais com as habilidades adequadas, portanto selecionando corretamente os indivíduos, representantes da população a ser atendida ou que possam ser treinados para compreendê-la, e propiciando meios para que estes alunos possam se beneficiar da formação recebida. O resultado deste processo educacional é a mão de obra disponível para o mercado de trabalho, recrutada pelo mercado de serviços de saúde, onde se torna parte dos recursos necessários para atender a demanda dos usuários por serviços.

1.1 A Disponibilidade de Força de Trabalho: Educação e Treinamento

A educação e o treinamento são as principais estratégias para uma adequada disponibilidade de trabalhadores. Ainda utilizando o conceito teórico desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, pensa-se estas estratégias de forma a: 1. formar o **número** correto de profissionais; 2. respeitar a **diversidade** populacional (características socioculturais e demográficas da população) e 3. capacitar os profissionais com as **habilidades** necessárias (tarefas que os trabalhadores de saúde em diferentes níveis são formados para e são capazes de desempenhar). (OMS, 2006)

Trata-se de objetivos complexos, pois envolvem um grande número de profissões e diversos atores em cada profissão, como universidades, conselhos de regulação / representações de classe, o poder público e serviços de saúde. Presume-se que as universidades devam ser sensíveis às necessidades de saúde da população, de forma a treinar médicos com a capacidade necessária e, juntamente com os conselhos de classe, contribuir para sua adequada distribuição regional. O poder público deveria determinar regras para propiciar a legitimação destes atores na formação e regulação de profissionais, bem como incentivos para a sua melhor distribuição.

Ações das universidades, necessárias para a adequada formação de profissionais, também foram sugeridas no Relatório Mundial de Saúde de 2006:

- Governança: controlar a permanência e a qualidade das instituições nos setores de educação e saúde
- Serviços educacionais: orientar o conteúdo e o processo de revisão dos currículos para as competências profissionais
- Seleção de pessoal: desenvolver corpo docente ou instrutores de boa qualidade, bem apoiados e motivados.
- Financiamento: assegurar níveis adequados, financiamento justo para acesso de estudantes e coordenação eficiente de recursos
- Infra-estrutura e tecnologia: desenvolver locais de formação e materiais de aprendizado para acomodar diversas necessidades dos estudantes
- Informação e conhecimento: gerar informações para informar políticas e avaliar a produção da força de trabalho em saúde

As universidades enfrentam o desafio de apreender a essencialidade do trabalho em saúde. No caso dos médicos, busca formar profissionais com capacidade técnica, num ambiente de rápida incorporação tecnológica e com crescente participação dos pacientes no processo de cuidado. (Jacob et al., 2003; Machado, 2002).

No Brasil, o mandato de regulamentar boa parte do processo de formação e capacitação de pessoal é, por excelência, do Ministério da Educação, que define as diretrizes e normas dos processos formadores, bem como os critérios para autorização de funcionamento das universidades. (Seixas, 2002) Constata-se, no entanto, que a maioria das universidades não está

dando resposta aos problemas atuais, nem preparando os profissionais para necessidades futuras (OMS, 2006), resultado do distanciamento entre os centros formadores e a necessidade dos serviços, além da rigidez e uniformidade dos currículos das universidades (Román et al., 2006; Seixas, 2002; Dal Poz e Varella, 1995).

1.2. A Disponibilidade de Força de Trabalho: Planejamento

A disponibilidade adequada de força de trabalho implica no **número** certo de pessoas, com as **habilidades** necessárias, no **lugar e tempo** apropriados para prover os **serviços** indicados para as **pessoas** certas (Birch, 2002). Este deveria ser o objetivo do planejamento de recursos humanos em saúde. Ele deriva da definição proposta por Hall e Mejia: o processo de estimar o número de pessoas com o tipo de conhecimento, habilidades e atitudes necessários para alcançar metas de saúde pré-determinadas. Este planejamento envolve especificar quais profissionais devem realizar ações determinadas no tempo e local corretos e de forma eficiente e eficaz. Para tanto, políticas devem estar em prática de forma que o conhecimento e as habilidades necessárias estejam disponíveis. Este planejamento deve ser um processo contínuo e requer também monitoramento e avaliação continuados. (Hall e Mejia, 1978)

Propõe-se que o planejamento adequado das futuras necessidades de saúde da população propicie a formação de profissionais em quantidade adequada.

Desta forma os recursos humanos não seriam um fator limitante do sistema para alcançar o nível de saúde desejado para a população. (Speybroeck et al., 2006; Zurn et al., 2005) Diferentes metodologias buscam uma definição quantitativa do número de profissionais necessários: 1) modelo baseado nas necessidades em saúde, 2) modelo baseado na utilização ou demanda, 3) modelo de proporção entre profissionais/população e 4) modelo baseado em metas. (Dreesch et al, 2005)

O **modelo baseado nas necessidades** em saúde estima o número de profissionais necessários baseado em quatro elementos: o tamanho e a composição demográfica da população (demografia), os riscos à saúde e a morbidade na população (epidemiologia), os serviços considerados apropriados (níveis de cuidado) e a quantidade de serviços oferecidos (produtividade). (Birch et al., 2007) Considera-se *a priori* que todas as necessidades em saúde podem e devem ser supridas e que todas as intervenções são custo-efetivas e podem ser identificadas e implementadas. Assume-se também que os recursos são utilizados de acordo com a necessidade. (Nyoni et al., 2006)

Esta metodologia não consegue responder às diferentes perspectivas dos usuários de serviços, em relação aos seus valores, cultura e tradição. Desconsidera, também, os diferentes julgamentos de necessidade em saúde dos vários tipos de profissionais envolvidos no cuidado, possivelmente projetando metas de prestação de serviço e de pessoal inalcançáveis. (Dreesch et al., 2005)

O **modelo baseado na utilização ou demanda** considera o nível existente de utilização de serviços como apropriado para suprir as necessidades de saúde e projeta o número de profissionais futuros com base nas mudanças esperadas na estrutura populacional. (Hornby et al. 1980; Hall e Mejia, 1978) Em geral, as características populacionais utilizadas são idade e sexo, assumindo que as necessidades em saúde variam sistematicamente em função destes fatores. (Nyoni et al., 2006)

A vantagem desta metodologia é estabelecer metas economicamente possíveis, pois considera pouca ou nenhuma alteração nas taxas de utilização de serviços pela população, dado que *a priori* os níveis, os tipos e a distribuição de serviços são julgados como apropriados no presente. Considera também que o perfil demográfico muda de forma previsível. (Dreesch et al., 2005)

O **modelo de proporção entre profissionais/população** baseia-se num nível desejado de número de profissionais em relação à população atendida. Em geral, compara-se com uma região ou país de referência com um setor de saúde similar e mais desenvolvido. Estas informações estão disponíveis na maioria dos países – mesmo que utilizem metodologias diferentes – e são de fácil compreensão. (Dreesch et al., 2005). Toma-se como exemplo informações do sítio da Organização Mundial da Saúde (Tabela 01). Nesta tabela, define-se como médicos todos os profissionais, generalistas e

especialistas, ativos na força de trabalho e que participam do mercado de trabalho.

Tabela 01. Densidade de Médicos por 10.000 habitantes.

País	Densidade de médicos	Ano
Africa do Sul	8	2004
Angola	<1.0	2004
Arábia Saudita	14	2004
Argentina	30	1998
Bolívia	12	2001
Brasil	12	2000
Canadá	19	2006
Chile	11	2003
Cuba	59	2002
Estados Unidos	26	2000
França	34	2006
Japão	21	2004
México	20	2000
Paraguay	11	2002
Portugal	34	2005
Reino Unido	23	1997
Uruguay	37	2002
Venezuela	19	2001

Fonte: OMS – WHOSIS, dezembro 2009. (por 10.000 hab)

Parte-se do princípio que os países são comparáveis. No entanto, não é considerada a interação entre os diversos profissionais no trabalho em cada sistema de saúde, tampouco é possível explorar as interações entre quantidade, distribuição, produtividade e resultados. (Dreesch et al. 2005)

No **modelo baseado em metas**, a quantidade e os tipos de serviços são determinados pelas autoridades de saúde como metas para os diferentes níveis de cuidado. Em geral, considera-se a tecnologia disponível, a demanda por serviços e os serviços já ofertados pelos diversos profissionais de saúde. Este modelo baseia-se no princípio de que os serviços ofertados

são possíveis de serem realizados, aceitáveis para a população e podem ser desenvolvidos no tempo previsto.

Existem muitas limitações nestes métodos para planejamento de recursos humanos, em geral normativos. Com frequência, não se dispõe das informações necessárias para o planejamento (Goic, 1999), e este é visto como um exercício técnico, isolado do contexto político. A ênfase é em aspectos quantitativos e pouco se explora o lado qualitativo, como a interação entre as diferentes categorias de profissionais de saúde (WMA, 2009), as variações nos cuidados em saúde e os níveis de produtividade de diferentes equipes de profissionais. Outro ponto fraco destas metodologias é desconsiderar os aspectos econômicos. (Murphy 2002; O'Brien-Pallas et al. 2001).

A quantificação da força de trabalho é necessária, mas deve ter como contexto o cenário político, o financiamento, o ambiente educacional, as condições de trabalho e a distribuição dos profissionais. (Humber e Frecker, 2008; Bossert et al., 2007) Conseqüente à diversidade de metodologias e contextos, não há uma forma única e universalmente aplicável para definir corretamente a necessidade de médicos. (Bastías et al., 2000)

O financiamento da formação de um médico pode ser determinante para obter-se o médico que se deseja no local em que ele é necessário. (Shortt et al., 2005) A garantia de boas condições de trabalho diminui a perda precoce

de profissionais. (Henderson e Tulloch, 2008; Cohen et al., 2001; Konrad et al., 1999; Bailie et al., 1998)

A distribuição de médicos é um problema mundial. Em geral, concentram-se em países ricos e cidades com melhores condições de vida, maiores salários, maior reconhecimento social e melhor satisfação no trabalho. A questão da distribuição não se resume apenas à concentração de médicos, mas também a sua proporção em relação aos outros profissionais de saúde e à excessiva especialização. (Wibulprasert, 2002) A desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde dentro do Brasil é marcante. Noventa e quatro por cento dos médicos estão em áreas urbanas. E mesmo as municipalidades apresentam grandes diferenças entre si, variando de menos de 5 profissionais de saúde por 1000 habitantes até mais de 35. (Souza et al, 2006; CREMESP, 1994)

Tabela 02. Densidade de Médicos por 10.000 habitantes no Estado de São Paulo no ano de 2007 por delegacia regional.

Delegacia*	Densidade de Médicos
São Paulo	39.62
Ribeirão Preto	28.71
Campinas	24.27
São José do Rio Preto	21.23
Botucatu	18.95
Santos	18.72
São José dos Campos	17.57
Taubaté	17.17
Marília	16.79
Santo André	16.57
Bragança Paulista	15.99
Presidente Prudente	15.24
Piracicaba	14.93
Bauru	14.84
Barretos	14.79
Limeira	14.09
Franca	13.52

Sorocaba	13.30
Araraquara	13.07
Jaú	12.74
Americana	12.54
Assis	12.42
Araçatuba	12.28
Jundiaí	11.92
São Bernardo do Campo	8.85
Mogi das Cruzes	7.78
Registro	6.95
Guarulhos	6.35
Osasco	5.45

Fonte: CREMESP, 2007.

* As bases para criação de Delegacias serão o número de médicos, o número de empresas prestadoras de serviços médicos, número de Comissões de Ética Médica e o número de Faculdades de Medicina existentes na jurisdição, aprovadas pela plenária do CREMESP. (RESOLUÇÃO CREMESP Nº 105, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2003)

Evidencia-se que definir a falta ou excesso de médicos não é um simples cálculo matemático (Taylor e Esmail, 1999; Parkhouse, 1996; McManus, 1996), tal julgamento pode também ser feito sob uma perspectiva social. (Kralj, 2001). Na teoria econômica, existe falta ou excesso quando a quantidade de uma determinada habilidade ofertada pela força de trabalho e a quantidade demandada pelos empregadores não são equivalentes em condições de mercado. Numa perspectiva normativa, pode-se definir falta a partir da proporção desejada de médicos / população, ou de qual a oferta de serviços considerada adequada e o número de médicos necessários para isto. (Zurn et al., 2005) A falta de profissionais, no entanto, pode levar à baixa qualidade e produtividade de um sistema de saúde (Haskel e Holt, 1999) e o excesso de médicos não está relacionado com melhor resultado em saúde. (Roos et al., 1999)

Várias políticas para a redistribuição da força de trabalho médica são possíveis, para manter a adequada disponibilidade de médicos. Políticas de

mercado assumem que áreas saturadas exportariam profissionais para áreas com menor densidade de profissionais e estas ofereceriam condições atraentes para estes profissionais; políticas regulatórias estabeleceriam, em regulamentos, leis e ações administrativas, onde os profissionais serão alocados; políticas de incentivo ofereceriam melhor remuneração para médicos alocados em áreas mais distantes ou mais populosas. (Kralj, 2001; Roos et al., 1999)

Outras iniciativas envolvem o aumento da admissão de alunos para as escolas médicas ou mesmo o aumento do número de escolas médicas, propostas que só podem ter efeito no longo prazo. (Lomas et al., 1985) Como resposta rápida para a falta de médicos, pode-se utilizar o recrutamento internacional e a imigração de profissionais graduados em outros países. (OMS/OPS, 2009; Stilwell et al, 2004; Bastías, 2000) A migração de pessoas é um componente essencial, inevitável e potencialmente benéfico na vida econômica e social de qualquer país (OMS, 2006). No entanto, não é uma solução de longo prazo para a falta de médicos.

2. Questão Central

Qual a importância da imigração de força de trabalho médica para o Brasil e como ela é incorporada ao mercado de trabalho?

2.1. Objetivo Geral

Analisar o processo de inserção de médicos graduados no exterior no mercado de trabalho brasileiro.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar a política brasileira para inserção de médicos graduados no exterior na força de trabalho em saúde;
2. Mensurar a participação dos médicos graduados no exterior no mercado de trabalho do Estado de São Paulo;
3. Analisar a inserção dos médicos graduados no exterior na força de trabalho.

