

# MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS

Nancy Peres da Mota

*Médica, Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo,  
programa de Saúde Global e Sustentabilidade. São Paulo, SP, Brasil.*

*Email < nancy.mota@usp.br >*

Helena Ribeiro

*Geógrafa, Professora Titular do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade  
de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Doutorado em Saúde Global e  
Sustentabilidade. São Paulo, SP, Brasil. Email <lena@usp.br >*

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-6445255-273/98>

## Globalização e migração profissional

A globalização constitui o principal motor da migração internacional (Massey et al., 1998). As desigualdades crescentes entre países, resultantes de um conjunto de assimetrias, aumentam a motivação para migrar (Martin, 2004). Por outro lado, a globalização leva a um desprendimento, que transforma comunidades e estimula as pessoas a abandonarem trabalhos tradicionais em busca de novos lugares, novos costumes e novas maneiras de pensar (Milanovic, 1999). Ela aumenta o fluxo de informações a respeito de novas oportunidades e suscita o desejo de aproveitar as oportunidades e comodidades que, aparentemente, estão sendo criadas em outros países (Martine, 2005).

Porém, as fronteiras estão muito mais abertas para o fluxo de capitais e mercadorias do que para migrantes. A mobilidade de mão de obra poderia resultar em aumento da produção e diminuição de desemprego mundiais, e, conseqüentemente, gerar melhorias no bem-estar de toda a população. Entretanto, dependendo do ponto de vista, do momento, ou da situação, nem sempre há vantagens

para os migrantes e para os seus lugares de origem e de destino.

No caso de profissionais médicos, a desigual distribuição nos países é um fator importante para uma análise mais crítica do processo migratório. Desigualdades de concentração de profissionais dentro dos países costumam ser maior ou menor, de acordo com a extensão do território, as características do sistema de saúde, o nível socioeconômico e o desenvolvimento humano de suas populações. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem número médio de médicos por habitante, pois a necessidade depende de fatores regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. Isso torna pouco válido o estabelecimento de uma “taxa ideal” generalizada para todos os países. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2007) também vê limitações nas comparações entre países, pois precisam ser cotejadas com outros indicadores (Scheffer, 2015).

256

No entanto, os recursos humanos em saúde são determinantes chave para o bom funcionamento de sistemas e organizações de saúde. Segundo a OMS, a carência de profissionais de saúde é um entrave para o atendimento das metas do milênio e para a melhoria das condições de saúde em muitos países e regiões.

Em todo o planeta, o envelhecimento da população, com a conseqüente ampliação de doentes crônicos, que exigem cuidados por períodos prolongados, e o aumento de alguns problemas graves de saúde, como a epidemia de aids e outras doenças infecciosas emergentes, têm criado enorme demanda por profissionais da saúde, a qual não tem sido acompanhada pela formação de mão de obra em números suficientes para atendê-la. Por essa razão, governos e instituições têm promovido ações para tentar suprir tais necessidades, incluindo a contratação de médicos e

enfermeiros de outros países. Essa ação de atração se vale da vontade de profissionais que buscam condições de trabalho, de formação e aprimoramento e salários melhores em países mais ricos.

Assim, a globalização amplia em muito a mobilidade de profissionais de saúde, cujos fluxos são múltiplos, mas os principais vêm de regiões mais pobres e se dirigem a regiões e países com melhor nível de desenvolvimento e destes para os mais desenvolvidos, num movimento em cascata (Marchal e Kegels, 2003).

Entre os países que possuem mais médicos estrangeiros estão Estados Unidos, Reino Unido e Canadá (Marchal e Kegels, 2003). Do total de médicos estadunidenses, 27% vieram principalmente da Índia, Paquistão e Filipinas, nessa ordem de importância. No Reino Unido, com 12,6% de médicos estrangeiros, também predominam entre eles os indianos, seguidos dos irlandeses e depois os sul-africanos. O Canadá emprega 20% de médicos distribuídos, principalmente, entre os ingleses e sul-africanos (Bach, 2008).

257

No outro extremo, encontra-se o continente africano, onde residem 11% da população do planeta, a qual é submetida a 25% da carga mundial de doenças, e que possui, em contrapartida, apenas 4% da força de trabalho de profissionais da saúde. O déficit nesse continente é estimado em 720 mil médicos (Lueddeke, 2016).

