UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – FAFICH
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA – DCP
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

KIMBERLY ALVES SANTOS

AS RAZÕES DO DESEQUILÍBRIO TERRITORIAL NA DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS NO BRASIL: EXPLORANDO ALGUMAS HIPÓTESES

Belo Horizonte- MG

Dezembro de 2015

KIMBERLY ALVES SANTOS

AS RAZÕES DO DESEQUILÍBRIO TERRITORIAL NA DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS NO BRASIL: EXPLORANDO ALGUMAS HIPÓTESES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Professor Orientador: José Angelo Machado

Belo Horizonte- MG

Dezembro de 2015

Dedico este trabalho ao Senhor Deus, pois sem Ele não seria capaz de escrever uma linha sequer. Ao professor José Angelo Machado, que foi fundamental para a realização do mesmo por meio de sua orientação. Aos meus pais - Maria Neide e Adriano – que sempre me apoiaram em meus estudos. E ao meu amor Hugo Stefani por sua compreensão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele nada podemos fazer. Agradeço ao professor José Angelo Machado - professor adjunto do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais - que foi fundamental para a realização deste trabalho, me ajudando muito por meio de sua orientação. Agradeço à todos os autores dos textos lidos, apresentados na bibliografia, pois sem eles não teria as informações necessárias para a elaboração do mesmo. Agradeço também aos meus familiares que sempre me apoiaram em meus estudos, especialmente à minha mãe Maria Neide Alves de Jesus.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é explorar hipóteses relativas a fatores que podem ter levado a um desequilíbrio territorial na distribuição de médicos no Brasil. O objetivo não é esgotar todos os fatores determinantes das assimetrias territoriais na distribuição de médicos no país, mas sim explorar algumas hipóteses preliminares, ao confrontá-las com dados empíricos disponíveis. Partindo da verificação de que o problema de fato existe, e que as regiões mais pobres do país são as mais afetadas, o trabalho propôs para análise três fatores que poderia ou não causar assimetrias na distribuição dos médicos: a remuneração formal dos médicos, a concentração de serviços de maior densidade tecnológica, que tende a concentrar as oportunidades de emprego com maior rentabilidade e mais alternativas de combinar vários vínculos de trabalho; e por fim, a origem social dos médicos. Os dados empíricos mobilizados na exploração das três hipóteses foram extraídos de revisão bibliográfica pertinente ao tema, incluindo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), dos sindicatos médicos e conselhos regionais de medicina apurados junto às secretarias estaduais de saúde, da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério da Saúde, entre outros.

Ao final concluímos que, os médicos não se concentram em locais que recebem as maiores remunerações formais, o que ocorre na verdade é o inverso disso: locais que têm maior carência de médicos parecem ser os que apresentam os maiores salários, possivelmente como parte do esforço em recrutá-los. Outra indicação, referente ao segundo fator, é que os médicos se concentram nos grandes centros devido à concentração de recursos assistenciais de alta complexidade tecnológica, uma vez que, o aumento de serviços de baixa densidade tecnológica em regiões mais pobres não interfere muito no aumento de médicos, fator que pode ser explicado pelo fato de serviços de baixa densidade tecnológica não ter tanta rentabilidade. As melhores oportunidades de emprego, e a maior procura por serviços médicos particulares, também são fatores que possivelmente explicariam a alta concentração de médicos em regiões mais desenvolvidas economicamente. Com relação ao terceiro fator, as diferentes referências sugerem que a profissão médica tem inserção social elitista, incorporando uma visão de mundo sobre qualidade de vida voltada para os grandes centros urbanos e regiões mais ricas do país.

PALAVRAS-CHAVE: Distribuição, médicos, Brasil.

ABSTRACT

The objective of this paper is to explore hypotheses regarding the factors that may have led to a regional imbalance in the distribution of physicians in Brazil. The goal is not to exhaust all the determinants of territorial disparities in the distribution of doctors in the country, but explore some preliminary hypotheses, to confront them with available empirical data. Starting from the verification that the real problem is, and that the poorest regions of the country are most affected, the work proposed for consideration three factors that might or might not cause disparities in the distribution of physicians: a formal remuneration of doctors, the concentration services to medical professionals of greater technological density, which tends to concentrate employment opportunities with higher profitability and more alternatives to combine several work contracts; and finally, the social background of the doctors. Empirical data deployed in the operation of three hypotheses were drawn from relevant literature to the topic, including data from the Federal Council of Medicine (CFM), the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the medical unions and regional medical councils established together the State Health Departments, the Annual Social Information (RAIS), etc..

At the end we conclude that the doctors are not in places that receive the highest formal remuneration, what happens is actually the reverse of this: sites that have greater shortage of doctors appear to be those with the highest salaries, possibly as part of the effort to recruit them. Another indication, relative the second factor, is that doctors are concentrated in big cities due to the concentration of health care resources of high technological complexity, since the increase of services of low technological density in the poorest regions does not interfere much in the increase doctors, a factor that may be because of low technological density services do not have as much profitability. The best employment opportunities and greater demand for private medical services, are also factors that possibly explain the high concentration of physicians in more economically developed regions. Regarding the third factor, the different references suggest that the medical profession has elitist social inclusion, incorporating a worldview on quality of life focused in the large urban centers and in the richest regions of the country.

KEYWORDS: Distribution, doctors, Brazil.

“Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os mais atingidos por esta situação de insegurança assistencial em saúde” (CAMPOS et al., 2009, p. 2).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ..... Páginas 11-16

CAPÍTULO I: A DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS MÉDICOS NO BRASIL ..... Páginas 17-30

1.1. A concentração de médicos em regiões mais desenvolvidas ..... Páginas 17-22

1.1.1. As regiões com maior carência de médicos ..... Páginas 22

1.2. Distribuição de médicos em dimensão municipal..... Páginas 22-28

1.3. Crescimento exponencial do contingente de médicos ..... Páginas 28-30

CAPÍTULO II: REMUNERAÇÃO MÉDICA IMPORTA? ..... Páginas 31-36

CAPÍTULO III: CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS COM ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA IMPORTA? ..... Páginas 37-43

3.1. Distribuição de médicos considerando recursos assistenciais de alta densidade tecnológica ..... Páginas 39-42

3.2. Médicos em áreas rurais ..... Páginas 42-43

CAPÍTULO IV: A ORIGEM SOCIAL DO MÉDICO IMPORTA? ..... Páginas 44-49

CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... Página 50-51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... Páginas 52-55

ANEXOS ..... Páginas 56-62

Tabelas com preços de consultas, exames, cirurgias, e parto do Convênio Médico Hospitalar ABMED.

LISTA DE TABELAS E MAPA

Tabela 1 – Média nacional de médicos por mil habitantes por unidade da Federação em 2010 ..... Página 18

Tabela 2 - Média nacional de médicos por mil habitantes por região no ano de 2010 (tabela em ordem decrescente - as regiões que mais se concentram médicos estão nas primeiras posições) ..... Página 19

Tabela 3 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por Unidade da Federação em 2013 ..... Página 20

Tabela 4 – Distribuição de médicos segundo população dos municípios em 2010 .... Página 23

Tabela 5 – Número de municípios com e sem profissionais em medicina por unidade da Federação em 2010 ..... Página 26

Tabela 6 - Número e porcentagem da população residente em municípios com e sem profissionais em medicina por unidade da Federação em 2010..... Página 27

Tabela 7 - Salários-base pagos aos médicos concursados com jornada semanal de 20 horas* por unidade da Federação em 2011 ..... Página 33

Tabela 8 – População residente por unidade da Federação, quantidade e rendimento médio mensal dos médicos e números de médicos por mil habitantes em 2010 ..... Página 34

Tabela 9 - Rendimento médico médio por porte populacional de município em 2010 ..... Página 35

Tabela 10 - Médicos segundo número de atividades realizadas em todo Brasil em 1995 ..... Página 38

Tabela 11 - Taxa de crescimento de médicos, leitos hospitalares, estabelecimentos médicos e equipamentos de saúde na região Norte do Brasil, do ano de 2008 ao ano de 2013 ..... Página 39

Tabela 12 - Distribuição de serviços de saúde segundo população dos municípios em 2010 ..... Página 40

Tabela 13 - Porcentagem de indivíduos, de 20 anos ou mais, de acordo com o local de procura de atendimento de saúde, no meio urbano e rural em 1998 ..... Página 43

Tabela 14 - Valores das mensalidades dos cursos de medicina privados no Brasil em 2012 ..... Página 48

MAPA 1 – Distribuição espacial da sede dos municípios brasileiros segundo o acesso aos médicos em 2010 ..... Página 24

LISTA DE SIGLAS

CFM – Conselho Federal de Medicina

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

E. U. A. – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

SUS – Sistema Único de Saúde

SENARC - Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROADI-SUS - Programa de Apoio Institucional ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

RPA - Recibo de Pagamento Autônomo

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como um direito universal e um dever do Estado.

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, Art. 196)

Dessa forma, o Estado brasileiro tem como dever garantir assistência a saúde de maneira universal e integral à todos os cidadãos do país, independentemente do local em que o indivíduo vive e/ou sua situação econômica. Como forma de garantir o princípio constitucional do direito a saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que atualmente é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Todavia, as desigualdades geográficas na distribuição de médicos no Brasil tem sido um problema persistente. Problema este que acaba comprometendo a plena eficácia do sistema de saúde brasileiro, ferindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade do sistema. À medida que faltam médicos em algumas regiões o princípio da universalidade do sistema de saúde deixa de ser cumprido. A falta de médicos também compromete a integralidade do acesso aos serviços, pois, a falta destes profissionais faz com que estes sejam disponibilizados parcialmente para determinadas populações, ferindo também o princípio da equidade, uma vez que os cidadãos passam a ter diferente acesso aos serviços de saúde.

A maior parte dos médicos tem optado por exercer suas atividades nas grandes cidades e regiões mais ricas do país. Dessa forma, cidades pequenas, áreas rurais, e regiões mais pobres são as mais atingidas com a falta desses profissionais. Em geral, a população mais pobre e desprotegida da sociedade é aquela que mais sofre com a insegurança assistencial em saúde (CAMPOS et al., 2009, p. 1-2).

Mediante a notável violação do direito universal, integral e equânime à saúde, está em curso no país um intenso debate sobre a oferta, a concentração e a fixação dos médicos. O governo federal vem trabalhando no sentido de amenizar o problema, por intermédio de

programas federais que visam o provimento e fixação de médicos em áreas desassistidas, o aumento do número de vagas e de cursos de medicina, a implantação do serviço civil voluntário para médicos recém-formados como contrapartida para o ingresso nos programas de Residência Médica e flexibilização da revalidação de diplomas daqueles que se formaram no exterior (SCHEFFER et al, 2011, p.9). Outra iniciativa do governo federal, em 2013, foi o lançamento do programa *Mais Médicos*, que consiste na contratação de médicos brasileiros ou estrangeiros para trabalhar em municípios que apresentam maior carência destes profissionais. Muitas vezes estes profissionais são contratados para trabalharem em municípios que até então não apresentavam nenhum médico exercendo o ofício (SILVA & SILVA, 2015, p. 1-2).

A relação média de médicos por habitante no Brasil é de um médico para cerca de 600 habitantes.[1] Porém, essa média esconde extremas desigualdades, uma vez que, os médicos se concentram nas regiões mais ricas do país e deixam desassistidas as regiões mais pobres (CAMPOS et al., 2009, p.14). Outro fator de peso, que reflete ainda mais a desigualdade na relação média de médicos por habitantes no Brasil, é o fato de muitos dos médicos trabalharem exclusivamente na rede privada, impossibilitando o acesso daqueles que não têm condições para pagar uma consulta.

Mediante a evidência do problema da má distribuição geográfica dos médicos no Brasil, o objetivo deste trabalho foi explorar algumas hipóteses relativas a fatores que podem ou não causar a má distribuição de médicos especialmente em cidades pequenas, áreas rurais, e regiões

---

[1] Este trabalho não adota uma proporção médico por habitante ideal, pelo fato de haverem controvérsias na literatura no que diz respeito a este fator. Embora alguns autores afirmem que "a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a cada mil habitantes deva haver pelo menos um médico" (SILVA & SILVA, 2015, p.112)- e que "uma das formas de se avaliar a disparidade entre a participação de cada Estado no total da população e no total de médicos é calcular o número de médicos por mil habitantes e compará-lo com o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – um médico para cada mil habitantes" (Póvoa & Andrade, 2006, p.1556). Scheffer et. al (2011, p.28-29) afirmam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não recomendam o número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante e que "a definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país", tornando "impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma cifra ideal a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta".

mais pobres.[2] A pergunta que originou esta pesquisa, portanto, indaga quanto aos fatores que contribuem para o desequilíbrio territorial na distribuição de médicos no país. O objetivo não foi esgotar todos os determinantes da distribuição de médicos, mas sim explorar algumas hipóteses a partir da confrontação com alguns dados empíricos disponíveis.

O tema da assimetria na distribuição geográfica dos médicos é relevante para a gestão pública, por se tratar de um problema persistente para a concretização de direitos sociais em uma de suas áreas: a saúde. Este trabalho se justifica à medida que a distribuição de médicos, afeta gravemente a assistência de saúde no país, bem como sua qualidade. A exploração de hipóteses sobre possíveis razões para o problema é fundamental para um melhor entendimento do fenômeno (principalmente por parte dos gestores, governantes e formuladores de políticas de saúde); pois, somente entendendo o fenômeno é possível que os órgãos responsáveis tentem solucioná-lo.

A literatura destaca como um dos principais fatores para a assimetria na distribuição geográfica dos médicos, a escolha locacional dos mesmos, baseadas nas "maiores oportunidades de mercado de trabalho disponíveis para o cônjuge, caso seja casado", e no "local onde o médico recebeu seu treinamento, ou seja, onde fez a graduação e/ou sua residência médica" (PÓVOA & ANDRADE, 2006, p. 1555). No Brasil, Pinto & Machado realizaram um estudo importante "que aponta evidências que os médicos tendem a permanecer no local onde realizaram residência médica" (2000, *apud* PÓVOA & ANDRADE, 2006, p. 1556). Silva & Silva (2015) destacam que um dos fatores determinantes da má distribuição dos médicos está no fato deles optarem a trabalhar em regiões mais urbanizadas. Scheffer et al. (2011, p.12), destacam o fator socio-econômico como determinante para a má distribuição dos médicos.