3. Referencial Teórico - A questão migratória

3.1. Conceitos, Números e Fatos:

O termo migração abrange um grande espectro de movimentos populacionais. Define-se migração como o movimento de pessoas de uma área a outra por períodos de tempo variáveis. (OIM, 2003) Estima-se que mais de 200 milhões de pessoas vive temporária ou permanentemente fora de seus países de origem. Ou seja, uma em cada 35 pessoas no mundo é migrante. A atual taxa mundial de crescimento do número de migrantes é de 2,9 por cento, frente a uma taxa de crescimento anual de 2,1 por cento nos anos de 1965 a 1990. Esta estimativa inclui trabalhadores migrantes, imigrantes permanentes, refugiados e asilados e o número crescente de migrações irregulares – também denominadas como “não documentadas” – cerca de 10% a 15% do total. (OIM, 2009)

Uma das distinções possíveis entre migrantes é seu *status* como regular (documentado) ou irregular (não documentado); os regulares são aqueles cuja entrada, residência e emprego são autorizadas ou reconhecidas pelas autoridades do Estado receptor. Irregulares são as pessoas que entraram sem autorização legal. Outra classificação é baseada na condição do processo migratório: voluntário ou forçado. Migrantes voluntários são pessoas que decidiram migrar por conta própria, mesmo quando a migração é associada a razões econômicas. Migração forçada se refere aos

movimentos de refugiados e às pessoas deslocadas por desastres naturais ou ambientais. (OIT, 2002)

Segundo a OMS, estes movimentos têm se tornado mais intensos associados a motivos políticos, ambientais ou econômicos, colocando este assunto como um grande desafio para a saúde pública. (OMS, 2003)

Paralelamente, poucos Estados têm se mostrado capazes de gerenciar a migração adequadamente de forma a beneficiar indivíduos e sociedades (OIM, 2009)

O processo de globalização aumentou a mobilidade da força de trabalho através das fronteiras nacionais, principalmente pelo aumento do comércio e dos fluxos de investimento. A alta demanda por força de trabalho em economias desenvolvidas e a disponibilidade desta em nações em desenvolvimento estimulam os movimentos migratórios. (OIM, 2009)

Mudanças demográficas, econômicas, trabalhistas, educacionais e tecnológicas requerem que as pessoas sejam capazes de se mover da mesma forma que bens e materiais, livre e rapidamente. (Carballo et al., 1997)

Os migrantes classificados como “profissionais altamente qualificados”, especialmente nas áreas de turismo, *software*, seguros e finanças, têm sido beneficiados por regras e condições específicas de migração (OIM, 2009). Na área de saúde, as enfermeiras são parte deste mercado de trabalho global, pois existe carência destes profissionais tanto em países de baixa quanto de

alta renda. (Buchan et al, 2003) O mercado de trabalho mundial para médicos não parece ter a mesma dinâmica, pois existe grande oferta em alguns países e escassez em outros. (Stilwell et al, 2004; Forcier et al, 2004)

A migração de profissionais de saúde pode ter grande impacto nos sistemas de saúde, tanto dos países de onde eles emigram (países fornecedores), quanto para os locais para onde estes profissionais imigram (países receptores). Em geral, os países receptores são os países de economia mais estável e em crescimento, com boas condições de desenvolvimento profissional. Estes movimentos têm grande impacto na disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho. (Forcier et al., 2004)

O recrutamento internacional é parte de um grande debate, pois resulta numa perda importante de mão de obra qualificada (“fuga de cérebros”) nos países com sistemas de saúde frágeis, causando grande variação na disponibilidade de médicos, com impacto negativo na equidade e no acesso a serviços de saúde. (Mullan, 2005) No entanto, a migração de profissionais ocorre não apenas entre países em desenvolvimento e desenvolvidos: um grande fluxo ocorre entre países desenvolvidos, ou são provenientes de países em desenvolvimento que intencionalmente produzem mais profissionais do que necessitam (Índia, Cuba e as Filipinas), e contam com as remessas financeiras realizadas por estes profissionais ao país de origem. (Forcier et al., 2004) No ano de 2008, o montante de remessas realizadas por imigrantes foi de USD 444 bilhões (dólares americanos), sendo que USD 338 bilhões foram enviados a países em desenvolvimento. (Banco Mundial, 2009)

A quantidade de profissionais de saúde atuando em países diferentes de onde nasceram é de difícil mensuração. Na década de 70 Mejia estimou que cerca de 6% dos médicos e 5% dos enfermeiros não estavam em seu país de nascimento. A maior parte dos países não dispõe de fontes de informação confiáveis sobre o fluxo de entrada e saída de profissionais de saúde. Em geral, existem informações sobre a entrada, mas pouco é registrado sobre sua saída até os dias de hoje. (Bach, 2004; Mejia et al, 1979)

É oportuno destacar que este estudo de Mejia leva em conta o país de nascimento dos profissionais de saúde. Percebe-se, no entanto que a população migrante é maior considerando-se os migrantes temporários; ou seja, profissionais treinados no exterior e que atuam em seus países de origem (profissionais graduados no exterior).

A migração internacional de profissionais de saúde não é, no entanto, uma questão linear de “fuga de cérebros”; envolve escolhas individuais: motivações e atitudes no desenvolvimento da carreira, o *status* relativo dos profissionais de saúde nos diferentes sistemas e as políticas governamentais facilitando ou limitando o fluxo de profissionais. (Bueno de Mesquita e Gordon, 2005; Buchan e Dovlo, 2004) São diversos os fatores envolvidos nesta decisão, aqui classificados em fatores de atração (“*pull factors*”) e fatores de emigração (“*push factors*”). Alguns fatores de atração já mencionados são: oportunidade de treinamento, oferta de salários maiores, melhores oportunidades de emprego. Entre os fatores de emigração estão:

salários e condições de trabalho pouco atraentes, altas taxas de desemprego, instabilidade política e falta de segurança. (Hann et al, 2008; Forcier et al., 2004)

No caso dos médicos estudados por Mejia, a emigração se relaciona principalmente com a produção de mais profissionais que a capacidade nacional de empregá-los, associada com a demanda por médicos em outros países (fator de atração). Outros fatores associados a imigração são (Mejia et al., 1970):

- Em países ricos, médicos tendem a emigrar quando o sistema de saúde é baseado no sistema público;
- A má distribuição de médicos e enfermeiros parece estar relacionada com entrada de profissionais no país;
- A língua de ensino na escola médica é fortemente relacionada com o país de destino do profissional emigrado (por exemplo, profissionais de países caribenhos de língua inglesa tendem a emigrar para os EUA ou o Reino Unido).

O fluxo de profissionais é mais intenso em países com sistemas de saúde parecidos (Forcier et al., 2004). Dentro do contexto internacional de migração, a participação do Brasil parece ser bastante discreta, mas não existem informações sistematizadas sobre a migração de profissionais de saúde no país. No estudo de Mejia, na década de 70, o Brasil apresentou baixa emigração e mostrou-se pouco influenciado pelo movimento global de profissionais. (Mejia et al., 1979) No entanto, os médicos graduados no

exterior, ou seja, brasileiros graduados em outros países que retornam para atuar profissionalmente foram desconsiderados naquela pesquisa. Presume-se que atualmente exista um número significativo, pois “as restrições já em vigência através de vestibulares e cobrança de matrículas significativas, já estão produzindo migrações de estudantes para aqueles centros de menores barreiras, o que sem dúvida há de se acentuar criticamente a partir da perspectiva de livre prática profissional entre os países (do Mercosul).” (Campos et al., 1995)

As diferentes perspectivas sobre o tema imigração – do imigrante, dos países fornecedores e dos receptores – trazem conceitos e visões, por vezes, contraditórios. Propõe-se partir destas três perspectivas para estudar o assunto.

3.2. O imigrante:

A migração de um profissional de saúde é uma decisão individual, envolvendo custos e benefícios pessoais, mas com impacto tanto no sistema de saúde dos países fornecedores como nos receptores. (Adams e Stilwell, 2004) O processo de migração pode ser dividido em três fases: processo de instigação (criando o estímulo para imigração), processo de ativação (percepção de que outro mercado oferece melhores oportunidades) e processo de facilitação (fatores que tornam a migração possível). (Ballard et al., 2004)

Este processo envolve principalmente a busca por desenvolvimento profissional, experiência de vida em outro país, melhores condições de trabalho e recompensa financeira. (Buchan et al., 2006) A complexidade desta escolha é demonstrada pelo fato de muitos médicos canadenses escolherem trabalhar nos Estados Unidos por dois motivos: melhor retorno financeiro e um clima mais ameno (Ma et al., 1997; McKendry et al., 1996).

O processo imigratório é bastante custoso para quem escolhe fazê-lo: estima-se os custos de relocação e obtenção de autorização para a prática médica no Reino Unido em nove mil libras. (Shafqat e Zaidi, 2005) Políticas agressivas de atração de médicos existem em muitos países, demonstrando a dificuldade de planejamento da força de trabalho neles existente. (Bach, 2003) Paralelamente, a discussão sobre excesso ou falta de profissionais e a pressão dos representantes destas corporações têm levado a mudanças repentinas nestas políticas, resultando em insegurança e descontentamento. (Esmail, 2007; Shafqat e Zaidi, 2005; Sandhu, 2005)

Parte importante dos fenômenos migratórios é a receptividade da comunidade onde estes migrantes se instalam, existindo um potencial para conflitos por diferenças de crenças, valores e práticas entre o profissional e a comunidade que o recebe. Um exemplo disto é a inserção de médicos de crença e práticas religiosas diferentes daquelas de sua “nova” comunidade. Para todos os migrantes, incluindo os profissionais da saúde, é indispensável o seu acolhimento, sua adaptação à cultura de onde estão inseridos, a

observação das condições de trabalho por parte deles e o acesso às mesmas oportunidades educacionais e de trabalho disponíveis aos locais.

Profissionais graduados no exterior enfrentam barreiras, como a desconfiança sobre a segurança e a qualidade do cuidado à saúde por eles prestado, racismo e práticas discriminatórias e barreiras ao seu desenvolvimento. (Forcier et al., 2004; Bach, 2003; Jinks et al, 2000)

Estes médicos não formam um grupo homogêneo e tampouco são iguais aos médicos locais. Em termos gerais, a população imigrante em países da OCDE é mais qualificada que a população destes Estados (Dumont e Lemaître, 2005). Considerando-se apenas os médicos, aqueles treinados no exterior são mais velhos e possuem menos certificações de especialidade que os treinados localmente; em geral, instalam-se em mercados menos restritos em termos de requerimentos para a prática e onde já existem outros médicos de mesma origem. (Akl et al., 2007; Morris et al, 2006; Polsky et al., 2002)

Em comparação com os médicos nativos que se graduaram no exterior, os estrangeiros têm mais anos de treinamento e mais experiência clínica; no entanto os estrangeiros têm menos acesso à residência médica. (Szafran et al., 2005) Estas diferenças podem denotar necessidades especiais para estes profissionais, como experiência no sistema de saúde local, habilidade de comunicação com pacientes e outros profissionais e conhecimento sobre a apresentação local de medicamentos e o sistema hospitalar. (Zulla et al., 2008) Para fazer frente a estas necessidades, os sistemas de saúde devem

ser capazes de reconhecer as características específicas deste grupo, avaliando não apenas o conhecimento e as habilidades clínicas como também suas características de atitude e comportamento. (Andrew e Bates, 2000)

3.3. Países Fornecedores:

A questão migratória de profissionais de saúde não é recente. Nas décadas de 60 e 70 houve intenso recrutamento, por parte dos países desenvolvidos, da força de trabalho das nações em desenvolvimento, objetivando equacionar a sua falta de médicos e enfermeiros. Este movimento diminuiu nos anos 1980 e 1990, mas ganhou novo impulso na última década, obtendo destaque nas discussões globais sobre política e ética (Wright et al., 2008)

As características deste movimento de profissionais indicam que nos países receptores, em geral os desenvolvidos, os médicos graduados no exterior correspondem, em média a 28% da força de trabalho. Destes até 75% são provenientes de países em desenvolvimento. (Mullan, 2005).

Evidencia-se uma significativa perda de trabalhadores nos países fornecedores. Soma-se a isso a constatação de que são os profissionais mais qualificados, com mais experiência, mais premiados ou provenientes das melhores escolas médicas que emigram. Sugere-se que projetos nacionais de desenvolvimento dos países fornecedores são minados por esta perda de

força de trabalho qualificada. (Kaushik et al., 2008a; Kaushik et al., 2008b; Arah, 2007; Buchan et al, 2006; Elnur, 2002)

No entanto, existem efeitos positivos para os países fornecedores, como o ganho de qualificação e experiência quando do retorno do trabalhador ao local de origem. Atualmente, as migrações tendem a ser mais temporárias que no passado, propiciando a algumas nações, como a Índia, atrair de volta alguns profissionais (Bach, 2003). Outro efeito da migração é o envio de recursos financeiros, que pode tornar-se algo representativo na balança de pagamentos da economia nacional. (Forcier et al., 2004; Diaz-Briquets e Perez-Lopez, 1997)

Existe um trânsito significativo de profissionais entre países desenvolvidos, como demonstrado por Mejia, contribuindo para a complexidade da questão. Trata-se de um movimento populacional com características diferentes, tendendo a permanências mais curtas e retorno ao país de origem ou uma segunda imigração para outro país desenvolvido (Buchan et al., 2006). Em casos específicos, como na migração de médicos canadenses para os Estados Unidos da América, tentou-se compensar a perda de médicos no sistema de saúde com o recrutamento de médicos de países em desenvolvimento. (Phillips Jr et al., 2007)

Evidencia-se que nos países fornecedores, os fatores de emigração (“push factors”) devem ser considerados na formulação de políticas para retenção de médicos, dado que possuem recursos para formá-los, mas não oferecem

as condições e os recursos para prover as expectativas de carreira e estilo de vida que estes profissionais almejam. (Hahn et al., 2008) Ainda assim, não se trata apenas de uma questão interna deste Estados, dado que os países receptores podem assumir a responsabilidade no recrutamento ético e no incentivo ao retorno de médicos ao seu local de origem. (Hagopian, 2007; Patel, 2003)

Como resposta às questões suscitadas pela migração de profissionais de saúde, organismos internacionais, governos e entidades supranacionais estabeleceram algumas políticas e acordos visando a melhor entender e gerenciar esta migração. Países fornecedores devem investir na formação de mais profissionais de saúde, melhorar as condições de trabalho e estabelecer programas de incentivo ao retorno daqueles que emigraram. (OMS, 2006) Já os países receptores deveriam investir na educação de mais médicos (suficiente para atender à sua necessidade), estabelecer práticas de recrutamento responsável e apoiar o desenvolvimento de profissionais de saúde nas nações de menor renda.

O Reino Unido estabeleceu o Código de Prática para o recrutamento ético internacional e emprego de profissionais de saúde em 2004, visando promover práticas responsáveis, de forma a não prejudicar países em desenvolvimento. O recrutamento ativo nestes países, tanto por agências ou diretamente por órgãos públicos, é desaconselhado, exceto nos casos em que exista um acordo com esta finalidade. (DoH, 2004)

3.4. Países Receptores:

Os países desenvolvidos enfrentam desafios causados pelo envelhecimento da população, significando aumento de demanda por serviços de saúde, bem como número insuficiente de pessoas jovens no sistema para substituir os profissionais que se aposentam. Este problema é agravado pela pouca atratividade das profissões de saúde, principalmente na enfermagem, para as novas gerações. (Comission of the European Communities, 2008) A imigração é um dos meios para a manutenção de níveis adequados de força de trabalho nestes Estados, diante da perspectiva de falta de profissionais em um futuro próximo (García-Pérez et al., 2007; Thind et al., 2007; Akl et al., 2007).

Na União Européia (UE), qualquer médico que tenha completado um treinamento básico em um dos países membros e possua qualificação reconhecida, pode ser automaticamente registrado em qualquer outro Estado associado. (Forcier et al., 2004) Favorecidos ainda pela livre circulação de pessoas, observa-se que a imigração ocorre dos países mais pobres para os mais ricos. No caso da saúde, observa-se que em Portugal, na Noruega e na Polônia a maioria dos profissionais de saúde imigrantes origina-se da própria UE; no caso do Reino Unido e da Irlanda, a maioria deles é de fora da UE. (García-Pérez et al., 2007) Reconhece-se a necessidade de utilização e valorização da força de trabalho médica imigrante, dada a intensa competição pelos médicos entre os países desenvolvidos. (Comission of the European Communities, 2008)

Nos Estados Unidos, estima-se o *déficit* em 200.000 médicos ou 20% da força de trabalho necessária em 2020 ou 2025 (Akl et al., 2007). Calcula-se também que o número de alunos nas escolas médicas americanas não acompanhará o aumento do número de vagas nestas escolas, tampouco será capaz de suprir a falta de médicos projetada. Portanto, o país continuará a depender do recrutamento de profissionais no exterior. Estas projeções são rejeitadas pelas sociedades médicas americanas, que tendem a apontar um excesso de trabalhadores no mercado, argumentando que o excesso de médicos é um fator causador de maior custo para a sociedade, sem benefício demonstrável. Já os representantes políticos das áreas menos densamente povoadas denunciam a falta destes profissionais. (Donsani et al., 2003; Roos et al., 1999; Ryan e Gaudry, 1997; Square, 1997; Korcok, 1997; Baer et al., 1999) Diferentes especialidades médicas necessitam de um maior ou menor número de profissionais (Ivey et al., 1998). No caso de médicos de família nos Estados Unidos, os estrangeiros compõem parte importante da força de trabalho (Starfield e Fryer, 2007; Goldacre et al., 2004). Estes médicos também são responsáveis pelo atendimento, nos países desenvolvidos, da população de regiões pouco servidas de médicos, como as áreas rurais e os centros urbanos mais pobres (Baer et al., 1998; Thind et al., 2007; Smith e Fowkes, 1983).

A necessidade de médicos graduados no exterior não é característica apenas de países desenvolvidos. Existem poucas informações ou publicações sobre estes profissionais atuando nas nações em desenvolvimento, em geral, por acordos bilaterais ou em situações de emergência. Em alguns países, como

o Malawi, metade dos médicos é estrangeiros e, entre os médicos especialistas, os estrangeiros são duas vezes e meia mais numerosos que os nativos. (Muula, 2006)

Diante da utilização inevitável de força de trabalho graduada no exterior, a melhor forma de fazê-la ainda é pouco conhecida e possivelmente necessita de maior debate (Audas et al., 2005). Consequentemente, desconfianças sobre a atuação destes médicos são comumente encontradas na convivência diária com outros profissionais de saúde (Mick et al., 1976) e com pacientes (Howard et al., 2006).