Esses dados contribuem para as iniquidades em saúde ao redor do globo. Os serviços de saúde exigem que os médicos estejam nos mesmos locais que os pacientes (Bach, 2008), o que faz a mobilidade desses profissionais apresentar condições bem distintas se comparada à de outros, cujos empregadores e empregados podem deslocar-se mais facilmente. Além disso, nações mais pobres perdem profissionais formados com significativos investimentos e sacrifícios. Consequentemente, nelas há carência de médicos e baixa qualidade de serviços de saúde, sobretudo públicos. Em

2004, a OMS publicou uma resolução orientando os países-membros a desenvolverem estratégias para mitigar os efeitos adversos da migração sobre os profissionais e os sistemas de saúde (WHO, 2004).

### **Benefícios *versus* prejuízos da mobilidade de médicos pelo mundo**

Apesar de a mobilidade de médicos apresentar características específicas, como já mencionado, a análise feita por Martine (2005) mostrando as vantagens e desvantagens da migração internacional contribui, de alguma forma, para a discussão que aqui se propõe. Por isso, elas serão descritas de forma sucinta.

Como vantagens para os migrantes e lugares de origem, estão as remessas de dinheiro que os emigrantes transferem para as famílias, as comunidades e para o país de origem, promovendo dinamismo econômico. A migração permite mobilidade social, os migrantes apreendem ideias, habilidades e valores que ajudam na modernização do país de origem. Portanto, o profissional ao emigrar alivia tensões sociais em países de economias estagnadas e com grande população jovem e, em certas condições, promove a emancipação da mulher, expandindo a gama de seus papéis sociais (Martine, 2005).

Martine cita algumas vantagens para os locais de destino: os migrantes ajudam a baratear o custo dos serviços ao realizarem atividades que os nativos não querem fazer por salários mais baixos, pois se adequam melhor às mudanças no mercado de trabalho – isso eleva a produtividade, auxilia na redução da inflação e expande a base de consumidores e de contribuintes. A migração, complementa o autor, revitaliza sociedades envelhecidas ao preencher lacunas demográficas e laborais; os países receptores adquirem, gratuitamente, uma grande quantidade de recursos humanos qualificados, cujos custos foram internalizados pelos países doadores.

Como desvantagens para os lugares de origem ou países doadores, Martine menciona a “fuga de cérebros”, que leva a um déficit de recursos humanos qualificados. Os países doadores perdem as pessoas mais criativas, trabalhadoras, empreendedoras e ambiciosas.

Nos países receptores, os migrantes muitas vezes são perseguidos e maltratados por xenófobos, e considerados cidadãos de segunda classe. Em decorrência de tal discriminação racial e social, retarda-se a sua assimilação; eles sofrem dificuldades de comunicação e adaptação, estresse psicológico, perda de identidade e do referencial afetivo. A migração, principalmente para mulheres e crianças, é um fator de risco.

Assim, dentre as desvantagens para os lugares de destino ou países receptores, Martine destaca o cenário de conflitos e tensões sociais que surgem das diferenças étnicas, linguísticas e religiosas; o risco de erosão da cultura nacional; o peso fiscal, pois, ao menos no início, os imigrantes pressionam os serviços sociais, educacionais e de saúde. Ademais, aumentam os riscos para a segurança nacional, como possíveis ações terroristas; há maior competição por empregos, pois os imigrantes reduzem os salários dos trabalhadores locais, provocando reações dos sindicatos ou grupos de pressão, que os veem como concorrentes no mercado de trabalho.

No caso de médicos, outros aspectos têm influenciado a sua mobilidade, conforme levantamento bibliográfico feito em seis bases de dados (Capes, SIBI USP, BVS, SciElo, Science Direct e Pubmed) utilizando as palavras-chaves: *brain drain*, *physicians migration*, *data migration physicians* e *medical migration*, para o período de 2000 a 2015, nas quais se encontrou um grande número de artigos a respeito do assunto (ver Tabela 1). A saber, o recorte iniciado no ano 2000 justifica-se por ser este o momento em que a expressão “saúde global” passou a ser mais utilizada do que “saúde internacional”, com mudanças conceituais dos termos.

