



X COLÓQUIO INTERNACIONAL

"Educação e Contemporaneidade"
22 a 24 de Setembro de 2016
São Cristóvão/SE - Brasil



ISSN: 1982-3657

O GÊNERO E SUA INFLUÊNCIA NA FORÇA DE TRABALHO MÉDICO

JOSEFA LUSITÂNIA DE J BORGES

MARIA HELENA SANTANA CRUZ

EIXO: 10. EDUCAÇÃO, CORPO, SEXUALIDADE, GÊNERO

O objetivo desta investigação consistiu em avaliar a configuração de gênero e influencia sobre a organização do trabalho de médicas(os), comparando as peculiaridades das respectivas trajetórias no Brasil e em Portugal. A abordagem dialética mostrou-se coerente por meio do estudo de multicaseos, para desvendar as representações sociais de dezoito entrevistados atuantes na ESF de Aracaju/SE e das Unidades de Saúde Familiar (USF) da Zona Norte de Portugal (Porto e Vila Nova de Gaia) e na região Centro de Portugal (Coimbra). Outras fontes de informação não menos importantes (documentos, estatísticas da Demografia Médica no Brasil (2013) e em Portugal -- o relatório final do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde (2013), constituíram a base de análise referente a produção do conhecimento sobre o objeto. Os dados revelam diferenças de gênero e, especificamente do modo como o fenômeno global da feminização da medicina vem incidindo na particularidade do contexto brasileiro e português.

The purpose of this research was to assess the gender configuration and influence on the organization of medical work (the) comparing the peculiarities of their trajectories in Brazil and Portugal. The dialectical approach proved to be consistent through multicases study to unravel the social representations of eighteen respondents working in the FHS of Aracaju / SE and Family Health Units (USF) in northern Portugal Zone (Porto and Vila Nova de Gaia) and in central Portugal (Coimbra). Other sources of information no less important (documents, Medical Demography statistics in Brazil (2013) and Portugal - the final report of Physicians for Prospective Development Study in the National Health System (2013), formed the basis of analysis relating to production

knowledge about the object. the data reveal gender differences and specifically how the global phenomenon of the feminization of medicine has been focusing on the particularity of the Brazilian and Portuguese context.

No setor saúde, em muitos países, a ocupação da força de trabalho feminino ultrapassa 75%, o que torna as mulheres indispensáveis à prestação dos serviços de saúde. A medicina reflete os valores e estereótipos da sociedade, decorrendo os vieses de gênero nos serviços de saúde da estratificação social relativamente ao gênero. A partir do gênero, pode-se perceber a organização concreta e simbólica da vida social e as conexões de poder nas relações entre os sexos; o seu estudo é um meio de decodificar e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana. O objetivo desta investigação consiste em avaliar a configuração de gênero e sua influencia sobre a organização do trabalho de médicas(os), comparando as peculiaridades das respectivas trajetórias no Brasil e em Portugal. A profissão médica foi escolhida porque, sendo desde a sua origem ocupada primordialmente por homens, atualmente se constitui em exemplo marcante de presença feminina, embora ainda persistam desigualdades entre os sexos. Outro fator determinante na escolha da Medicina como objeto de estudo é que ela apresenta taxas elevadas de feminização, ou seja, verifica-se uma crescente expansão da mão-de-obra feminina em redutos tradicionalmente ocupados por homens.