Póvoa & Andrade (2006, p. 1556), ressaltam que "os poucos estudos que tratam o problema da distribuição dos médicos no Brasil limitam-se a evidenciar esta desigualdade sem, no entanto, analisar seus determinantes". E foi reconhecendo esta lacuna que foi proposto para análise, neste trabalho, três fatores que podem ou não causar desequilíbrios territoriais na

---

[2] Por regiões mais pobres este trabalho entende como aquelas menos desenvolvidas economicamente. Os grandes centros tendem a ser as regiões mais desenvolvidas economicamente. O PIB *per capita* é um dos mecanismos para se medir desenvolvimento econômico de uma região.

distribuição de médicos no país. O primeiro fator analisado como determinante ou não para a má distribuição de médicos no Brasil foi a remuneração formal do médico, baseando-se na hipótese que os médicos se concentram em locais em que a remuneração formal é maior. O segundo fator analisado como determinante ou não para o problema foi a concentração de serviços de maior densidade tecnológica onde atuam profissionais médicos, baseando-se na hipótese que os médicos estão em maior quantidade em locais onde a concentração destes serviços é maior. E o terceiro fator analisado neste trabalho foi a origem social da maior parte dos médicos, com base na hipótese que os médicos se concentram nos grandes centros urbanos das regiões mais desenvolvidas porque provém dessas regiões e estão aí aculturados**.**

Para a realização do trabalho foi feita revisão bibliográfica, focando como a literatura brasileira especializada aborda o tema da má distribuição de médicos no país. Buscou-se identificar como trata das hipóteses apresentadas anteriormente e, quando necessário, complementamos o trabalho com dados secundários. O presente estudo consiste em: introdução, quatro capítulos – sendo os três últimos para cada uma das hipóteses -, e conclusão.

O capítulo I apresenta o problema da má distribuição de médicos no Brasil. O capítulo destaca os efeitos do porte populacional dos municípios sobre a distribuição de médicos, bem como a inserção regional dos mesmos, provocando desigualdades e insegurança quanto ao acesso assistencial em saúde. O mesmo apresenta a relação médico por mil habitantes em diferentes dimensões geográficas: por macrorregião, por estado e porte de município, extraída a partir de dados do relatório “Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções”, escrito por Martins et al. (2013), que faz parte do Programa de Apoio Institucional ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde. Os dados foram retirados do Censo 2010 (população brasileira e dos Estados, número de médicos inscritos no CFM e relação médicos/1000 habitantes). Também foram utilizados dados extraídos da pesquisa “Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades” – escrito por Scheffer et. al . (2011), realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Posteriormente, foram também utilizados dados retirados do texto “Distribuição espacial dos médicos no Brasil: uma abordagem geográfica”– escrito Silva & Silva (2015). Foram ainda apresentados dados da pesquisa “Perfil das Famílias do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal”, realizada pelo

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), estes foram apresentados com o objetivo de analisar o nível de pobreza das regiões que mais faltam médicos. E por fim, foram ainda apresentados dados produzidos pelo Banco Mundial sobre a relação médico por mil habitantes por país.

O capítulo II apresenta a exploração da hipótese relacionada ao fator remuneração formal como determinante, ou não, para a assimetria territorial da distribuição dos médicos. A hipótese indica que os médicos se concentram em locais em que a remuneração formal é maior. Para análise desta hipótese, o trabalho buscou informações sobre o valor da remuneração formal do médico por região, com o objetivo de verificar se as regiões em que a remuneração formal é maior correspondem àquelas regiões que mais concentram médicos. Os dados referentes à remuneração formal foram fornecidos por sindicatos médicos e conselhos regionais de medicina apurados junto às secretarias estaduais de saúde, pelo Censo Demográfico de 2010- realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), e pela Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)- do Ministério do trabalho. Não foram analisadas, neste trabalho, outras formas de remunerações informais, devido a indisponibilidade de dados.

O capítulo III apresenta a segunda hipótese - que um fator determinante para os médicos ocuparem cidades e regiões mais desenvolvidas economicamente são as oportunidades que potencialmente emergem da maior concentração de serviços, especialmente os de maior complexidade assistencial. Para tanto, utilizamos dados sobre leitos hospitalares fornecidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) - do Ministério da Saúde, entre outros, agregados por região.

O capítulo IV apresenta o fator origem social do médico, e o analisa como determinante ou não para a má distribuição dos mesmos. A terceira hipótese apresentada neste capítulo indica que os médicos se concentram nos grandes centros urbanos das regiões mais desenvolvidas porque provém dessas regiões e estão aí aculturados. As dificuldades metodológicas e de acesso a dados confiáveis foram maiores, pois demandariam comparar origem e destino dos médicos por região e porte de município. Diante disso, buscamos nesse último caso apenas fazer conjecturas a partir de dados relativos ao perfil dos médicos brasileiros, extraídos de bibliografias especializadas, tais como Machado (1997), Póvoa & Andrade (2006), Campos et al. (2009),

Bazzarelli & Amorin (2010), Scheffer et al. (2011), e Silva & Silva (2015).

Ao fim o trabalho apresenta uma conclusão geral, analisando o que podemos dizer a partir da exploração dos fatores determinantes para o desequilíbrio territorial na distribuição dos médicos no Brasil.

CAPÍTULO I

A DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS MÉDICOS NO BRASIL

1.1. A concentração de médicos em regiões mais desenvolvidas

O desequilíbrio territorial na distribuição de médicos no Brasil gera falta de equidade no acesso aos serviços de saúde. Scheffer et al. (2011, p.10) afirmam que não faltam médicos de forma generalizada no Brasil, o que ocorre é uma concentração desigual, "determinada pelo mercado, pela concentração de renda, pelas disparidades regionais e pela distribuição das especialidades médicas".

Um dos fatores mais apontados entre os que teriam influencia sobre o interesse ou desinteresse do profissional médico ocupar determinadas regiões é o fator sócio-econômico, fazendo com que a escolha locacional dos médicos brasileiros nem sempre coincida com a necessidade social (SCHEFFER et al., 2011, p.12). A literatura aponta "uma relação entre o número de médicos e o desenvolvimento econômico de uma região" (PÓVOA & ANDRADE, 2006, p. 1556).

Póvoa & Andrade (2006, p.1556), citam que, para Rimlinger & Steele (1963) e Benhan et al. (1968) "a taxa de médicos *per capita* aumenta com a renda local e que, se ocorrer equalização regional da renda *per capita*, a desigual distribuição geográfica dos médicos será suavizada".

Para análise do problema da concentração desigual dos médicos no Brasil, o trabalho foi em busca de dados que mostrassem as desigualdades territoriais na distribuição de médicos, sendo o indicador utilizado a razão de profissionais por habitante. No Brasil, este indicador é frequentemente utilizado em estudos que abordam a oferta de médicos no país (SCHEFFER et al., 2011, p.12). O indicador consiste em reportar o número de profissionais cadastrados ou registrados em uma área determinada em relação à população que vive nesse mesmo circunscrito (SCHEFFER et al., 2011, p.12).

Começando nossa análise a partir dos estados da Federação, e para melhor visualização, dividimos os vinte e sete estados brasileiros (incluindo o Distrito Federal) por região. Sendo que, dentro de sua região de referência os estados estão organizados de forma decrescente, ou seja,

aqueles que têm maior concentração de médicos ocupando as primeiras posições, e aqueles que têm maior carência de médicos ocupando as últimas posições. No topo da lista dos estados que mais concentram médicos está o Rio de Janeiro (que somente é superado pelo Distrito Federal); e entre aqueles que ocupam as últimas posições, estando entre os estados que mais sofrem com a carência de médicos está o Maranhão.

Tabela 1-

Média nacional de médicos por mil habitantes por unidade da Federação em 2010

Média nacional de médicos por mil habitantes por unidade da Federação		
Região	**Unidade da Federação**	**Média de médicos por mil habitantes**
Norte	Roraima	1,23
	Amazonas	1,11
	Rondônia	1,08
	Tocantins	1,09
	Acre	0,95
	Pará	0,80
	Amapá	0,76
Nordeste	Pernambuco	1,46
	Sergipe	1,33
	Rio Grande do Norte	1,30
	Paraíba	1,28
	Alagoas	1,20
	Bahia	1,18
	Ceará	1,12
	Piauí	1,00
	Maranhão	0,59
Centro-Oeste	Distrito Federal	3,76
	Mato Grosso do Sul	1,57
	Goiás	1,52
	Mato Grosso	1,17
Sudeste	Rio de Janeiro	3,57
	São Paulo	2,57
	Espírito Santo	2,08
	Minas Gerais	1,93
Sul	Rio Grande do Sul	2,35
	Paraná	1,79
	Santa Catarina	1,76

Elaboração própria, utilizando por inspiração e como base de dados as tabelas 3, 4 e 5 do relatório "Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções" que "faz parte de um projeto intitulado "Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras", que é um projeto do Programa de Apoio Institucional ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde, com recursos de dois hospitais:o Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio-Libanês" (MARTINS *et al.*, 2013, P.6). Os dados que o relatório utilizou foram retirados do Censo 2010 (população brasileira e dos Estados , número de médicos inscritos no CFM e relação médicos/1000 habitantes).

Conforme apresentado na tabela 1, a maior concentração dos médicos brasileiros está no Distrito Federal, no Rio de Janeiro, em São Paulo, e no Rio Grande do Sul. O Distrito Federal

possui 3,76 médicos por mil habitantes, o Rio de Janeiro 3,57 médicos por mil habitantes, São Paulo 2,57 médicos por mil habitantes, e Rio Grande do Sul 2,35 médicos por mil habitantes. Observamos ainda, que as regiões que mais sofrem com a carência e falta de médicos são os estados do Maranhão, do Pará e do Amapá.

Os estados que concentram a maior relação de médico por mil habitantes estão entre os mais desenvolvidos economicamente do país. Conforme dados apresentados pelo IBGE,[3] em 2014 o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente do Distrito Federal (unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes) era de R$2.055,00, do Rio de Janeiro (segunda unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes) R$1.193,00, de São Paulo (terceira unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes) R$ 1.432,00, e do Rio Grande do Sul (quarta unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes) R$1.318,00.

Os estados do Maranhão, do Amapá e do Pará- estados com a menor concentração de médicos-, possuem respectivamente 0,59; 0,76 e 0,80 médicos por mil habitantes. Segundo dados do IBGE, em 2014, o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente do Maranhão era de R$ 461,00, do Amapá era de R$ 753,00, e do Pará era de R$631,00.

Pela tabela 2, abaixo, agora agrupando os estados por macrorregião, observamos que as regiões mais desenvolvidas tendem a ser aquelas que mais se concentram médicos. A região

Tabela 2-

Média nacional de médicos por mil habitantes por região no ano de 2010 (tabela em ordem decrescente - as regiões que mais se concentram médicos estão nas primeiras posições)

Média nacional de médicos por mil habitantes por região	
Regiões do Brasil	**Média de médicos por mil habitantes**
Sudeste	2,59
Sul	2,00
Centro-Oeste	1,86
Nordeste	1,16
Norte	0,94

Elaboração própria, utilizando por inspiração e como base de dados a tabela 6 do relatório "Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções". Os dados que o relatório utilizou e este trabalho reportou foram retirados do Censo 2010 (população brasileira e dos Estados, número de médicos inscritos no CFM e relação médicos/1000 habitantes).

[3] Estas informações foram extraídas do site <http://www.ibge.gov.br/estadosat/.>, sendo acessadas em 15/06/15.

Sudeste é a que mais concentram médicos, com uma média de 2,59 médicos por mil habitantes, enquanto a região Norte é a que apresenta maior carência destes profissionais, com 0,94 médico por mil habitantes.

Segundo dados do DATASUS, baseado no Censo de 2010, a renda média domiciliar *per capita* do Sudeste era de R$943,34, do Centro-Oeste R$935,06, do Sul R$919,90, do Norte R$494,11, e do Nordeste R$458,63.[4] Assim, a região que mais concentra médicos por mil

Tabela 3-

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por Unidade da Federação em 2013

Região	Unidade da Federação	Posição	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
Norte	Acre	21 º	0.663	0.671	0.777	0.559
	Amapá	12 º	0.708	0.694	0.813	0.629
	Amazonas	18 º	0.674	0.677	0.805	0.561
	Pará	24 º	0.646	0.646	0.789	0.528
	Rondônia	15 º	0.690	0.712	0.800	0.577
	Roraima	13 º	0.707	0.695	0.809	0.628
	Tocantins	14 º	0.699	0.690	0.793	0.624
Nordeste	Alagoas	27 º	0.631	0.641	0.755	0.520
	Bahia	22 º	0.660	0.663	0.783	0.555
	Ceará	17 º	0.682	0.651	0.793	0.615
	Maranhão	26 º	0.639	0.612	0.757	0.562
	Paraíba	23 º	0.658	0.656	0.783	0.555
	Pernambuco	19 º	0.673	0.673	0.789	0.574
	Piauí	24 º	0.646	0.635	0.777	0.547
	Rio Grande do Norte	16 º	0.684	0.678	0.792	0.597
	Sergipe	20 º	0.665	0.672	0.781	0.560
Centro-Oeste	Distrito Federal	1 º	0.824	0.863	0.873	0.742
	Goiás	8 º	0.735	0.742	0.827	0.646
	Mato Grosso	11 º	0.725	0.732	0.821	0.635
	Mato Grosso do Sul	10 º	0.729	0.740	0.833	0.629
Sudeste	Espírito Santo	7 º	0.740	0.743	0.835	0.653
	Minas Gerais	9 º	0.731	0.730	0.838	0.638
	Rio de Janeiro	4 º	0.761	0.782	0.835	0.675
	São Paulo	2 º	0.783	0.789	0.845	0.719
Sul	Paraná	5 º	0.749	0.757	0.830	0.668
	Rio Grande do Sul	6 º	0.746	0.769	0.840	0.642
	Santa Catarina	3 º	0.774	0.773	0.860	0.697

Elaboração própria. Fonte: Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD).
Dados retirados do site Geografia e tal <http://profprbm.blogspot.com.br/2013/08/veja-o-idh-por-estado-brasileiro.html>.

[4] Estas informações foram extraídas do site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/censo/cnv/rendauf.def.>, sendo acessadas em 21 de novembro de 2015.

habitantes é também a que apresenta a maior renda média domiciliar *per capita* - a região Sudeste- enquanto as regiões que mais sofrem com carência de médicos são aquelas que apresentam as menores rendas médias domiciliares *per capita* - as regiões Norte e Nordeste.

Com base na tabela 3, acima, observamos que as regiões que mais faltam médicos também são aquelas que apresentam os menores índices de desenvolvimento humano (IDH).[5] Os estados nesta tabela estão divididos por região, sendo que, dentro de sua região de referência eles se encontram organizados em ordem alfabética. A terceira coluna da tabela indica a posição do estado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), as primeiras posições se referem a aqueles que apresentam os melhores índices.

O Distrito Federal, unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes, ocupa a melhor posição no Índice de Desenvolvimento Humano entre os estados brasileiros (primeira posição); o Rio de Janeiro, segunda unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes, ocupa a quarta posição no IDH dos estados brasileiros; o estado de São Paulo, terceira unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes, ocupa a segunda posição no índice; e o Rio Grande do Sul, quarta unidade federada com maior concentração de médico por mil habitantes, ocupa a sexta posição.