**Tabela 1****Levantamento bibliográfico sobre mobilidade de médicos (2000 a 2015)**

	Nº de publicações por países ou regiões					
	Estados Unidos	Europa	Canadá	Ásia	Países árabes	América Latina
<b>Total</b>	19.213	7.854	7.165	5.149	3.709	2.819

**Fonte:** Elaboração própria.

Os Estados Unidos apresentaram o maior número de publicações (19.213) em contraposição à América Latina, que teve o menor número (2.819).

Com base nos dados apresentados, pode-se inferir que a migração de profissionais da saúde constitui um fenômeno complexo de grande interesse e é objeto de preocupação mundial. Nos estudos, são considerados alguns aspectos positivos, mas também a geração de desequilíbrios no acesso das pessoas aos sistemas de saúde dos países doadores, em sua maioria, países menos desenvolvidos.

Além disso, o processo migratório de médicos apresenta inúmeras barreiras a serem vencidas, tais como falta de competência linguística, dificuldades no reconhecimento do diploma, aceitação da sociedade civil e das sociedades de classe, entre outros já apontados anteriormente. A mobilidade de médicos é fortemente influenciada por quadros regulatórios de governos que controlam o treinamento, recrutamento e emprego, dando origem a padrões específicos de migrações (Bach, 2008).

Apesar de a escolha de emigrar ser basicamente individual, as circunstâncias sociais e econômicas apresentam um importante impacto nessa decisão. Fatores associados a isso vão além dos relativos a melhor remuneração, vislumbram melhores perspectivas de vida e trabalho, como obter experiência profissional, ter mais oportunidades de ascensão na carreira, dar continuidade aos próprios estudos ou proporcioná-los aos familiares, ter acesso a melhores serviços e equipamentos de saúde, entre outros.

Há movimentos internacionais para que haja uma estratégia conjunta entre o Estado e outras instituições e organismos, a fim de que seja regulado o fluxo de profissionais da saúde entre países. Políticas e intervenções são necessárias para lidar com a complexidade do tema no que se refere ao sistema de saúde e aos problemas que envolvem os trabalhadores da saúde, tais como o recrutamento, a retenção, a implantação e a capacitação e desenvolvimento profissional (Afzal, Masroor e Shafqat, 2012).

A migração permanente de profissionais de saúde dos países menos desenvolvidos para os mais desenvolvidos ocorre, além do já mencionado (melhores salários e condições de vida etc.), por demanda de suprir o setor saúde dos países receptores. Já em 1998, estudo realizado pela OMS estimou que 56% dos médicos que emigravam eram oriundos de países menos desenvolvidos para países mais desenvolvidos contra somente 11% no sentido contrário. Os principais países doadores eram Índia, Filipinas e África do Sul, cujos médicos, enfermeiros e técnicos emigraram para a Austrália, Mediterrâneo Oriental, Inglaterra e Estados Unidos (Chanda, 2002).

Percebe-se, então, na literatura, que os dois grandes motivos que impelem os médicos a emigrar são os de origem pessoal e os externos. Estes últimos englobam fatores econômicos, associações de classe, escolas médicas, organizações de acreditação, grupos de defesa do paciente e políticas de saúde.

Quanto aos motivos pessoais, supunha-se, inicialmente, como fator motivador, os melhores salários dos países receptores. Porém, outros estudos ampliam essa questão. Vujicic e colegas (2004), por exemplo, ao analisarem os motivos da emigração de médicos de seis países africanos (Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbábue) para cinco países desenvolvidos (Canadá, Austrália, França, Estados Unidos e Inglaterra), observaram discreta relação

entre a oferta de profissionais de saúde para migração e a diferença de salários entre os países doadores e receptores. Foi realizado, então, um estudo qualitativo com entrevistas envolvendo três grupos de médicos em três situações distintas: o ponto de vista do profissional que deseja emigrar; o do que já está trabalhando no país receptor; e do que já emigrou e a quem foi perguntado o que o faria retornar ao seu país de origem.

No primeiro grupo, dos médicos que desejavam emigrar, foram identificados, além de melhores salários, a possibilidade de maior qualificação profissional e ganho de experiência no país de destino. Em relação ao país de saída, foram citados: ausência de promoções no trabalho; más condições de vida, incluindo violência e crime; pesada carga de trabalho; e serviços de saúde em decadência.

262

No segundo grupo, que já havia emigrado, identificaram-se, como razões para a emigração: ganho de experiência, melhores salários, em consequência, melhores condições de vida no país receptor, e a possibilidade de poupar. No que diz respeito ao país de saída, foram indicados: a impossibilidade de ascensão profissional, a desesperança, o declínio da economia e dos serviços de saúde.