Em muitos países, ainda há uma concentração de mulheres em ocupações de saúde de menor qualificação, e apenas uma minoria em ocupações de qualificação mais elevada. Em 1997, no contingente dos médicos com menos de 30 anos de idade, as mulheres correspondem a aproximadamente 50% da força de trabalho (MACHADO, 1997). Maria Helena Machado (1997) ao analisar a situação profissional no campo da Medicina no Brasil nos anos 1940, indica que as mulheres somavam apenas 1% do contingente, o que indica que o processo de feminização têm apresentado uma taxa de crescimento vertiginosa: quase 35% dos profissionais no país atualmente são mulheres e a tendência, de ainda maior expansão. É necessário avaliar se a inserção das mulheres na profissão tem configuração nas relações de gênero no ambiente de trabalho, buscando evidenciar se existem discriminações de sexo em relação à mulher, e em que medida este fator poderia estar afetando negativamente sua carreira profissional. De acordo com o número de matrículas por sexo em cursos universitários, é de ainda maior expansão. É necessário avaliar se a inserção das mulheres na profissão tem configuração nas relações de gênero no ambiente de trabalho, buscando evidenciar se existem discriminações de sexo em relação à mulher, e em que medida este fator poderia estar afetando negativamente sua carreira profissional.

A análise de gênero na força de trabalho em saúde pode revelar o fato de que os Sistemas de

Saúde possivelmente refletem ou mesmo exacerbam muitas das desigualdades sociais[1] (de gênero, classe, etnicidade/raça, idade/geração e orientação sexual) que deveriam procurar reduzir ou evitar, para não tornar mais dramáticas as vivências dos indivíduos e, mais especificamente, das mulheres.

O termo gênero é muito confundido com o termo “sexo”. Enquanto sexo é uma categoria que demarca as diferenças entre os significados do que é ser fêmea e ser macho, *gênero* é um conceito relacionado à construção social do feminino/masculino, através da dinâmica das relações sociais que configuram uma identidade pessoal, uma história de vida e um projeto de vida que refletem concepções de gênero internalizadas por homens e mulheres. É a partir da observação e do conhecimento das diferenças sexuais do que é masculino e do que é feminino, que a sociedade estrutura as representações **de gênero**. Compreender essa diferença é essencial para discutir a igualdade. Joan Scott (1990, p.14) define gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”. O conceito de gênero se refere às relações entre mulheres e homens, mulheres e mulheres, homens e homens.

Todas essas relações criam várias desigualdades, fazendo com que alguns tenham mais poder sobre outros, sendo considerados mais importantes e respeitados na sociedade. Durante muito tempo não foi reconhecida a existência de vieses de gênero na medicina. Ao longo da última década do século XX, destacam-se evidências empíricas acerca do possível tratamento médico inadequado das mulheres como resultado de vieses de gênero. A baixa participação das mulheres em posições de gestão e de liderança pode levar a uma menor atenção e compreensão tanto dos aspectos das condições de trabalho que caracterizam a maioria dos empregos das mulheres quanto dos cuidados de saúde específicos para elas.

METODOLOGIA ADOTADA: As ferramentas, métodos e abordagens existentes para a análise da força de trabalho em saúde, inicialmente desenvolvidos e voltados para os setores de trabalho predominantemente masculinos, devem ser validados e ampliados para as análises do emprego feminino. As análises das condições de trabalho devem levar em consideração fatores que afetam de maneira mais específica as trabalhadoras, tais como cargas físicas de trabalho, conciliação entre trabalho e família, relacionamento com os clientes e assédio sexual. A abordagem dialética mostrou-se coerente por meio do estudo de multicaseos, para desvendar as representações sociais de dezoito entrevistados (*seis do sexo masculino e doze do sexo feminino*) atuantes na ESF de Aracaju/SE e das Unidades de Saúde Familiar (USF) da Zona Norte de Portugal (Porto e Vila Nova de Gaia) e na região Centro de Portugal (Coimbra). Outras fontes de informação não menos importantes (documentos, estatísticas da Demografia Médica no Brasil (2013) e em Portugal -- o

relatório final do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde (2013), constituíram a base de análise referente a produção do conhecimento sobre o objeto deste estudo. As formas de sociabilidades se diferenciam e são marcadas por especificidade e contradições. Os sujeitos, enquanto atores individuais e coletivos inseridos em determinados contextos organizacionais e institucionais (hospitais, centros de saúde, agência do setor, organizações, instituições, com trajetórias históricas, hierárquicas) tanto criam relações sociais como também são produto destas.

