

Movimentação no Mercado de Trabalho Médico na Região Norte do Brasil: Uma Análise de Cluster

Autores: Seixas PHDA^{1,2,3}, Bivanco-Lima D^{1,2,4}, Ferreira MP^{1,5}, Gonçalves AF^{1,5}, Ferreira MC¹, Minucci EG^{1,5}, Bertolini SR¹, Goulart VMP⁶, Oliveira LZ⁶.

Instituições: ¹Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo, ²Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, ³Instituto de Saúde – SES-SP, ⁴Universidade São Caetano do Sul, ⁵Fundação SEADE, ⁶Fundação Oswaldo Cruz

Endereço: Rua Doutor Cesario Mota Junior, 61, 5º andar, sala 54, SP-SP; telefone (11)999335307; seixaspaulo@hotmail.com

Resumo:

O estudo pretende identificar padrões de movimentação de médicos entre regiões de saúde na região Norte do Brasil, além de agentes intervenientes e fatores associados em diferentes tipos de mercados de trabalho loco-regionais. O estudo apresentou desenho transversal, com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A movimentação médica foi caracterizada a partir da multiplicidade de vínculos, considerando como circulantes aqueles com vínculos em mais de uma região de saúde e realizada análise de agrupamentos (cluster analysis). Foram identificados 4 grupos de regiões de saúde, que expressam a diversidade do mercado de trabalho: o de maior complexidade (Grupo 1) até a menor (Grupo 4). A proporção de circulantes varia de 24,3% no Grupo 1 até 48% no Grupo 4. Os agentes públicos são os principais contratantes em todos os grupos, com incremento dos agentes municipais nos grupos 3 e 4. Entretanto há uma participação maior na contratação de profissionais circulantes pelos agentes estaduais e privados nestas regiões, com vínculos temporários e autônomos com maior frequência. A análise da movimentação e dos agrupamentos de regiões de saúde visa analisar o mercado de trabalho, de forma a orientar estratégias de atuação pública para adequação de políticas redistributivas destes profissionais.

Palavras-chave:

Gestão de recursos humanos em saúde, regionalização da saúde; migração humana; migração laboral

Résumé:

L'étude vise à identifier les modèles de déplacement des médecins entre les régions sanitaires du nord du Brésil, ainsi que les agents intervenants et les facteurs associés dans différents types de marchés du travail loco-régionaux. L'étude avait un plan transversal, avec les données du Registre National des Etablissements de Santé (CNES). Le mouvement médical a été caractérisé en fonction de la multiplicité des liens, en tenant compte de ceux ayant des liens dans plus d'une région sanitaire lors de la réalisation d'une analyse de circulation et de grappes. 4 groupes de régions sociosanitaires ont été identifiés, qui expriment la diversité du marché du travail : du plus complexe (Groupe 1) au moins (Groupe 4). La proportion d'employés circulants varie de 24,3% dans le groupe 1 à 48% dans le groupe 4. Les agents publics sont les principaux entrepreneurs dans tous les groupes, avec une augmentation des agents municipaux dans les groupes 3 et 4. On note cependant une plus grande participation à la passation des marchés de professionnels circulant par l'intermédiaire d'agents publics et privés dans ces régions, avec plus fréquemment des emplois temporaires et indépendants. L'analyse du mouvement et des regroupements de

régions sanitaires vise à analyser le marché du travail, afin d'orienter les stratégies d'action publique pour adapter les politiques redistributives en faveur de ces professionnels.

Mots clés:

Gestion du personnel em santé; Planification régionale de la santé; migration humaine; migration de travail

Introdução:

Movimentação médica e circularidade

As diferentes abordagens relacionadas a movimentação dos profissionais – migração, rotatividade, multiplicidade/diversidade de vínculos, trazem elementos importantes para a discussão de dois problemas fundamentais para a estruturação dos sistemas de saúde – distribuição/ disponibilidade de profissionais e regionalização. O presente estudo se propõe utilizar a análise da movimentação médica a partir de uma nova abordagem: verificar como se movimentam os profissionais entre as regiões de saúde na Região Norte do país. E, a partir da descrição da complexidade destes movimentos, analisá-los de forma mais integrada ao processo de organização e prestação de serviços nas regiões de saúde. Tal observação nos possibilitará identificar se existem de fato profissionais com características de atuação regional ou interregional (Seixas et. al. A, 2017).