Os estados do Maranhão, do Amapá, e do Pará – ou seja, os três que apresentam maior carência de médicos- ocupam respectivamente a 26 º, a 12 º, e a 24 º posição no índice. Comparando a tabela 3 com a tabela 1 observamos que os estados que apresentam as melhores posições no Índice de Desenvolvimento Humano, tendem a ser os estados que mais concentram médicos. Como a tabela 3 nos mostra, a longevidade é um dos indicadores analisados pelo IDH, talvez a falta de médicos nas regiões que apresentam os piores índices de desenvolvimento humano possa estar impactando negativamente a longevidade de sua população- ou seja, fazendo com que a população viva menos.

---

[5] "O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde". O IDH foi o de oferece "um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento". (PNUD, S/D, *on-line*)
Definição sobre IDH, disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>.

1.1.1. As regiões com maior carência de médicos

As regiões com maior concentração de pessoas extremamente pobres são as regiões que mais sofrem com a falta de médicos. Segundo dados de uma pesquisa que analisou o perfil dos beneficiários do Programa Bolsa família, intitulada "Perfil das Famílias do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal", realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), em 2013;[6] do total dos beneficiários do Programa Bolsa Família da região Sudeste (100%) – região que mais concentram médicos - 42,6% dos beneficiários encontram-se na linha de extrema pobreza, 32,3% na linha da pobreza, 25,1% na linha da baixa renda. Já do total dos beneficiários do programa nas regiões Norte (100%) e Nordeste (100%) - as duas regiões com maior carência de médicos - respectivamente 69,0% e 69,7% dos beneficiários, por cada região, encontram-se na linha de extrema pobreza, 18,5% e 16,2% na linha da pobreza, e 12,5% e 14,1% na linha de baixa renda. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentam respectivamente 37,0% e 41,7% dos 100% de beneficiários de cada região na linha de extrema pobreza, 32,4 e 32,9 na linha da pobreza, e 30,6 e 25,4 na linha da baixa renda.

Os dados nos mostram que a região com menor taxa de extrema pobreza, a região Sudeste, apresenta o maior número de médicos por mil habitantes (2,59 médicos por mil habitantes); e as regiões com as mais altas taxas de extrema pobreza, Norte e Nordeste, são as que apresentam as menores taxas de médicos por mil habitantes, (respectivamente 0,94 médico por mil habitantes e 1,16 médico por mil habitantes).

1.2. Distribuição de médicos em dimensão municipal

Esta seção se dedica em analisar a distribuição de médicos em dimensão municipal, tendo como objetivo investigar se as assimetrias na distribuição de médicos também estão presentes nesta dimensão.

A tabela 4, a seguir, apresenta o número de médicos existentes no conjunto de municípios agrupados por porte populacional. Pela mesma é fácil perceber que as cidades com populações

---

[6] O que nos interessa neste trabalho é o nível de pobreza que se encontram a porcentagem dos beneficiários do programa por região.

menores, especialmente aquelas com até 5 mil habitantes, apresentam uma menor concentração de médicos.

Conforme a tabela 4, abaixo, levando em consideração o valor total dos médicos segundo a população dos municípios em 2010 - 377.787 médicos (100%) -, “o grupo dos menores municípios, onde se agrupam 1.302 cidades com menos de 5 mil habitantes conta com apenas 0,24% dos médicos". Nos municípios que têm entre 5 mil e 10 mil moradores estão 0,60% dos médicos. No grupo de 1.400 cidades entre 10 mil e 20 mil habitantes estão 1,84% dos médicos. As 1.043 cidades entre 20 mil e 50 mil habitantes estão com 5,13% dos médicos. "As 324 cidades

Tabela 4-

Distribuição de médicos segundo população dos municípios em 2010

População por habitantes	**Número de Municípios**	**%**	**Médicos**	**%**
Até 5 mil	1.302	23,4	914	0,24
5 a 10 mil	1.213	21,8	2.258	0,6
10 mil a 20 mil	1.400	25,16	6.970	1,84
20 mil a 50 mil	1.043	18,74	19.377	5,13
50 mil a 100 mil	324	5,82	23.273	6,16
100 mil a 500 mil	245	4,4	92.832	24,57
Mais de 500 mil	38	0,68	232.160	61,45
Total	**5.565**	**100**	**377.787**	**100**

Fonte: CFM/IBGE; Pesquisa Demografia Médica no Brasil – volume 2, 2013.
A tabela 3 apresenta as cinco primeiras colunas de uma tabela mais completa retirada do texto de Scheffer et al (2013, p.120).

entre 50 mil e 100 mil contam com 6,16% dos médicos". Os 245 municípios que apresentam entre 100 mil e 500 mil habitantes estão com “24,57% dos médicos". Já "as 38 maiores cidades – aquelas com mais de 500 mil habitantes – contam com 61,45% de todos os médicos". (Scheffer et al., 2013, p.120)

O mapa I, a seguir, retirado do texto “Distribuição espacial dos médicos no Brasil”, escrito por Silva & Silva (2015, p.6), reforça o problema que vem sendo discutido neste capítulo, ou seja, que a distribuição de médicos é extremamente desigual no Brasil. Segundo o mapa, os pontos em verde representam as sedes municipais que possuem acesso ao serviço médico,[7] e os pontos em vermelho representam as sedes municipais que não possuem acesso ao serviço

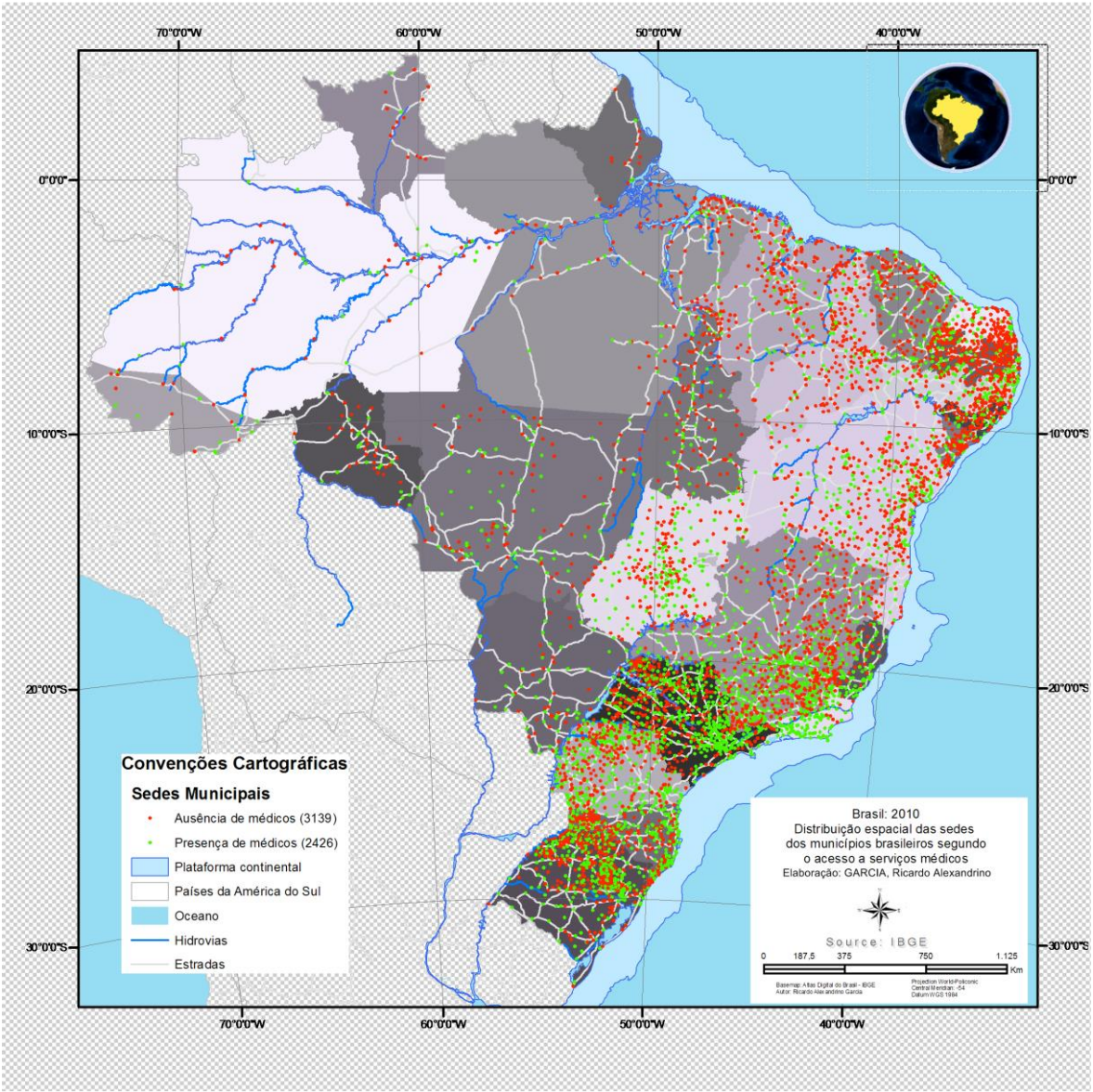
[7] O “acesso ao serviço médico no município” é entendido neste trabalho como a presença de médicos atuando no município. Se não há médicos trabalhando no município, dizemos que o mesmo não possui acesso ao serviço médico.

médico.

O mapa, abaixo, apresenta uma grande concentração de acesso ao serviço médico nas sedes municipais da "porção centro – sul do país e na faixa litorânea, entre esses municípios estão as capitais das unidades da federação brasileira e os municípios que ficam ao entorno das capitais brasileiras". (SILVA & SILVA, 2015, p.7)

MAPA 1 –

Distribuição espacial da sede dos municípios brasileiros segundo o acesso aos médicos em 2010



Fonte: Pesquisa "Distribuição espacial dos médicos no Brasil", Silva & Silva (2015, p.6).

Como observamos no mapa I (página anterior), há uma notável mancha vermelha recobrindo grande parte dos municípios da região Nordeste, em torno das capitais para o interior do país, evidenciando que a maioria dos municípios da dessa região não possuem médicos. A maior parte dos municípios da região Norte também são vítimas da carência de médicos, esta região por conter um menor número de municípios em seus Estados, "além deles situarem mais distantes uns dos outros, não chega a formar uma mancha vermelha, porém é notório que os pontos em vermelho também são a maioria nessa região". (SILVA & SILVA, 2015, p.7)

Na região Centro-Oeste como um todo, com exceção da parte central do estado de Goiás, que apresenta um aglomerado de pontos verdes, ganham maior destaque os pontos em vermelho; fator que evidencia uma carência de médicos em toda a região, com exceção apenas da parte central do estado de Goiás, que apresenta maior concentração de médicos. (SILVA & SILVA, 2015, p.7)

A região Sudeste é marcada por uma mescla de pontos vermelhos e verdes, no entanto, a maior parte dos municípios dessa região são recobertos de pontos verdes, ou seja, apresentam assistência médica. Os Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e a parte centro-sul de Minas Gerais apresentam uma maior concentração de médicos, chegando a formar uma mancha verde. Na região Sul, por sua vez, predominam pontos verdes ao longo do litoral de seus estados, formando uma fina mancha, enquanto nos municípios do interior predominam os pontos vermelhos. O litoral desta região apresenta assistência médica mas, no entanto, os municípios do interior sofrem com a carência de médicos. (SILVA & SILVA, 2015, p.7)

É importante ressaltar no mapa I que, em todas as regiões existem pontos vermelhos, evidenciando que as desigualdades na distribuição dos médicos não ocorre somente de um estado para outro, as desigualdades também ocorrem dentro dos próprios estados. Mesmo nas regiões Sul e Sudeste – regiões que mais concentram médicos-, podemos notar desigualdades intra-estatais na distribuição de médicos.

Os dados da tabela 5, a seguir, indicam que 56,4% do total dos municípios brasileiros não tinham acesso aos serviços médicos em 2010, percentual que corresponde a 3.139 municípios brasileiros. (SILVA & SILVA, 2015, p. 8)

Tabela 5 –

Número de municípios com e sem profissionais em medicina por unidade da Federação em 2010

Região	Unidade da Federação	Números de Municípios				Total
		Sem médicos	%	Com médicos	%	
Norte	Acre	10	45,5	12	54,5	22
	Amapá	13	81,3	3	18,8	16
	Amazonas	36	58,1	26	41,9	62
	Pará	101	70,6	42	29,4	143
	Rondônia	30	57,7	22	42,3	52
	Roraima	13	86,7	2	13,3	15
	Tocantins	94	67,6	45	32,4	139
Nordeste	Alagoas	74	72,5	28	27,5	102
	Bahia	267	64	150	36	417
	Ceará	120	65,2	64	34,8	184
	Maranhão	165	76	52	24	217
	Paraíba	182	81,6	41	18,4	223
	Pernambuco	115	62,2	70	37,8	185
	Piauí	173	77,2	51	22,8	224
	Rio Grande do Norte	131	78,4	36	21,6	167
	Sergipe	59	78,7	16	21,3	75
Centro-Oeste	Distrito Federal	0	0	1	100	1
	Goiás	125	50,8	121	49,2	246
	Mato Grosso	76	53,9	65	46,1	141
	Mato Grosso do Sul	30	38,5	48	61,5	78
Sudeste	Espírito Santo	23	29,5	55	70,5	78
	Minas Gerais	442	51,8	411	48,2	853
	Rio de Janeiro	11	12	81	88	92
	São Paulo	276	42,8	369	57,2	645
Sul	Paraná	186	46,6	213	53,4	399
	Rio Grande do Sul	244	49,2	252	50,8	496
	Santa Catarina	143	48,8	150	51,2	293
Total		**3139**	**56,4**	**2426**	**43,6**	**5565**

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010 (microdados)
Tabela retirada do texto "Distribuição espacial dos médicos no Brasil: uma abordagem geográfica", escrito por Silva & Silva (2015, p.8).

Além disso, conforme a tabela 5 (acima), todos os estados que apresentam mais de 60% dos municípios sem médicos são pertencentes ao Norte ou ao Nordeste. Os estados de Roraima, Paraíba, e Amapá são os que apresentam o maior número de municípios com ausência de médicos, sendo que em todos eles mais de 80% dos municípios não dispõe de profissionais médicos. Com exceção do Distrito Federal, que não inclui município; do Rio de Janeiro, que apresenta apenas 12% dos municípios sem médicos; e do Espírito Santo, que apresenta 29,5% dos municípios sem médicos; todos os demais estados brasileiros apresentam mais de 40% dos municípios sem médicos.