Particularmente, as mudanças na estrutura atual do setor saúde, e no mercado de trabalho médico no Brasil, levam-nos a afirmar que estas têm afetado a profissão médica nuclearmente, tanto em seus elementos constitutivos-ética, autonomia, saber, ideal de serviço, etc., – como em sua prática no mundo do trabalho (MACHADO, 1996, p. 126). Machado (1996) denuncia o crescente processo de assalariamento dessa categoria mediante a forte presença do Estado no setor. Tal fenômeno é observado em Portugal e no Brasil. As contradições advindas do mundo do trabalho e suas transformações incidem no âmbito das políticas públicas e sobre esses profissionais, diminuindo o poder das corporações e revelando contradições entre identidade de si e para si.

PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO NA MEDICINA NO BRASIL E EM PORTUGAL: A coleta, processamento, disseminação e uso de dados desagregados por sexo podem ajudar a planejar, monitorar e avaliar, satisfatoriamente, as intervenções relativas a gênero no local de trabalho e contribuem para compreender como as diferenças sociais e comportamentais entre homens e mulheres podem levar a desigualdades no setor saúde, nas condições de trabalho, no acesso aos serviços de saúde e aos seus resultados. Uma estratégia para a análise de gênero da força de trabalho em saúde deve incluir quatro componentes-chave: a) A capacitação para a análise de gênero nas políticas e no planejamento voltado para a força de trabalho, nos níveis internacional, nacional e subnacional; b) A implicação do gênero no desenvolvimento de orçamentos nacionais voltados para a força de trabalho em saúde; c) A promoção do uso de dados desagregados por sexo em todos os níveis de atividades de monitoramento e avaliação; e o estabelecimento de responsabilidade e transparência.

A segregação ocupacional por gênero pode corresponder tanto a um agrupamento vertical (diferenciais na razão por sexo de acordo com o status relativo de emprego) quanto a um agrupamento horizontal (diferenciais de sexo de acordo com a especialização). As condições e as oportunidades de trabalho variam significativamente entre as ocupações e os países, a equidade de gênero pode ser caracterizada pela ausência de diferenças observadas por gênero. Pesquisa sobre o “Perfil dos Médicos no Brasil”(2011) informa que 57% deles conciliam três ou mais atividades, condição essa que incide na questão da saúde desse trabalhador e nas suas condições

de trabalho. Tal aspecto, é reflexo do processo de assalariamento da categoria, e tem relação direta com a remuneração, oferta e demanda do mercado, devido ao crescimento de postos médicos[2]. Com relação ao sexo, diplomaram-se no período em análise 4.031 alunos do gênero masculino e 7.287 alunos do gênero feminino. (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2013 p. 41)

Em que pese haver registro da ampliação das estruturas e da oferta de postos médico no interior sergipano, sobretudo nas sedes das regionais de saúde, a exemplo de Nossa Senhora do Socorro, Lagarto, Itabaiana, Estância e Nossa Senhora da Glória, o Estado vem encontrando dificuldades para fixar e fazer funcionar, com toda sua potencialidade, os equipamentos de saúde instalados nesses municípios, e em outros que conformam o Estado.

Em Portugal, diferentemente do Brasil, na profissão médica as mulheres já superam os homens e representam 51% do total. Apesar de esse percentual apresentar certo equilíbrio em termos de gênero já é um indicativo da tendência de feminização da categoria, pois é possível denotar que nos escalões etários até 39 anos. As mulheres representam quase o dobro dos homens. Verifica-se um acentuado rejuvenescimento da medicina no país, uma vez que 31% do total têm até 39 anos. O Estudo de Evolução (2013), no país os médicos, de forma global, conformam um grupo profissional envelhecido, pois 54% dos seus componentes têm mais de 50 anos e o escalão etário entre os 50 e os 59 anos concentra 30% de todos os profissionais.