Em função da carência de informações a respeito dos movimentos interregionais ou internamente às regiões de saúde, denominamos este tipo de movimentação como circularidade médica. Esta é definida pela diversidade de vínculos constituintes do exercício profissional médico no seu cotidiano de trabalho, que ocorre ao longo de um determinado período em determinados espaços geográficos (Seixas et. al. B, 2015). Diferencia-se do conceito de migração na medida em que aquele relaciona-se a mudanças mais definitivas, inclusive com mudanças de local de moradia, enquanto este refere-se as movimentações entre serviços e regiões que se realizam no cotidiano do trabalho do profissional, portanto se repete ciclicamente. Por outro lado, considera e complementa o conceito de diversidade de vínculos, na medida em que se aplica ao conjunto dos médicos ou especialistas daquela região, em relação as outras regiões onde estes profissionais possam atuar.

Uma proposta frequente para o enfrentamento do problema de escassez ou dificuldade de contratação seria a vinculação do profissional a um ou poucos serviços, associado a uma relação de trabalho mais estável e com remuneração mais adequada – por vezes traduzida com uma proposta de criação de uma carreira de estado (WHO, 2010). Esta pode ser uma estratégia importante para a atuação dos profissionais da estratégia de saúde da família, porém nem sempre se aplica ao trabalho médico em diversas outras especialidades, onde a fixação poderia ser uma estratégia não apenas improdutiva, como ineficiente. Tendo em vista a escassez de diversas especialidades médicas, a fixação do especialista pode ser desnecessária frente a demanda reduzida local. A movimentação destes pode ser uma estratégia de enfrentamento possível entre as regiões de saúde, no provimento destes especialistas e na oferta de cuidados especializados.

Este estudo propõe introduzir a discussão sobre como esta movimentação se associa a diferentes determinantes - fatores demográficos, estrutura assistencial, possibilidades de acesso – como também ao mercado de trabalho regional. Ou seja; como a ordenação do arranjo produtivo em saúde loco-regional determina ou influencia esta circularidade, estando relacionada a quais interesses institucionais e corporativos, qual o seu impacto em termos de acesso da população aos serviços públicos de saúde e, finalmente, qual a possibilidade dos agentes públicos interferirem nesta movimentação de forma positiva.

Assim, ainda que o tema de fundo não seja original – migração de médicos, disponibilidade de profissionais, estratégias de atração e fixação – a abordagem, inserindo a discussão da circularidade

regional como um fator constituinte desta disponibilidade, e buscando identificar padrões e fatores relacionados a estes movimentos, procura-se descrever e caracterizar este fenômeno de forma a permitir intervenções e políticas públicas redistributivas mais eficientes.

Para fins deste estudo, optamos por delimitar a circularidade entre regiões de saúde, ao invés de municípios ou serviços. A escolha da região de saúde (CIR) para o estudo da circularidade deve-se a seu papel na regionalização do SUS, uma vez que é no âmbito da região de saúde que deve ocorrer a integração da organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde para os municípios que a compõem. As diretrizes para sua criação no âmbito do SUS foram instituídas na resolução nº 1 de 29 de setembro de 2011, sendo definidas como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011).

Em relação ao mercado de trabalho local, um elemento importante para o planejamento das redes de atenção à saúde reside na sua maior ou menor dinamicidade. Regiões mais desenvolvidas economicamente e, portanto, com mercados de trabalhos mais dinâmicos geram maiores oportunidades para o profissional. Considerar as características da estrutura assistencial, bem como a dinâmica do mercado de trabalho são fundamentais para o planejamento em saúde.