Não existem pesquisas conclusivas sobre a qualidade do cuidado ser diferente entre médicos treinados localmente e aqueles treinados no exterior. (Dow e Harris, 2002; IOM, 1996) Existem algumas diferenças demográficas (médicos locais são mais jovens, os estrangeiros atuam em comunidades com menores renda e cobertura de serviços de saúde), de qualificação (maior porcentagem de médicos nativos com certificado de especialidade) e de algumas práticas (em termos de encaminhamentos e prescrição). (Howard et al., 2006; Morris et al., 2006; Mick et al., 1976)

Destaca-se, nestas pesquisas, que para mensurar as habilidades médicas, não devem ser usados padrões ideais de comparação. Deve-se compará-las com os médicos treinados localmente ou baseando-se nas necessidades da população local. Ao comparar-se o resultado da atuação destes profissionais, deve-se considerar as limitações impostas por motivos extra-pacientes, como

acesso, financiamento e condições de vida. (Milintangkul, 1998; Williams e Brook, 1975)

Em geral, a obtenção das licenças para a prática profissional consiste em cumprir os requisitos de nacionalidade e cidadania, deter uma qualificação obtida junto a uma escola reconhecida e ter completado um determinado período de treinamento. Desta forma, espera-se garantir a qualidade do trabalho desenvolvido por imigrantes. No Brasil, a revalidação de qualificações e diplomas é atribuição das universidades públicas, e cada uma tem autonomia para estabelecer seu próprio processo. Em outros países, como Austrália, Canadá, Chile, Costa Rica e Estados Unidos, existem provas e certificações nacionais para revalidação, únicas para todo o país. Por vezes, são acrescidas outras obrigações, determinadas por cada estado ou província. No caso norte-americano, a mesma prova é utilizada para os médicos formados localmente obterem suas licenças. (Forcier et al., 2004; Estevez et al., 2000; Ugalde e Roldán, 2000)

Existe pouca evidência de que provas e certificações para revalidação de diplomas e reconhecimento de qualificações possam ser usadas para avaliar a qualidade de médicos graduados no exterior. Mas estudos recentes mostram que parece existir uma ligação entre certificação / manutenção desta certificação, através de avaliações periódicas de todos os médicos, com melhores resultados clínicos. (Morris et al, 2006; Brennan et al., 2004; Mick e Comfort, 1997)

4. Metodologia:

Trata-se de estudo qualitativo composto por levantamento bibliográfico, pesquisa documental em fontes oficiais nacionais e internacionais, de órgãos e representações de classes e entrevistas.

4.1. Levantamento bibliográfico

Foi realizada uma pesquisa do termo *médico graduado estrangeiro*, como descritor de assunto, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e Jstor, recuperando-se artigos publicados entre 1997 e 2009. O total de artigos encontrado foi de 903 na MEDLINE, 20 na LILACS/MedCarib e 1381 na Jstor. De acordo com o título do trabalho e o resumo disponível, os artigos recuperados da MEDLINE e LILACS foram classificados: de revisão (541 trabalhos de pesquisa), de interesse histórico (total de 24 artigos, versando sobre a contribuição de médicos graduados no exterior em diferentes contextos e países) e relato de casos e notícias (total de 358 cartas ao editor, estudos de caso, notícias e comentários). Do total de artigos de revisão selecionados, apenas 240 tratavam dos temas de imigração internacional e mercado de trabalho. Da base de dados Jstor, apenas 11 artigos eram pertinentes ao assunto, apesar da pesquisa por descritor ter resultado no maior número de artigos.

Seguiu-se uma pesquisa de documentos e livros publicados de 1957 até setembro de 2009, por órgãos nacionais e internacionais de imigração, trabalho e saúde, como o Ministério da Saúde, o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério do Trabalho e Emprego, a Organização Mundial da Saúde, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Internacional para Migração.

4.2. Pesquisa Documental:

A legislação brasileira sobre o tema foi obtida das mesmas fontes nacionais citadas anteriormente, acrescidas de buscas em órgãos educacionais e de classe, como o Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), na Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), na Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) e no sítio das universidades públicas que revalidam diplomas estrangeiros.

A participação dos médicos com diploma estrangeiro foi pesquisada apenas no Estado de São Paulo, devido à facilidade de acesso ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e por todos os entrevistados trabalharem na região sob responsabilidade deste Conselho. As informações foram solicitadas junto ao CREMESP por carta (Anexo 01),

sendo então autorizado, no dia 07 de dezembro de 2009, o acesso à parte do cadastro dos médicos graduados no exterior registrados junto ao Conselho. Este cadastro foi disponibilizado em arquivo texto, produzido pelo CRM e enviado ao autor por meio eletrônico.

4.3. Pesquisa de Campo - Entrevistas:

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com instrumento único, padronizado (Anexo 02), com 17 (dezessete) médicos graduados no exterior. A amostra foi obtida pela metodologia de ‘*snowballing*’, dada a dificuldade de identificar sujeitos de pesquisa. (Patton, 1990)

Inicialmente, o tema da pesquisa e os critérios de amostragem foram divulgados entre os alunos de pós-graduação *stricto sensu* do GV saúde e nos locais de trabalho dos pesquisadores. As redes sociais da *Internet* também foram utilizadas, solicitando indicações de médicos graduados no exterior entre os contatos do pesquisador.

Todos os indicados para entrevista foram contactados por telefone e/ou por carta padronizada e convidados para o estudo (Anexo 03). As entrevistas foram feitas em salas disponibilizadas especialmente para este fim pela Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de São Paulo (Gvsaude) ou nos locais determinados pelos entrevistados. As entrevistas

foram gravadas com autorização, após assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo 04), transcritas para análise e enviadas via correio eletrônico aos três participantes que fizeram esta solicitação. Nenhum comentário sobre as transcrições foi recebido. Dado o caráter confidencial das informações obtidas, apenas as iniciais dos entrevistados foram transcritas e estão disponíveis com os autores.

A análise das entrevistas foi feita por temas. Inicialmente foram propostos onze temas que emergiram nas primeiras leituras das entrevistas. Dada a sobreposição de alguns destes temas e o reconhecimento de sub-temas, os assuntos iniciais foram aglutinados em apenas cinco: Fatores de atração e de emigração; Processo de revalidação; Mercado de trabalho; Preconceito; Corporativismo. Estes temas foram analisados separadamente e divididos em vinte e seis sub-temas.

5. Resultados:

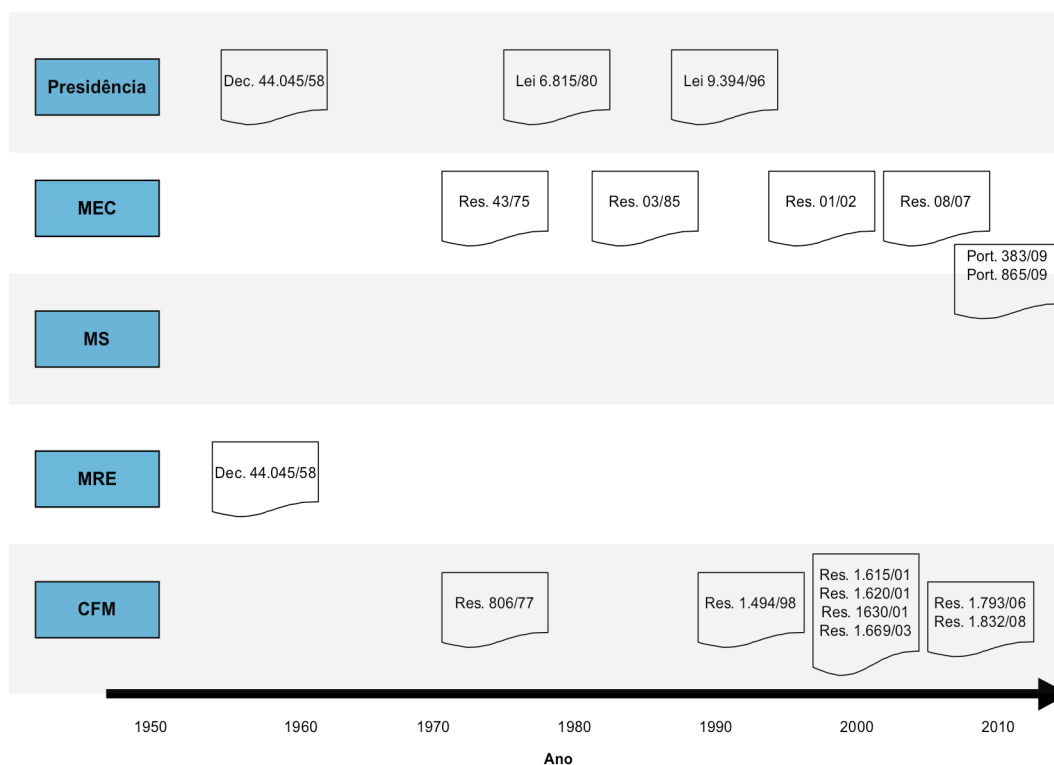
5.1. A Política Nacional

A política nacional para a incorporação de médicos graduados no exterior é composta pela legislação vigente sobre o tema, pelos acordos entre o Brasil e os diferentes países e pelas práticas institucionais decorrentes. O quadro 01 mostra o desenvolvimento das leis e normas sobre o reconhecimento de diplomas de curso de graduação obtidos no exterior, bem como o posicionamento do Conselho Federal de Medicina a este respeito. O Conselho Federal de Medicina é uma Instituição fundamental neste tema pois, desde o ano de 1958 (Decreto nº 44.405 de 19 de julho de 1958), foi reconhecido como única Instituição responsável pelo registro e fiscalização de médicos habilitados a exercer sua atividade no Brasil. O Artigo I do Regulamento do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina (30 de setembro de 1957) dispõe:

Art. 1º - Os médicos legalmente habilitados ao exercício da profissão em virtude dos diplomas que lhes foram conferidos pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas do país só poderão desempenhá-lo efetivamente depois de inscreverem-se nos Conselhos Regionais de Medicina que jurisdicionarem a área de sua atividade profissional.

Parágrafo único - A obrigatoriedade da inscrição a que se refere o presente artigo abrange todos os profissionais militantes, sem distinção de cargos ou funções públicas.

Quadro 01. Legislação versando sobre revalidação de diplomas médicos – 1957 a setembro 2009.



Fonte: CFM, CREMESP e Diário Oficial da União.

Os acordos existentes e em vigor com outros países não são de fácil identificação, pois existe a possibilidade de haver acordos negociados de forma independente com o poder legislativo (Anexo 05) e/ou com o poder executivo (Ministério de Relações Exteriores). Os profissionais podem se beneficiar destes, dependendo do seu ano de graduação e/ou do ano de sua entrada no Brasil.

5.1.1. A Política Atual:

A atual política de incorporação de mão de obra graduada no exterior faz discriminação por nacionalidade, dado que os estrangeiros têm de obedecer os requisitos para obtenção de visto permanente, conforme a Lei nº 6.815 de 19 de agosto de 1980. Após o reconhecimento do *status* de estrangeiro com estadia permanente, a legislação não discrimina entre profissionais estrangeiros e brasileiros.

Previsto em legislação, os profissionais portadores de diplomas estrangeiros devem revalidar o diploma para se inscreverem no respectivo Conselho Regional de Medicina e obterem permissão para o exercício profissional. Há duas formas de revalidação de diploma: por universidades públicas que possuam um curso equivalente (Resolução CNE/CES nº 8 de 4 de outubro de 2007), ou por meio de prova de reconhecimento de equivalência curricular, a ser implementada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP (Portaria Interministerial nº 865 de 15 de setembro de 2009) em fevereiro de 2010.

Na publicação da primeira portaria do Ministério da Saúde sobre o tema da revalidação de diplomas e incorporação de médicos graduados no exterior à força de trabalho em saúde no Brasil (Portaria Interministerial 383 de 19 de fevereiro de 2009), constituiu-se um grupo de trabalho composto por representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério

das Relações Exteriores, visando a *“propor uma estratégia que possibilitasse a construção de um processo de revalidação isonômico para todos os graduados por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior e a inserção desse processo de revalidação no conjunto de políticas de estado para a educação nas profissões de saúde”*. Participaram desta discussão as seguintes entidades: Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais (ABRUEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), representantes dos estudantes brasileiros formados em Cuba e as universidades públicas. A justificativa para este projeto piloto foi que *“a prática tem demonstrado que esses processos, no caso de revalidação de diplomas do curso médico, diferem quanto ao acesso e aos critérios de análise, e muitas universidades públicas não têm aberto vagas para processo de revalidação de diplomas. Na grande maioria dos casos em que os processos são abertos, a análise restringe-se ao aspecto documental; quando muito avalia-se conhecimento em áreas específicas. Não se avaliam habilidades ou competências (...)”*. (Ministério da Saúde, 2009)

Apesar do projeto-piloto resultante destes trabalhos visar a atingir inicialmente apenas duzentos e trinta alunos formados em uma escola médica cubana específica (Portaria Interministerial 383 de 19 de fevereiro de 2009), a segunda publicação do Ministério da Saúde sobre esse assunto

(Portaria Interministerial 865 de 15 de setembro de 2009) “*aprova o Projeto Piloto de revalidação de diploma de médico expedido por universidades estrangeiras e disponibilizar(sic) exame de avaliação com base em matriz referencial de correspondência curricular, com a finalidade de subsidiar os procedimentos de revalidação conduzidos por universidades públicas*”.

A Matriz de Correspondência Curricular proposta por este grupo de trabalho serve de base para uma Prova de Equivalência, que poderá ser utilizada pelas universidades públicas que decidirem aceitá-la como subsídio aos procedimentos de revalidação conduzidos por elas. Para isso, as universidades devem demonstrar interesse e firmar termo de adesão com o Ministério da Educação. Podem se candidatar ao exame os “*portadores de diplomas de Medicina expedidos no exterior*” e que cumprirem os requisitos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001).

Conforme artigo oitavo da Portaria Interministerial 865 de 15 de setembro de 2009:

Art. 8º O processo regulado por esta Portaria não exclui o procedimento ordinário de revalidação de diplomas realizado pelas universidades públicas.

Destacam-se alguns pontos do “*procedimento ordinário*” de revalidação de diploma em universidades públicas (Resolução CNE/CES nº 8 de 4 de outubro de 2007):

1. Qualquer universidade pública, com curso de graduação reconhecido na mesma área, pode conceder a revalidação.

Art. 3º São competentes para processar e conceder as revalidações de diplomas de graduação, as universidades públicas que ministrem curso de graduação reconhecido na mesma área de conhecimento ou em área afim.

2. Os componentes do processo de revalidação são determinados pela própria universidade, não existindo a determinação de uniformidade do processo entre as diferentes universidades.

Art. 4º O processo de revalidação, observado o que dispõe esta Resolução, será fixado pelas universidades quanto aos seguintes itens:

I – prazos para inscrição dos candidatos, recepção de documentos, análise de equivalência dos estudos realizados e registro do diploma a ser revalidado;

II – apresentação de cópia do diploma a ser revalidado, documentos referentes à Instituição de origem, histórico escolar do curso e conteúdo programático das disciplinas, todos autenticados pela autoridade consular.

Parágrafo único. Aos refugiados que não possam exibir seus diplomas e currículos admitir-se-á o suprimento pelos meios de prova em direito permitidos.

Art. 7º Quando surgirem dúvidas sobre a real equivalência dos estudos

realizados no exterior aos correspondentes nacionais, poderá a Comissão solicitar parecer de instituição de ensino especializada na área de conhecimento na qual foi obtido o título.

§ 1º Na hipótese de persistirem dúvidas, poderá a Comissão determinar que o candidato seja submetido a exames e provas destinados à caracterização dessa equivalência e prestados em língua portuguesa.

Art. 8º A universidade deve pronunciar-se sobre o pedido de revalidação no prazo máximo de 6 (seis) meses da data de recepção do mesmo, fazendo o devido registro ou devolvendo a solicitação ao interessado, com a justificativa cabível.

O processo é diretamente influenciado pela Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional, prevendo a autonomia universitária. Resultam desta autonomia múltiplos processos de revalidação de diplomas, apresentados abaixo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é a última Instituição envolvida na tradução para a prática desta política nacional de incorporação de médicos portadores de diplomas estrangeiros à força de trabalho. Cabem ao CFM o registro e a fiscalização dos profissionais cujos diplomas foram validados pelas universidades, exigindo para isso a comprovação de proficiência na língua portuguesa e vedando o trabalho remunerado ou o programa de residência médica para aqueles que não possuam o reconhecimento de equivalência do curso de graduação (Resolução do CFM nº 1832 de 25 de fevereiro de 2008).