No Brasil, segundo dados do Conselho Federal de Medicina (2009, p. 24), pela primeira vez, as mulheres passaram, (em 2011), a ser maioria dentro do grupo de médicos com 29 anos ou menos, tendência confirmada em 2012. Do total de 51.070 médicos inseridos na referida faixa etária, 54,50% são mulheres e 45,50% são homens. O mercado de trabalho médico, ainda deverá permanecer com maioria de homens por mais uma década e meia, considerando que, até os anos 1970, a profissão era predominantemente masculina. Projeta-se que somente em 2028as mulheres serão maioria no mercado médico brasileiro (SCHEFFER, 2013, p.25). Cruz defende que, ao se analisar a força de trabalho de mulheres, é preciso considerar "o processo de dominação social, política e ideológica", o que denota relações de poder com resquícios patriarcais (CRUZ, 2005, p. 42).

PARA CONCLUIR : Quando o assunto é força de trabalho médica no Brasil e em Portugal é preciso considerar que as condições geográficas, a cultura, os contextos histórico e social, a conjuntura política e as características epidemiológicas incidem de forma diferenciada na sua formação, ao tempo que apresenta aspectos similares na sua constituição. Os dados revelam diferenças de gênero e, especificamente do modo como o fenômeno global da feminização da medicina vem incidindo na particularidade do contexto brasileiro e português. Em Portugal, o processo de feminização da categoria médica mostra-se mais acentuado e consolidado,

observando-se dois traços que o diferenciam. Primeiro é a preponderância feminina em diferentes especialidades. Ou seja, das 47 especialidades, elas são maioria, com taxa superior a 50%, em 33 das especialidades o que corresponde a 58% do total. A outra se refere ao fato de que, diferentemente do Brasil, as especialidades em que se denota uma taxa de feminização mais elevada são a Medicina Legal, a Psiquiatria da Infância e da Adolescência, a Imunohemoterapia e a Radioterapia. As medica não estão em áreas básicas como se denota no Brasil. Registra-se semelhança com o caso brasileiro na preponderância do gênero masculino nas especialidades cirúrgicas e em áreas como Urologia, Ortopedia, Medicina Desportiva, a Farmacologia Clínica[1].As concepções mais igualitárias no espaço das relações de gênero estariam diretamente relacionadas, na ação feminina, à ampliação do universo de escolhas e ao maior investimento na própria qualificação bem como na vida profissional. Os dados revelam a existência de relações de poder. Isto porque vivemos em um mundo que confere maior importância ao sexo masculino. As escolhas profissionais estão presentes antes mesmo da ação, assim o indivíduo vai construindo e reconstruindo formas identitárias por meio e na relação consigo mesmo e com o outro. As representações sociais tanto de homens quanto de mulheres não são reguladas tão somente pelas relações interpessoais entre mulheres e homens, como também ela ocorre nas relações entre mulheres e mulheres, bem como entre homens e homens

[1] Cf. UNIVERSIDADE DE COIMBRA(2013, p.15).

Quanto ao processo de feminilização da medicina no contexto mundial, tanto Machado em (1996) como Scheffer (2013) sinalizam que tal situação está relacionada com feminilização do mundo do trabalho e sua crescente participação nos cursos superiores. Para Machado “com exceção da Europa oriental – entre 1980 e 1985 registrou-se um aumento de quase sete pontos percentuais na participação das mulheres nas escolas de medicina do mundo [...]” (MACHADO, 1996). Entre 1984 e 1985 as matrículas femininas nos cursos de medicina nas Américas representaram 38,9%. Tal aspecto pode significar m

No Brasil, dados de 2012 dos Ministérios da Educação e da Saúde informam que anualmente diplomam-se 16.541 novos médicos em 188 escolas. Destas, 39% (73) são públicas, e 61%(115) são privadas, evidenciando, portanto, a forte presença do setor privado no sistema educacional brasileiro, em particular na formação médica. Esse cenário mostra tanto a mercantilização da educação no Brasil, com também considera-se que tal fato repercute na construção das identidades profissionais, em que pese a não ser determinante, uma vez que o lugar, suas especificidades e origens também influem no processo de construção, reconstrução ou afirmação identitárias. Maciel Filho (2007) chama a atenção para a importância e o determinismo que o sistema educacional, a sua estrutura e natureza, o processo de formação, o modelo pedagógico, e

o modelo de acesso ao sistema de saúde em Portugal exercem na qualidade da formação da força de trabalho.