No terceiro grupo, os profissionais retornariam ao seu país de origem se houvesse, além de melhores salários e benefícios, possibilidades de educação continuada que propiciassem planejamento e condução da carreira mais efetivos, capacitando-os melhor para sua prática profissional e/ou para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, o que ampliaria as perspectivas de trabalho. Também foi mencionado como atrativo o desejo de promover melhorias na administração do sistema de saúde do país de origem.

As implicações financeiras e sociais em decorrência do movimento dos médicos não estão bem claras. Para o país de origem, o aumento da mobilidade dos profissionais pode gerar remessas e transferências, ajudar a promover o



intercâmbio de conhecimento clínico entre profissionais e, assim, atualizar a prática e as normas locais. Para o país de acolhimento, a mobilidade de médicos fornece um importante meio para reconhecer a escassez desses profissionais, para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde e também para conter as pressões de custos. Em Moçambique, por exemplo, especialistas estrangeiros de Portugal e África do Sul costumam ocupar cargos na saúde pública e em grandes hospitais. Da mesma forma, a Maurítânia depende de médicos especialistas da França, Marrocos e Tunísia (Chanda, 2002).

### **Panorama internacional da distribuição de médicos**

A distribuição de médicos em relação ao número de habitantes dos países explica apenas parcialmente sua mobilidade internacional. No entanto, é importante que se apresentem as linhas gerais dessa distribuição como base para a discussão sobre a mobilidade.

De acordo com Lueddeke (2016), 50% dos médicos estão concentrados em territórios com menos de um quinto da população mundial. Regiões onde a carga de doenças é maior são atendidas por somente 2% dos médicos do mundo, aproximadamente 9 milhões.

Pesquisa da OECD (2013) comparando 40 países chegou à média de 3,2 médicos por mil habitantes. A média brasileira foi de 1,8 médico por mil habitantes, colocando o país na sétima posição entre as nações estudadas. Abaixo do Brasil, vinham Turquia, Chile, China, África do Sul, Índia e Indonésia. Todavia, abaixo da média da OECD estavam países mais desenvolvidos como Reino Unido, 2,8; Irlanda, 2,7; e Nova Zelândia, 2,6. E taxas não muito distantes à do Brasil foram encontradas para os Estados Unidos, 2,5 médicos por mil habitantes; Canadá, 2,4; Polônia, 2,2; e Japão, 2,2. Muitos desses países têm um déficit crônico e crescente de médicos devido ao aumento das necessidades da população

envelhecida e também da diminuição do interesse pela profissão entre a força de trabalho jovem. Desde os anos 1990, após um período de suprimento excessivo de profissionais de saúde em diversos países mais desenvolvidos, houve aumento da demanda desses profissionais para suprir a carência dos serviços de saúde em decorrência do aumento da população idosa (Grignon, Owusu e Sweetman, 2012).

O país com a maior média era a Grécia, com 6,1 médicos por mil habitantes, seguido pela Rússia, com 5; Áustria, 4,8; Itália, com 4,1; Portugal, 4,0; Suécia, 3,9; e Alemanha, com 3,8.

Os dados gerais por país não consideram a distribuição desigual dentro dos territórios, nem a distribuição de médicos no interior dos sistemas de saúde. No caso do Brasil, 55,3% dos médicos estão na região Sudeste, onde se concentram 42% da população (Scheffer, 2015). As capitais e as estruturas privadas do sistema de saúde concentram maior proporção de médicos que o interior e os serviços públicos.

264

Os médicos brasileiros, em média, estão na faixa etária mais jovem, e a porcentagem de mulheres na medicina, embora em ascensão, ainda é menor que nos países da OCDE (Scheffer, 2015).

Na maioria dos países, a remuneração dos especialistas é mais elevada e cresce mais rapidamente que a dos generalistas. Além da vantagem financeira, explicam, em parte, o crescimento do número de especialistas: prestígio do título, melhores condições de trabalho e grande oferta de postos de trabalho no setor privado. Preocupados com o risco de escassez de médicos generalistas, essenciais em sistemas de saúde ordenados a partir da atenção primária, alguns países têm regulado a formação de especialistas, priorizando determinadas especialidades (Scheffer, 2015).