A Região Norte do Brasil e suas peculiaridades

A Região Norte é a segunda macrorregião com pior índice de desenvolvimento humano do país (após a Região Nordeste) (BRASIL, 2016). Uma vez que a Região Norte se diferencia do restante do Brasil em termos de uso e ocupação do solo e distribuição da população, estas características agregam novos desafios aos já existentes para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de ocupação do território da Região Norte do país é marcado pela dificuldade de ligação entre os centros urbanos, forte crescimento populacional com concentração nos grandes centros e ao mesmo tempo uma ocupação espalhada do território, marcada por pequenos aglomerados. Os sete estados que formam a região apresentam características distintas em relação a organização do seu sistema de saúde (Amazonas, Roraima, Rondônia, Amapá, Tocantins, Pará, Acre).

Os sete estados da Região Norte apresentam um total de 45 regiões de saúde (10,2% das regiões do país), com 450 municípios (entre os 5.570 do total do país). Apresenta 18.960.962 indivíduos (8,8% da população brasileira), com grande heterogeneidade de extensão entre os estados, além de densidade e ocupação populacional. O Pará apresenta 13 regiões de saúde e 144 municípios, sendo o estado mais populoso. Já Roraima apresenta apenas duas regiões de saúde, com 15 municípios na sua totalidade (e a menor população da região, com 652.713 indivíduos). No Amazonas, Roraima e Amapá, Manaus é o polo centralizador dos serviços de saúde, inclusive para média e baixa complexidade.

Em contrapartida, Tocantins e Rondônia, com maior predominância de cerrado e possibilidades de transporte terrestre apresentam polos regionais fora das capitais, o que facilita a organização de um sistema de saúde regionalizado. O Pará apresenta similaridades com os Estados de Tocantins e Rondônia, no entorno da região metropolitana de Belém, bem como no sul e sudeste do estado. Entretanto a região sudoeste do estado se assemelha ao estado do Amazonas. Já o Acre se diferencia dos demais estados, por apresentar características presentes nos dois grupos: a forte centralização dos serviços de saúde na capital e existência de regiões de saúde com municípios que se caracterizam como centros sub-regionais ou de zona. A oferta de profissionais médicos é menor do que o observado no conjunto do país e o mercado de trabalho desses profissionais é majoritariamente dependente do SUS, com diferenças entre os

estados. A caracterização e a mensuração da movimentação dos profissionais médicos na Região Norte é um componente fundamental para a proposição de estratégias para a fixação de profissionais na região.

O objetivo deste estudo é caracterizar o mercado de trabalho médico e a movimentação destes profissionais, por meio da circularidade, nas regiões de saúde da Região Norte, identificando agrupamentos que possibilitem verificar diferentes padrões de mercado, que possam subsidiar políticas públicas nesta região do país.

Métodos:

Este estudo é parte do Estudo para Proposição de Estratégias de Fixação de Profissionais de Saúde Através de Metodologia para Incentivo à Abertura e Ocupação de Vagas em Programas de Residência em Saúde, com financiamento do Ministério da Saúde, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz e realizado em parceria com a Rede Colaborativa para Estudos Estratégicos da Força de Trabalho em Saúde no Brasil.

A presente análise apresentou um desenho transversal, tendo sido utilizados dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES) de dezembro de 2020 relativos a serviços de saúde e profissionais médicos inscritos nestes estabelecimentos. A movimentação dos médicos foi caracterizada a partir da multiplicidade de vínculos, considerando a existência de vínculos de trabalho do profissional em mais de uma região de saúde.

A partir do conceito de circularidade adotado no trabalho, são considerados **circulantes** os profissionais de saúde que atuam em mais de uma região de saúde e **não circulantes** aqueles que atuam apenas em uma região de saúde. Assim, mesmo que o profissional tenha vínculos de trabalho em mais de um município, para este estudo específico ele será considerado circulante apenas se os municípios localizarem-se em regiões de saúde distintas (Seixas et. al., 2017).

No presente caso o objetivo foi identificar os tipos de mercados de trabalho existentes nas regiões de saúde, segundo o arranjo feito para garantir a presença do médico na região -circulante ou não circulante – carga horária de contrato do médico na região, sua forma de contratação, agente contratante e tipo de estabelecimento onde atua.

Foram utilizados na análise de agrupamentos os seguintes indicadores, sempre na região de saúde como base territorial: *proporção de médicos circulantes que atuam na região de saúde; proporção de vínculos empregatícios no total de vínculos médicos; proporção de vínculos SUS no total de vínculos médicos; jornada média dos médicos (em horas); proporção da jornada do médico na região de saúde no total da jornada do médico e o proporção de vínculos em unidades básicas de saúde no total de vínculos médicos que atuam na região*. Os grupos foram gerados por meio de uma análise de agrupamentos (*cluster analysis*) no software SPSS e a técnica utilizada foi *cluster two step*. Essa técnica permite identificar regiões mais homogêneas em relação ao conjunto de indicadores detalhados acima, que expressam um determinado fenômeno que se deseja estudar (Hair, 2006). O resultado do modelo foi a identificação de quatro tipos de mercados de trabalho que diferem segundo os indicadores utilizados na análise.

Os dados populacionais utilizados foram produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nas informações sobre projeções populacionais para julho de 2020. Os dados dos produtos internos brutos (PIB) municipais são de 2019.

Resultados:

Na análise de cluster, foram identificados 4 grupos diferentes de regiões de saúde na Região Norte do país, que expressam a complexidade e especificidade regional do mercado de trabalho médico: o de maior complexidade denominado Grupo 1, até a menor complexidade assistencial (Grupo 4).

As regiões de saúde do Grupo 1 englobam as cidades de Porto Velho, Manaus e Belém e são as regiões com mercado de trabalho mais complexos e dinâmicos da Região Norte, que se caracterizam por serem polos econômicos e de serviços de saúde da região. Há uma presença significativa da medicina suplementar, com 34% da população como beneficiária de planos ou convênios de saúde. Apenas 40% dos vínculos médicos são assalariados (vínculos formais), sendo os demais com outros tipos de contratação. Apresenta os profissionais com maior jornada média entre os grupamentos, com mais de 84% da sua jornada de trabalho ocorrendo nestas regiões de saúde e com apenas 24% de médicos circulantes (Tabela 1).

O grupo 2 apresenta 15 regiões de saúde, das quais quatro englobam as capitais Palmas, Macapá, Rio Branco e Boa Vista. É o segundo grupo em termos de dinamicidade e complexidade do mercado de trabalho médico e engloba municípios que são polos econômicos e de serviços de saúde regionais dentro dos Estados. O SUS responde pelo atendimento de, pelo menos, 90% da população local e apenas 10% da população é beneficiária de um plano de saúde. A forma de contratação se dá majoritariamente pelo assalariamento, com 67% dos vínculos médicos locais. Mais de 35% dos médicos são circulantes, ou seja, atuam em pelo menos mais de uma região de saúde, porém mais de 70% de sua jornada de trabalho ocorre nessas regiões (Tabela 1).

Já o grupo 3 é composto por 9 regiões de saúde, das quais quatro se localizam no Estado do Amazonas e duas no Pará. Nesses locais é escassa a presença da medicina suplementar, com menos de 2% da população beneficiária de planos de saúde. Mais de 90% dos vínculos são contratados pelo SUS, mas a forma de contratação se diferencia dos grupos 2 e 4, pois apenas 56% são vínculos assalariados. Quase metade dos médicos são circulantes (48%), com cerca de 60% da sua jornada de trabalho realizada na região. O sistema de saúde local é pouco complexo, com a clínica médica e a medicina da família respondendo por 57% dos vínculos (Tabela 1).

O grupo 4 engloba 18 regiões de saúde que estão localizadas em seis Estados da Região Norte, exceto Roraima. Mais de 90% dos vínculos médicos são contratados pelo SUS, sendo que 85% são vínculos assalariados. Quase metade dos médicos são circulantes (48%) e 64% dos vínculos são de clínica médica e medicina de família. A presença de beneficiários de planos de saúde é inferior a 4% da população. Esse grupo se diferencia do grupo 3 na forma de contratação do médico, com o assalariamento sendo maior (86%) no grupo 4 (Tabela 1).

Tabela 1 – Médias dos indicadores e características sociodemográficas que compõem os grupos que conformam a tipologia de mercado de trabalho médico da Região Norte, em dezembro de 2020.

Características médias	Tipos de mercado de trabalho médico				
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Total
Número de regiões de saúde	3	15	9	18	45
Proporção de beneficiários de plano de saúde	33,8	10,4	1,7	3,6	7,5
Proporção de médicos circulantes	24,3	35,9	47,9	48,0	42,4
Proporção de vínculos assalariados ¹ no total de vínculos médicos que atuam na região de saúde	40,6	66,7	56,1	85,2	70,3
Proporção de vínculos SUS no total de vínculos médicos que atuam na região de saúde	79,4	79,0	91,2	93,4	87,2

Jornada média dos médicos que atuam na região de saúde (em horas)	58	58	61	61	60
Proporção da jornada do médico na região de saúde no total da jornada do médico	84,5	73,6	61,7	64,7	68,4
Proporção de vínculos em Unidades Básicas de Saúde no total de vínculos médicos que atuam na região	6,2	15,9	35,9	39,0	28,5
População total ²	5.529.676	6.592.021	2.712.428	3.838.466	18.672.591
Número de médicos por 1000 habitantes	1,9	1,2	0,4	0,4	1,1
Densidade demográfica (em hab./km ²)	12	5	3	3	5
PIB per capita (em reais de 2019)	28.119	27.114	12.375	15.197	22.811

Fonte: Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – dez/20. ANS. Relação dos beneficiários de planos e convênios de saúde – dez/20NES; elaboração dos autores.

Nota: (1) Foram considerados vínculos assalariados os estatutários, celetistas, comissionados, empregados públicos e assalariados temporários.

Fonte: IBGE – Contas Regionais – PIB municipal 2019; sistema de projeções populacionais; elaboração dos autores. **(2)** Projeção populacional para julho de 2020.

Modalidades de vínculos

O detalhamento do mercado de trabalho médico difere entre vínculos circulantes e não circulantes, com distinções entre os 4 grupos de regiões de saúde. Entre os não circulantes, no grupo como um todo, o tipo de contratação mais frequente é o de assalariado temporário (27,7%), seguido de estatutário (17,7%) e cooperado (17,3%), sendo que os autônomos por pessoa física ocupam a quarta posição (14,5%). No entanto, estas frequências diferem de forma importante entre os grupos, demonstrando a diversa situação de mercado de trabalho nestas regiões. Enquanto no grupo 1 há 17,3% de vínculos de pessoa física (autônomo), este percentual vai decaindo até 2,9% no grupo 4. Os autônomos compõem 33% do total de vínculos no grupo 1, sendo que representam apenas 4,6% no grupo 4. Enquanto o percentual de bolsistas aumenta do grupo 1 (2,1%) para 14,4% (no grupo 3) e 10,5% (no grupo 4). Os vínculos temporários também são menos frequentes no grupo 1 (14,0%), com crescimento até 54,6% no grupo 3 e 65,9% no grupo 4.

Entre os vínculos de circulantes, a maior proporção é de assalariados temporários (41,7%), seguido por vínculos autônomos por pessoa física (17,2%), estatutário (12,5%) e autônomo por pessoa jurídica (11,3%). Novamente, há diferenças importantes entre os grupos de regiões de saúde, com maiores percentuais com vínculos autônomos por pessoa física (22,8%) no grupo 1, mas que permanecem altos nos grupos 2 (17,1%) e no grupo 3 (18,1%). Somente no grupo 4, há um reduzido percentual deste grupo de vínculo (2,6%). No grupo 1, há 40,8% de vínculos autônomos, com redução da proporção de pessoa jurídica nos grupos 2,3 e 4. Há grande aumento na frequência de vínculos assalariados temporários dos grupos 1 (22,4%), até os grupos 3 (50,9%) e grupo 4 (74,5%). As proporções são maiores entre os circulantes do que entre os não-circulantes.

Natureza jurídica dos agentes contratantes

As diferenças também podem ser observadas pela análise da natureza do contratante entre os diferentes grupos de regiões de saúde, estratificados por vínculos de médicos circulantes e não circulantes. Entre os vínculos como um todo, o principal contratante dos não circulantes é a administração pública estadual (36,9%), seguido pela municipal (27,1%) e por entidades empresariais (21,5%). Nos circulantes, o mesmo

padrão se observa, com valores similares: administração pública estadual (33,7%), seguido pela municipal (28,8%) e por entidades empresariais (23,3%). Há diferenças entre os grupos de regiões de saúde no grupo de não circulantes, com redução da participação da administração pública estadual (de 43,1% no grupo 1 para 16,6% no grupo 3 e 16,9% no grupo 4) e das entidades empresariais (de 24% no grupo 1 para 10% no grupo 4). Há aumento da participação da administração pública municipal do grupo 1 (15,4%) para 60,2% no grupo 3 e 69,4% no grupo 4.

Entre os circulantes, não há a redução da participação da administração pública estadual de forma similar aos não circulantes. Os percentuais são menores, porém apenas discretamente (38,9% no grupo 1 e 33,8% no grupo 4). O mesmo ocorre com as entidades empresariais, que apresentam menor participação nos grupos 3 e 4, porém com redução discreta (de 26,9% no grupo 1 para 21,7% no grupo 3 e 14,0% no grupo 4). O aumento da participação da administração pública municipal também pode ser observado entre os circulantes, com 16,4% no grupo 1 a 49,8% no grupo 4. Entre os circulantes, há maiores proporções de natureza de contratante de entidades sem fins lucrativos (13,5% no grupo 1, 12,2% no grupo 2 15,4% no grupo 3 e 2,0% no grupo 4).

Serviços de atuação

O mercado de trabalho também difere entre circulantes e não circulantes quanto ao tipo de estabelecimento, com grandes distinções entre os grupos de regiões de saúde. Entre os não circulantes, o total de vínculos é de maior proporção nos estabelecimentos hospitalares (51,5%), seguido por unidades básicas de saúde (14,3%) e, a seguir, por unidades especializadas (13,5%). Entre os circulantes, os vínculos por estabelecimentos hospitalares também são a maior proporção (55,3%), seguidos por unidades especializadas (17,0%) e por unidades básicas de saúde (9,5%).

Entre os não circulantes, o percentual de vínculos hospitalares reduz do grupo 1 (56,4%), para 48,6% no grupo 2, 32,6% no grupo 3 e 33,9% no grupo 4. Também há uma redução dos vínculos em unidades especializadas do grupo 1 (13,0%) até o grupo 4 (8,8%). Há um aumento de vínculos por unidades básicas de saúde do grupo 1 (7,1%) até o grupo 4 (45,6%).

Entre os circulantes, a proporção dos vínculos hospitalares se mantém (55,7% no grupo 1, 56,6% no grupo 2, 52,5% no grupo 3 e 53,1% no grupo 4). A proporção de unidades especializadas também se mantém (16,2% no grupo 1 e 16,0% no grupo 4), enquanto há aumento dos vínculos em unidades básicas de saúde (3,4% no grupo 1 a 20,9% no grupo 4). É importante ressaltar que a frequência crescente de vínculos em unidades básicas de saúde entre os grupos de regiões é muito menor entre circulantes do que em não-circulantes.

Discussão:

A Região Norte do país se caracteriza pela grande extensão territorial e heterogeneidade de realidades dentre os diversos estados que a compõem. A região se caracteriza por barreiras de acesso geográfico, além de iniquidades de oferta e consolidação do Sistema Único de Saúde. Há grande concentração de profissionais de saúde nos grandes centros urbanos, presentes nos grupamentos 1 e 2, verificados na análise de cluster realizada. Nos grupos 3 e 4 observa-se áreas de carência de força de trabalho médica, com grande dependência de outras regiões de saúde, conforme o observado em estudos anteriores (Seixas et. al., 2017 A, Seixas et. al. 2019 C).

Observa-se uma forte dependência na região dos agentes públicos na contratação dos vínculos médicos, com certa expressividade de participação das entidades empresariais. No entanto, esta caracterização do mercado de trabalho apresenta diferenças relevantes captadas na análise estratificada entre médicos circulantes e não circulantes. Os profissionais não circulantes apresentam um percentual maior de vínculos na atenção primária à saúde, comparados aos vínculos de profissionais circulantes (que apresentam maior frequência de vínculos hospitalares e em unidades especializadas). Quanto ao tipo de contratação, os não circulantes apresentam vínculos de estatutário com maior frequência do que os não circulantes, além de vínculos de cooperados. Os vínculos temporários são mais frequentes em profissionais circulantes.

A existência de vínculos temporários e bolsistas em maior frequência pode estar associado ao Programa Mais Médicos, que utiliza destas estratégias de contratação para provimento em locais de menor fixação.

Os resultados demonstram são coerentes com os papéis dos agentes públicos como contratantes, pois predominam em todas as regiões, no entanto nas de baixo desenvolvimento econômico e com dificuldade de oferta de maior complexidade por parte dos municípios, apresenta maior participação dos agentes estaduais, atuando em ambulatorios de especialidades ou em hospitais regionais. Foi ainda observada a alta precariedade do trabalho em todos os níveis e em maior frequência entre os circulantes, o que é compatível com trabalhos mais flexíveis e cuidados em saúde mais pontuais. Outros estudos apontam maior frequência de especialistas cirúrgicos e de apoio diagnóstico e terapêutico dentre os circulantes, e maior frequência de especialistas clínicos entre os não circulantes, o que pode ser relacionado a natureza do cuidado.

A participação de agentes privados também é interessante. Os médicos circulantes estão mais relacionados aos agentes empresariais, mesmo em áreas com baixa cobertura de planos privados. Levanta a hipótese de existência de serviços privados independentes, como grupos médicos em atividades concentradas, ou eventualmente empresas privadas isoladas, oferecendo serviços para grupos específicos, assim como serviços filantrópicos de natureza mais comunitária ou organizações não governamentais. Tais questões merecem maior detalhamento por motivo das análises realizadas serem baseadas em dados secundários do CNES nesta etapa do estudo.

Conclusão:

O estudo da movimentação de médicos é um tema de grande relevância na construção de políticas públicas em qualquer país do mundo, por apresentar estratégias e reconhecimento das dinâmicas do mercado de trabalho local e regional, subsidiando formas de enfrentamento da escassez ou desigualdade presente na maior parte dos países. A movimentação de médicos inclui a análise tanto da migração, como da circularidade dos profissionais. O enfoque e análise da circularidade desempenham papel bastante relevante na construção de estratégias de enfrentamento, em especial em áreas com insuficiência de recursos, com grande dependência de profissionais externos. Como foi observado nos resultados apresentados, a frequência de médicos circulantes é alta, principalmente em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico, refletindo a dificuldade de fixação e expressando uma alternativa potencial de lidar com insuficiência de provimento.

Referências:

- BRASIL. Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras: 2016. Brasília: PNUD: IPEA: FJP, 2016. ISBN: 978-85-88201-31-6
- Hair, J.F. et al. 2006. *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução no 01 de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2011/resolu-o-n-1-de-29-de-setembro-de-2011.pdf/view#:~:text=Estabelece%20diretrizes%20gerais%20para%20a,28%20de%20junho%20de%202011>.
- Seixas PHD ; Uchimura LYT, Viana ALD, Silva RC. Circularidade dos médicos nas regiões de saúde no Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2017;17(Supl.1):S209-218. A
- Seixas PHD, Silvestre D de AMM, Viana ALD, Uchimura LYT, Pereira APC de M. Movimentação médica no Brasil. Novos Caminhos. Nota Técnica 2/15. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp- B>
- Seixas PHDA, Ibañez N, Silva JA, Bueno ACV, Lima S. A circularidade dos médicos em cinco regiões de São Paulo, Brasil: padrões e fatores intervenientes. Cad Saúde Pública 2019;35 sup2:e00135018
- World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations; 2010.