No Brasil desde o ano de 2011, a distribuição das vagas nas escolas médicas do país, mostra-se desigual por regiões. A desigualdade entre as regiões do país, se refere tanto à oferta de vagas para o curso de medicina, quanto ao acesso da população dessas regiões aos serviços médicos, sobretudo quando tal desigualdade está relacionada ao contingente populacional dessas regiões[3]. Esse fato também denota que as regiões do país mais desenvolvidas economicamente, como o Sul e o Sudeste, foram priorizadas tanto pelo Estado como por outros segmentos, a exemplo da própria corporação médica, em períodos históricos anteriores[4]. No Brasil (um país de dimensões geográficas e populacionais bem superiores a Portugal), a pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013) informa o número de registros médicos em atividade no país, até o mês de outubro de 2012 atingiu o quantitativo de 388.015. A crescente inserção de outras categorias profissionais no setor saúde no Brasil, a exemplo dos farmacêuticos, bioquímicos, fisioterapeutas/ terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fonoaudiólogos, evidenciam a conformação de uma equipe multiprofissional. **DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS POR REGIÕES NO BRASIL:** Observa-se a distribuição desigual dos postos médicos no Brasil, entre as regiões, sobretudo, entre os municípios e as capitais, com destaque para o número maior de postos médicos nas regiões Sul, Sudeste e o Distrito Federal e menor nos Estados do Maranhão (1,3), Pará (1,7) e Ceará (1,8), quanto na relação entre as capitais e os demais municípios, com destaque para as capitais dos Estados do Pará (4,8), Amapá (3,4) e Acre (4,0) em relação aos seus respectivos municípios (0,9), (0,8), (0,8). Em Sergipe menor estado do país, a desigualdade na distribuição dos médicos também se faz presente em Aracaju a capital, concentrando (6,7) médicos por 100 habitantes e apenas (1,5) nos municípios para o sistema de saúde. Em pesquisa realizada por Machado na década de 90, do século XX, aponta que no Brasil “as mulheres optam por um único emprego; b) detêm rendimentos inferiores aos homens; c) têm jornadas de trabalho menores; d) exercem menos trabalho autônomo – consultório particular” (MACHADO, 1992 apud MACHADO, 1997). Os atributos de gênero poderão influir certamente, de modo positivo, para a constituição de um novo perfil da medicina no Brasil. Pesquisas no Brasil apontam que as mulheres médicas estão inseridas, prioritariamente, no Brasil, nas áreas clínicas. Para Cruz: “a exigência de flexibilidade comportamental nos novos conceitos de produção está frequentemente relacionada com maior flexibilidade de mulheres nos processos interativos” (CRUZ, 2012, p. 77). Estudos sobre a satisfação médico-paciente demonstraram maior contentamento dos pacientes com as médicas. Elas frequentemente envolvem mais os pacientes na tomadas de decisão, desenvolvem uma melhor eficácia nas ações preventivas, são mais colaborativas e estabelecem relações de comunicação mais democráticas[1]. Para Scheffer (2013), as médicas se adequam mais facilmente ao funcionamento e à liderança de equipes multidisciplinares de saúde;