Já segundo dados da tabela 6, abaixo, quase 20% da população brasileira morava, em 2010, em municípios que tem ausência de profissionais médicos, ou seja, um total de 36.018.924 brasileiros privados do acesso ao serviço médico no município onde vive. (SILVA & SILVA, 2015, p. 10)

Tabela 6 –

Número e porcentagem da população residente em municípios com e sem profissionais em medicina por unidade da Federação em 2010

Região	Unidade da Federação	Números de Municípios				Total
		Sem médicos	%	Com médicos	%	
Norte	Acre	1.728.34	23,6	560.725	76,4	733.559
	Amapá	161.060	24,1	508.466	75,9	669.526
	Amazonas	745.033	21,4	2.738.952	78,6	3.483.985
	Pará	2.792.871	36,8	4.788.180	63,2	7.581.051
	Rondônia	437.346	28	1.125.063	72	1.562.409
	Roraima	155.733	34,6	294.746	65,4	450.479
	Tocantins	513.836	37,1	869.609	62,9	1.383.445
Nordeste	Alagoas	1.171.249	37,5	1.949.253	62,5	3.120.494
	Bahia	4.538.372	32,4	9.478.534	67,6	14.016.906
	Ceará	2.714.145	32,1	5.738.236	67,9	8.452.381
	Maranhão	2.959.540	45	3.615.249	55	6.574.789
	Paraíba	1.623.447	43,1	2.143.081	56,9	3.766.528
	Pernambuco	2.626.399	29,9	6.170.049	70,1	8.796.448
	Piauí	1.331.779	42,7	1.786.581	57,3	3.118.360
	Rio Grande do Norte	1.240.990	39,2	1.927.037	60,8	3.168.027
	Sergipe	944.408	45,7	1.123.609	54,3	2.068.017
Centro-Oeste	Distrito Federal		0	2.570.160	100	2.570.160
	Goiás	791.055	13,2	5.212.733	86,8	6.003.788
	Mato Grosso	711.039	23,4	2.324.083	76,6	3.035.122
	Mato Grosso do Sul	340.188	13,9	2.108.836	86,1	2.449.024
Sudeste	Espírito Santo	291.172	8,3	3.223.780	91,7	3.514.952
	Minas Gerais	3.472.493	17,7	16.124.837	82,3	19.597.330
	Rio de Janeiro	160.761	1	15.829.168	99	15.989.929
	São Paulo	2.393.286	5,8	38.868.913	94,2	41.262.199
Sul	Paraná	1.454.458	13,9	8.990.068	86,1	10.444.526
	Rio Grande do Sul	1.303.753	12,2	9.390.176	87,8	10.693.929
	Santa Catarina	971.685	15,6	5.276.751	84,4	6.248.436
Total		**Total**	**36.018.924**	**18,9**	**154.736.875**	**81,1**

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010 (microdados)
Tabela retirada do texto "Distribuição espacial dos médicos no Brasil: uma abordagem geográfica", escrito por Silva & Silva (2015, p.10).

Deste modo, os dados apresentados neste capítulo nos mostram que a distribuição geográfica dos médicos no Brasil é extremamente desigual e que as cidades menores, as regiões menos desenvolvidas economicamente e aquelas que apresentam os menores índices de

desenvolvimento humano, são as que mais sofrem com a carência de profissionais médicos.

Os dados convergem para as afirmações de Campos et al. (2009, p.2), de que: “os médicos costumam se concentrar nas cidades maiores, deixando desassistidas as cidades pequenas”, e “em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os mais atingidos por esta situação de insegurança assistencial em saúde”

Na mesma direção, Póvoa & Andrade (2006, p. 1561), afirmam que “podemos associar a desigual distribuição dos médicos ao desigual desenvolvimento econômico entre as regiões e estados brasileiros”.

1.3. Crescimento exponencial do contingente de médicos

Este último tópico do capítulo I se dedica a mostrar que há um crescimento exponencial do contingente de médicos no Brasil, fator que reforça a análise de que a falta de médicos em algumas regiões brasileiras está fortemente ligado a uma distribuição assimétrica destes profissionais, e não propriamente a uma falta generalizada de médicos no país.

Segundo registros do CFM de 2011, em 1980 havia 1,13 médico para cada grupo de 1.000 habitantes no país. Em 1990, esta razão subiu para 1,48. Em 2000, a razão subiu para 1,71 médicos para 1000 habitantes e, em 2009, esta razão atingiu 1,95 médico por 1.000 habitantes, segundo registros do CFM de 2011. (SCHEFFER et al., 2011, p.17)

> Em outubro de 2011, os registros do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) apontavam um total de 371.788 médicos em atividade no Brasil*. O país alcança esse efetivo graças a um crescimento exponencial que já perdura 40 anos. De 1970, quando havia 58.994 médicos, o Brasil chega a 2011 com um salto de 530%. De 1970 a 2010, a população brasileira como um todo cresceu 104,8%. (SCHEFFER et al., 2011, p.16)

Entre os anos de 1940 e 1970, a população brasileira cresceu 126,2%, enquanto o total de médicos aumentou de 20.725 para 58.994, ou seja, apresentou um aumento de 184,4%. Entre os anos de 1971 a 2000, o número de médicos atingiu 291.926, apresentando um aumento de 394,8% contra o crescimento populacional de 82,3%. Na última década, até o ano de 2010, “o efetivo de médicos chegou a 364.757, subindo 21,3% em uma década, contra um aumento populacional de 12,3%. Houve uma estabilidade na evolução da população de médicos até meados dos anos 1970”. Em linhas gerais, a taxa de crescimento dos médicos é sempre maior que

a da população em geral. (SCHEFFER et al., 2011, p.16)

> Em 1980, por exemplo, o crescimento anual do total de médicos foi de 6,3%, enquanto o da população geral ficou em 2,2%, ou seja, o aumento de profissionais foi três vezes superior ao de habitantes. Em 2009, a taxa de crescimento dos médicos alcançou 1,6%, enquanto o da população em geral foi de 1,1%, diferença de 45,4% para o grupo de profissionais. (SCHEFFER et al., 2011, p.18)

Um fator que contribuiu para o crescimento constante e exponencial dos médicos, foi a abertura de um grande número de escolas médicas a partir de 1965. O crescimento da população no Brasil vem sendo contínuo em números absolutos, "saindo de 119,0 milhões, em 1980, para 190,7 milhões em 2010. O crescimento da razão de médico em relação à população em geral vai resultar também numa linha de aumento continuado". (SCHEFFER et al., 2011, p.16).

Scheffer et al. (2011, p.23) apontam que nos anos de 1980 alguns países, tomando como exemplo a França, estabeleceram um número limite de entrada nas faculdades (*numerus clausus*). O Brasil, pelo contrário, optou pelo aumento do número de escolas. Fator, que segundo Scheffer et al. (2011, p.23), tem como resultado "uma reserva de médicos crescente, especialmente nos centros mais procurados, o que pode acirrar as desigualdades regionais". Póvoa & Andrade (2006, p.1556), defendem a ideia que "a regulação da oferta de ensino médico pode gerar ganhos de bem-estar social", uma vez que esta isso ocasionaria uma melhor distribuição dos médicos, que são "os principais provedores dos serviços de saúde". Para estes autores a distribuição geográfica das faculdades de medicina e dos programas de residência médica influencia a escolha locacional destes profissionais.

Outro fator que também contribui para o aumento exponencial do número de médicos é o fato da entrada de médicos no mercado ser muito maior que a saída. Este fator contribui para a formação de "uma espécie de contingente de profissionais à qual se agregam os novos médicos que entram a cada ano no mercado. À medida que mais jovens médicos saem das escolas para o mercado". (SCHEFFER et al., 2011, p.22-23).

> O crescimento natural da população médica se acentua nos anos 1970, quando a entrada se estabiliza muito acima das saídas. Essa relação vai se equilibrar a partir do ano 2000, quando o número de entradas fica entre 13 mil e 14 mil e o de saída por volta dos 7 mil, com um crescimento natural de 6 mil a 8 mil médicos por ano. (SCHEFFER et al., 2011, p.23).

Os dados nos mostram que o número de médicos por habitante vem crescendo ao longo

dos anos; porém, como vimos neste capítulo, a distribuição geográfica destes profissionais é extremamente desigual, o que gera a carência destes profissionais em algumas regiões. Convergindo com o modelo elaborado por Rimlinger & Steele (1963, *apud* Póvoa & Andrade, 2006, p.1556), o aumento na oferta total de médicos, não levará necessariamente "a uma melhora na sua distribuição geográfica, podendo ocorrer um aumento no número de médicos em áreas de escassez, mas o aumento será ainda maior em áreas onde já existe grande oferta".

Entretanto, apesar do evidente crescimento do número de médicos ao longo dos anos, o Brasil ainda está longe de alcançar países como o Reino Unido, a Argentina, a Itália, a Alemanha, o Uruguai, a Austrália, Portugal, e Espanha. Em nível de comparação, em 2010, conforme dados do site oficial do Banco Mundial (EUA),[8] o Brasil possuía 1.8 médicos por mil habitantes; enquanto o Reino Unido possuía 2,7, a Argentina 3,2, a Itália 3,5, a Alemanha 3,7, o Uruguai 3,7, a Austrália 3,9, Portugal 3,9, Espanha 4,0.

Diante destas conclusões, partiremos nos próximos capítulos para um aprofundamento sobre quais são as razões apresentadas pela literatura especializada para justificar as desigualdades territoriais na distribuição dos médicos.

---

[8] Estas informações foram extraídas do site <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>, sendo acessadas em 15/09/15.

CAPÍTULO II

REMUNERAÇÃO MÉDICA IMPORTA?

O fator remuneração constantemente é pensado como um fator relevante para a falta de médicos em algumas regiões. A seguir, podemos ver isso no trecho de uma entrevista disponível no site oficial do Dr. Drauzio Varella:[9]

> "Eu preciso urgentemente de mais médicos na minha cidade, imagino que outros municípios também devam precisar. Eu só tenho um médico no hospital. Os profissionais do Pará não querem o salário que Santa Maria das Barreiras pode pagar, que é de R$ 16 mil. Eles querem R$ 20 mil, R$ 25 mil. Acredito que os profissionais que vão chegar estarão mais dispostos a receber o que temos a oferecer." (Paulo Henrique Gomes, Secretário de Saúde de Santa Maria das Barreiras).

Campos et. al (2009, p.19) apontam que os altos salários pagos aos médicos é uma barreira que dificulta os pequenos municípios manterem este profissional, segundo eles, ao não conseguirem cobrir as ofertas salariais feitas por outros municípios, os gestores acabam fazendo concessões, fator que compromete a qualidade da assistência prestada.

Castro & Vianna (1985, *on-line*), no texto "A mão invisível nos serviços de saúde: será que ela cura?", fazem referência a teoria da mão invisível do mercado, de Adam Smith:

> Sejam quais forem as suas formas de prestação, os serviços de saúde terão de ser pagos. De fato, médicos e enfermeiros, ou quaisquer outras categorias, não trabalham gratuitamente. As configurações de mercado e a estrutura de preço prevalescentes terão conseqüências sobre o sistema de prestações. Em outras palavras, existe um mercado, distribuindo renda, gerando incentivos e até mesmo distorcendo as intenções dos planejadores ou administradores. Por toda parte, está a mão invisível. Ela pode curar ou, parafraseando Joan Robinson, pode estrangular. (CASTRO & VIANNA, 1985, *on-line*)

Os autores apontam que a estrutura de preço (onde podemos incluir a remuneração formal dos médicos) impacta o sistema de prestações de serviço de saúde, pois existe um mercado distribuindo renda e gerando incentivos (CASTRO & VIANNA, 1985, on-line). A remuneração médica seria assim uma das formas de incentivo de maior peso para estimular os médicos a ocuparem determinadas regiões.

Para Rosko & Broyles (1988, apud Póvoa & Andrade, 2006, p.1556) "a teoria econômica

---

[9] Esta entrevista foi extraída do site <http://drauziovarella.com.br/noticias/o-problema-da-ma-distribuicao-dos-medicos-no- brasil/.>, sendo acessada em 18/06/2015.

sugere que a escolha locacional é influenciada por diferenças nos ganhos monetários entre regiões". Assim, "espera-se que os médicos sejam atraídos para localidades onde os ganhos sejam mais elevados". Com base nisto, nos propusemos a analisar a hipótese de que os médicos se concentram em locais onde recebem as maiores remunerações formais.

Neste trabalho abordamos apenas a remuneração formal, pois os dados que serão apresentados são referentes apenas a esse tipo de remuneração.[10] Não foi analisado neste trabalho as formas de remunerações informais, tais como complementações por trabalhos avulsos pagos com RPA (Recibo de Pagamento Autônomo), usando a estrutura de consórcios de saúde ou mesmo concessão de vantagens indiretas (cessão de casas ou outras), devido a indisponibilidade de dados.

Todavia, com base nos dados fornecidos pelos sindicatos médicos e conselhos regionais de medicina apurados junto às Secretarias Estaduais de Saúde (tabela 7); com base nos microdados do Censo Demográfico de 2010 (tabela 8); e, ainda de acordo com os dados da RAIS/ Ministério do Trabalho, de 2010 (tabela 9), os médicos não necessariamente estão concentrados em locais onde recebem as maiores remunerações formais.

Como já visto na tabela 1, os estados que mais sofrem com a carência de médicos são o Maranhão (0.59 médicos por mil habitantes), Amapá (0.76 médicos por mil habitantes), Pará (0.80 médicos por mil habitantes), Acre (0.95 médicos por mil habitantes) e Piauí (1.00 médicos por mil habitantes). Segundo dados da tabela 7, a seguir, o estado do Maranhão possuía, em 2011, uma remuneração formal base por jornada de 20 horas de R$ 2.500,00, o estado do Amapá R$ 3.056,00, o estado do Pará R$ 1.050,00, o estado do Acre possui uma remuneração formal base por jornada de 30 horas de R$ 6.800,00, e o Estado do Pará possui uma remuneração formal base por jornada de 20 horas de R$ 1.050,00.

Ainda na tabela 1, vimos que os estados que mais se concentram médicos são: Rio de Janeiro (3.57 médicos por mil habitantes), São Paulo (2.57 médicos por mil habitantes), Rio Grande do Sul (2.35 médicos por mil habitantes), e Espírito Santo (2.08 médicos por mil habitantes). O Distrito Federal supera todos os estados citados anteriormente, com uma

---

[10] Dados dos sindicatos médicos e conselhos regionais de medicina, apurados junto às secretarias estaduais de saúde; dados do Censo 2010; e dados da RAIS /Ministério do Trabalho, de 2010.

concentração média de 3,76 médicos por mil habitantes. Segundo os dados da tabela 7 (abaixo), a remuneração formal por jornada de trabalho de 20 horas no estado do Rio de Janeiro é de R$1.500,00, o estado de São Paulo possui uma remuneração formal de R$1.757,25 por jornada de

Tabela 7 -

Salários-base pagos aos médicos concursados com jornada semanal de 20 horas* por unidade da federação em 2011[11]

Região	Unidade da Federação	Remuneração base por jornada de 20 horas
Norte	Acre	R$ 6.800,00 (jornada de 30 horas semanais)
	Amapá	R$ 3.056,00
	Amazonas	R$ 1.000,00
	Pará	R$ 1.050,00
	Rondônia	R$ 3.300,00
	Roraima	R$ 2.190,11
	Tocantins	R$ 2.875,00
Nordeste	Alagoas	R$ 1.600,00
	Bahia	R$ 723,81
	Ceará	R$ 2.678,10
	Maranhão	R$ 2.500,00
	Paraíba	R$ 1.635,00
	Pernambuco	R$5.500,00 (plantão semanal de 24 horas)
	Piauí	R$ 1.010,00
	Rio Grande do Norte	R$ 1.447,87
	Sergipe	R$ 1.428,00
Centro-Oeste	Distrito Federal	R$ 4.143,67
	Goiás	R$ 2.500,00
	Mato Grosso	R$ 1.292,04
	Mato Grosso do Sul	R$ 1.752,98
Sudeste	Espírito Santo	R$ 2.149,47
	Minas Gerais	R$ 1.050,00
	Rio de Janeiro	R$ 1.500,00
	São Paulo	R$ 1.757,25
Sul	Paraná	R$ 2.685,56
	Rio Grande do Sul	R$ R$ 2.723,52 (jornada de 30 horas semanais)
	Santa Catarina	R$ 1. 401,12
Média		****R$ 1.946,91**

Fonte: Levantamento informal a partir de dados fornecidos pelos sindicatos médicos e conselhos regionais de medicina apurados junto às Secretarias Estaduais de Saúde. Os valores não incluem acréscimos, como gratificações, anuênios, qüinqüênios, adicionais por insalubridade, etc.
** O cálculo levou em consideração os valores dos salários-base de 25 estados. Não foram considerados os valores do Acre, Pernambuco e Rio Grande do Sul por terem carga horária diferenciada, superior a 20 horas por semana.
Tabela retirada do site oficial do Conselho Federal de Medicina.