Além disso, os países adotaram diferentes políticas sobre a migração de profissionais da saúde. Exemplificando, para deter a saída permanente de pessoal, países como a Índia e a África do Sul definiram que seus profissionais

cumprissem, após a graduação, um período de serviço em seu próprio território. Alguns mercados receptores, tais como os Estados Unidos, encorajaram algumas categorias específicas com a introdução de vistos especiais. Dessa forma, houve incentivo para enfermeiros e técnicos provenientes da Índia, Jamaica e Filipinas e para médicos especialistas do Canadá e do Reino Unido (Chanda, 2002).

As mudanças nas políticas de imigração dos Estados Unidos, no período de 1990 a 1996, estimularam a migração de médicos vindos de países industrializados. Entre 1970 e 1993, o número de médicos estrangeiros nos Estados Unidos cresceu de 57 mil para 150 mil. Em 1993, cerca de 45% deles eram originários da Índia, Paquistão e Filipinas (Chanda, 2002).

Em 2007, uma publicação da OECD relata aumento da competição entre os países-membros e como atrair e reter profissionais em geral e profissionais da saúde em particular. Logo depois, a OMS elabora um documento com foco na ética e proteção dos países menos desenvolvidos, para orientá-los em relação às políticas de recrutamento internacional (WHO, 2010). Acrescente-se ainda que alguns países adotaram políticas próprias em relação à imigração de profissionais de saúde, tais como Canadá, Noruega e Reino Unido (Grignon, Owusu e Sweetman, 2012).

Outro fenômeno observado é a emergência de escolas médicas que oferecem educação para exportação. Essas instituições proveem educação médica para estudantes estrangeiros que, ao final do curso, retornam aos países de origem ou decidem exercer sua profissão em um terceiro país. Nesse contexto, destacam-se escolas médicas do Caribe e da Irlanda e, mais recentemente, da Austrália (Grignon; Owusu e Sweetman, 2012). Naturalmente, esses países identificaram um potencial doméstico de suprimento de profissionais que tiveram seus estudos financiados pelos próprios estudantes e que estão totalmente ambientados aos hábitos locais ao término da graduação.

Esse fenômeno difere da prática de países como Filipinas e Índia, os quais apresentam uma intenção explícita de formar seus próprios cidadãos para o mercado internacional, como migrantes (Masselink e Shoou-Yeh, 2010).

Outro formato, no processo de migração de médicos, consiste no fluxo de profissionais entre países mais desenvolvidos, que têm em comum a língua inglesa. São eles: Canadá, Reino Unido, Austrália e Estados Unidos – os dois primeiros, países preferencialmente doadores; os dois últimos, preferencialmente receptores. Comparação feita com um conjunto maior de países, Canadá e Reino Unido também se tornam receptores (Mullan, 2005).

Outro determinante na migração de médicos é a ocorrência potencial de demanda não prevista de profissionais da saúde em contextos onde empréstimos de profissionais não são normalmente possíveis. Exemplo: em alguns países mais desenvolvidos, onde o seguro privado de saúde é fortemente presente, não são todos os indivíduos segurados. Além disso, segurados podem apresentar patologias (às vezes, desde o nascimento) não cobertas pelo seguro. Apesar de ser imoral e eticamente inaceitável, essa condição leva a uma falha de cobertura pelo seguro, em que o Estado intervém para fornecer ou pelo menos pagar e/ou subsidiar serviços de saúde para esses indivíduos (Grignon; Owusu e Sweetman, 2012).

Em um esforço de controlar os gastos governamentais, algumas vezes é definido determinado número de provedores, mesmo sabendo que a questão é bem mais complexa, especialmente para a migração de médicos. Como exemplo, são definidas quotas para médicos, tanto para graduandos como graduados: Austrália, França, Suécia e Reino Unido controlam a entrada de estudantes nas escolas médicas por meio de *university funding*. No Canadá, o processo é mais descentralizado, definido localmente pelas províncias (AMA, 2010).

As migrações de médicos, sendo permanentes, apresentam implicações adversas para a equidade, qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde nos países de origem.

De fato, a maior parte dos fluxos transfronteiriços de profissionais da saúde assume a forma de migração permanente. Estima-se que 10 mil profissionais da saúde emigraram da África do Sul, entre 1989 e 1997, e que de um terço à metade dos graduados emigra a cada ano, principalmente para o Reino Unido e Estados Unidos. A África do Sul, por sua vez, que perde cerca de 50% de seus médicos formados internamente para os países desenvolvidos, tem grande carência de profissionais no interior do país, sobretudo em zonas rurais e periferias urbanas, mesmo investindo continuamente na criação de escolas médicas e de outras áreas da saúde.