5.1.2. As Escolas Médicas

As informações sobre as Escolas Médicas foram obtidas do cadastro existente junto ao Ministério da Educação (MEC) – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. No ano de 2009, estavam em funcionamento cento e setenta e cinco (175) cursos de medicina no Brasil, sendo que 58% (102 cursos) eram classificados na categoria administrativa “Privada”. Os outros setenta e três cursos (73) eram públicos, sendo a maioria federais (41 cursos) e estaduais (24 cursos).

Tabela 03. Escolas Médicas no Brasil por categoria administrativa em 2009.

Categoria administrativa	Total	%
Privada	2	1%
Privada – Comunitária	3	2%
Privada - Comunitária – Filantrópica	4	2%
Privada - Confessional - Comunitária – Filantrópica	5	3%
Privada - Confessional – Filantrópica	5	3%
Privada - Particular em Sentido Estrito	46	26%
Privada Comunitária Filantrópica	1	1%
Privada Filantrópica	36	21%
Pública Estadual	24	14%
Pública Federal	41	23%
Pública Filantrópica Municipal	1	1%
Pública Municipal	7	4%
Total	175	100%

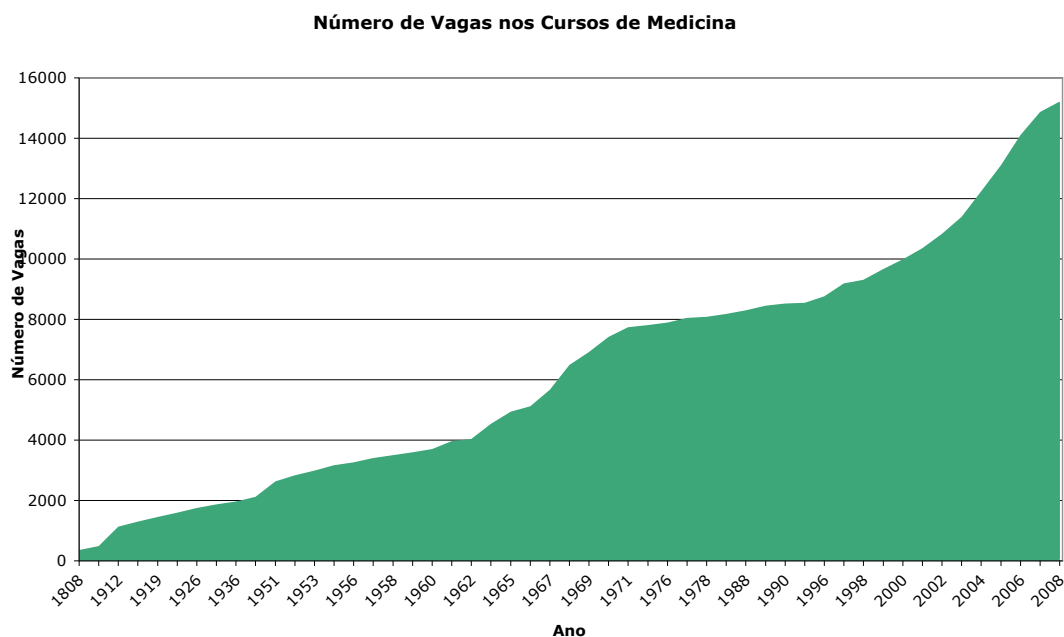
Fonte: INEP.

Dentre os 175 cursos em funcionamento, cento e dezessete (117) são reconhecidos – 60 cursos na categoria administrativa “Públicos” e os restantes 57 cursos são “Privados”. Tabelas 04 e 05 – Cursos de medicina no Brasil no ano de 2009 segundo categoria administrativa – distribuição por

Estados da Federação (Anexo 06). De acordo com o Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, o MEC deve autorizar a abertura de novos cursos e estes, após avaliação sob responsabilidade do mesmo ministério, podem ser reconhecidos. Os estados da Federação que apresentam maior participação de cursos de medicina privados são, em ordem decrescente: Espírito Santo (80%), Minas Gerais (77,9%), Rio de Janeiro (77,5%), Tocantins (76,9%), Roraima (75%), São Paulo (68,7%) e Goiás (67%).

O número total de vagas autorizadas no ano de 2009 é de 15.212, sendo que há predomínio de vagas em escolas privadas – 9.039 vagas (59,4% do total). A média de vagas por curso é de 88,6 em cursos privados e 84,6 em escolas públicas. O crescimento do número de escolas médicas é característica marcante após o ano 2000, movimento iniciado na década de 90. Na década de 1990 foram autorizados vinte e dois novos cursos e, entre os anos de 2000 e 2008, foram setenta e um. Houve um conseqüente aumento no número de vagas nas escolas médicas, considerando-se as vagas atuais e as datas de início de funcionamento dos cursos. O gráfico abaixo ilustra o histórico do aumento do número de vagas segundo dados do MEC.

Gráfico 01. Número de Vagas nas Escolas de Medicina no Brasil, entre 1808 e 2009.



Fonte: INEP.

Este aumento do número de vagas pode ser relacionado com o aumento populacional no período. Para tanto, foi calculada a relação entre vagas disponíveis anualmente no curso de medicina e a população brasileira nos anos censitários, segundo dados obtidos do IBGE e do INEP. Nos Estados Unidos da América, segundo dados da Kaiser State Health Facts, este indicador foi de 5,4 vagas/100.000 habitantes (16.167 vagas) para o ano de 2008.

Observa-se novamente que, na década de 1970 e após o ano 2000, houve aumento do número de vagas, considerando-se a população brasileira no mesmo período.

Tabela 06. Relação entre população e vagas nas escolas de medicina no Brasil até o ano de 2009.

Ano	População total	Vagas/100.000 hab
1890	14.333.915	2.5
1900	17.438.434	2.8
1920	30.635.605	5.2
1940	41.236.315	4.8
1950	51.944.397	5.1
1960	70.191.370	5.3
1970	93.139.037	8.0
1980	119.002.706	6.9
1991	146.825.475	5.8
2000	169.799.170	5.9
2009	191.948.556	7.9

Fonte: IBGE e INEP.

Entretanto, diferenças regionais são marcantes ao se considerar este índice para os diferentes estados da Federação, nenhum curso de medicina no Estado do Amapá e uma proporção muito maior de vagas em escolas médicas em relação à sua população nos Estados de Tocantins, Rondônia e Rio de Janeiro.

Tabela 07. Vagas em Escolas Médicas por 100.000 habitantes no ano de 2009.

Estado	População (2007) ¹	Vagas ²	Vagas/100.000 hab
Acre	655 385	40	6.1
Alagoas	3 037 103	130	4.3
Amapá	587 311	0	0.0
Amazonas	3 221 939	342	10.6
Bahia	14 080 654	560	4.0
Ceará	8 185 286	542	6.6
Distrito Federal	2 455 903	272	11.1
Espírito Santo	3 351 669	500	14.9
Goiás	5 647 035	230	4.1
Maranhão	6 118 995	177	2.9
Mato Grosso	2 854 642	140	4.9
Mato Grosso do Sul	2 265 274	190	8.4
Minas Gerais	19 273 506	2 408	12.5
Pará	7 065 573	370	5.2
Paraíba	3 641 395	490	13.5
Paraná	10 284 503	776	7.5

Pernambuco	8 485 386	490	5.8
Piauí	3 032 421	300	9.9
Rio de Janeiro	15 420 375	2 322	15.1
Rio Grande do Norte	3 013 740	236	7.8
Rio Grande do Sul	10 582 840	899	8.5
Rondônia	1 453 756	270	18.6
Roraima	395 725	28	7.1
Santa Catarina	5 866 252	490	8.4
São Paulo	39 827 570	2 610	6.6
Sergipe	1 939 426	100	5.2
Tocantins	1 243 627	300	24.1

Fonte: ¹ IBGE, 2007; ² MEC – INEP, 2009.

Este panorama da educação médica no Brasil serviu de base para a pesquisa sobre a aplicação da legislação brasileira para revalidação de diplomas de graduação obtidos no exterior. Pode-se observar que em 2009 sessenta (60) escolas médicas qualificavam-se para revalidar diplomas de graduação em medicina, uma vez que cumpriam os requisitos legais de serem universidades públicas com curso de medicina reconhecido pelo MEC. No entanto, apenas 36 escolas prevêem a revalidação de diplomas em seus regimentos ou possuem regras a respeito. Segundo a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) trinta e duas (32) escolas de medicina revalidam diplomas (ABEM, 1996). As duas listas foram comparadas no quadro abaixo. As listas provêm de estudos realizados com diferentes metodologias, pois nem todos os regimentos estavam disponíveis. O estudo da ABEM tampouco pretende ser exaustivo na listagem de escolas médicas que revalidam diplomas.

Quadro 02. Universidades com Revalidação de Diplomas Prevista em Regimento em 2009.

Revalidação Prevista em Regimento	Lista ABEM
Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD	
Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR	
Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG	Fundação Universidade do Rio Grande
Universidade de Brasília – UnB	Universidade de Brasília
Universidade de São Paulo – USP	Universidade de São Paulo
Universidade de Taubaté – UNITAU	
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ	Universidade do Rio de Janeiro
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - Uncisal – UNCISAL	
Universidade Estadual de Londrina – UEL	Universidade Estadual De Londrina
Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES	
Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC	
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP	Universidade Estadual Paulista
Universidade Federal da Bahia – UFBA	Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Paraíba – UFPB	Universidade Federal da Paraíba I e II
Universidade Federal de Alagoas – UFAL	Universidade Federal de Alagoas
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG	
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Universidade Federal de Pelotas – UFPel	Universidade Federal de Pelotas
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
Universidade Federal de Roraima – UFRR	Universidade Federal de Roraima
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Universidade Federal de Santa Maria – UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
Universidade Federal do Amazonas – UFAM	Universidade do Amazonas
Universidade Federal do Ceará – UFC	
Universidade Federal do Maranhão – UFMA	Universidade Federal do Maranhão
Universidade Federal do Paraná – UFPR	Universidade Federal do Paraná
Universidade Federal do Piauí – UFPI	Universidade Federal do Piauí
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Universidade Federal Fluminense – UFF	Universidade Federal Fluminense
	Universidade Federal do Pará
	Universidade Estadual de Maringá
	Universidade Federal de Goiás
	Universidade Federal do Espírito Santo

Fonte: Universidades e ABEM.

Resultam da pesquisa, junto aos sítios das sessenta escolas médicas públicas com curso reconhecido, os seguintes procedimentos para revalidar diplomas:

Quadro 03. Procedimentos de revalidação por universidade, 2009.

Universidade	Residência Local	Língua Portuguesa	Limite de Vagas	Prova Escrita	Prova Prática	Estag. Compl.	Ensino Médio
Univ. Fed. de Rondônia				Sim	Sim		
Univ. Fed. do Rio Grande			Sim	Sim	Sim		
Universidade de Brasília	Sim	Proficiência	Sim	Prevista	Prevista		Sim
Univ. Est. de Londrina				Prevista	Prevista		
Univ. do Rio de Janeiro	Sim						Sim
Univ. Federal Fluminense							Sim
Univ. Fed. do Maranhão	Sim	Proficiência					Sim
Univ. Fed. de Minas Gerais	Sim	Proficiência					
Univ. Fed. do Mato Grosso	Sim			Sim	Sim		
Univ. Fed. do Piauí		Proficiência					
		Declaração					
Univ. Federal do Paraná		Pessoal		Sim	Sim		Sim
Univ. Federal do Rio de Janeiro	Sim	Proficiência		Sim	Sim		Sim
Univ. Federal de Roraima		Proficiência		Sim	Sim		
Univ. Fed. de Santa Catarina				Sim	Sim		
Univ. Fed. de Santa Maria				Sim	Sim		
Univ. Estadual Paulista				Sim	Sim		Sim
Univ. Est. de Campinas		Proficiência		Sim	Sim		
Univ. de Taubaté							
Univ. de São Paulo		Proficiência		Sim	Sim		Sim
Univ Federal do Amazonas	Sim	Proficiência		Sim	Sim	Sim	
Univ. Federal do Ceará		Proficiência				Sim	Sim
Univ. Fed. do Rio Grande do Sul							Sim

Fonte: Universidades (Documentos e sítio na Internet).

Quadro 04. Procedimentos de revalidação por universidade, 2009.

Universidade	Informação da Instituição de Origem	Duração do Curso	Currículo do Curso	Ementas	Conteúdo Programático	Bibliogr. Disciplinas	Internato
Univ. Fed. de Rondônia		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
Univ. Fed. do Rio Grande					Sim		
Universidade de Brasília		Sim		Sim			
Univ. Est. de Londrina							
Univ. do Rio de Janeiro	Sim		Sim				
Univ. Federal Fluminense	Sim	Sim	Sim		Sim		
Univ. Fed. do Maranhão	Sim				Sim		
Univ. Fed. de Minas Gerais	Sim		Sim				
Univ. Fed. do Mato Grosso			Sim	Sim			
Univ. Fed. do Piauí					Sim		
Univ. Federal do Paraná		Sim	Sim		Sim		
Univ. Federal do RJ	Sim		Sim		Sim		Sim
Univ. Federal de Roraima							
Univ. Fed. de S. Catarina							
Univ. Fed. de Santa Maria			Sim		Sim		
Univ. Estadual Paulista	Sim				Sim		
Univ. Est. de Campinas			Sim	Sim			
Univ. de Taubaté			Sim	Sim			
Univ. de São Paulo	Sim				Sim		
Univ Federal do Amazonas				Sim	Sim		
Univ. Federal do Ceará			Sim	Sim	Sim	Sim	
Univ. Fed. Rio Grande do Sul					Sim		

Fonte: Universidades (Documentos e sítio na Internet).

5.2. A Participação dos Médicos com Diploma Estrangeiro

O cadastro de médicos com diploma estrangeiro obtido junto ao CREMESP continha informações sobre o número de registro no Conselho, nome do(a) médico(a), data da inscrição, endereço e especialidade. Estas informações estavam presentes para todos os médicos, exceto o endereço (preenchido para apenas 42,4% dos médicos).

No total, 1.722 (mil setecentos e vinte e dois) médicos graduados no exterior estão cadastrados no CREMESP. No dia 12 de janeiro de 2010, o mesmo

Conselho registrava 101.095 (cento e um mil e noventa e cinco) médicos ativos, ou seja, os médicos graduados no exterior correspondiam a 1,70% da força de trabalho com registro ativo no Estado. Cerca de 23,9% destes médicos tem inscrição junto ao Conselho oriunda de outro Estado da Federação, indicando que a primeira inscrição foi feita fora de São Paulo.

Tabela 08. Médicos registrados no CREMESP por tipo de inscrição, dezembro 2009.

Tipo Inscrição	Inscritos	%
Definitiva	1210	70.27%
Transferência	235	13.65%
Reinscrição	75	4.36%
Secundária	73	4.24%
Licença Temporária	46	2.67%
Estrangeiro - Curso não remunerado	32	1.86%
Transformação Secundária / Transferência	28	1.63%
Provisória Judicial	23	1.34%
Total	1722	100.00%

Fonte: CREMESP.

Em relação ao tempo de inscrição no CREMESP, a maioria (51,3%) está registrada há mais de 10 anos.

Tabela 09. Médicos Registrados no CREMESP por tempo de inscrição, dezembro 2009.

Tempo de Inscrição no CRM	Número de Médicos	%
Até 1 ano	215	12.49%
1 a 5 anos	418	24.27%
5 a 10 anos	206	11.96%
10 a 15 anos	377	21.89%
Mais de 15 anos	506	29.38%
Total	1722	100.00%

Fonte: CREMESP.

Os médicos que possuem especialidade cadastrada somam apenas 18,9%.

Isto não indica obrigatoriamente a não especialização, mas sim seu não registro junto ao CREMESP. A título de comparação, no Estado de São Paulo em 12 de janeiro de 2010, 26,3% de todos os médicos possuía cadastro de especialidade junto ao Conselho.

Tabela 10. Médicos Graduados no Exterior registrados no CREMESP por especialidade, dezembro 2009.