contribuem com a utilização otimizada de recursos, pois são menos inclinadas a incorporar tecnologias desnecessárias; atendem mais adequadamente às populações vulneráveis. Ademais, segundo a autora, as mulheres realizam menos plantões que os homens, assumem menos serviços e, geralmente, optam por uma carreira profissional mais curta, além disso, quando comparadas aos colegas médicos, elas são as que menos optam para atuarem em regiões periféricas e do interior do país. **DIVISÃO SEXUAL DA PROFISSÃO E DAS ESPECIALIDADES:** A região Sul do Brasil possui o maior número de especialistas, ou seja, do total de 54.851 médicos, 64,89% são especialistas; nas regiões Norte (9.126) e Nordeste (34.680) o número de generalista é superior ao número de especialista. A exceção fica por conta da região Centro-Oeste que, além de apresentar o segundo menor número de profissionais médicos em sua totalidade, inferior apenas à totalidade região. *Entre os 388.015 médicos na ativa no Brasil, 53,57% são especialistas e 46,43% são generalistas*[2]. Grande parte dos médicos generalistas encontra-se nas faixas etária mais jovens, com até 29 anos, faixa esta que também inclui o maior número de mulheres médicas, muitas ainda cursando a Residência Médica. No Brasil, diferentemente de Portugal, o trabalho médico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) não exige o título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O Estado com maior número de especialista é o Rio Grande do Sul com 66,29% de especialistas de um total de 25.541 médicos; destes 8.611 (33,71%) são generalistas. O Rio de Janeiro, como os demais estados da região, registra um número elevado de médicos em relação a outras regiões do país, apresenta maior contingente de generalistas; ao todo são 32.795 (55,79%) de um total de 58.782 médicos. **PARTICULARIDADE DA DEMOGRAFIA MÉDICA:** Em Sergipe, menor estado do Brasil, o número de especialistas, é de 1.736, o que representa 57,62% de um total de 3.013 médicos, superando o número de médicos generalistas (1.277 - 42,83%). Médicos(as) formados na UFS revelaram sentirem-se preparados para o trabalho na clínica, no início de sua inserção na ESF, isto porque, lhes faltou uma formação generalista, para lidar com as doenças que mais se apresentam nas demandas das consultas de Atenção Primária em Saúde (APS). A formação médica tradicionalmente é mais especializada, fragmentada, o que pode contribuir para que os jovens médicos se sentam inexperientes para o trabalho na APS, significando a valorização da cultura dos usuários dos serviços. Este aspecto demanda repensar o papel da formação acadêmica, dos docentes e da formação dos sujeitos, para além de uma mudança apenas na estrutura formal, no modelo curricular e pedagógico. Observa-se um empate entre homens e mulheres tanto no que diz respeito ao número de especialistas e de generalistas. Ou seja, 53,43% do total de especialistas são do sexo feminino e 53,68% são do sexo masculino. Em relação aos generalistas os números evidenciam que 46,32% são do sexo masculino e 46,57% são do sexo feminino. Em muitos contextos, o acesso a prestadores de serviço do sexo feminino é um fator determinante dos padrões de utilização do serviço de saúde pelas mulheres. A ideia da racionalidade científica e tecnológica presentes de forma intensa nos sistemas de saúde, em