---

[11] A tabela 7 foi extraída do site <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22336:baixa-remuneracao-afasta-profissional-da-medicina-da-rede-publica&catid=3>, sendo acessada em 09/11/2015.

trabalho de 20 horas, o estado do Rio Grande do Sul de R$ R$2.723,52 por jornada de 30 horas semanais, o estado do Espírito Santo de R$2.149,47 por jornada de 20 horas semanais, e o Distrito Federal apresenta uma remuneração base de R$4.143,67 por jornada de 20 horas.

Portanto a associação entre maior concentração e maior remuneração formal não fica clara, havendo casos em que ocorre exatamente o contrário.

Tabela 8 –

População residente por unidade da Federação, quantidade e rendimento médio mensal dos médicos e números de médicos por mil habitantes em 2010

Região	Unidade da Federação	População Residente	Profissionais em medicina	Renda média mensal (R$)	Médicos por mil
Norte	Acre	733.559	543	12.142	0,74
	Amapá	669.526	495	11.374	0,739
	Amazonas	3.483.985	3.055	16.983	0,877
	Pará	7.581.051	5.273	13.066	0,696
	Rondônia	1.562.409	1.297	11.735	0,83
	Roraima	450.479	398	11.079	0,884
	Tocantins	1.383.445	1.396	14.351	1,009
Nordeste	Alagoas	3.120.494	3.344	10.601	1,072
	Bahia	14.016.906	14.540	11.761	1,037
	Ceará	8.452.381	8.867	10.728	1,049
	Maranhão	6.574.789	3.447	13.755	0,524
	Paraíba	3.766.528	3.877	11.564	1,029
	Pernambuco	8.796.448	11.138	12.039	1,266
	Piauí	3.118.360	3.078	12.045	0,987
	Rio Grande do Norte	3.168.027	3.667	11.171	1,158
	Sergipe	2.068.017	2.638	10.033	1,276
Centro-Oeste	Distrito Federal	2.570.160	7.911	14.978	3,078
	Goiás	6.003.788	8.200	12.573	1,366
	Mato Grosso	3.035.122	3.032	13.829	0,999
	Mato Grosso do Sul	2.449.024	3.456	10.181	1,411
Sudeste	Espírito Santo	3.514.952	6.703	10.996	1,907
	Minas Gerais	19.597.330	33.763	10.595	1,723
	Rio de Janeiro	15.989.929	46.446	10.037	2,905
	São Paulo	41.262.199	93.260	11.474	2,26
Sul	Paraná	10.444.526	16.796	11.271	1,608
	Rio Grande do Sul	10.693.929	22.485	10.058	2,103
	Santa Catarina	6.248.436	9.617	11.115	1,539
Total		**190.755.799**	**318.722**	**11.276**	**1,67**

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010 (microdados).
Tabela retirada do texto "Distribuição espacial dos médicos no Brasil: uma abordagem geográfica", escrito por Silva & Silva (2015, p.14).

Segundo a tabela 8, acima, retirada do texto "Distribuição espacial dos médicos no Brasil: uma abordagem geográfica", escrito por Silva & Silva (2015, p.14), cuja base de dados é o Censo Demográfico de 2010, ainda considerando os estados com maior carência de médicos, estes

recebiam naquele ano, no estado do Maranhão, uma renda média mensal de R$13.755, no Amapá R$16.983, no Pará R$13.066, no Acre R$12.142, e no Piauí R$12.045. Já considerando os estados com maior concentração de médicos, o Rio de Janeiro apresenta uma renda média mensal ao profissional médico de R$10.037, São Paulo de R$11.474, Rio Grande do Sul de R$10.058, Espírito Santo de R$10.996, e o Distrito Federal de R$14.978.

Em conjunto, os dados das tabelas 7 e 8 nos mostram que há estados, como o Maranhão, que sofrem com a carência de médicos mas possuem uma remuneração formal consideravelmente maior que outros que concentram mais médicos, como o Rio de Janeiro. Da mesma forma, o Amapá, segundo estado com maior carência de médicos, possui uma remuneração formal muito maior que o estado de São Paulo, segundo estado com maior concentração de médicos. Além destes, há várias ocorrências semelhantes; estados com maior concentração de médicos, porém apresentando remuneração formal inferior ao dos estados que apresentam carência de médicos.

Para além dos estados, as cidades de pequena faixa populacional, possuem um rendimento médico formal, na média, muito próximo do apresentado por cidades com uma grande faixa populacional (conforme a tabela 9). Na verdade, a remuneração formal dos municípios com até 20 mil habitantes supera a de quase todas as outras faixas populacionais, com exceção daqueles entre 200.001 e 400 mil habitantes, o que pode sugerir que outros fatores, para além da remuneração formal, estão incentivando os médicos a se concentrarem em regiões com uma maior faixa populacional.

Tabela 9 -

Rendimento médico médio por porte populacional de município em 2010

Faixa populacional (nº habitantes)	Rendimento Médico médio
até 20.000	5.784,62
20.001 a 50.000	5.173,08
50.001 a 100.000	5.402,93
100.001 a 200.000	4.972,29
200.001 a 400.000	5.886,28
acima de 400.000	5.771,59

Fonte: RAIS, 2010. Tabela fornecida pelo professor José Angelo, retirada de uma pesquisa coordenada por ele.

Deste modo, a remuneração formal dos médicos não explicaria a maior concentração nas regiões mais desenvolvidas economicamente ou municípios de maior porte. Regiões mais pobres

e cidades menores apesar de serem as que mais sofrem com a falta de médicos, não são as que apresentam as menores remunerações formais. Pelo contrário: é possível que os maiores níveis de remuneração sejam explicados pela carência de profissionais e pelo esforço em recrutá-los.

O fato das regiões que mais concentram médicos serem as que oferecem os menores salários pode ser explicado com base em uma frase dita por Póvoa & Andrade (2006, p.1556), ou seja, que “o aumento de médicos em uma localidade tende a reduzir os ganhos devido ao aumento da competição”.

CAPÍTULO III

CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS COM ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA IMPORTA?

A segunda hipótese levantada por este trabalho é que os médicos tendem a se concentrar nos grandes centros devido à concentração de recursos assistenciais de maior densidade tecnológica, que tende a ampliar as oportunidades de atividades com maior rentabilidade e mais alternativas de combinar vários vínculos de trabalho.[12] Como sabido, nos estudos sobre o mercado de trabalho médico, para manterem o padrão de vida a que estão acostumados, estes profissionais acabam possuindo mais de uma atividade remunerada. Scheffer et al. (2011, p.11) afirmam que "hoje, a maioria dos médicos tem vínculos públicos e privados, cumprem carga horária de trabalho excessiva e acumulam vários empregos".

Grande parte dos médicos não se restringe a prestar serviços em um único local, trabalhando em mais de um hospital ou tipo de estabelecimento de saúde, combinando muitas vezes empregos na rede pública com atividades privadas remuneradas por produção. Regiões mais pobres possuem menos variedade de serviços, especialmente os de maior densidade tecnológica, e a população é, muitas vezes dependente da prestação de serviços pelo SUS, não tendo condições de pagar consultas particulares ou um plano de saúde. Dessa forma, parte-se do pressuposto que os médicos se sentem mais estimulados a ocuparem as regiões mais desenvolvidas do país devido às oportunidades que os possibilitam trabalhar em mais de um local e, daí, agregar aumentar sua renda total por meio do acúmulo de várias atividades remuneradas.

Scheffer et al. (2011, p.31) apontam que a concentração de médicos tende a ser maior em locais que oferecem "uma maior quantidade de serviços de saúde e consequentemente maior oferta de trabalho", estes locais citados pelos autores são os polos econômicos, os grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino.

Segundo a Pesquisa Demografia Médica no Brasil, elaborada em parceria pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de

---

[12] Estas atividades não seriam correspondentes exatamente àquelas com remuneração formal, podendo incluir as formas de pagamento por procedimentos, consultas e outras atividades feitas pelos planos de saúde ou por remuneração direta pelos pacientes.

São Paulo (Cremesp), “a jornada de trabalho de um médico é, em média, superior a 50 horas semanais e quase um terço dos profissionais trabalha mais de 60 horas por semana”. A pesquisa também mostra que “os médicos atuam em média em três diferentes postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais de trabalho”, estes profissionais dividem “a atuação em consultório, com recebimento por produção, com a atuação geralmente assalariada em serviços públicos e privados”. (SCHEFFER et al., 2011, p.11-12)

A tabela 10, retirada do livro “Os médicos no Brasil um retrato da realidade”, escrito por Machado (1997, p. 174), ilustra a acumulação de atividades realizadas pelo médico.

Tabela 10 -

Médicos segundo número de atividades realizadas em todo Brasil em 1995

Número de atividades realizadas pelo médico	**v.abs**	**(%)**
Uma	31.115	17,435
Duas	49.755	27,881
Três	54.020	30,271
Quatro	28.401	15,915
Cinco ou mais	15.162	8,496
Total	**178.453**	**100**

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, coordenada por Maria Helena Machado, em 1995.
Parte da tabela 6.3 - denominada médicos por desgaste profissional segundo número de atividades-, presente no livro “Os médicos no Brasil um retrato da realidade”, Machado (1997, p.174).

Scheffer et al. (2011, p.33), tomando como referência o ano de 2011, citam que “o número de postos ocupados por médicos em estabelecimentos de saúde no Brasil chega a 636.017, enquanto o país tem 371.788 profissionais registrados nos CRMs”. Os autores mostram que “o número de postos ocupados por médico é de 3,33 por 1.000 habitantes”, ou seja, uma razão muito maior de médicos disponíveis para o atendimento à população do que a taxa de 1,95 médico registrado por 1.000 habitantes.

Bazzarelli & Amorim (2010, p.83) ressaltam que no Brasil há uma pequena elite de médicos são bem remunerados “atuando em hospitais para as classes de alta renda, e a imensa maioria mal-remunerada, trabalhando em quatro ou cinco locais diferentes”. Segundo estes autores, no grupo dos médicos bem remunerados estão aqueles que são particulares (ou seja, que “não atendem pacientes de convênios médicos”), e no grupo dos médicos mal remunerados estão aqueles “cuja profissão depende do convênio, principalmente para cirurgias e internações”.

3.1. Distribuição de médicos considerando concentração de recursos assistenciais de alta densidade tecnológica[13]

A ideia de que a carência de médicos em regiões mais pobres se deveria ao fato dessas regiões concentrarem menos recursos assistenciais de saúde encontra amparo na literatura. Filho (1987, *on-line*) aponta que,

> apesar de alguns programas de saúde que vieram aumentar o fluxo de fundos em comunidades mais pobres, os recursos continuam ainda sendo acumulados em áreas mais ricas. Por outro lado, a falta de um sistema de cuidados médicos organizado é um fator que tem contribuído mais para o aumento do que para a diminuição desta má distribuição de recursos.

Porém, os dados a seguir nos mostram que na região Norte,[14] região mais pobre do país e que mais sofre com a falta de médicos, o crescimento do número médicos é bem menor que o crescimento de recursos assistenciais tais como leitos hospitalares, estabelecimentos médicos e equipamentos de saúde.

Conforme dados da tabela 11, a seguir, o número de médicos aumenta proporcionalmente em menor quantidade, também em relação ao aumento de recursos básicos de saúde. O percentual do número de médicos não aumenta na mesma velocidade que o aumento de recursos assistenciais de baixa densidade tecnológica, pelo menos no Norte do país.

Tabela 11 -

Taxa de crescimento de médicos, leitos hospitalares, estabelecimentos médicos e equipamentos de saúde na região Norte do Brasil, do ano de 2008 ao ano de 2013

REGIÃO NORTE DO BRASIL			
Recursos	**Número de recursos em maio de 2008**	**Número de recursos em maio de 2013**	**Crescimento de maio de 2008 a maio de 2013**
Profissionais médicos	259.898	294.798	13,40%
Leitos hospitalares	496.597	582.461	17,30%
Estabelecimentos médicos	176.495	254.998	44,50%
Equipamentos de saúde	753.936	1.299.191	72,30%

Fonte: Data-SUS. Tabela retirada dos slides apresentados na Primeira Audiência Pública da Comissão Mista da Medida Provisória número 621/2013.Compilado do Jornal Estado de S. Paulo, 14/07/2013.

---

[13] "O termo alta densidade tecnológica se refere a equipamentos e instrumentais médico-hospitalares, via de regra de alto custo"- definição retirada do rodapé da página 16 do livro "Atenção Primária e Promoção da Saúde-volume 8". (NICOLETTI et al., 2007, p.16)

[14] A razão de termos escolhido dados referentes a região Norte, se dá pelo fato dessa região ser a que mais sofre com a carência de assistência médica. Além desses dados serem os que estavam disponíveis na bibliografia utilizada.

Com base na tabela 12, abaixo, veremos que a escolha locacional dos médicos no Brasil, não é influenciada pelo fato da localidade possuir recursos assistenciais de baixa densidade tecnológica, pois se fosse assim, cidades pequenas brasileiras teriam número de médicos proporcionais à sua população, frente ao de cidades maiores, uma vez que estas cidades tem serviços de baixa densidade tecnológica proporcionais aos de cidades maiores. O que de fato os dados dessa tabela nos mostram é que os médicos do Brasil estão se concentrando em locais onde há maior abundância de recursos assistenciais de alta densidade tecnológica.