Especialidade e Tipo	Total	%
Não Possui Especialidade Cadastrada	1395	81.01%
Cardiologia	41	2.38%
Pediatria	30	1.74%
Cirurgia Plástica	23	1.34%
Ginecologia	22	1.28%
Medicina do Trabalho	22	1.28%
Ortopedia e Traumatologia	20	1.16%
Cirurgia Geral	19	1.10%
Clínica Médica	16	0.93%
Anestesiologia	12	0.70%
Infetologia	11	0.64%
Cirurgia Cardiovascular	8	0.46%
Dermatologia	7	0.41%
Medicina de Tráfego	7	0.41%
Medicina Intensiva	7	0.41%
Psiquiatria	7	0.41%
Oftalmologia	6	0.35%
Outras	69	4.01%
Total	1722	100.00%

Fonte: CREMESP.

5.3. Experiências no Sistema

Dezessete médicos foram indicados para a entrevista, sendo que três eram brasileiros. Os estrangeiros foram mais indicados, por serem mais facilmente identificados pelos colegas. Dez médicos indicados não aceitaram participar,

ou não responderam às tentativas de contato, incluindo um dos brasileiros com curso de graduação realizado em Cuba. Sete médicos concederam entrevistas e são apresentados no quadro abaixo:

Quadro 05. Apresentação dos entrevistados – Características pessoais.

Entrevistado	1	2	3	4
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino
Estado Civil	Casado	Casada	Casado	Casado
Num. Filhos	2	2	3	1
Nacionalidade	Boliviana	Brasileira	Chilena/Francesa	Cubana
Local de Moradia	São Paulo	São Paulo	São Paulo	São Paulo
Local de Trabalho	São Paulo	São Paulo	São Paulo	São Paulo
Graduação	Bolívia	França	França	Cuba
Ano de graduação	1986	1984	1976 (?)	1995
Revalidação	UFPeI	PUC Sorocaba	NR	UFAL
Ano de revalidação	1995	1986	-	2004

Entrevistado	5	6	7
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino
Estado Civil	Casado	Casado	Divorciado
Num. Filhos	1	3	-
Nacionalidade	Boliviana	Peruana	Brasileira
Local de Moradia	São Paulo	São Paulo	São Paulo
Local de Trabalho	São Paulo	São Paulo	São Paulo
Graduação	Bolivia	Peru	Portugal
Ano de graduação	1999	1995	1975
Revalidação	UFPA	UEL	USP
Ano de revalidação	2005	2003	1980

Fonte: Próprio autor

Os fatores de atração correspondem aos encontrados no levantamento bibliográfico (Hann et al, 2008; Forcier et al., 2004), existindo algumas particularidades devido à legislação brasileira. Os médicos buscam **melhores ganhos financeiros** comparativamente e preferem ficar mais próximos aos seus países de origem.

“Então a vantagem pela parte econômica era Brasil e mais perto também da minha terra” (Entrevista 1 - linha 62)

“eu vim mais com a função de fazer dinheiro, não trabalhar como médico.” (Entrevista 5 - linha 81)

A busca por melhores **oportunidades de treinamento e educação** é um importante fator para a atração de profissionais, para a facilitação da entrada no mercado de trabalho e sua fixação neste mesmo local. Dentre os entrevistados, o acesso a atualizações e treinamentos no Brasil não foi considerado difícil.

“Quando eu estava me preparando para me apresentar numa universidade de lá para fazer a residência, me falaram do Incor e eu fiquei interessado e vim aqui conhecer o Incor e fiz a prova para estrangeiros.” (Entrevista 6 – linha 46)

“Agora para hospital não reconhecido, às vezes você levava (apenas) a papelada (para ser aprovado na residência), sempre estavam precisando de mão de obra, vamos falar assim, mão de obra porque também lá era só... porque nestes hospitais você aprende assim... como se chama... na marra, pela prática e pelo treino.” (Entrevista 1 - linha 255)

“Na verdade, antes de começar a faculdade, eu pensei se eu não vinha fazer faculdade aqui (Brasil). Mas um tio que era médico disse que de

jeito nenhum, não iria deixar isso acontecer, já que eu tinha esta oportunidade (de cursar medicina na França), que muita gente queria. Meu tio era professor da USP.” (Entrevista 2- linha 87)

*“Depois passaram os anos fazendo a residência e terminei ficando.”
(Entrevista 6 - linha 53)*

*“Isso daí, depois eu fui entender o porquê desta facilitação que houve em relação a este convenio cultural luso-brasileiro, onde o diploma valeria aqui depois, como o diploma brasileiro valeria em Portugal.”
(Entrevista 7 – linha 50)*

A Constituição Brasileira também garante **facilidades legais** para os estrangeiros permanecerem e trabalharem em território nacional, ainda que necessitem, no caso dos médicos, autorização do Conselho Reginal de Medicina para atuar. Dentre estas facilidades, os convênios com alguns países garantiam a revalidação automática.

“Se é um estrangeiro, a primeira coisa, mesmo que tenha uma esposa brasileira ou estrangeira. Tem que ter um filho, tem que ter um filho para ter o protocolo de permanência.” (Entrevista 1 - linha 443)

“E só pelo fato de eu ter ido pessoalmente lá, eles simplesmente abriram os documentos e falaram “Ah tudo bem, como você está presente, você pode assinar aqui estes são os dados e está tudo correto” e em cinco dias eles liberaram o visto.” (Entrevista 6 - linha 142)

“Tanto que meu diploma hoje é reconhecido pela USP, por causa... hoje não, eu reconheci este diploma em 1980... em 1980 eu voltei para o Brasil. Meu reconhecimento foi burocrático.” (Entrevista 7 – linha 53)

Além das facilidades legais, observou-se que grupos estabelecidos de imigrantes estabelecem **redes sociais de apoio** que facilitam migrações posteriores.

“É assim no convívio, porque sempre tem... agora deve ter mais... tinham dois grupos de residentes bolivianos que se juntavam todo sábado para jogar bola, 80% médicos. Jogar bola numa quadra alugada. Tem churrasquinho, aniversário, tal... Aí fala... pô, cara eu fiquei sabendo que PB revalida deste jeito, eu fiquei sabendo que... RN.... eu fiquei sabendo de Belém do PA.” (Entrevista 1 - linha 411)

“Agora aumentou tem uns cinco ou seis grupos de patrícios que se juntam e não são médicos. Pela situação econômica está chegando muita gente, mão de obra...” (Entrevista 1 - linha 433)

“Não, entre os estrangeiros geralmente a tendência era se juntar. Vamos nos juntar para tentar... se alguém precisar de alguma coisa, a gente se ajuda. Aqueles que tinham mais tempo aqui no Brasil se ajudavam, sabe?” (Entrevista 6 - linha 363)

Dentre os fatores de atração, pode-se incluir os fatores que levaram os médicos a **retornar ao seu país de origem**, em geral sentimentos patrióticos ou familiares.

“Mas também este era o caso mesmo também porque eu tinha que voltar pra poder trabalhar pelo meu país” (Entrevista 1 - linha 151)

“Aí sim, meu pai e minha mãe já tinham voltado e queriam porque queriam que a gente voltasse. Todo mundo voltasse.” (Entrevista 2 - linha 111)

“Eu queria fazer medicina social e eu não queria virar francesa. (Entrevista 2 - linha 188)

Os fatores de emigração também corresponderam aos encontrados no levantamento bibliográfico a **situação política** do país pode determinar a perda de profissionais.

“Meus pais saíram do Brasil por causa da ditadura.” (Entrevista 2 - linha 44)

“...em 71 eu sai daqui por discordâncias políticas com o regime e fiquei no Chile por dois anos e quando teve o golpe de estado também saí de lá.” (Entrevista 3 - linha 69)

“Aí depois que casei, eu fui castigado, vamos dizer assim castigado. Me tiraram do hospital que eu trabalhava e fui enviado para uma cidade no interior do estado.” (Entrevista 4 - linha 53)

Outro importante fator de emigração citado anteriormente é uma **condição de trabalho** relativamente ruim dos médicos.

“As condições de trabalho em Cuba não são boas, na verdade. Existe carência de muitas coisas.” (Entrevista 1 - linha 70)

“Tem poucas oportunidades, um bom médico... eu saí, entre os duzentos formados, no número 55 da lista dos melhores... tinha gente muito bem capacitada, melhor do que eu, que estava trabalhando na província, na zona rural em condições muito ruins.” (Entrevista 5 - linha 63)

“fundamentalmente porque eu vi uma grande defasagem do que eu tinha aprendido em cardiologia do que eu ia fazer lá. Eu não encontrava um campo adequado para crescer lá ao voltar a Lima.” (Entrevista 6 - linha 64)

O **planejamento inadequado da força de trabalho** é um fator de imigração, pois o aumento na formação de novos médicos nos países vizinhos ao Brasil, alegadamente “excessivo”, foi citado como um dos motivos para a imigração.

“Eu to falando no inicio da entrevista que eram três faculdades federais que se fazia prova como se faz aqui para uma universidade federal. Agora os 9 estados agora cada um tem no mínimo três quatro faculdades de medicina. E a população da Bolívia não ultrapassa os 9 milhões de habitantes. Onde vai colocar todo este contingente de médicos, me fala? Onde vai trabalhar? (Entrevista 1 - linha 275)

“Na minha época tinha uma ou duas. Agora tem umas dez universidades (em La Paz). (Entrevista 5 - linha 74)

“Agora acho que atualmente tem de 10 a 15 faculdades somente em Lima. (Entrevista 6 - linha 26)

Diretamente ligado ao planejamento da força de trabalho, a **falta de oportunidade de desenvolvimento e treinamento** leva à imigração de médicos; da mesma forma que com os médicos graduados no Brasil migram em busca de especialização, o local deste treinamento é um fator importante para a sua fixação. (CREMESP, 2007; Silva Pinto, 1999)

*“...oportunidades para fazer especialização também são bem mínimas”
(Entrevista 1 - linha 56)*

*“se o medico se especializa fora do pais sempre é melhor visto”
(Entrevista 1 - linha 57)*

O processo de revalidação foi descrito pelos entrevistados como de **alto custo** e com **critérios de avaliação** bastante diferentes entre as universidades.

“Tudo isso eu tive que carimbar e traduzir tudo com diploma... tradução oficial. Tudo isso, cadeira por cadeira... tudo tudo tudo.” (Entrevista 2 - linha 210)

“O problema grande que eu vi na prova da USP é que é demorado até completar todo o processo: dois anos.” (Entrevista 6 - linha 199)

Uma das universidades realizava um processo bastante simples. Segundo um dos entrevistados, bastava aos candidatos ficarem na fila com os devidos documentos, no dia 01 de janeiro, que os doze primeiros estavam aprovados. Como resultado, pessoas ficavam na fila desde o dia anterior.

“E não tinha prova nenhuma, tinha que apresentar papelada e a Faculdade Federal de Pelotas liberava para estes doze. Seis no primeiro semestre e seis no segundo. Era a coisa mais simples, esta a metodologia em Pelotas antes da minha época.” (Entrevista 1 - linha 330)

Causa certa estranheza a revalidação do diploma realizada por Universidades Privadas, uma vez que não está previsto na lei, segundo o

levantamento realizado. No entanto, pode ser que esta prática seja possível por acordo entre universidades – documentos não acessados neste estudo.

“Me ligam de... incrível, no mesmo dia, me ligam de Bragança que eu tinha passado lá em Bragança, no mesmo dia.” (Entrevista 1 – linha 381)

“Eu sei pelo conhecimento do meu pai com o pessoal da PUC, eu entrei com o processo na PUC de Sorocaba.” (Entrevista 2 - linha 196)

Esta pode ser mais uma demonstração do **“jeitinho”** brasileiro, também verbalizado pelos entrevistados em relação à possibilidade de compra de diplomas, negociações durante o processo ou mesmo acordos legais entre países, sem aval do MEC ou do CFM.

“... aí eu fui ver as diferentes possibilidades, aí eu falei que se for o caso eu compro um diploma em algum lugar. Porque revalidar pela USP era uma coisa absolutamente impossível, só o que se pedia de documentos era totalmente inviável.” (Entrevista 2 - linha 191)

“Aí eu falei que eu passei aqui e lá e este meu amigo também mas o outro não passou nem lá nem aqui. Ah! Ele não passou tal... e ele tem três filhos. Será que o sr. não pode dar uma chance para fazer outra prova? Ta bom, daqui duas semanas, aí ele conseguiu. Ele conseguiu. Nossa, foi muito legal!” (Entrevista 1 - linha 401)

“...sem querer desmerecer nenhuma universidade boliviana que eu não conheço, os médicos formados na Bolívia podem reconhecer seus diplomas num fast track, enquanto que os médicos formados na França não podem, na França, nem nos Estados Unidos, nem na Alemanha, nem em lugar nenhum para falar a verdade.” (Entrevista 3 - linha 104)

Verificou-se também a formação de um **mercado de cursos** para aprovação nos processos de revalidação das universidades, semelhante aos cursos preparatórios para o vestibular ou a prova para ingresso na residência médica. Pode-se perceber pelos dados apresentados dos entrevistados que quase todas as revalidações foram realizadas em Estados da Federação diferentes daqueles em que os profissionais atuam.

“Terminei dois anos depois e me formei e aí eu comecei a fazer um curso para revalidar diploma, fiquei um ano fazendo.” (Entrevista 4 - linha 96)

O **CFM** chama para si, parte da responsabilidade de avaliação do médico estrangeiro desde o ano de 2008, pois exige o Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros – CELPE-Bras outorgado pelo MEC, mesmo sendo o conhecimento da língua portuguesa uma das avaliações feita pelas universidades. Segundo um dos entrevistados, esta é a fase mais difícil da revalidação atualmente.

“Então a maioria dos estrangeiros eles conseguem fazer o CELPE-Bras intermédio, mas o CELPE-Bras avançado é muito muito difícil, tem brasileiro que não passa. Eu achei uma grande dificuldade, colocaram uma...(barreira)” (Entrevista 6 - linha 256)

Outro sub-tema que emergiu na análise foi a **opinião** dos entrevistados sobre a revalidação de diplomas, considerada como uma questão meramente burocrática imposta pela corporação médica. Não cumprindo os objetivos enunciados em lei de avaliação de competências dos profissionais que querem atuar em território nacional.

“Deu muito problema (na prova de revalidação), porque tinha muita pergunta que não estava bem formulada.” (Entrevista 5 - linha 202)

“ (a) revalidação que é (um caminho) bastante estreito porque é burocrático, e está destinado a basicamente desencorajar as pessoas (Entrevista 3 - linha 93)

De qualquer forma, eu considero que os trâmites que tem... as formalidades são próprias de país de terceiro mundo. Embora na França seja tão difícil quanto ou mais, hum, porque é o problema da corporação médica. (Entrevista 3 - linha 123)

Como exposto anteriormente, o local de realização do curso de especialização é um fator para fixação deste profissional, deduz-se que a

entrada no mercado de trabalho dos portadores de diplomas estrangeiros é, portanto, facilitada ao se realizar **cursos e treinamentos de especialização** em Instituições Brasileiras.

“Alem disso pelo fato de ter feito especialização aqui no Brasil também me ajudou bastante.” (Entrevista 4 - linha 206)

Ainda assim, estes profissionais estão muito propensos ao **trabalho ilegal**, devido à não revalidação dos diplomas. Isto os expõe a práticas trabalhistas abusivas, bem como submete pacientes a profissionais com conhecimentos e habilidades não validados no Brasil.

“A gente praticamente ficava como se fosse um peão... um peão da saúde. Ficava lá no Centro Cirúrgico, porque também tinha controle da polícia federal, né.” (Entrevista 1 - linha 107)

“Na área da medicina existe, e acho que até agora existe esta situação. Porque não só de meus patrícios bolivianos, também tem paraguaios, peruanos, tem muita gente... inclusive brasileiros mesmo que estudaram fora e... É difícil revalidar o diploma. Então por este motivo tem que ter como sobreviver, tem que trabalhar de alguma maneira” (Entrevista 1 - linha 129)

“Na Santa Casa tem uma particularidade, que tinha muita menina... em geral menina que faz clínica médica, tinha muito mais mulher, que não gostavam de dar plantão. Elas não precisavam dar plantão (pelos quais

recebiam pagamento), porque tinha pai e família bem. E passavam o plantão para mim. Claro que... não... por um preço (valor) mais baixo.”
(Entrevista 5 - linha 127)

A ilegalidade do trabalho tem ainda impacto na especialidade médica escolhida pelo profissional, conforme relato.

“Porque como eram sem documentos, a policia federal pode chegar a qualquer momento em um hospital. Então para chegar ate o centro cirúrgico e pegar o anestesista, o cara provavelmente já tinha fugido pelos fundos, entendeu.” (Entrevista 1 - linha 238)

Para fugir da ilegalidade, alguns profissionais encontram **alternativas** para o seu desenvolvimento profissional na área da saúde.