particular nas sociedades ocidentais, é expressão da ciência moderna, das chamadas tecnociências que influenciaram fortemente e continuam influenciando o campo científico da medicina, trazendo resultados positivos e também dificuldades para uma proposta de visão mais holística do processo saúde-doença, dada a contínua fragmentação e especialização do cuidado em saúde. Ter ou não ter uma especialidade, configura-se como um aspecto que impacta na construção identitária do médico tornando-se um elemento diferenciador na representação social desses atores, muitas vezes alimentada no próprio espaço de formação universitária. As especialidades médicas sofrem variações dentro da sua estrutura entre os países. Enquanto em Portugal se reconhecem (pela Ordem dos Médicos) 47 especialidades, em França este número reduz-se para 40 especialidades (compreendendo a "Médecine Générale") e no caso de Inglaterra o NHS estabelece 68 especialidades (considerando a "General Practice" entre estas especialidades) (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2013, p. 66). Em Portugal, em razão do contexto histórico, social e político, o número de vagas no Internato Médico[3] nos últimos anos tem sido aplicado o critério do 'número de vagas igual ao número de candidatos' quer para o ingresso no ano comum, quer para o ingresso na área profissional de especialização. O Relatório sobre o Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional (UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2013) em 2012, indica a taxa de colocação na especialidade em Medicina Geral e Familiar em Portugal foi de 95%, enquanto a das especialidades extra-hospitalares atingiu 98%. No Brasil, Pesquisa Demografia Médica (2013), informa que as mulheres representam 54,63% dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, tanto homens quanto mulheres constituem as faixas etárias mais jovens dentro dessa especialidade. Elas são maioria em quatro das seis especialidades básicas, representam 69,63% dos especialistas em Pediatria, seguida de Medicina de Família e Comunidade com 54,63%, Clínica Médica 50,96%, e em Ginecologia e Obstetrícia (50,53%). No Brasil[4] observa-se uma tendência mundial na qual a opção por Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia prevalecem entre o sexo feminino. Com relação a outras especialidades, diferentes daquelas consideradas básicas, as mulheres são maioria em áreas como Dermatologia com mais de 72,90%, Genética Médica 66,50%, Endocrinologia e Metabologia 65,01% e em Alergia e Imunologia 60,83% e Infectologia 55,52%. As mulheres superam os homens em 13 especialidades e, em contraposição, os homens são maioria em 40 das 53 especialidades e portanto, representam 75,06% das áreas (SCHEFFER, 2013, p. 147)

[1] Em muitos contextos, o acesso a prestadores de serviço do sexo feminino é um fator determinante dos padrões de utilização do serviço de saúde pelas mulheres. A tendência de qualificação de médicos, particularmente no agrupamento mais jovem no qual as mulheres são maioria, aliada às positividade sobre as competências sociais e técnicas da mulher médica, são um interessante indicativo que pode ser positivamente aproveitado para reorganizar a força de

trabalho médica no Brasil, e qualificá-la de acordo com as necessidades do SUS.

[2] Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013), generalistas são àqueles que não têm título de especialista.

[3] A formação médica pós-graduada consiste no Internato Médico (IM), que se realiza após a licenciatura em Medicina ou após o equivalente mestrado integrado em Medicina e corresponde a um processo de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objetivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado de uma das especialidades médicas legalmente reconhecidas” (ESTUDO DE EVOLUÇÃO PROSPECTIVA DE MÉDICOS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, p.47)

[4] No Brasil existem 53 áreas de especialidades, observando-se a prevalência da pediatria no contexto nacional brasileiro, pois a mesma totaliza 30.112 especialistas seguida da área de Ginecologia e Obstetrícia que soma 25.032.; em terceiro lugar vem Cirurgia Geral com 22.276, seguida de Clínica Médica com 21.890 que, juntas, somam 37,03% do total e estão no grupo das chamadas áreas básicas. No cenário exposto o 19º lugar é ocupado pela área de Medicina de Família e Comunidade em contraposição à necessidade do mercado de trabalho brasileiro que absorve aproximadamente 35 mil médicos.

[1] A omissão de considerações sobre o gênero também pode levar ao atendimento inadequado do sistema de saúde às necessidades dos homens: por exemplo, os serviços de saúde reprodutiva, em geral não são estabelecidos de modo a incentivar a participação masculina.

[2] Tais fatores podem significar, em parte, dificuldades no estabelecimento de vínculos, e na relação entre o tempo da consulta e a qualidade da intervenção (BASSETTE; MANDELLI, 2011).

[3] No Nordeste, há 3.445 vagas no ensino médico, o que representa aproximadamente 21%; já a região Norte apresenta 1.420 vagas, ou seja, aproximadamente 9% do total de 16.541 vagas disponíveis no país.

[4] Pereira Neto (2001) no estudo sobre o Congresso Nacional dos Práticos realizado em 1922, observa consenso entre os relatores, qual seja, “tornar o acesso e a permanência no ensino superior ainda mais limitados e elitistas” (PEREIRA NETO, 2001, p. 113). A segunda proposição referia-se à limitação do número de vagas na faculdade de medicina; já o terceiro acordo girou em torno da ideia de evitar o ingresso de médicos estrangeiros no mercado nacional, entre outras proposições.