Da mesma forma, estima-se que mais de 10 mil peritos médicos e de biotecnologia do Egito emigraram, e que, de 1.200 médicos treinados no Zimbábue, durante a década de 1990, apenas 360 exerciam práticas médicas no país, em 2001. Grande número de enfermeiros também emigrou do Zimbábue para Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido, fugindo dos baixos salários, más condições de trabalho e instabilidade política. Cerca de 60% dos médicos capacitados em Gana, durante os anos 1980, também deixaram o país; e, no Sudão, estima-se que 17% dos médicos e dentistas deixaram o país entre 1985 e 1990.

Um fluxo permanente dos prestadores de serviços de saúde impõe custos significativos sobre o país de origem. Isso leva à escassez de pessoal altamente treinado e de recursos públicos investidos em sua formação, que são perdidos na saída desse capital intelectual. Estima-se que a África do Sul tenha perdido 6,78 bilhões de dólares em investimento de capital humano em 1997 (calculado a partir do custo de treinamento de 60 mil dólares por médico), uma perda apenas parcialmente compensada pelas remessas decorrentes

de tais saídas. Além disso, há também consequências da distribuição e realocação de médicos, considerando que as remessas e transferências são privadas e não encaminhadas para o setor público, ao contrário dos benefícios diretos da retenção de profissionais de saúde.

Deve-se reconhecer, no entanto, que, em um mundo cada vez mais globalizado e interligado, há possibilidades para o crescimento de redes de intercâmbio de experiências, conhecimento, informações e recursos. Portanto, o impacto da mobilidade de prestadores de serviços de saúde para a equidade, o acesso, os custos e a qualidade dos serviços de saúde é, em grande parte, dependente das políticas e da salvaguarda dos governos instituídos e das condições existentes no setor (Chanda, 2002).

268

Mas... por que países mais desenvolvidos importam médicos? A migração de profissionais da saúde é uma resposta à escassez em curto prazo nos países receptores. Mesmo nos países mais ricos, pode haver lacuna de recursos humanos em áreas rurais e menos privilegiadas. O governo tem a autoridade para atuar nessa escassez. Em algumas situações, importar profissionais da saúde produz um resultado melhor e mais rápido do que aumentar o pagamento de trabalhadores já existentes, para que se desloquem para áreas distantes ou distritos precários. Áreas de escassez de profissionais, áreas rurais, remotas e desprivilegiadas podem ser atendidas por mão de obra imigrante (Bärnighausen e Bloom, 2009). Para vincular a vinda de migrantes a determinadas áreas, são fornecidos vistos de permanência limitada, tais como J-1 nos Estados Unidos e licenças temporárias ou provisórias para exercer a medicina, na Austrália e no Canadá (Auda, Ross e Vardey, 2005).

Estudo realizado por Aki e colegas, em 2012, identifica os impactos positivos e negativos da migração de profissionais de saúde nos países doadores, dentre os quais o Líbano, exemplo de país doador. Esse país tem testemunhado uma

emigração crescente de médicos. O objetivo daquele estudo foi compreender as percepções dos formuladores de políticas libanesas a respeito da emigração e analisar as suas propostas para futuras políticas e estratégias para lidar com a questão. O Líbano tem excesso de médicos, impulsionado, em grande parte, pelo excesso de produção de licenciados, em decorrência de um crescente número de escolas médicas. Mesmo considerando-se a situação de guerra em que esse país se encontra, a maioria dos participantes reconheceu a globalização da força de trabalho médica libanesa, que inclui o intercâmbio com a região do Golfo e com países desenvolvidos e o envolvimento das instituições de ensino médico norte-americano na região, como uma oportunidade aos profissionais (Aki et al., 2012).

Zarrilli (2002), em estudo sobre o sistema de saúde do Brasil, identificou as dificuldades dos médicos estrangeiros de se fixarem no país, tendo em vista os procedimentos para se obter a equivalência dos diplomas e o fato de as associações profissionais discordarem da posição do governo de facilitar a livre circulação de médicos pelo Mercosul. Zarrilli também menciona a saída de profissionais médicos brasileiros para a realização de pós-graduação nos Estados Unidos e na Europa, porém sempre com o intuito de retornarem ao país, após um período de treinamento ou diploma estrangeiro, que facilitariam sua carreira profissional no Brasil.

\*\*\*

A mobilidade de médicos no mundo também aponta que os determinantes dessa mobilidade são as desigualdades e iniquidades ao redor do globo, a violência e a busca de melhores oportunidades de vida e trabalho. No entanto, essas migrações têm forte impacto na saúde das comunidades e nos sistemas de saúde dos países, que têm sérias limitações para manter seus profissionais, pois estão no elo final de um

processo muito amplo e complexo que ultrapassa em muito seu âmbito de atuação. Assim, este é um item dos mais importantes para as discussões e acordos em saúde global no âmbito da diplomacia em saúde.

Insuficiência de médicos tem sido identificada como um dos impedimentos a maior e melhor enfrentamento de problemas sérios de saúde de muitas nações (Marchal e Kegels, 2003).

A expressão *brain drain* (“fuga de cérebros”) foi cunhada em 1960 para descrever a migração de acadêmicos ingleses para os Estados Unidos, e denotava um efeito negativo para os países exportadores. Nos anos 2000, ela foi sendo substituída por “migração profissional”, “mobilidade profissional” ou “circulação de cérebros” em publicações do Banco Mundial e de outras agências internacionais (Marchal e Kegels, 2003; Bach, 2008).

270

Esses termos parecem dar neutralidade a um processo que tem fortes conotações econômicas, sociais e políticas. Referir-se a mobilidade e migração de profissionais pode ser válido para médicos que vão aos Estados Unidos, a países europeus e outros, em bases temporárias, para treinamento em instituições de renome. Profissionais qualificados, que partilham uma base de conhecimento comum, sempre tiveram sua mobilidade facilitada e já existiam antes da globalização e da expressão “saúde global”. Entretanto, quando se trata de países menos desenvolvidos, estes têm sido constantemente prejudicados pela saída definitiva de seus profissionais para resolver problemas do mercado de trabalho dos países mais desenvolvidos, que, a despeito de manterem consideráveis barreiras à imigração, seletivamente as retiram para profissionais específicos, de elevada competência, como os médicos. Ao atrair a nata dos profissionais, a corrente globalização desequilibra ainda mais as frágeis condições da força de trabalho dos países de baixa renda (Marchal e Kegels, 2003).



Ademais, a mobilidade profissional exige certa similaridade no nível de conhecimento e na formação profissional, para permitir a licença e o registro profissionais e relaxamento nas restrições de migrações de trabalhadores qualificados. Vários tratados de livre-comércio e países têm se debruçado sobre esse objetivo para poder suprir carências de profissionais com a aceitação ou atração de estrangeiros. Essas discussões são parte de uma das áreas crescentes no âmbito da saúde global – a diplomacia em saúde –, que deve ter como princípios básicos a ética, o direito à saúde e à justiça.

### **Nancy Peres da Mota**

é médica, doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

### **Helena Ribeiro**

é geógrafa, professora titular do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenadora da pós-graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da mesma universidade.

271

### **Bibliografia**

- AFZAL, S.; MASROOR, I.; SHAFQAT, G. 2012. Migration of health workers: a challenge for health care system. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, Karachi, v. 22, n. 9, pp. 586-87.
- AKI, E. et al. 2012. Willingness of Lebanese physicians in the United States to relocate to Lebanon. *Human Resources for Health*, n. 10. Disponível em: <<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-15>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- AMA – American Medical Association. 2010. *International Medical Graduates in American Medicine: contemporary challenges and opportunities*. Chicago: International Medical Graduates, Section Governing Council.
- AUDA, R.; ROSS, A.; VARDEY, D. 2005. The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada. *Canada Medical Association Journal*, Ottawa, v. 173, n. 11, pp. 1315-16.