“Trabalhei como psicoterapeuta durante muito tempo. Então eu não precisei revalidar meu diploma, se tivesse tido necessidade, talvez teria feito.” (Entrevista 3 - linha 122)

“eu me dediquei a outras coisas e só voltei a área da saúde através da via administrativa.” (Entrevista 3 - linha 234)

Para os médicos graduados em países com mais prestígio na área de medicina, parece existir alguma **vantagem** na sua atuação no mercado de trabalho. Mas os entrevistados formados nestes países, europeus no caso desta amostra, consideram que este prestígio **não é um fator de crescimento profissional**.

“... a faculdade é a mesma porcaria em qualquer lugar, mas dá um IBOPE no currículo, assim, que as pessoas vêem, falam “noooooossa”... as pessoas acham assim o máximo. Mas em termos de oportunidade de trabalho, acho não muda nada.” (Entrevista 2- linha 349)

“porque na sua vida profissional acaba não sendo um critério de crescimento, onde você se formou.” (Entrevista 2 - linha 379)

“Quando a gente é mais velho isto não faz diferença de certa maneira, pois é considerado como uma coisa óbvia, se você não estivesse fazendo esta entrevista você não teria coragem de perguntar se eu sou formado em alguma coisa.” (Entrevista 3 - linha 255)

Destaca-se, apesar de parecer óbvio, que o fato de que poder trabalhar é fundamental na perspectiva individual e profissional, é a realização da capacidade de se responsabilizar pelo seu próprio sustento e de sua família.

“Começar a trabalhar foi começar a respirar.”
(Entrevista 6 - linha 306)

O quarto tema que emergiu nas entrevistas foi o preconceito sentido pelos profissionais. Embora este preconceito seja negado pela maioria, transparece nas conversas tanto uma visão pré-concebida **positiva** quanto **negativa**.

“Eles sempre gostavam, a reação sempre foi positiva. Isso é verdade, talvez também pelo fato de ser a França, se eu falasse que eu tinha estudado na Bolívia, acho que talvez não fosse a mesma coisa.”

(Entrevista 2 - linha 427)

“O brasileiro é uma pessoa boa, muito boa. É hospitaleira, o brasileiro é uma pessoa boa... sempre tem alguém... mas eu nunca fui discriminado.” (Entrevista 1 - linha 492)

“Um contexto que tem a ver com a xenofobia, com o mercado, tem a ver com um monte de coisas.” (Entrevista 3 - linha 317)

“Mas se comparar ainda tem aquela coisa de estrangeiros (...) tem um conceito baixo” (Entrevista 5 - linha 268)

“A gente nota, aqui é difícil poder falar olho no olho. O médico não fala... não gostei, não quero que você volte aqui. Não fala diretamente. Fala, obrigado, qualquer coisa eu ligo. Nunca mais liga.” (Entrevista 5 - linha 284)

“Na residência você sente que você é de fora, sobretudo na USP. (...) muita gente que falaram assim “que vieram fazer aqui?”” (Entrevista 6 - linha 335)

Observa-se que existe uma **hierarquia** de nacionalidades, em que algumas são consideradas “melhores” do que outras.

“e eu negociava com os médicos e ai eles chegavam todos pomposos que se formaram na USP, ai eu falava e eu me formei em Paris. Ai calava a boca de todo mundo... e nesta hierarquia, o supra sumo que era ser formado na USP, que eles já chegavam colocando isso na mesa... ai e eu trucava com uma coisa...” (Entrevista 2 - linha 359)

“Isso, o fato de ser cubano, dentre os estrangeiros o cubano é diferenciado.” (Entrevista 4 - linha 216)

Nesta estratificação, o brasileiro que estuda fora, especialmente nos países vizinhos, é considerado como o grupo menos valorizado.

“Aí vem outro problema, os caras não conseguiram entrar e vai fazer faculdade na Bolívia. Porque é isso, ninguém vai para a Bolívia por vocação ou porque fica perto de Mato Grosso do Sul. O cara vai pra lá porque ele não conseguiu entrar na faculdade e não desistiu de ser médico. Cada um com seus problemas. Ela vai pra lá, não porque ele quer ser médico na Bolívia.” (Entrevista 3 - linha 323)

“Alias, eu acho que existe um racismo ao contrário, o Brasil gosta mais dos estrangeiros do que dos brasileiros de certa maneira, dependendo dos estrangeiros.” (Entrevista 3 - linha 393)

“Que tem uma rejeição a ser formado no exterior mas mais para os brasileiros que estudaram no exterior do que para os estrangeiros. Porque as portas foram muito abertas. Pelo fato de ser estrangeiro, eu acho que as pessoas reconhecem a coragem que tem as pessoas, de ser medico que tem uma vida estável no exterior e largar tudo e começar tudo de novo. Ajuda bastante esta historia da coragem Agora já o problema é de médicos brasileiros contra os próprios brasileiros formados no exterior. Eles acham que eles não conseguem passar no vestibular, que não conseguem pagar uma universidade brasileira e vão se formar no exterior para depois voltar aqui e tirar a vagas dos estrange... dos brasileiros.” (Entrevista 5 - linha 253)

O último tema que emergiu das entrevistas foi o corporativismo, identificado pelos médicos na tentativa de “**reserva de mercado**”, impedindo a entrada de profissionais e restringindo algumas atividades para aqueles que conseguem revalidar seu diploma.

“Sempre tem a preservação de área de trabalho que é óbvio. Se tem brasileiro para trabalhar e vem um estrangeiro. Ele não vai se sentir confortável que venha um estrangeiro e tente pegar as vagas do..., não é?” (Entrevista 1 - linha 458)

“O peso da corporação aqui é muito grande e da cultura em geral, apesar do Brasil ser um país ser muito acolhedor, é muito acolhedor mesmo... na medicina é um outro mundo um pouco diferente. Não que os médicos discriminem os estrangeiros, não acho...” (Entrevista 3 - linha 359)

*“Tenho mais restrições aqui, na verdade. Aqui tenho, lá não tenho.”
(Entrevista 3 - linha 87)*

Foi observado, no entanto, que alguns profissionais se sentem admitidos na corporação, mesmo que não tenham o diploma revalidado; uma vez parte da corporação, os médicos tendem a adotar os mesmos discursos de proteção contra graduados em outros países.

“Meu caso é um pouco singular, o que eu não tenho é autorização legal para exercer a medicina. Agora, ninguém vai me tirar aquilo que eu sou. Eu sou médico, eu sou médico formado. Sou médico formado na França, alias tenho mais experiência em faculdade de medicina do que muita gente. Eu estudei em três ótimas e públicas. Então é difícil para mim, que eu não tenho nenhuma atividade aqui como médico, obviamente(...) Mas eu tenho o que todos os médicos tem, eu sou da corporação.” (Entrevista 3 - linha 183 e 194)

*“Sim, não conseguia se comunicar direito, e o pessoal da enfermagem reclama por não falar português direito. Com razão, ne? O estrangeiro teria que falar a língua normal e se dar a entender da melhor forma.”
(Entrevista 6 - linha 373)*

Como mostrado anteriormente, a atuação no mercado de trabalho não parece estar relacionada ao local de graduação, e as mesmas demandas de **melhoria das condições de trabalho** e escolha do **local de atuação**, em geral feitas pelos médicos brasileiros foram relatadas pelos entrevistados.

“E o médico, para ter um certo nível para manter um certo padrão não só pessoal, até para manter a família toda, trabalha em três ou quatro lugares até, sai de um serviço e vai para outro. É meio pesado para manter um certo nível, isso você sabe como médico.” (Entrevista 1 - linha 509)

“E o sistema político que estamos vivendo no Brasil, todo mundo terceiriza” (Entrevista 1 - linha 523)

“Só que tem médicos, tem regiões que faltam médicos, mas é pela má distribuição dos médicos. Porque todo mundo acha que o Brasil, inclusive meus patrícios, que o Brasil é SP, RJ e um pouco do sul. Ninguém nem se importa em ir para... vamos dizer, MG que é aqui do lado. Imagina então pensar em Manaus, pensar em Ilha de Marajó em PA ou regiões de Nordeste. Pouca gente vai lá.” (Entrevista 1 - linha 476)

6. Discussão:

Nesta pesquisa, a inserção de médicos graduados no exterior no mercado de trabalho foi considerada como um processo determinado por políticas e práticas relacionadas ao planejamento da força de trabalho. Ou seja, foi necessário conhecer a legislação brasileira sobre imigração, bem como as responsabilidades e determinações governamentais, das universidades e do Conselho Federal de Medicina sobre a revalidação de diplomas. Cumprir os requisitos deste processo significa obter a licença para atuar como médico no território nacional, portanto fazendo parte do mercado de trabalho.

Existem poucas informações organizadas e sistematizadas a este respeito, por isso a necessidade das múltiplas metodologias aplicadas ao estudo. As limitações do estudo são reflexo desta escolha. Foi realizado um estudo qualitativo, que não objetivou quantificar o número de médicos treinados em outros países em atividade no Brasil; isto obrigatoriamente incluiria todos os Estados da Federação, como também necessitaria de maior compreensão do trabalho médico não legalizado.

O método “snowballing” de amostragem não garantiu representatividade de toda esta categoria de profissionais, mas foi eleito pela dificuldade de identificação dos sujeitos da pesquisa e de acesso à eles. A obtenção da lista de médicos junto ao CREMESP após a realização das entrevistas foi uma das razões para esta dificuldade. Outra foi o preconceito sobre o tema –

dificultando a localização destes médicos e diminuindo sua intenção em participar. Durante o estudo, três médicos de nacionalidade brasileira foram contactados, dois formados na Europa – que aceitaram participar e um em Cuba – que mesmo após vários contatos e tentativas, não concedeu entrevista.

A pesquisa sobre a legislação não foi exaustiva na busca por acordos existentes entre o Brasil e outros países para reconhecimento automático do diploma médico; obteve-se a informação de que a legislação atual não reconhece nenhum acordo, mas não fizeram parte do objeto de pesquisa as eventuais disputas legais sobre o tema.

Em relação ao processo de revalidação, as universidades não foram contactadas diretamente para responder à pesquisa, foi feita a análise documental triangulada com as entrevistas e a legislação. Esta escolha delimitou o objeto de estudo aos requisitos processuais e à experiência dos entrevistados. Isto impossibilitou julgamentos sobre a eficácia do processo, ou seja, se são realmente capazes de avaliar conhecimento e habilidades médicas por meio dos procedimentos adotados.

Como contraponto, o alcance do estudo é garantido pela possibilidade de triangulação dos resultados obtidos nas entrevistas, na revisão da legislação e nos documentos publicados pelos órgãos de representação de classe e pelas universidades.

O panorama das escolas médicas apresentado, mostra que existe um claro aumento no número de vagas e cursos de medicina no Brasil, principalmente nas universidades privadas – que respondem por 58% das escolas médicas e 59,4% das vagas – com diferenças entre os Estados. Pode-se especular que é um indicativo que para o governo brasileiro – que autoriza e reconhece estes cursos, faz-se necessário maior quantidade de médicos no Brasil.

Paralelamente, o Ministério da Saúde pronuncia-se pela primeira vez sobre o tema dos médicos graduados no exterior – outra fonte de força de trabalho, juntamente com o Ministério da Educação em 2009. Resultou deste trabalho conjunto o primeiro exame nacional de revalidação de diplomas internacionais no Brasil, com fortes críticas ao processo atual como observado neste estudo (legislação e entrevistas).

Observou-se que a dificuldade de obtenção da revalidação de diplomas médicos varia entre as universidades, alguns centros com maiores barreiras e outros com menos requisitos. As informações das universidades, do CREMESP e das entrevistas mostram que parte dos médicos busca locais mais fáceis para revalidar diplomas e retorna ao seu local preferido para atuação. Outros encontram formas alternativas de trabalho, buscando ocupações dentro da área da saúde, nas quais o diploma não é obrigatório ou mesmo trabalhando ilegalmente. O desperdício de talentos e a eventual baixa qualidade do cuidado são alguns dos possíveis custos do processo atual de revalidação de diplomas.

O Conselho Federal de Medicina por sua vez, posicionou-se neste cenário de forma a se responsabilizar por parte do processo de revalidação de diplomas – anteriormente exclusivo das universidades – ao especificar a necessidade de proficiência em língua portuguesa para obtenção de registro. Sob a alegação da melhoria da qualidade da atenção, adiciona-se mais confusão sobre o processo. Pode-se especular que se trata da “reserva de mercado” citada nas entrevistas. No entanto, este estudo não obteve evidências a respeito.

A importância numérica da força de trabalho “importada” parece ser pequena no Estado de São Paulo, pois representa 1,7% dos profissionais “ativos” junto ao CREMESP. Destes profissionais, a maioria está registrada há mais de 10 anos; um olhar mais atento revela que no último ano, foram registrados 215 (duzentos e quinze) destes médicos, o que equivaleria a quase três novos cursos apenas neste Estado (média de 88 vagas/curso, segundo o levantamento realizado). Considerando-se que em São Paulo existem 2.610 potenciais graduandos das escolas médicas por ano, estes novos registros representam 8,2% do total no ano de 2009. Possivelmente, estes números são diferentes para os outros Estados e para o Brasil, mas não foram objeto desta pesquisa. Segundo o Ministério da Saúde ainda existem cerca de cinco mil profissionais tentando revalidar diplomas (MS, 2009), demonstrando que existe necessidade de revisão das práticas atuais.

O mercado de trabalho e as oportunidades de treinamento não parecem ser diferentes para os graduados no exterior, segundo os entrevistados e as informações do CREMESP. É interessante notar, segundo as informações das entrevistas, que uma vez aceitos na corporação médica – mesmo não oficialmente – os médicos tendem a adotar os mesmos discursos protecionistas e as mesmas reclamações sobre o sistema de saúde.

A partir da perspectiva dos médicos que imigram para o Brasil, observou-se nas entrevistas que os fatores de atração e de emigração são os mesmos identificados na revisão bibliográfica. Percebe-se ainda que existe um grande preconceito percebido pelos médicos estrangeiros, mas principalmente em relação aos médicos brasileiros treinados em países latino-americanos.

Este estudo demonstra que a força de trabalho graduada fora do Brasil não é, em geral, avaliada dentro das expectativas expressas na legislação ou nas resoluções publicadas pelas universidades. Facilidades legais, variações no método de avaliação e o preconceito estão relacionados com este desperdício de talentos e risco à saúde da população. Estes médicos são necessários ao Brasil, segundo indicações pouco claras do governo brasileiro, mas faz-se imprescindível não só um planejamento da força de trabalho, como também um processo de revalidação de diplomas justo e claro; para garantir a competitividade do país em atrair talentos no disputado mercado internacional de médicos, bem como responder à sociedade que

espera que estes profissionais tenham as habilidades e o conhecimento adequados.

Para isso será necessária a harmonização do produto das universidades – na determinação e avaliação periódica do currículo médico e na sua aplicação – e a demanda do mercado, regulado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina. Possivelmente, tornando as avaliações para aquisição e manutenção do registro médico únicas para todos os requerentes.

7. Conclusão:

Segundo a teoria econômica de Schumpeter, a Sociologia ajuda a entender fenômenos econômicos. Assim, quando grandes organizações globais, como a Organização Mundial da Saúde, adotam as teorias econômicas em seus relatórios anuais, parece razoável complementar estas propostas com um viés sociológico. Esta foi a proposta deste estudo, partindo das experiências dos médicos graduados no exterior, identificar sua importância e como se inserem no mercado de trabalho. Diante do desafio da manutenção da força de trabalho – sua formação e adequação às necessidades, satisfação e diminuição da perda precoce e seu adequado planejamento – a análise de uma pequena parcela (força de trabalho imigrante) mostra um campo privilegiado para estudo da questão.

Revelaram-se um país acolhedor a estrangeiros, políticas recentes para equacionar as dimensões envolvidas – planejamento da força de trabalho, educação médica, política de distribuição territorial de médicos, preconceito no trabalho entre outras – e práticas iníquas.

Conclui-se que a política de incorporação de força de trabalho médica graduada no exterior não alcança os objetivos propostos na legislação ou expressos pelas universidades.

O otimista diria que no Brasil, os representantes governamentais estariam convergindo para um melhor planejamento e maior conhecimento das necessidades de saúde e desejos da população; os médicos estariam crescentemente preocupados com a qualidade do cuidado prestado e os imigrantes teriam a possibilidade de um tratamento mais racional e ético.

O pragmático reconheceria a incipiente correspondência entre as necessidades da população, do sistema de saúde e o produto do sistema educacional; debateria os interesses não divulgados dos representantes governamentais, das universidades e da corporação médica e seus efeitos sobre o sistema de saúde; e se solidarizaria com o silêncio dos imigrantes e da população, exortando-os ao debate.

8. Referências:

1. Adams O e Stilwell B. Health professionals and migration. Bulletin of the World Health Organization, v. 82, n.8, 2004.
2. Akl EA, Mustafa R, Bdair F, Schünemann HJ. The United States Physician Workforce and International Medical Graduates: Trends and Characteristics. Society of General Internal Medicine, v.22, p.264–68, 2007.
3. Andrew R e Bates J. Program for licensure for international medical graduates in British Columbia: 7 years' experience. CMAJ, V. 162, n.6, p. 801-3, 2000.
4. Arah O. The metrics and correlates of physician migration from África. BMC Public Health, v.7, p.83, 2007. Disponível em: (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/83>)
5. Associação Brasileira de Educação Médica. Relação de Escolas que Fazem Revalidação de Diplomas. (<http://www.abem-educmed.org.br/revalidacao.php>). Acesso em 05.11.2009.
6. Audas R, Ross A, Vardy D. The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada. CMAJ, v.173, n.11, p. 1315-6, 2005.
7. Bach S. International migration of health workers: Labour and social issues. International Labour Office, 2003. Geneva.
8. Bach S. Migration patterns of physicians and nurses: still the same story? Bulletin of the World Health Organization, v.83, n.8, 2004.

9. Baer LD, Konrad TR e Miller JS. The Need of Community Health Centers for International Medical Graduates. Am J Public Health, v.89, p.1570-4, 1999.
10. Baer LD, Ricketts TC, Konrad TR, Mick SS. Do International Medical Graduates Reduce Rural Physician Shortages? Medical Care, v.36, n.11, p.1534-44, 1998. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3766973>) Acesso em: 09.06.2009.
11. Bailie, R. et al. "Mixed Feelings: Satisfaction and Disillusionment among Australian General Practitioners," Family Practice, v.15, n.1, p.58-66, 1998.
12. Ballard KD, Robinson SI, Laurence PB. Why do general practitioners from France choose to work in London practices? A qualitative study. British Journal of General Practice, v.54, p.747-52, 2004.
13. Banco Mundial. World Bank's Migration and Development Brief 11 (November 3, 2009): Migration and Remittance Trends 2009, Disponível em: (<http://go.worldbank.org/5YMRR0VW80>) Acesso em: 22.12.2009.
14. Bastías G, Marshall G, Zuñiga D, Mena B. Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. Santiago, Rev. méd. Chile, v.128, n.10, 2000.
15. Birch S, Kephart G, Tomblin-Murphy G, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. Health human resources planning and the production of health: Development of an analytical framework for needs-based health

- human resources planning. Social and Economic Dimensions of an Aging Population. SEDAP Research Paper No. 168. January 2007
16. Birch S. Health human resource planning for the new milenium: Inputs in the production of health, illness and recovery in populations. Canadian Journal of Nursing Research, v.33, p.109-14, 2002.
 17. Bossert T, Bärnighausen T, Bowser D, Mitchell A, Gedik G. Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health. Organização Mundial da Saúde, 2007.
 18. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD, Cassel CK, Goode LD, Lipner RS. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. JAMA, v.292, n.9, p.1038-43, Set 2004.
 19. Buchan J, Dovlo D. International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for DFID. Fev. 2004
 20. Buchan J, Jobanputra R, Gough P e Hutt R. Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. Human Resources for Health 2006, v.4, p.14, 2006.
 21. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. International nurse mobility: trends and policy implications. Geneva: World Health Organization, 2003. WHO document WHO/EIP/OSD/2003.3.
 22. Bueno de Mesquita J, Gordon M. The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis. Report MedAct, Fev 2005.

Disponível em:

- (<http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Bueno%20de%20Mesquita%20and%20Gordon.pdf>). Acesso em: 08.07.2008.
23. Campos F, Brito P, Rígoli F. O campo dos Recursos Humanos para a Saúde no Mercosul. In: Recursos Humanos em Saúde no Mercosul (Organização Pan-Americana de Saúde), Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.
24. Carballo M, Divino J, Zeric D. Report to the European Commission on Analytic Review of Migration and Health in, and as it Affects European Community Countries, International Center for Migration and Health (ICMH), 1997.
25. Cohen, M. et al. "Health Care System Reform: Ontario Family Physicians' Reactions," Canadian Family Physician, v.47, p.1777-84, 2001.
26. Comissão da Comunidades Europeias. GREEN PAPER On the European Workforce for Health, Bruxelas, 10.12.2008.
27. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Jornal mensal. São Paulo, agosto, n. 89, 1994.
28. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Perfil do Médico. CREMESP, 2007. Disponível em: (<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados>). Acesso em 17.12.2009.
29. Dal Poz, MR e Varela, TC. Estudo de Condições de Formação e Exercício Profissional em Saúde no Brasil. Recursos Humanos em

Saúde no Mercosul. Organização Pan-americana da Saúde, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

30. Department of Health (DoH). Code of Practice for the international recruitment of healthcare professionals. Department of Health UK, Dezembro 2004. Disponível em:
(http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HumanResourcesAndTraining/MoreStaff/InternationalRecruitmentNHSEmployers/CodeOfPracticeArticle/fs/en?CONTENT_ID=4043625&chk=D20JCV) Acesso em: 08.07.2008.
31. Diaz-Briquets S e Perez-Lopez J. Refugee Remittances: Conceptual Issues and the Cuban and Nicaraguan Experiences. International Migration Review, v.31, n.2, p.411-37, 1997. Disponível em:
(<http://www.jstor.org/stable/2547226>) Acesso em: 09.06.2009
32. Dosani S, Schroter S, MacDonald R, Connor J. Recruitment of doctors to non-standard grades in the NHS: analysis of job advertisements and survey of advertisers. BMJ, v.327, p.961-4, 2003.
33. Dow WH e Harris DM. Exclusion of International Medical Graduates from Federal Health-Care Programs. Medical Care, v.40, n.1, p.68-72, 2002. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3767960>) Acesso em: 09.06.2009
34. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz M, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstad H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. WHO Report, p.267-76,

Ago 2005. Disponível em:

(<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/5/267.pdf>) Acesso em:

08.07.2008.

35. Dumont, J e Lemaître G. Beyond the Headlines: New Evidence on the Brain Drain. *Revue économique*, v.56, n.6, p.1275-99, 2005. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/25046500>) Acesso em: 09.06.2009.
36. Elnur I. The Second Boat of Africa's New Diaspora: Looking at the Other Side of the Global Divide with an Emphasis on Sudan. *African Issues*, v.30, n.1, p.37-41, 2002. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/1167088>) Acesso em: 09.06.2009
37. Esmail A. Asian doctors in the NHS: service and betrayal. *British Journal of General Practice*, v.57, p. 827–31, 2007.
38. Estévez A, Mateluna EG, Rosselot EJ. Autorización para el ejercicio profesional médico en Chile: experiencia de la Comisión de Reválida de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, período 1984-1999. *Santiago, Rev. méd. Chile*, v.128, n.9, 2000.
39. Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. *Human Resources for Health*, v.2, p.12, 2004. Disponível em: (<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/12>) Acesso em: 08.07.2008.
40. García-Pérez MA, Amaya C, Otero A. Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation. *BMC Health Services Research*, v.7, p.201, 2007. Disponível em: (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/201>)

41. Goic A. Disponibilidad de médicos en Chile y su proyección a mediano plazo – Cinco años después. Santiago, Rev. méd. Chile v.127, n.10, 1999.
42. Goldacre MJ, Davidson JM, Lambert TW. Country of training and ethnic origin of UK doctors: database and survey studies. BMJ, Set 2004. (doi:10.1136/bmj.38202.364271.BE)
43. Hagopian A. Recruiting Primary Care Physicians From Abroad: Is Poaching From Low-Income Countries Morally Defensible? Ann Fam Med, v.5, p.483-5, 2007.
44. Hall T, Mejia A. 1978. Health manpower planning: principles, methods, issues. Geneva: World Health Organization. In Dreesch N, Dolea C, Dal Poz M, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstad H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. WHO Report, p.267-76, Ago 2005. Disponível em: (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/5/267.pdf>) Acesso em: 08.07.2008.
45. Hann M, Sibbald B, Young R. Workforce participation among international medical graduates in the National Health Service of England: a retrospective longitudinal study. Human Resources for Health, v.6, p.9, 2008. Disponível em: (<http://www.human-resources-health.com/content/6/1/9>) Acesso em: 08.07.2008.
46. Haskel J e Holt R. Anticipating future skill needs: what can be done? Does it need to be done? Skills Task Force, London, UK, 1999.

47. Henderson LN e Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. Human Resources for Health, v.6, p.18, 2008. Disponível em: (<http://www.human-resources-health.com/content/6/1/18>) Acesso em: 20.10.2008
48. Hornby P, Ray DK, Shipp PJ, Hall TL. Guidelines for health manpower planning. Geneva: World Health Organization, 1980. In Dreesch N, Dolea C, Dal Poz M, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstad H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. WHO Report, p.267-76, Ago 2005. Disponível em: (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/5/267.pdf>) Acesso em: 08.07.2008.
49. Howard DL, Bunch CD, Mundia WO, Konrad TR, Edwards LJ, Amamoo MA, Jallah Y. Physician Differences Comparing United States versus International Medical School Graduate Physicians Who Serve African-American and White Elderly. Health Services Research, v.41, n.6, p.2155-81, 2006.
50. Humber N e Frecker T. Delivery models of rural surgical services in British Columbia (1996–2005): Are general practitioner–surgeons still part of the picture? Can J Surg, v. 51, n. 3, p.173-8, Jun 2008.
51. IBGE, Contagem da População 2007. Disponível em: (ftp://ftp.ibge.gov.br/Contagem_da_Populacao_2007/) Acesso em 27.10.2009.

52. IBGE. Séries Estatísticas e Séries Históricas. População Total.
- Disponível em:
- (http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php?idnivel=BR&idserie=POP05). Acesso em 27.10.2009
53. Institute of Medicine. The nation's physician workforce: options for balancing supply and requirements. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
54. Ivey SL, Scheffler R, Zazzali JL. Supply Dynamics of the Mental Health Workforce: Implications for Health Policy Source: The Milbank Quarterly, v.76, n.1, p.25-58, 1998. Disponível em:
- (<http://www.jstor.org/stable/3350528>) Acesso em: 09.06.2009.
55. Jacobs EA, Kohrman C, Lemon M, Vickers DL. Teaching Physicians-in-Training to Address Racial Disparities in Health: A Hospital-Community Partnership. Public Health Reports, v.118, p.349-56, Jul-Ago 2003.
56. Jinks C, Ong BN, Paton C: Mobile Medics. The mobility of doctors in the European economic area. Health Policy, v.54, p.45-64, 2000.
57. Kaiser Family Foundation. A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser/Pew global health survey, Dez 2007. Disponível em:
- (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>) Acesso em: 28.07.2009.
58. Kaufmann BE, Hotchkiss JL. The Economics of Labor Markets, Seventh Edition. Thomson South-Western. 2006.

59. Kaushik M (a), Jaiswal A, Shah N, Mahal A. High-end physician migration from Índia. Bulletin of the World Health Organization, v 86, n.1, Jan 2008, p1-80. Disponível em: (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-041681/en/index.html>)
Acesso em: 01.12.2009.
60. Kaushik M (b), Roy A, Bang A e MahalaA. Quality of medical training and emigration of physicians from Índia. BMC Health Services Research, v.8, p.279, 2008. Disponível em: (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/279>).
61. Konrad TR, Williams ES, Mark Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, Schwartz MD, Scheckler WE, Van Kirk J, Rhodes E, Douglas J. Measuring Physician Job Satisfaction in a Changing Workplace and a Challenging Environment. Medical Care, v.37, n.11, p.1174-82, 1999. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3767071>).
Acesso em: 09.06.2009.
62. Korcok M. New York hospitals paid to teach fewer physicians. Can Med Assoc J, v.157, p.1263-4, 1997.
63. Kralj B. Physician Distribution and Physician Shortage Intensity in Ontário. Canadian Public Policy / Analyse de Politiques, v.27, n.2, p.167-78, 2001. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3552195>)
Acesso em: 09.06.2009.
64. Lomas J, Barer ML, Stoddart GL. Physician manpower planning: Lessons from the Macdonald Report. Toronto, Ontario: Ontario Economic Council, 1985.

65. Ma PCC, Chan LKC, Xinh Huynh X. Intention to relocate to the United States. Survey of University of Toronto family medicine residents. Can Fam Physician, v.43, p.1533-9, 1997.
66. Machado, MH. Gestão Pública e Ética no Trabalho. In. Política de Recursos Humanos em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
67. McKendry RJR, Wells GA, Dale P, Adams O, Buske L, Strachan J. Factors influencing the emigration of physicians from Canada to the United States. Can Méd Assoc J, v.154, p.171-81, 1996. In Ma PCC, Chan LKC, Xinh Huynh X. Intention to relocate to the United States. Survey of University of Toronto family medicine residents. Can Fam Physician, v.43, p.1533-9, 1997.
68. McManus IC. Drop out rate in medical schools seems reasonable. BMJ, v.313, p.173, 1996.
69. Mejia A, Pizurki H, Royston E. Physician and nurse migration: analysis and policy implications. Geneva: World Health Organization, 1979.
70. Mick SS, Comfort ME. The quality of care of international medical graduates: How does it compare to that of U.S. medical graduates? Medical Care Research and Review, v.54, n.4, p.379-413, 1997.
71. Mick SS, Stevens RA, Goodman LW. United States Foreign Medical Graduates in Connecticut: How They Compare with Foreign Medical Graduates. Medical Care, v.14, n.6, p.489-501, 1976. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3763757>) Acesso em: 09.06.2009

72. Milintangkul U. Equivalence Determination of Qualifications and Degrees for Education and Training of Health Professions in Thailand. OMS Health Workforce, 1998. Disponível em:
(<http://www.who.int/hrh/hrdj/en/index1.html>)
73. Ministério da Educação - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Disponível em:
(http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp)
Acesso em: 13.04.2009.
74. Ministério da Saúde. Notícia: Portaria propõe critérios para revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior. Portal do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
(http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=ds_pDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10535) Acesso em:
21.09.2009.
75. Ministério da Saúde. Revalidação de Diplomas Médicos. Disponível em:
(http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30178) Acesso em: 09.04.2009.
76. Morris AL, Phillips RL, Fryer Jr GE, Green LA e Mullan F. International medical graduates in family medicine in the United States of America: an exploration of professional characteristics and attitudes. Human Resources for Health, v.4, p.17, 2006. Disponível em:
(<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/17>) Acesso em:
08.07.2008.

77. Mullan F. The Metrics of the Physician Brain Drain. *N Engl J Méd*, v.353, p.1810-8, 2005.
78. Murphy GT. Methodological issues in health human resource planning: cataloguing assumptions and controlling for variables in needs-based modelling. *Canadian Journal of Nursing Research*, v.33, p51–70, 2002.
- In Dreesch N, Dolea C, Dal Poz M, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstad H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. WHO Report, p.267-76, Ago 2005. Disponível em:
- (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/5/267.pdf>) Acesso em: 08.07.2008.
79. Muula AS. Nationality and country of training of medical doctors in Malawi. *African Health Sciences*, v.2, n.2, p.118-9, 2006.
80. Nogueira, RP. A Força de Trabalho em Saúde. *RAP*, v.17, n.3, p.61-70, 1983.
81. Nyoni J, Gbary A, Awases M, Ndecki P, Chatora R. Policies and Plans for Human Resources for Health. Guidelines for Countries in the WHO African Region. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville, 2006.
82. O'Brien-Pallas L, Baumann A, Donner G et al. Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advanced Nursing*, v.33, p.120–9, 2001. In Dreesch N, Dolea C, Dal Poz M, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstad H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human

resource requirements to achieve the Millennium Development Goals.

WHO Report, 267-76, Ago 2005. Disponível em:

(<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/20/5/267.pdf>) Acesso em:

08.07.2008.

83. Organização Internacional do Trabalho (OIT), Workers' Activities, ILO

calls for Change in Migration Policies in Southern Africa, Nov. 29,

2002.