Conforme a tabela abaixo, cidades pequenas são as que mais sofrem com a falta de médicos, além de serem as que mais sofrem com a baixa ou nula taxa de serviços de alta complexidade tecnológica. Mais especificamente, cidades com menos de 10 mil habitantes não possuem hospitais especializados, que exigem uma alta sofisticação tecnológica e economia de escala, embora incluam serviços de baixa densidade tecnológica proporcionais aos de cidades maiores.

Quanto maior o número de recursos assistenciais de alta densidade tecnológica, maior tem sido a concentração de médicos. Pequenas cidades são vítimas da carência de médicos, ao não contarem com serviços de saúde com alta densidade tecnológica, conforme dados da tabela:

Tabela 12-

Distribuição de serviços de saúde segundo população dos municípios em 2010[15]

População por habitantes	Número de Municípios	Médicos	Estabelecimentos	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Hospital Geral	Hospital especializado
Até 5 mil	1.302	914	4.789	1.787	200	0
5 a 10 mil	1.213	2.258	7.648	2.702	464	0
10 mil a 20 mil	1.400	6.970	15.719	5.677	950	5
20 mil a 50 mil	1.043	19.377	22.538	7.521	1.149	42
50 mil a 100 mil	324	23.273	15.433	4.413	617	67
100 mil a 500 mil	245	92.832	28.572	6.528	889	315
Mais de 500 mil	38	232.160	30.522	3.952	931	647
Total	**5.565**	**377.787**	**125.221**	**32.580**	**5.200**	**1.103**

Fonte: CFM/IBGE; Pesquisa Demografia Médica no Brasil- Volume 2, 2013. Tabela retirada do texto *on-line* "O problema da má distribuição dos médicos no Brasil", da autora Tainah Medeiros. Postado no site oficial do Doutor Drauzio Varella. Publicado em 24/06/2013.

O fato dos médicos estarem se concentrando em locais onde os serviços de alta

[15] A tabela 12 foi extraída do site <http://drauziovarella.com.br/noticias/o-problema-da-ma-distribuicao-dos-medicos-no-brasil/> , sendo acessada em 18/06/2015.

densidade tecnológica são mais abundantes pode, possivelmente, ser explicado pelo fato destes serviços serem aqueles que proporcionam uma maior rentabilidade ao médico, isto é, um maior retorno esperado. Para ilustrar esta maior rentabilidade proporcionada por serviços de alta complexidade, o trabalho trouxe alguns valores retirados da tabela de preços do convênio médico hospitalar ABMED.[16] Segundo a tabela (em anexo), uma seção de litotripsia custa em média R$ R$ 2.450,00, sem convênio médico, uma vez que com convênio custa R$ 1.670,00. Já uma cistoscopia com biópsia custa R$8.500,00 sem convênio médico enquanto, com convênio, custa R$3.250,00, além de mais R$80,00 pagos ao anátomo patologista. Já uma consulta com um clínico geral, um atendimento de baixa densidade tecnológica, custa em média entre R$150,00 a R$200,00 sem convênio médico enquanto, com convênio médico, custa R$50,00 a R$100,00. Os dados da tabela de preços apenas nos dão uma ilustração do maior retorno de atividades de alta complexidade tecnológica, o que certamente afeta expectativas de inserção dos médicos no mercado de trabalho.

Outro ponto importante abordado por Scheffer et al. (2011, p.25), e que se refere à tendência dos médicos fixarem moradia e local de trabalho na cidade ou região que estudou sua graduação em medicina ou fez sua Residência; também poderia se dever ao fato de cidades que possuem escolas médicas serem aquelas que mais concentram serviços de saúde (isto é, hospitais, clínicas, laboratórios...). Segundo os autores, “isso significa maior oportunidade de trabalho”, e “pode explicar, em parte, a maior densidade de médicos em cidades com maior número de faculdades de medicina”. Vale a pena ressaltar que, as cidades ou regiões que mais concentram escolas médicas são as grandes cidades e regiões mais desenvolvidas do país. (SCHEFFER et al., 2011, p.25)

> A cidade de São Paulo, por exemplo, conta, em 2011, com oito escolas médicas, 876 vagas – uma vaga para cada 12.836 habitantes – e uma taxa de 4,33 médicos por 1.000 habitantes. Vitória, no Espírito Santo, com população bem menor, tem três escolas, 500 vagas, uma vaga para cada 1.162 moradores, e uma oferta de10,41 médicos por mil habitantes. Capitais como Porto Alegre, Rio de Janeiro, Florianópolis, Belo Horizonte e Recife repetem a mesma tendência, concentrando a maioria das escolas médicas dos seus estados e, consequentemente, mantendo taxas de médicos por 1.000 habitante acima de 5, quando a razão nacional é de 1,95. Três estados, todos do Sudeste – São Paulo, Rio e Minas Gerais –, têm mais vagas em escolas médicas. Na outra ponta, três estados do Norte – Acre, Roraima e Amapá – oferecem menos de 50 vagas cada um, por ano. Esses dois últimos estados, segundo

---

[16] A tabela de preços do convênio médico hospitalar ABMED encontra-se no site <http://www.abmedconvenio.com.br/?id=tabela>, sendo acessada em 30/09/15. A mesma também se encontra completa em anexo.
Obs.: A escolha da tabela de preços do convênio médico hospitalar da ABMED se deu pelo fato desse convênio ter sido o único encontrado, durante uma rápida pesquisa no Google, que disponibilizava *on-line* uma tabela de preços de serviços médicos.

> o IBGE, são justamente os que apresentaram maior crescimento médio anual populacional entre 2000 e 2010, com taxas de 3,34% e 3,45%, respectivamente, contra 1,17% observado no Brasil. (SCHEFFER et al. 2011, p.25).

Para Silva & Silva (2015, p.5) "a distribuição espacial dos médicos coincide com as regiões e os municípios que oferecem melhores oportunidades de trabalho, transporte e mecanismos de qualidade de vida". Estes autores colocam em seu texto uma citação de Azevedo Júnior (2013) ressaltando que:

> "O principal fator de fixação do médico não é o local de graduação, mas os grandes centros onde estão as oportunidades de emprego, de especialização e de qualidade de vida. Mesmo depois de formados, é expressiva a migração de médicos em direção ao Sudeste e às grandes cidades, onde se concentram igualmente os demais profissionais da saúde e onde estão as principais estruturas e serviços de saúde." (AZEVEDO JÚNIOR, 2013. p.10, *apud* SILVA & SILVA, 2015, p.5).

Scheffer et al. (2011), Silva & Silva (2015), e Azevedo Júnior (2013), colocam que a concentração de médicos está nas regiões que oferecem as melhores oportunidades de trabalho. Dessa forma, diferente da primeira hipótese explorada, os dados acessados e a literatura sugerem que a concentração de serviços de maior complexidade tecnológica é um fator determinante para a distribuição assimétrica dos médicos em território nacional, uma vez que estes se concentram em locais onde as oportunidades de trabalho são melhores, deixando desassistidas as regiões cujas oportunidades são menores.

Deste modo, é se concentrando em locais cuja concentração de recursos assistências de alta densidade tecnológica são maiores que os médicos esperam alcançar maior rentabilidade por meio do exercício profissional, uma vez que proporcionam a estes profissionais maiores oportunidades. Ao aproveitá-las pode, por exemplo, ser remunerado com a realização de apenas uma cirurgia de alta complexidade a mesma quantia ou até mesmo mais do que receberia trabalhando um mês em serviços de baixa densidade tecnológica.

3.2. Médicos em áreas rurais

Scheffer et al. (2011, p.31), apontam que "regiões menos desenvolvidas, mais pobres e interiores de estados com grandes territórios e zonas rurais extensas têm, sabidamente, maior dificuldade para fixar e atrair profissionais médicos". Campos et al. (2009, p.14) também afirmam que áreas rurais são deixadas desassistidas pelos médicos.

Sendo assim, um dos fatores explicativos para a carência de médicos nestas áreas pode estar associada ao fato dessas regiões terem uma menor procura por clínicas e consultórios particulares quando comparado a áreas urbanas. Com a menor procura por

serviços particulares, o médico se priva quase que unicamente a prestar serviços de saúde públicos, fator que proporciona uma menor rentabilidade ao mesmo, dificultando que acumule várias atividades remuneradas.

Tabela 13-

Porcentagem de indivíduos, de 20 anos ou mais, de acordo com o local de procura de atendimento de saúde, no meio urbano e rural em 1998

Local de procura de atendimento de saúde	Rural	Urbano
Farmácia	3,1	1,7
Posto ou centro de saúde	43,2	26,8
Consultório médico particular	11,3	24,1
Consultório odontológico	3,9	7,1
Consultório de outros profissionais de saúde	0,4	0,8
Ambulatório ou consultório de empresa	1,7	1,5
Ambulatório ou consultório de clínica	5,1	11,4
Pronto-socorro ou emergência	2,9	4,8
Hospital	26,4	19,9
Laboratório/ clínica para exames complementares	0,9	1,1
Atendimento domiciliar	0,6	0,3
Outros	0,5	0,4

Fonte: PNAD 1998.
Tabela retirada do texto "Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil", escrito por Ana Lúcia Kassouf. Publicado na Revista Economia e Sociologia Rural vol.43 n.1 Brasília Jan/Mar. 2005.

Conforme a tabela 13 observamos que,

> postos ou centros de saúde são os mais procurados pelos doentes, tanto no meio rural como urbano, mas a porcentagem de indivíduos nessa categoria é bem maior no rural (43,2%) do que no urbano (26,8%). Estes, além de apresentarem atendimento público gratuito, estão presentes em vilas e vilarejos subsidiados pelas prefeituras municipais. Os hospitais também são mais procurados no rural do que no urbano. Os consultórios médicos particulares ou de clínica, por outro lado, são visitados pelo dobro da população com residência urbana em relação a rural (KASSOUF, 2005, *on-line*).

Deste modo, com base nos dados neste capítulo, as evidências e referências da literatura encontradas reforçaram a hipótese de que os médicos tendem a se concentrar em locais que apresentam a maior concentração de serviços de alta densidade tecnológica, onde oportunidades de emprego e outras atividades remuneradas são melhores e onde, a procura por serviços médicos particulares é maior. Estes podem, portanto, ser alguns dos fatores para a alta concentração de médicos nos grandes centros urbanos e regiões mais desenvolvidas do país.

CAPÍTULO IV

A ORIGEM SOCIAL DO MÉDICO IMPORTA?

A terceira hipótese a ser explorada indica que, se os médicos se concentram nos grandes centros urbanos das regiões mais desenvolvidas, o fazem exatamente porque provém dessas regiões e estão aí aculturados. Para tratar dela buscamos informações sobre o perfil e a origem social[17] da maior parte dos médicos brasileiros. Os dados relativos ao perfil dos médicos que nos interessa neste capítulo são aqueles que de alguma maneira tem relação com sua origem social, como por exemplo, profissão dos pais, escolaridade dos pais, lugares que frequentam, entre outros.

Como ilustração, segue um trecho de "Demografia médica no Brasil- volume 1: dados gerais e descrições de desigualdades", de Scheffer et al. (2011, p. 31-33), ao constatar que os médicos estão se concentrando em maior quantidade nas capitais dos estados, que como sabido são regiões mais desenvolvidas:

> No conjunto das capitais, a razão de médicos registrados por 1.000 habitantes é de 4,22, contra 1,95 no país como um todo. (...) A cidade de São Paulo, por exemplo, tem 4,33 médicos registrados por 1.000 habitantes, enquanto o Estado tem 2,58 e o país, 1,95. (...) Espírito Santo tem 2,11 médicos registrados por 1.000, enquanto a capital Vitória conta com 10,41, ou cinco vezes mais médicos por habitante. Santa Catarina tem 1,89 médico por 1.000 habitantes, enquanto a capital Florianópolis tem 6,44. Em Minas Gerais há 1,97 médico por 1.000 habitantes, contra 6,29 na capital.Capitais como Teresina (2,54), Belém (3,09), São Luiz (2,33) ostentam taxas muito superiores a seus respectivos estados: Piauí (1,00), Pará (0,83) e Maranhão (0,68), o que reitera as desigualdades dentro das mesmas unidades da federação. (SCHEFFER et al. , 2011, p.31-33)

Como já foi abordado neste trabalho (capítulo III), os grandes centros urbanos e regiões mais desenvolvidas e ricas do país também são aquelas que mais concentram escolas médicas, o que para alguns autores é um fator determinante para a concentração de médicos nestes locais. Para Póvoa & Andrade (2006, p. 1557), o local onde o médico realizou seus estudos influencia a escolha de onde morar, provavelmente pelo fato deste indivíduo "já ter estabelecido no local laços sociais e profissionais importantes na carreira médica".

Já para Azevedo Júnior (2013, p.10, *apud* SILVA & SILVA, 2015, p.5), os médicos se concentram nos grandes centros urbanos devido as maiores oportunidades de emprego (capítulo III), de especialização e de qualidade de vida. Este último ponto será abordado neste

---

[17] Este trabalho entende como "origem social" fatores como: classe social, laços sociais, meio em que o indivíduo vive (urbano ou rural), etc.

capítulo, uma vez que a qualidade de vida é um conceito que depende da percepção dos indivíduos, ou seja, de sua visão de mundo e da sua história de vida.

Segundo Bourdieu (1963, *apud* SETTON, 2002), existe no mundo social estruturas subjetivas, independente da consciência dos agentes. Ou seja, há uma gênese social na formação dos esquemas de percepção que escapa aos próprios sujeitos. Os indivíduos aprendem o mundo de forma ativa (visão de mundo), mas esta percepção é operada sob condições sociais (história de vida). A percepção das pessoas, segundo o autor, está relacionada à posição em que o indivíduo se insere, incluindo onde mora, com quem interage (laços sociais constituídos), educação recebida, bem como sua moral ou religião. Resumindo a percepção dos indivíduos está relacionado à estrutura e, no caso do profissional médico, tais referências são tipicamente urbanas.

Já com relação ao fato dos médicos se concentrarem nos grandes centros urbanos devido a maior qualidade de vida, há referências na literatura que a concepção que a maior parte deles tem sobre qualidade de vida é uma visão voltada para as grandes cidades e regiões mais ricas do país. Campos et al. (2009, p. 21), dizem que os médicos já estão acostumados com uma inserção urbana e já possuem o costume de

> consumir bens culturais que não existem um localidades ermas, esperam educação de boa qualidade para seus filhos e, adicionalmente, foram formados em ambiente hospitalar, muitas vezes altamente dependente de tecnologias e dependentes da interação com colegas em interconsultas.

Machado (1997, p.37), afirma que os médicos por estarem cada vez mais vinculados a uma estrutura social com predominância urbana “passam a ter comportamentos e aspirações compatíveis com essa realidade”. A autora cita que estudos realizados por Sayeg, na década de 80, já demonstravam que a origem dos estudantes de medicina era preponderantemente urbana, segundo Sayeg:

> por mais democrático que seja o ensino, a maioria dos estudantes provém da classe média ou da classe média superior. São estudantes que muitas vezes foram submetidos a testes vocacionais e receberam preparação para os exames vestibulares. Além destes, outros fatores físicos e sociais influem significativamente sobre a escolha da carreira na área biomédica. Entre nós, por exemplo, o sexo ainda condiciona que seja feminina a maioria dos estudantes de enfermagem. (1987, p.72)

Segundo Machado (1997, p.37), quase uma década depois do trabalho realizado por Sayeg, sua pesquisa que trata o perfil dos médicos no Brasil “confirma essa vocação urbana da medicina no Brasil”. Segundo a autora, os médicos estão se concentrando em locais em

que concentram “a produção econômica do país, ou seja, grande parte do PIB brasileiro, bem como a maior parte da rede educacional (escolas e universidades)”.

Para Nocera & Wanzenried (2002, *apud* PÓVOA & ANDRADE, 2006, p.1559) no processo de escolha locacional o médico escolhe aquela região que lhe proporciona um maior bem-estar, procurando maximizar seu bem-estar. Com base nisso, para Póvoa & Andrade (2006, p.1559), “podemos inferir que o local onde o médico está residindo revela sua preferência locacional”.

Machado (1997, p.37) afirma que são nas regiões em que concentram a produção econômica do país, e onde também se concentra a maior parte da rede educacional, que consequentemente vive “a maior parte da população com maior parte de escolaridade”. A autora ressalta que devido a essa política “que concentram em poucos municípios, geralmente nas capitais, a urbanização e a industrialização, tem reunido, nesses centros urbanos, uma ‘superpopulação’ de profissionais qualificados”, como “engenheiros, advogados, arquitetos, economistas, odontólogos, enfermeiros e, evidentemente médicos”. (MACHADO, 1997, p.37)

A maior parte dos médicos brasileiros provém de uma origem social (estrutura) mais elitizada da sociedade brasileira. Em pesquisa realizada nos anos 90, apresentada no livro “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade”, coordenada por Maria Helena Machado, um em cada quatro médicos possuíam um pai com escolaridade universitária. Segundo esta mesma pesquisa, os médicos dos anos 90 são em sua maioria “filhos (linhagem paterna) de médicos, juristas, professores universitários, profissionais liberais, comerciantes bem- sucedidos, empresários, políticos, intelectuais”, ou seja, são “filhos de uma seleta camada social bem posicionada na estrutura social”. (MACHADO, 1997, p.35)

Ramos & Reis (1991, *apud* BAZZARELLI & AMORIN, 2010, p.81), apontam que “o acesso à educação formal tem, no Brasil, raízes na distribuição de renda familiar”. Bazzarelli & Amorin (2010, p.81), apontam que as condições de ingresso em um curso de medicina selecionam previamente o aluno por renda familiar, uma das condições citadas por estes autores é o fato destes cursos imporem aos alunos atividades de tempo integral, impossibilitando ao mesmo conciliar trabalho formal e estudo.

Esta seleta camada social bem posicionada na estrutura social, a qual os médicos brasileiros pertencem, possuem uma cultura mais urbanizada. Estão acostumados com um ensino de alta qualidade, a frequentarem restaurantes sofisticados, a realizarem compras em

shoppings centers e etc.; bens culturais estes não encontrados em localidades ermas, mas em grande escala nas grandes cidades e regiões mais ricas do país.

Silva & Silva (2015, p.2), afirmam que "os médicos preferem fixar residência nos municípios das regiões que concentram eficientes índices de infraestrutura urbana", estes autores também apontam o que vimos no capítulo II, ou seja, que os médicos preferem se concentrar em regiões mais desenvolvidas do país "mesmo podendo obter um rendimento salarial menor do que em localidades com ausência de infraestrutura e serviços em gerais" (CFM, 2013).

> Desse modo, nota-se que não é somente o valor do rendimento salarial o fator de maior mando na escolha locacional dos médicos e profissionais em medicina, eles também buscam instalar-se em regiões que oferecem satisfatória infra estrutura e serviços tais como: rede de transportes, de comércios, de saúde, de educação, de lazer entre outros serviços. (SILVA T. M. L. & SILVA, W. H. O. , 2015, p.2)

Silva & Silva (2015, p.5) apontam que a concentração de médicos nas regiões Sul e Sudeste do Brasil é influenciada pelo processo de ocupação do território nacional "que formou uma rede urbana mais desenvolvida, nessas regiões, com integração entre as cidades, favorecendo o avanço dos índices de urbanização".

Campos et al. (2009, p. 21), a fim de reforçarem a afirmação que os médicos proveem de um extrato social alto fazem um questionamento: "No caso brasileiro, quais as razões pelas quais os profissionais não aceitam condições salariais por vezes muito vantajosas propostas pelos municípios?". Logo em seguida respondem:

> Todos eles, mas muito particularmente o médico, provém de um extrato social muito diferenciado, até mesmo porque as médias de candidato/vaga nos exames vestibulares tem se colocado em três dezenas de candidatos por vaga em grande número de instituições (...). Este é o ponto no qual os incentivos financeiros isolados demonstram incapacidade de reverter este comportamento. Os problemas na área de gestão. (CAMPOS et al., 2009, p. 21)

Scheffer et al. (2011, p.24), apresenta na Pesquisa Demografia Médica no Brasil, elaborada em parceria pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), "Um total de 390.774 estudantes participaram dos exames das escolas médicas em 2009, taxa de 23,2 candidatos por vaga, uma das mais altas entre os cursos de graduação". Segundo dados do Inep, a perda nas escolas médicas (ou seja, a diferença entre o número de alunos que inicia o curso de medicina e aqueles que terminam) é de apenas 7%, número relativamente baixo para um curso de duração de seis anos (Scheffer et al., 2011, p.24).

Para ocupar uma das tão concorridas vagas para os cursos de medicina nas universidades, geralmente, ou o aluno estudou em uma escola particular com um alto padrão de ensino para passar em uma universidade pública (cuja concorrência por vaga é muito maior em relação às universidades privadas) ou tem dinheiro para pagar as altas mensalidades de um curso de medicina privado. Ressaltando que, escolas a rede educacional em geral, está concentrada em massa nos grandes centros urbanos.

> O país tinha em 2009 um total de 185 escolas médicas, com uma oferta de 16.876 vagas, segundo o censo do Inep, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Dados de 2011, indicam que 45% dos cursos se concentram no Sudeste – os estados dessa região têm o maior número de médicos por habitante (...). Do total de vagas disponíveis, 58,7% são oferecidas por instituições privadas e 41,3% por escolas públicas. (Scheffer et al., 2011, p.23)

Com base na tabela 14, a seguir, ilustrativa das barreiras econômicas para o acesso ao ensino privado, percebe-se que, de fato, os médicos estão vinculados a um extrato elitizado da sociedade brasileira. Bazzarelli & Amorin (2010, p.80) enfatizam que, "o currículo de medicina impõe aos alunos atividades de tempo integral, tornando impossível o trabalho remunerado ao longo da graduação". Fator que torna a profissão ainda mais elitizada, uma vez que, o curso de medicina inviabiliza o trabalho para a obtenção de renda durante a formação acadêmica, ou seja, "as condições de ingresso selecionam previamente o aluno de medicina por renda familiar" (BAZZARELLI & AMORIN, 2010, p.81).

Tabela 14 -

Valores das mensalidades dos cursos de medicina privados no Brasil em 2012

Mensalidade	Valor em reias
Valor mínimo	R$ 2.280,00
Valor máximo	R$ 6.836,00
Média	R$ 3.949,00
Desvio Padrão	R$ 745,00
Mediana	R$ 3.978,00

Fonte: www.escolasmedicas.com.br, acessado em 31/12/2012. Tabela retirada do relatório "Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções" (p.35), escrito por Martins et al (2013).

Segundo Bazzarelli e Amorin (2010, p.81), o ensino médico brasileiro se inspirou no ensino médico dos Estados Unidos, que segundo as autoras é propositadamente elitista. As autoras citam que

> Nos Estados Unidos, no intuito de controlar o acesso por classe social, as instâncias governamentais são pressionadas pelas associações médicas para proibir cursos que não sejam de período integral, tentando impedir o funcionamento das escolas do crepúsculo, nas palavras do presidente da American Medicine Association – AMA,em 1903 (Perillo, 2008. Perillo & Amorim, 2007). E a manutenção do período integral tem uncionado desde então, como seleção *a priori* dos candidatos.

Os pais dos médicos brasileiros, em sua maioria possuindo ensino universitário, são

pessoas que tiveram uma formação educacional mais completa e que, consequentemente, buscaram o mesmo para seus filhos, mirando uma estrutura educacional concentrada nos grandes centros urbanos. Já os médicos, quando constituindo sua própria família, também desejariam que seus filhos tivessem acesso ao mesmo padrão de ensino, o que seria obtido nos grandes centros urbanos, onde o próprio médico tem condições mais favoráveis para se especializar ainda mais em sua área. E, além da educação de boa qualidade, outro fator de peso seriam os bens culturais provenientes desse meio urbano, e os laços sociais também constituídos nessas regiões.

Dessa forma, embora com a ausência de evidências empíricas diretas por meio de dados não nos permita tirar conclusões mais sólidas, pudemos notar que a literatura mobilizada aponta que os médicos brasileiros estão concentrados nos grandes centros urbanos e regiões mais desenvolvidas do país pelo fato de estarem aí aculturados, estando acostumados a consumirem os bens educacionais e culturais provenientes dessas regiões, além de já terem constituído aí laços sociais. Os médicos brasileiros provém de estratos sociais mais elitizados, pretendendo aí se manter ao, por exemplo, oferecerem educação escolar de qualidade para seus filhos, que é possível nos grandes centros e regiões mais desenvolvidas do país.

A origem social dos médicos parece contribuir para que se concentrem nos grandes centros, embora a ausência de evidências não nos permita aprofundar o suficiente para afirmar se este seria de fato um fator tão relevante quanto o anterior – concentração de serviços de maior complexidade tecnológica – ou se seria um reforço ou um fator secundário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, partindo da constatação do desequilíbrio territorial na distribuição de médicos brasileiros, permite inicialmente notar que são as regiões mais pobres do país e os municípios de menor porte os mais afetados.

Ao explorar a primeira hipótese, os dados mobilizados sugerem que os médicos não se concentram em locais que recebem as maiores remunerações formais e que, o que ocorre na verdade é o inverso disso: locais que têm maior carência de médicos parecem ser os que apresentam os maiores salários, possivelmente como parte do esforço em recrutá-los.

Outra indicação, agora dada pelo trabalho com a segunda hipótese, é que os médicos tendem a se concentrar nos grandes centros devido à concentração de recursos assistenciais de maior densidade tecnológica, onde tendem a se concentrar as oportunidades de emprego ou outras atividades remuneradas com maior rentabilidade e com mais alternativas de combinar vários vínculos de trabalho. O aumento de serviços de baixa densidade tecnológica em regiões mais pobres não interfere muito no aumento de médicos, fator que pode ser explicado pelo fato de serviços de baixa densidade tecnológica não ter tanta rentabilidade. Os dados também nos mostraram que os grandes centros urbanos são os locais cujas oportunidades de emprego são melhores, e onde a procura por serviços médicos particulares é maior, fatores estes que possivelmente podem explicar a alta concentração de médicos nessas localidades.

Também pudemos obter indicações, no caso da exploração da terceira hipótese, embora neste caso mais restritamente da literatura, de que os médicos se concentram nos grandes centros urbanos e regiões mais desenvolvidas porque provém dessas regiões e estão aí aculturados. As diferentes referências sugerem que a profissão médica tem inserção social elitista, incorporando uma visão de mundo sobre qualidade de vida voltada para os grandes centros urbanos e regiões mais ricas do país. E mediante essa concentração nos grandes centros e regiões mais ricas do país, as regiões mais pobres e pequenas cidades ficam desassistidas.

Levando em consideração que maior parte dos dados utilizados neste trabalho são anteriores ao ano de 2013, possivelmente este quadro de desequilíbrio na distribuição de médicos possa ter sofrido algumas alterações, principalmente em decorrência da implementação do *Programa Mais Médicos* do governo federal, que levou profissionais médicos para áreas até então desassistidas. Nesse sentido, caberia futuramente, talvez quando

saísse o próximo censo demográfico, em 2020, analisar todos os dados apresentados neste trabalho novamente, com o objetivo de detectar possíveis mudanças.

A importância deste trabalho está em mostrar para os leitores que a falta de médicos em determinadas regiões brasileiras está envolvida de múltiplos fatores, que devem ser pensados e analisados por gestores e formuladores de políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAZZARELLI, Ítala Maria; AMORIM, Maria Cristina Sanches. **Gênero, Representação Simbólica e Origem Social nos Conflitos entre Médicos e Enfermeiras**. Psicologia Política, vol. 10, n.19, páginas 75-89, janeiro-junho de 2010.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades**. Divulgação em Saúde para Debate, n. 44, p. 13-24. Rio de Janeiro, maio de 2009. Disponível em <www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf>. Acesso em: 04/03/15.

CASTRO, Cláudio de Moura; VIANNA, Nilton Romeu Solon Magalhães. **A mão invisível nos serviços de saúde: será que ela cura?** Cad. Saúde Pública, vol.1, n.4. Rio de Janeiro, 1985. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400003&lang=pt> Acesso em 15/06/2015.

FILHO, José Rodrigues. **A distribuição dos recursos de saúde no Brasil - a administração da desigualdade**. Revista de Administração de Empresas, vol.27, nº3. São Paulo, Julho/Setembro de 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75901987000300007&script=sci_arttext> Acesso em: 22/06/2015.

GIRARDI, Sábado Nicolau. **A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina**. Publicações da OPAS/OMS no Brasil. S/D. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?gid=634&option=com_docman&task=doc_download>. Acesso em: 4/05/2015.

GIRARDI, Sábado Nicolau; JUNIOR, Hugo Fernandes; CARVALHO, Cristiana Leite. **A regulamentação das profissões de Saúde no Brasil**. S/D. Disponível em:

<http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm> Acesso em: 04/03/15.

KASSOUF, Ana Lúcia. **Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil**. Revista Economia e Sociologia Rural, vol. 43, nº1. Brasília, Janeiro/Março de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032005000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 19/06/15.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 2002.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

MARTINS, Mílton de Arruda; SILVEIRA, Paulo Sérgio Panse; SILVESTRE, Daniel. **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções- Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras- Relatório I.** 2013. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf> Acesso em: 13/03/2015.

MEDEIROS, Tainah. **O problema da má distribuição dos médicos no Brasil**. Drauzio Varella (Site oficial). Publicado em 24/06/2013. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/noticias/o-problema-da-ma-distribuicao-dos-medicos-no-brasil/.>. Acesso em 18/06/2015.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS) E SECRETARIA NACIONAL DE RENDA DE CIDADANIA (SENARC). **Perfil das Famílias do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal**. 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MUsLgtaBmCcJ:www.mds.gov.br/biblioteca/secretaria-nacional-de-renda-de-cidadania-senarc/cartilhas/perfil-das-familias-do-cadastro-unico/LIVRO_PERFIL_FAMILIAS_BOLSA_com_capa.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 18/06/2015.

NICOLETTI, Regina Helena Arroio; SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; TAKEDA, Silvia et.al. **Atenção primária e promoção da saúde – volume 8**. Coleção CONASS Progestores

Para Entender a Gestão do SUS, Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em 11/01/2015.

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

SALES, Mozart. **1ª audiência pública- Comissão Mista da Medida Provisória n° 621/2013**. Lâminas de apresentação. 2013. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=135661&tp=1> Acesso em: 4/03/2015.

SCHEFFER, Mario; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia médica no Brasil- volume 1: dados gerais e descrições de desigualdades**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2011.

SCHEFFER, Mario; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia médica no Brasil- volume 2: cenários e indicadores de distribuição**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2013.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea**. Revista da Faculdade de Educação da USP. Maio/Jun/Jul/Ago 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05>. Acesso: 11/11/2015.

SILVA, Tamara M. L.; SILVA, Wallison H. O.. **Distribuição espacial dos médicos no Brasil: uma abordagem geográfica**. XVI ENANPUR: espaço, planejamento e insurgências, anais- seções temáticas, ST 3- desenvolvimento territorial, inovações e redes regionais. Belo Horizonte, 2015.

SITES

ABMED CONVÊNIO (site oficial). **Tabela de preços**. Disponível em: <http://www.abmedconvenio.com.br/?id=tabela>. Acesso em: 30/09/15.

BANCO MUNDIAL (site oficial em inglês (E.U.A)). **Physicians (per 1,000 people)**. Disponível em <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>. Acesso em 15/09/15.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (site oficial). **Baixa remuneração afasta profissional da medicina da rede pública**. 24 de outubro de 2011. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22336:baixa-remuneracao-afasta-profissional-da-medicina-da-rede-publica&catid=3>. Acesso em 09/11/2015.

IBGE Estados @ (Site oficial). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em: 15/06/15.

PNUD (site oficial). Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>. Acesso em: 08/01/16.

ANEXOS

Obs.: Todas as tabelas em anexo foram retiradas do site: <http://www.abmedconvenio.com.br/?id=tabela>

TABELA DE CONSULTAS

Consultas Médicas	Preço Normal	Preço com o Cartão ABMED
com especialistas	de R$ 150,00 a R$ 600,00 em qualquer especialidade	de **R$ 60,00 a R$ 120,00** em qualquer especialidade

TABELA DE EXAMES

Com o Cartão ABMED você realiza qualquer tipo de EXAME.

Para saber qual laboratório cobra o valor divulgado nesta tabela entre em contato com a ABMED.

Exames Laboratoriais e Radiológicos **Alguns Exemplos de Preços:**	**Preço Normal**	**Preço com o Cartão ABMED**
Angio Fluoresceinografia	R$ 400,00 ..... por	R$ 93,00
Angio Ressonância Magnética	R$ 1.296,00 ..... por	R$ 450,00 com contraste
Angio Tomografia	R$ 1.121,00 ..... por	R$ 551,60 com contraste
Angio Tomografia de Coronárias	R$ 1.406,00 ..... por	R$ 980,66 com contraste
Audiometria Tonal / Vocal	R$ 90,00 ..... por	R$ 36,00
Bera	R$ 320,00 ..... por	R$ 255,00
Biometria Ultrassônica	R$ 180,00 ..... por	R$ 56,00
Biópsia da Mama (via PAAF)	R$ 540,00 ..... por	R$ 150,00
Biópsia da Pele com Punch	R$ 400,00 ..... por	R$ 150,00
Biópsia da Pele Incisional	R$ 400,00 ..... por	R$ 150,00
Biópsia da Próstata Transretal	R$ 1.470,00 ..... por	R$ 350,00 + 57,00 por fragmento
Broncoscopia Flexível	R$ 3.000,00 ..... por	R$ 2.500,00
Campimetria	R$ 125,00 ..... por	R$ 40,00
Cateterismo	R$ 2.300,00 ..... por	R$ 1.277,00
Cintilografia de Miocárdio c/ MIB (Stress) e Esforço	R$ 1.643,00 ..... por	R$ 827,82
Cintilografia de Miocárdio c/ MIB (Stress) e Repouso	R$ 1.643,00 ..... por	R$ 827,82

Cintilografia de Tiróide	R$ 300,00 ..... por	R$ 177,00
Cintilografia Óssea	R$ 858,00 ..... por	R$ 275,89
Cistoscopia com biópsia	R$ 8.500,00 ..... por	R$ 3.250,00 + 80,00 por anátomo
Colangio Ressonância Magnética	R$ 1.296,00 ..... por	R$ 450,00 com contraste
Colesterol e Frações	R$ 128,81 ..... por	R$ 46,74
Colesterol Total	R$ 38,11 ..... por	R$ 5,74
Colonoscopia com Biópsia (acima 65 anos - internado)	R$ 1.650,00 ..... por	R$ 1.180,00
Colonoscopia com Biópsia (até 65 anos)	R$ 502,00 ..... por	R$ 260,00
Colonoscopia sem Biópsia (até 65 anos)	R$ 502,00 ..... por	R$ 260,00
Densitometria Óssea	R$ 203,00 ..... por	R$ 40,00
Doppler Arterial (1 membro)	R$ 500,00 ..... por	R$ 120,00
Doppler Arterial (2 membros)	R$ 700,00 ..... por	R$ 240,00
Doppler das Carótidas	R$ 500,00 ..... por	R$ 120,00
Doppler Venoso (1 membro)	R$ 500,00 ..... por	R$ 120,00
Doppler Venoso (2 membros)	R$ 700,00 ..... por	R$ 240,00
Ecocardiograma com Doppler	R$ 300,00 ..... por	R$ 150,00
Eletrocardiograma	R$ 160,00 ..... por	R$ 18,00
Eletroencefalograma	R$ 150,00 ..... por	R$ 45,00
Endoscopia Digestiva	R$ 470,00 ..... por	R$ 130,00
Endoscopia Digestiva com pesquisa H Pylori	R$ 471,00 ..... por	R$ 140,00
Fotocoagulação a laser	R$ 500,00 ..... por	R$ 140,00
Glicemia (diabete)	R$ 36,51 ..... por	R$ 5,74
Hemoglobina Glicosilada	R$ 74,53 ..... por	R$ 18,45
Hemograma Completo	R$ 54,20 ..... por	R$ 12,30
Histeroscopia Diagnóstica	R$ 500,00 ..... por	R$ 200,00
Hiv	R$ 180,00 ..... por	R$ 47,06
Holter Cardíaco	R$ 257,00 ..... por	R$ 60,00
Laringoscopia Direta	R$ 355,00 ..... por	R$ 70,00
Litotripsia (1 sessão)	R$ 2.450,00 ..... por	R$ 1.670,00
Mamografia Convencional	R$ 225,00 ..... por	R$ 65,00

Mamografia Digital	R$ 285,78 ..... por	R$ 80,00
Mamotomia	R$ 2.226,00 ..... por	R$ 1.500,00
Manometria Esofágica	R$ 600,00 ..... por	R$ 300,00
Mapeamento de Retina	R$ 175,00 ..... por	R$ 22,40
Nasofibrolaringoscopia	R$ 329,00 ..... por	R$ 70,00
Papanicolau	R$ 180,00 ..... por	R$ 25,00
Paquimetria Ultrassônica	R$ 360,00 ..... por	R$ 42,00
PH Metria	R$ 600,00 ..... por	R$ 300,00
Prova de Função Pulmonar	R$ 220,00 ..... por	R$ 45,00
Psa Total	R$ 108,00 ..... por	R$ 37,20
Punção da Mama	R$ 540,00 ..... por	R$ 230,00
Raio x	R$ 158,00 ..... por	R$ 28,00
Ressonância Magnética Coluna	R$ 885,00 ..... por	R$ 300,00
Ressonância Magnética Coração	R$ 1.542,50 ..... por	R$ 700,00 com contraste
Ressonância Magnética Crânio	R$ 885,00 ..... por	R$ 300,00
Ressonância Magnética Encefalo	R$ 1.096,00 ..... por	R$ 300,00
Ressonância Magnética Joelho	R$ 1.096,00 ..... por	R$ 300,00
Ressonância Magnética Mama	R$ 1.356,00 ..... por	R$ 450,00 com contraste
Ressonância Magnética Tórax	R$ 885,00 ..... por	R$ 300,00
Retinografia Fluorescente	R$ 400,00 ..... por	R$ 93,00
Retinografia Simples	R$ 250,00 ..... por	R$ 35,00
Retossigmoidoscopia Rígida	R$ 400,00 ..... por	R$ 120,00
Teste Ergométrico	R$ 250,00 ..... por	R$ 90,00
Teste Ergométrico com MIB (Stress) e Esforço	R$ 2.340,00 ..... por	R$ 543,00
Teste Ergométrico com Stress e Repouso	R$ 2.340,00 ..... por	R$ 477,00
Tomografia Abdômen Total	R$ 550,00 ..... por	R$ 260,00 com contraste
Tomografia Coerência Ótica	R$ 500,00 ..... por	R$ 300,00 ambos os olhos
Tomografia Coerência Ótica	R$ 450,00 ..... por	R$ 210,00 cada olho
Tomografia Coluna	R$ 540,00 ..... por	R$ 130,00
Tomografia Crânio	R$ 540,00 ..... por	R$ 130,00
Tomografia Joelho	R$ 540,00 ..... por	R$ 130,00

Tomografia Pelve ou Bacia	R$ 540,00 ..... por	R$ 130,00
Tomografia Tórax	R$ 540,00 ..... por	R$ 130,00
Topografia	R$ 360,00 ..... por	R$ 125,00
Triglicérides	R$ 57,17 ..... por	R$ 8,20
Ultrasson Abdômen Total	R$ 698,00 ..... por	R$ 117,00
Ultrasson Aparelho Urinário	R$ 385,00 ..... por	R$ 60,00
Ultrasson c/ Doppler -1 membro (perna ou braço)	R$ 500,00 ..... por	R$ 120,00
Ultrasson Joelho	R$ 355,00 ..... por	R$ 60,00
Ultrasson Mama Unilateral	R$ 330,00 ..... por	R$ 60,00
Ultrasson Morfológico	R$ 200,00 ..... por	R$ 130,00
Ultrasson Obstétrico	R$ 307,00 ..... por	R$ 46,00
Ultrasson Ocular	R$ 190,00 ..... por	R$ 42,00
Ultrasson Pélvica	R$ 355,00 ..... por	R$ 35,00
Ultrasson Próstata Abdominal	R$ 280,00 ..... por	R$ 49,00
Ultrasson Próstata Transretal	R$ 380,00 ..... por	R$ 60,00
Ultrasson Tiróide	R$ 100,00 ..... por	R$ 60,00
Ultrasson Transvaginal	R$ 100,00 ..... por	R$ 60,00
Urina Tipo 1	R$ 49,86 ..... por	R$ 8,20
Uro Ressonância Magnética	R$ 1.018,00 ..... por	R$ 650,00 com contraste
Urografia Excretora	R$ 304,00 ..... por	R$ 180,00
Yag Laser	R$ 650,00 ..... por	R$ 196,00

OBS.: Para saber qual laboratório cobra o valor divulgado nesta tabela entre em contato com a ABMED.

Os valores desta tabela poderão sofrer alterações, sem aviso prévio.

TABELA DE CIRURGIAS

Com o Cartão ABMED você realiza qualquer tipo de CIRURGIA.

Para saber qual hospital cobra o valor divulgado nesta tabela entre em contato com a ABMED.

Cirurgia	Preço Normal	Preço com o Cartão ABMED
Consulta de avaliação com o cirurgião	R$ 400,00 ..... por	R$ 100,00 a 150,00
Cateterismo	R$ 2.300,00 ..... por	R$ 1.277,00
Cirurgia Astigmatismo	R$ 1.500,00 ..... por	R$ 900,00
Cirurgia Catarata Convencional com Lente acrílica Tecnis	R$ 7.200,00 ..... por	R$ 3.600,00
Cirurgia Colecistectomia por vídeo	R$ 8.200,00 ..... por	R$ 6.500,00
Cirurgia Estrabismo	R$ 2.500,00 ..... por	R$ 1.500,00
Cirurgia Fimose (ambulatorial com anestesia local)	R$ 2.000,00 ..... por	R$ 1.200,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Glaucoma	R$ 2.800,00 ..... por	R$ 1.500,00
Cirurgia Hemorróida (ambulatorial com anestesia local)	R$ 3.200,00 ..... por	R$ 1.200,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Hérnia Epigástrica (ambulatorial com anestesia local)	R$ 3.200,00 ..... por	R$ 1.800,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Hérnia Incisional (ambulatorial com anestesia local)	R$ 4.000,00 ..... por	R$ 2.700,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Hérnia Inguinal Bilateral (ambulatorial com anestesia local)	R$ 5.500,00 ..... por	R$ 3.200,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Hérnia Inguinal Escrotal (ambulatorial com anestesia local)	R$ 3.200,00 ..... por	R$ 1.800,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Hernia Inguinal Unilateral (com Tela PHS)	R$ 9.500,00 ..... por	R$ 4.850,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Hérnia Inguinal Unilateral (ambulatorial com anestesia local)	R$ 4.200,00 ..... por	R$ 1.850,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Hérnia Umbilical (ambulatorial com anestesia local)	R$ 3.200,00 ..... por	R$ 1.600,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Miopia PRK (cada olho)	R$ 1.500,00 ..... por	R$ 900,00
Cirurgia Septoplastia	R$ 4.700,00 ..... por	R$ 2.200,00
Cirurgia Varicocele Unilateral (ambulatorial com anestesia local)	R$ 3.600,00 ..... por	R$ 1.250,00 + materiais e medicamentos
Cirurgia Vesícula por vídeo	R$ 8.200,00 ..... por	R$ 6.500,00
Litotripsia 1 sessão	R$ 2.450,00 ..... por	R$ 1.670,00
Transplante de Córnea	R$ 4.500,00 ..... por	R$ 3.500,00

IMPORTANTE : Valores apenas referenciais, depende da avaliação do médico cirurgião. Para saber qual local cobra o valor divulgado nesta tabela entre em contato com a ABMED. Os valores desta tabela poderão sofrer alterações, sem aviso prévio.

TABELA DE PARTO

Parto	Preço Normal	Preço com o Cartão ABMED
Parto Normal ou Cesárea (enfermaria)	R$ 6.000,00 .... por	R$ 4.972,00
Parto Normal ou Cesárea (apartamento)	R$ 6.600,00 .... por	R$ 5.472,00
Parto Normal ou Cesárea (apartamento-Master)	R$ 7.300,00 .... por	R$ 6.172,00

Incluso: Despesas hospitalares.

Não incluso: Honorários médicos, consultar a ABMED.

A paciente deverá estar com até 34 semanas de gestação comprovada e ter no mínimo 3 meses de plano ABMED.