- BACH, S. 2008. International mobility of health professional: brain drain or brain exchange? In: SOLIMANO, A. *The international mobility of talent types, causes, and development impact*. Oxford: Oxford University Press.
- BÄRNIGHAUSEN, T.; BLOOM, D. 2009. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, n. 86. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702285/>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- CHANDA, R. 2002. Trade in health service. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 80, n. 2, pp. 158-63.
- GRIGNON, M.; OWUSU, Y.; SWEETMAN, A. 2012. The international migration of health professionals. *IZA Discussion Paper*, Bonn, Germany, n. 6.517, pp. 1-3.
- LUEDDEKE, G. 2016. *Global population health and well-being in the 21st Century*. New York: Springer.
- MARCHAL, B.; KEGELS, G. 2003. Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? *International Journal of Health Planning and Management*, n. 18, pp. 89-101.
- MARTIN, P. L. 2004. Migration. In: LOMBORG, B. (ed.). *Global crises, global solutions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp. 443-477.
- MARTINE, G. 2005. A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em Perspectiva*, v. 19, n. 3, pp. 3-22.
- MASSELINK, L. E.; SHOOU-YEH, D. L. 2010. Nurses: expansion and commercialization of nursing education in the Philippines. *Social Science & Medicine*, n. 71, pp. 166-72.
- MASSEY, D. S. et al. 1998. *Worlds in motion: understanding international migration at the end of the Millennium*. Oxford: Clarendon Press.
- MILANOVIC, B. 1999. On the threshold of the third globalization: why liberal capitalism might fail? *SSRN – Tomorrow's Research Today*, Rochester, NY. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=262176>>. Acesso em: 1 mar. 2016.
- MULLAN, F. 2005. The metrics of the physician brain drain. *The New England Journal of Medicine*, n. 353, pp. 1810-18.
- OECD – Organization for Economic Cooperation and Development [OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico]. 2007. *International migration outlook 2007*. Paris: OECD.
- \_\_\_\_\_. 2013. *Panorama de la santé 2013: les indicateurs de l'OCDE*. Disponível em: <<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2016.

- SCHEFFER, M. (coord.). 2015. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP; Conselho Regional de Medicina; Conselho Federal de Medicina.
- VUJICIC, M. et al. 2004. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 82, n. 8, pp. 595-600.
- WHO – World Health Organization [OMS – Organização Mundial de Saúde]. 2004. *Fifty-Seventh World Health Assembly: Resolution WHA57.19*. Geneva: WHO. Disponível em: <[www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wharesolution\\_migration/en/](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wharesolution_migration/en/)>. Acesso em: 1 mar. 2016.
- \_\_\_\_\_. 2010. Global code of practice on the international recruitment of health personnel Sixty-Third World Health Assembly – WHA63.16. Geneva: WHO.
- ZARRILLI, S. 2002. The case of Brazil. Trade in health services: global, regional and country perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, Disponível em: <<http://www.who.int/trade/en/THpart3chap11.pdf?ua=1>>. Acesso em: 24 jun. 2016.



## MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS

NANCY PERES DA MOTA

HELENA RIBEIRO

**Resumo:** O manuscrito inicia por discutir como a globalização aumentou a mobilidade internacional de médicos, relacionada a questões econômicas, políticas, sociais e trabalhistas. Em seguida, traça um panorama internacional dos principais movimentos migratórios atuais de profissionais médicos. Destaca que os maiores fluxos se dão de países e regiões mais pobres para aquelas mais afluentes e destas para países desenvolvidos. Estes, apesar de apresentarem taxas mais elevadas de médicos por habitantes, apresentam necessidades de profissionais sobretudo devido ao envelhecimento de suas populações e às localidades distantes, pouco atrativas para os formados no país. Finaliza por discutir questões relacionadas à equidade em saúde ao redor do globo, à diplomacia em saúde e a princípios éticos envolvidos.

**Palavras-chave:** Mobilidade; Migração de Profissionais; Médicos; Fuga de Cérebros; Equidade.

## INTERNATIONAL MOBILITY OF DOCTORS

**Abstract:** *The manuscript starts with the discussion on how globalization increased international mobility of doctors, regarding academic, political, social, and labor issues. Then, it shows an international overview of the main migratory movements of medical professionals. It highlights that the main fluxes are from poor regions to more affluent ones and from those to developed nations. Those countries, despite of presenting higher per capita numbers of doctors, present professional needs, especially due to the ageing of their populations and to distant locations, which are or non-attractive places to native undergraduate students. It ends up by discussing issues of equity in health around the world, health diplomacy, and ethical principles involved.*

**Keywords:** *Mobility; Professional Migration; Doctors; Brain Drain; Equity.*

**Recebido em:** 4/3/2016

**Aprovado em:** 17/6/2016