84. Organização Internacional para Imigração. About Migration. OIM,

2009. Disponível em: ([http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-](http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/en)

[migration/lang/en](http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/en)) Acesso em: 17.12.2009.

85. Organização Internacional para Migração (OIM), Site da Web.

Disponível em: (<http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/en>)

Acesso em: 15.09.2009.

86. Organização Internacional para Migração (OIM), World Migration

Report, 2003.

87. Organização Mundial da Saúde (OMS). International Migration, Health

& Human Rights. Health & Human Rights. Publication Series, n.4, Dez

2003

88. Organização Mundial da Saúde (OMS). Working together for health:

the World health report 2006: policy briefs. World Health Organization,

2006.

89. Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-americana da

Saúde. Translating Information Into Health Policy. Health Exchange.

- Prioritising Our Health Workforce: Today's Challenge: 8-9. Outono, 2009.
90. Organização Mundial de Saúde (OMS). The world health report 2006: working together for health. World Health Organization, 2006.
91. Organização Mundial de Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Agora Mais que Nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008.
92. Parkhouse J. Intake, output, and drop out in United Kingdom medical schools. *BMJ*, v.312, p.885, 1996.
93. Patel V. Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery? *BMJ*, v.327, p.926–8, 2003.
94. Patton M. Qualitative evaluation and research methods, Sage Publications, Newbury Park, Califórnia, 1990.
95. Phillips Jr R, Petterson S, Fryer Jr GE, Rosser W. The Canadian contribution to the US physician workforce. *CMAJ*, v.176, n.8, p.1083-7, 2007.
96. Polsky D, Kletke PR, Wozniak GD, Escarce JJ. Initial Practice Locations of International Medical Graduates. *Health Services Research*, v.37, n.4, 907-28, 2002.
97. Román O, Acuña M, Señoret M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. Santiago, *Rev Med Chile*, v.134, p.1057-1064, 2006.
98. Roos NP, Fransoo R, Bogdanovic B, Carriere KC, Frohlich N, Friesen D, Patton D, Wall R. Needs-Based Planning for Generalist Physicians. *Medical Care*, v.37, n.6, p.JS206-28, 1999. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3767277>) Acesso em: 09.06.2009.

99. Ryan JM, Gaudry PL. Opportunities for emergency medicine training in Austrália. *J Accid Emerg Med*, v.14, p.36-9, 1997.
100. Sandhu DPS. Current dilemmas in overseas doctors' training. *Postgrad Med J*, v.81, p.79–82, 2005.
101. Seixas, PHD. Os Pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
102. Shafqat S e Zaidi AKM. Unwanted foreign doctors: what is not being said about the brain drain. *J R Soc Med*, v.98, p.492–3, 2005.
103. Shortt SED, Green ME, Keresztes C. Family Physicians for Ontario: An Approach to Production and Retention Policy. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, v.31, n.2, p.207-21, 2005.
Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3552629>) Acesso em: 09.06.2009.
104. Silva Pinto, LF. “Médicos e Migração: a Residência em foco” Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999.
105. Singer, PI. *Economia Política do Trabalho: Elementos para uma Análise Histórico-estrutural do Emprego e da Força de Trabalho, no Desenvolvimento Capitalista*. São Paulo HUCITEC, 1977.
106. Smith MW e Fowkes VK. *Unlicensed Foreign Medical Graduates in California: Social and Demographic Characteristics and*

Progress toward Licensure. Medical Care, v.21, n.12, p.1168-86, 1983.

Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3764549>) Acesso em:

09.06.2009

107. Sousa A, Tandon A, Dal Poz MR, Prasad A, Evans DB.
Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across subnational units in Brazil. Evidence and Information for Policy World Health Organization. Geneva, Março 2006.
108. Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Evidence and Information for Policy. World Health Organization. Geneva, Março 2006.
109. Square D. Manitoba municipalities want foreign-trained physicians to fill medical-care gap. Can Med Assoc J, v.156, p.1038-9, 1997.
110. Starfield B e Fryer GE. The Primary Care Physician Workforce: Ethical and Policy Implications. Ann Fam Med, v.5, p.486-91, 2007.
111. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M.
Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bulletin of the World Health Organization, v.82, p.595-600, 2004.
112. Szafran O, Crutcher RA, Banner SR, Watanabe M. Canadian and immigrant international medical graduates. Can Fam Physician, v.5, p.1242-43, 2005.

113. Taylor Jr DH e Esmail A. Retrospective analysis of census data on general practitioners who qualified in South Asia: who will replace them as they retire? *BMJ*, v.318, p.306–10, 1999.
114. Thind A, Freeman R, Cohen I, Thorpe C, Burt A, Stewart M. Caractéristiques et pratiques médicales dès diplômés en médecine de l'étranger. Diffèrent-elles de celles des médecins formés au Canada? *Can Fam Physician*, v.53, p.1330-31, 2007.
115. Ugalde HS e Roldán SM. Reconocimiento y equiparación de títulos profesionales médicos: el caso de Costa Rica. *Acta méd. Costarric*, v.42, n.2, 2002.
116. Wibulpolprasert, S. Integrated Strategies to Tackle Inequitable Distribution of Doctors in Thailand: Four Decades of Experiences. In: *Política de Recursos Humanos em Saúde / Brasil*. Ministério da Saúde, 2002.
117. Williams KN e Brook RH. Foreign Medical Graduates and Their Impact on the Quality of Medical Care in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, v.53, n.4, p.549-81, 1975. Disponível em: (<http://www.jstor.org/stable/3349567>) Acesso em: 09.06.2009
118. World Medical Association. WMA Resolution on Task Shifting from the Medical Profession. Out, 2009. Disponível em: (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t4/index.html>) Acesso em 24.11.2009.

119. Wright D, Flis N e Gupta M. The 'Brain Drain' of physicians: historical antecedents to an ethical debate, c. 1960–79. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, v.3, p.24, 2008. Disponível em: (<http://www.peh-med.com/content/3/1/24>).
120. Zulla R, Baerlocher MO, Verma S. International medical graduates (IMGs) needs assessment study: comparison between current IMG trainees and program directors. *BMC Medical Education*, v.8, p.42, 2008. Disponível em: (<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/42>).
121. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. World Health Organization. Department of Human Resources for Health, 2005.

ANEXOS:

Anexo 01. Carta ao CREMESP

Anexo 02. Roteiro de entrevista

Anexo 03. Carta Convite aos participantes

Anexo 04. Termo de Consentimento Esclarecido

Anexo 05. Projeto de Decreto Legislativo

Anexo 06. Tabelas 04 e 05

Anexo 01. (Carta em papel timbrado FGV)

São Paulo, 12 de novembro de 2009.

**Ao Ilmo. Prof. Dr.
Henrique Carlos Gonçalves
Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**

Assunto: Pesquisa sobre Médicos Graduados no Exterior

Gostaríamos de solicitar à V. S.^a o acesso à parte do **cadastro dos médicos** vinculados a este Conselho. Este acesso tem a finalidade de obter informações demográficas da população médica, mais especificamente a participação de médicos graduados no exterior na força de trabalho.

Trata-se de uma tese de doutorado em desenvolvimento na Fundação Getúlio Vargas sobre o tema “Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica Brasileira”.

Ficamos à disposição para esclarecimentos e aguardamos manifestação.

Grato,

Reinaldo Sérgio Hamamoto
CREMESP 97.293

Anexo 02. Roteiro de Entrevista

Roteiro para entrevista – Diplomas Estrangeiros

1. Apresentação

- **Entrevistados:** Médicos estrangeiros e brasileiros, com curso de graduação realizado fora do Brasil e que atuam em território nacional.
- **Proposta da entrevista:** Estudo FGV-EAESP sobre a participação de médicos com diploma estrangeiro na força de trabalho nacional.
- **Objetivo:** Conhecer a contribuição de médicos com diploma estrangeiro para a força de trabalho nacional e a sua inserção no mercado de trabalho.
- **Garantias:** Pesquisa para tese de doutorado com garantia do sigilo da informação e pedir autorização para gravação da entrevista – apresentar Termo de Consentimento para assinatura. Caso a gravação seja negada, fazer entrevista escrita.

2. Caracterização: (ambientação) – Dizer a(o) entrevistada (o) que esta fase inicial é para identificação e reforçar o caráter sigiloso da pesquisa.

- Nome:
- Idade:
- Nacionalidade:
- Naturalidade:
- Estado Civil:
- Filhos:
- Local de residência:
- Local de atuação:
- Universidade(s) de Graduação:
- Anos de estudo (início e fim)

3. Processo de imigração: (em caso de estrangeiros)

- Por que decidiu imigrar? (após resposta espontânea, sugerir temas como remuneração, oportunidades de qualificação, migração temporária, etc.)
- Como foi o processo de imigração?
 - Contou com apoio?
 - Foi beneficiado por algum acordo internacional com o país de origem?
 - Participação da família?
 - Facilidades e dificuldades?
- Estudou no Brasil anteriormente?
- Adaptação ao Brasil?

4. Processo de revalidação do diploma: (todos)

- Por que decidiu trabalhar no Brasil?
- Tem diploma revalidado? Qual universidade?
- Como foi feita/está ocorrendo/pretende fazer a revalidação do diploma?

- Como obteve informações sobre o(s) processo(s)?
- Quantas vezes tentou revalidar?
- Comentários sobre o(s) processo(s) de revalidação.

5. Participação no mercado de trabalho: (todos)

- O Sr./A Sra. costuma dizer aos colegas de trabalho/equipe que graduou-se no exterior? Por que? Percebe algum tratamento diferenciado?
- Como é o seu relacionamento com os pacientes? (Após resposta espontânea, abordar temas como comunicação, termos médicos, preconceito, confiança)
- Percebe alguma dificuldade para desempenhar seu trabalho?
- Teve alguma facilidade/dificuldade de acesso a trabalho por causa do diploma estrangeiro? Oportunidades educacionais e de atualização?

6. Finalização: (todos)

- Indicações: O Sr/A Sra poderia indicar outros médicos com diplomas estrangeiros para entrevista?
- Agradecer entrevista e oferecer oportunidade de ler o trabalho resultante após aprovação da FGV-EAESP.

Anexo 03. Carta Convite aos participantes

São Paulo, 10 de setembro de 2009.

Prezado Doutor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do estudo “*Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica Brasileira*”. Trata-se de uma pesquisa, vinculada à Fundação Getúlio Vargas, com o objetivo de avaliar o processo de inserção destes médicos na força de trabalho nacional e sua contribuição para a saúde da população.

Para participar ou em caso de dúvidas, por favor, entre em contato:

Telefone: (11) 3799-7717

Email: reinaldohamamoto@gvmail.br

Agradecemos por sua participação.

Dr. Reinaldo Sérgio Hamamoto
CDAE – FGV/EAESP
CREMESP 97.293

Anexo 04. Termo de Consentimento Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: **Diplomas Estrangeiros na Força de Trabalho Médica Brasileira**
Pesquisadores responsáveis: Error! Contact not defined. e **Profa. Dra. Ana Maria Malik.**
Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo.
Telefone para contato: (11) 3799-7717

Prezado(a) Doutor(a):

- O sr(a). está sendo convidado(a) a participar desta entrevista de forma **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar.
- É seu direito **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: *Avaliar o processo de inserção de médicos graduados no exterior ao mercado de trabalho nacional.*

Procedimentos. *Sua participação nesta pesquisa consistirá em um entrevista gravada de cerca de um hora sobre o tema.*

Benefícios. *Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema, podendo orientar eventuais políticas públicas. Não existirá benefício monetário.*

Riscos. *A participação nesta pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, moral ou psicológica.*

Sigilo. *As informações fornecidas serão tratadas de maneira confidencial e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.*

Profa. Dra. Ana Maria Malik

Reinaldo Sergio Hamamoto

Nome:
RG/Passaporte:

Anexo 05. Projeto de Decreto Legislativo

COMISSÃO DE RELAÇÕES EXTERIORES E DE DEFESA NACIONAL

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº , DE 2007 (MENSAGEM Nº 22, de 2007)

Aprova o texto do Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Cultural e Educacional entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba para o Reconhecimento de Títulos de Medicina expedidos em Cuba, celebrado em Havana, em 15 de setembro de 2006. (DA COMISSÃO DE RELAÇÕES EXTERIORES E DE DEFESA NACIONAL).

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica aprovado o texto do Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Cultural e Educacional entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba para o Reconhecimento de Títulos de Medicina expedidos em Cuba, celebrado em Havana, em 15 de setembro de 2006”.

Parágrafo único: Ficarão sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que alterem o referido Acordo, bem como quaisquer outros ajustes complementares que, nos termos do inciso I do Art. 49 da Constituição Federal, acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.

Art. 2º Este decreto legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em 12 de setembro de 2007.

Deputado VIEIRA DA CUNHA
Presidente

Anexo 06. Tabela 04 – Cursos e vagas de medicina aprovados no Brasil no ano de 2009 segundo categoria administrativa – Estados da Federação.

Categoria administrativa	AC	AL	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PB	PE	PI	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO	Total
Privada										2																	2
Privada - Comunitária																						2	1				3
Privada - Comunitária - Filantrópica										2												1	1				4
Privada - Confessional - Comunitária - Filantrópica								1									1					2			1		5
Privada - Confessional - Filantrópica						1		1																3			5
Privada - Particular em Sentido Estrito			1	1	2	1	2		1	5	1	1	1	3	2	2	2	2	1	3			1		11	3	46
Privada Comunitária Filantrópica																	1									1	
Privada Filantrópica				1	1		2			11						2	10					1	1		7		36
Pública Estadual		1	1	3	1	1			1	1			2		1	1	3	1	1					6			24
Pública Federal	1	1	1	1	3	1	1	1	1	5	2	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1	5	1	1	2		41
Pública Filantrópica Municipal																							1			1	
Pública Municipal																							4	2	1	7	
Total de Cursos de Medicina	1	2	3	6	7	4	5	3	3	26	3	2	4	5	5	4	9	17	3	4	1	11	10	1	32	4	175

Categoria administrativa	AC	AL	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PB	PE	PI	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO	Total
Privada										320																	320
Privada - Comunitária																						120	44				164
Privada - Comunitária - Filantrópica										180											50	40					270
Privada - Confessional - Comunitária - Filantrópica								80									150				170				90		490
Privada - Confessional - Filantrópica						40		40																280			360
Privada - Particular em Sentido Estrito			100	100	212	80	200		55	480	80	100	100	300	120	180	150	280	120	230		40		860	180		3967
Privada Comunitária Filantrópica																	80									80	
Privada Filantrópica				200	60		220			720							140	1376				74	38		560		3388
Pública Estadual		50	130	100	40	80			30	28			120		150	40	160	94	26					519			1567
Pública Federal	40	80	112	160	230	72	80	110	92	680	110	40	150	190	220	80	176	492	90	40	28	485	100	100	161		4118
Pública Filantrópica Municipal																							50			50	
Pública Municipal																							178	140	120		438
Grand Total	40	130	342	560	542	272	500	230	177	2408	190	140	370	490	490	300	776	2322	236	270	28	899	490	100	2610	300	15212

Anexo 06. Tabela 05 – Cursos e vagas de medicina reconhecidos no Brasil
no ano de 2009 segundo categoria administrativa – Estados da Federação.

Categoria administrativa	AC	AL	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PB	PE	PI	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO	Total	
Privada										2																	2	
																						1	1				2	
										1												1					2	
																	1					2		1			4	
																								2		2		
											2	1	1	1				2						7	1		17	
																		1								1		
				1			1				7							1	9			1	1		6		27	
		1	1	1	1		1				1			2		1		3	1					6			18	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1		2	1	1	1	3	1	1	1	5	1	1	1	35	
Pública																												
Grand Total	1	2	3	3	2	2	2	1	1	17	3	2	2	3	2	1	6	16	1	1	1	10	7	1	25	2	117	
Categoria administrativa	AC	AL	AM	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PB	PE	PI	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO	Total	
Privada										320																	320	
																						60	44				104	
										80											50						130	
																	150				170			90			410	
																								180		180		
			100		100					180	80	100	120					280						550	60		1570	
																		80								80		
				200			120			460							100	1266				74	38	480			2738	
		50	130	40	80					28				120		150		160	94					519			1371	
	40	80	112	160	150	72	80	110	92	600	110	40		190	140	80	176	492	90	40	28	485	100	100	121		3688	
Pública																							178		140	120	438	
	Grand Total	40	130	342	400	250	152	200	110	92	1668	190	140	120	310	290	80	586	2212	90	40	28	839	360	100	2080	180	11029