BASSETTE, Fernanda. MANDELLI, Mariana. Plano prevê abertura de 2,5 mil vagas de Medicina para reduzir desigualdade. **O Estado de São Paulo**. (19 jul. 2011)

Disponível em:

<http://
www.
estadao.com
.br
/noticias/impresso,plano-preve-abertura-de-25-mil-vagas-de-medicina-para-reduzir-desigualdade,
746743,0.htm
> Acesso em 10 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Publicada no Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001.

CRUZ, Maria Helena Santana. **Mapeando diferenças de gênero no ensino superior da Universidade Federal de Sergipe**. São Cristóvão: Editora UFS, 2012, 370p.

_____ **Trabalho, gênero e cidadania**: Tradição e modernidade. São Cristóvão: Editora UFS, Aracaju: Fundação Oviêdo Teixeira, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Número de médicos cresce em ritmo mais acelerado que a população. (13/04/2011)**.

Disponível em:

<http://
www.
escolasmedicas.com
.br
/art_det.php
?
cod=206>. Acesso: 10 nov. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **O médico e o seu trabalho**: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009-AMS 2009**.

Disponível em:

www.
ibge.gov.br
/home/estatistica/populacao/.../ams/2009/ams2009.pdf
‎

Acesso em: 12 mai. 2013.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neusa Maria Nogueira. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na Mesa de Discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda. Rio de Janeiro, 10 de Junho, 2010. Colegiado dos Secretários Municipais de Saúdedo Estado de Minas Gerais

Disponível em:

<<http://>

[www.](http://www.cosemsg.org.br)

[cosemsg.org.br](http://www.cosemsg.org.br)

[/cosems/images/fbfiles/ files/artigo _tendencias __EM_REVISO.pdf](http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias_EM_REVISO.pdf)

.> Acesso em 24 jan. 2014.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. *In*: GIOVANELLA, (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MACHADO. Helena. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade (Coordenadora). Rio de janeiro: FIOCRUZ, 1997.

_____ **Os médicos e sua prática profissional**: as metamorfoses de uma profissão, (1996). Tese. (Doutorado em Ciências Humanas e Sociologia). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa do Rio de Janeiro, 1996.

MACIEL FILHO, Rômulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007, 262 f.. Tese (Doutorado em Medicina) Universidade Estadual do Rio de janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, 2007.

Disponível em:

<[www.](http://www.tesesims.uerj.br)

[tesesims.uerj.br](http://www.tesesims.uerj.br)

[/lildbi/docsonline/get.php](http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php)

?

id=350> Acesso em 04 nov. 2011.

MEDICI, A. C; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P. *et al*. El mercado de trabajoensalud: aspectos teoricos, conceptuales y metodologicos. **Educación Medica y Salud**, v. 25, n. 1, p. 1-14, 1991

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SCOTT, W Joan. **Gênero:** uma categoria útil para análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n.2, jul./dez, 1990.

SCHEFFER, Mário. (Coordenador) **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde – Relatório Final, junho de 2013. Universidade de Coimbra.

Disponível em:

www.

nortehyperlink "http://

www.

nortemedico.pt/download.php

?

...20130918162117_Estudo_Evoluca"medicohyperlink "http://

www.

nortemedico.pt/download.php

?

...20130918162117_Estudo_Evoluca".pt/download.php

?

...hyperlink .

Acesso em: 10 dez. 2013.

Josefa Lusitânia de J. Borges *Universidade Federal de Sergipe lusitaniaborges@hotmail.com*

Maria Helena Santana Cruz *Universidade Federal de Sergipe helenacruz@uol.com*

.br

Recebido em: 07/08/2016

Aprovado em: 09/08/2016

Editor Responsável: Veleida Anahi / Bernard Charlort

Método de Avaliação: Double Blind Review

E-ISSN:1982-3657

Doi: