Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Emigração de médicos brasileiros para os Estados Unidos da América

Nancy Val y Val Peres da Mota

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Global e Sustentabilidade

Orientadores: Profa. Helena Ribeiro
Prof. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
(*in memoriam*)

São Paulo
2018

Emigração de médicos brasileiros para os Estados Unidos da América

Nancy Val y Val Peres da Mota

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Saúde Global e Sustentabilidade

Orientadores: Profa. Helena Ribeiro
Prof. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
(*in memoriam*)

São Paulo
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Aos meus filhos Adriana e Fábio e às gerações que farão deste mundo um lugar sempre melhor para se viver.

AGRADECIMENTOS

Ao Mário, companheiro sempre presente e apoiador de todos os caminhos que escolhi para seguir nos 40 anos em que estamos juntos.

Aos queridos pais Irene e Alonso, minha sogra Nair e minha tia Dirce, sempre em meus pensamentos, representantes de uma geração que acreditou no futuro.

Aos meus irmãos Eliane e Fernando, por estimularem a continuidade de meus projetos e por podermos, juntos, lembrar e vivenciar os valores familiares transmitidos por nossos pais.

À minha orientadora Helena Ribeiro, cujo conhecimento, paciência e generosidade fizeram com que eu conseguisse finalizar este projeto sem traumas.

Ao Thiago Robles Juhas, psicólogo, especialista em neuropsicologia, a quem agradeço todo o suporte na elaboração do questionário e tabulação dos dados deste projeto.

À Dayse Lourenço, Luciani Carvalho e Francisco Lotufo Neto, pesquisadores e médicos de primeiríssima qualidade, cujas contribuições foram imprescindíveis para o sucesso desta empreitada.

À Vânia dos Santos Silva, secretária da Pós-Graduação, sempre atenciosa e gentil nas orientações e nos momentos mais estressantes do doutorado.

À Cecilia Moraes de Mingo e Vera Regina Faria de Sampaio, bibliotecárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (HCFMUSP) e desta Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP), que sempre me apoiaram na busca das referências bibliográficas.

A todos os colegas médicos que emigraram e responderam prontamente à pesquisa, sem os quais não teria sido possível desenvolver este estudo.

Ao Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Proahsa), ao Dr. Fabio Ajimura, aos alunos e demais colegas do Corpo Técnico, pelo incentivo e paciência que tiveram comigo nesse período de elaboração da tese.

Ao professor e treinador Ivan Nishinoro, que a cada dia me faz superar limites ao demonstrar como um desafio físico ajuda a vencer um desafio intelectual e vice-versa.

Aos amigos da natação, parceiros de águas mansas e revoltas, que vivenciaram comigo o desafio deste projeto.

Aos amigos que me auxiliaram nessa jornada, seja indicando médicos, seja enviando artigos para enriquecer meu trabalho: Marisa Madi, Luis Augusto Sales Lima Pilan, Mario dal Poz, Carlos Eduardo Siqueira, Eduardo Henrique Ribeiro, Leonardo Cavalcanti, Alexander Jorge e Flavia de Santis Prada.

Aos membros da Banca de Qualificação e de Defesa, pelas orientações que enriqueceram este projeto: Deisy de Freitas Lima Ventura, Cassio Silveira, Mário Scheffer e Mario Dal Poz.

Ao Daniel, sempre presente, servindo de inspiração a todos com sua história de superação.

À Alaíde, com seu bom humor e cantoria, que mantendo a casa em funcionamento permitiu minha dedicação por horas a fio a este e outros projetos.

À Silvana Martani, parceira em mais uma empreitada da vida.

Sumário

APRESENTAÇÃO 7
1 INTRODUÇÃO 8
1.1 ARTIGO: MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS 10
2 JUSTIFICATIVA 26
3 OBJETIVO 28
3.1 GERAL 28
3.2 ESPECÍFICOS 28
4 METODOLOGIA 29
4.1ETAPA EXPLORATÓRIA 29
4.2 LEVANTAMENTO DE DADOS 29
4.3PESQUISA QUALIQUANTITATIVA 30
4.4 IDENTIFICAÇÃO DE MÉDICOS QUE EMIGRARAM 32
4.5INSTRUMENTO: ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “MOTIVOS DE EMIGRAÇÃO” 32
4.6DESENVOLVIMENTO DAS ENTREVISTAS COM MÉDICOS QUE EMIGRARAM 34
4.7 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS 35
5 RESULTADOS 37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 37
5.2 ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL DOS MÉDICOS EMIGRANTES BRASILEIROS NOS EUA 43
5.3MOTIVOS DA EMIGRAÇÃO 45
6 DISCUSSÃO 75
7 CONCLUSÃO 81
8 REFERÊNCIAS 83
Anexo 1 86
Apêndice 1 89
Apêndice 2 112
Currículos 120

APRESENTAÇÃO

Este estudo teve início com o professor Paulo Fortes, durante as aulas da disciplina “Fundamentos da Saúde Global e Sustentabilidade”, em 2013, na segunda turma do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Quando o procurei, demonstrando interesse em me matricular no Doutorado, ele explicitou a ideia de construir uma linha de pesquisa voltada para a migração de profissionais da saúde no mundo, principalmente médicos, e, com o tempo, desdobrar esse primeiro projeto em outros que envolvessem o Brasil. Por ser um trabalho inicial, seria necessário realizar um levantamento da bibliografia existente e, a partir dela, definiríamos o caminho a seguir. Seria uma pesquisa exploratória, com um corte no tempo e considerando os diversos *stakeholders*[i] nessa migração. Infelizmente, esse processo foi interrompido por ocasião de sua enfermidade e posterior falecimento.

Fui acolhida então pela professora Helena Ribeiro, que havia participado da concepção e concretização desse novo programa da FSP. Sob sua orientação, procurei seguir a ideia original. Na qualificação, com as orientações da banca, o trabalho foi encaminhado para um aprofundamento qualitativo, por meio de entrevistas com médicos brasileiros que emigraram, extrapolando a evidência numérica que refletisse o fenômeno da migração. A possibilidade de ouvir o que os colegas gostariam de dizer a respeito de seus processos migratórios certamente ampliou minha visão e proporcionou uma riqueza de detalhes acerca dessas vivências que, de outra forma, não teria sido possível. Mesmo à distância, foi possível observar um pouco do cotidiano dessas pessoas, seus sonhos e anseios.

Espero, com este trabalho, poder contribuir para as escolhas das futuras gerações que anseiam por mudanças neste mundo cada vez mais globalizado.

---

[i] Aponta um público estratégico e descreve uma pessoa ou grupo que tem interesse e/ou pode ser afetado pelos projetos e processos de uma empresa, negócio ou ação, podendo ou não ter feito um investimento neles. Em inglês *stake* significa interesse, participação, risco; e *holder* significa aquele que possui. Criado pelo filósofo Robert Ed. Freeman, foi cunhado pela primeira vez em 1963, em um memorando interno do Stanford Research Institute. Disponível em: <http://www.portal-administracao.com/2014/07/stakeholders-significado-classificacao.html>. Acesso em: 12 dez. 2017.

1 INTRODUÇÃO

A migração internacional de médicos e outros profissionais da saúde constitui um fenômeno antigo e já bastante estudado. Observa-se, porém, nos últimos anos um aumento da preocupação com esse processo, tendo em vista alguns fatores, como envelhecimento da população em geral e consequente aumento das doenças crônicas, epidemias e doenças infecciosas emergentes, que exigem cada vez mais profissionais da saúde para atender a essas novas demandas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a carência desses profissionais é um entrave para o atendimento das metas do milênio e para a melhoria das condições de saúde em muitos países e regiões (WHO, 2010). Tendo em vista o movimento da globalização, a escassez de médicos em diversos países e uma preocupação com a mobilidade dos profissionais da saúde de países em desenvolvimento para países desenvolvidos, a OMS elaborou um documento destinado a promover um recrutamento ético. Divulgado em maio de 2010 pela World Health Assembly, o *The Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* estabelece que sejam seguidos voluntariamente princípios e práticas éticas no recrutamento internacional desses profissionais (WHO, 2010).

Em outra iniciativa, contemplando os países desenvolvidos, a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), cujo objetivo é promover políticas visando o desenvolvimento econômico e o bem-estar social de pessoas por todo o mundo, em 2015, definiu políticas e analisou tendências dos países participantes em relação à oferta e demanda de profissionais da saúde (OCDE, 2015).

Dentre as políticas preconizadas, destacam-se: necessidade de formação de novos médicos para substituir os que estão se aposentando; consideração ao *numerus clausus* de cada país para o estabelecimento de quotas anuais de estudantes admitidos nas faculdades; desenvolvimento de programas de educação avançada voltados a enfermeiras, para que possam substituir médicos generalistas em atendimentos mais simples; redução da dependência de profissionais capacitados em países estrangeiros; utilização de tecnologia para atender às necessidades de saúde de populações que vivem em regiões marginais, longe dos grandes centros; promoção de um uso mais eficiente das habilidades dos profissionais de saúde em relação aos locais de trabalho, evitando a sua sobre ou subqualificação (OCDE, 2015).

Frente a esse cenário, este trabalho tem a finalidade de entender o processo de emigração de médicos brasileiros para os Estados Unidos (EUA), a partir de uma pesquisa exploratória qualiquantitativa.

Inicialmente, descreve-se a mobilidade internacional de médicos, em artigo publicado na revista *Lua Nova* (MOTA, RIBEIRO, 2016), no qual se discorre sobre a globalização e a migração de profissionais da saúde, os benefícios *versus* os prejuízos da mobilidade de médicos pelo mundo, tanto para os países doadores como para os receptores, e o panorama internacional da distribuição desses profissionais.

O artigo, em coautoria com a professora Helena Ribeiro, faz parte desta tese de doutorado, como uma das exigências do programa de pós-graduação.

1.1 ARTIGO: MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS

Publicado na *Lua Nova: Revista de Cultura e Política,* São Paulo, v. 98, p. 255-273, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/ 0102-6445255-273/98>

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 >

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, consequentemente, 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).

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 consequente 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).

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 a 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).

	Número de publicações por países ou regiões					
	Estados Unidos	Europa	Canadá	Ásia	Países Árabes	América Latina
TOTAL	19213	7854	7165	5149	3709	2819

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 Zimbabwe) 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.

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 Mauritânia 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.

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 Zimbabwe, durante a década de 1990, apenas 360 exerciam práticas médicas no país, em 2001. Grande número de enfermeiros também emigrou do Zimbabwe 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).

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).

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.

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/>. 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.

Resumos / Abstracts

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

2 JUSTIFICATIVA

Observa-se, ao longo do tempo, a existência de uma mobilidade global de médicos, que, formados em seus países de origem, se mudaram para outros para exercer sua profissão (MARCHAL, KEGELS, 2003; CHANDA, 2002; VUJICIC et al., 2004; OECD, 2007; SIYAN, DAL POZ, 2014). No caso de médicos brasileiros, esse movimento tinha o sentido de ida, permanência por um período de tempo destinado a treinamento em serviços e aprendizado de novas técnicas, e retorno em seguida, quando os conhecimentos adquiridos seriam aplicados no país, desta forma contribuindo para o aprimoramento da medicina nacional (ZARRILLI, 2002).

Ao longo dos anos, observa-se que o movimento de ida e vinda dos médicos passou a ser feito em uma única direção, caracterizando um processo de emigração, uma verdadeira fuga de cérebros (*brain drain*). Apesar de não ter uma expressão quantitativamente significativa, cada vez mais tomamos conhecimento de médicos e suas famílias que mudaram para outro país com o intuito de não retornarem ao Brasil (BERLINCK, SANT'ANNA, 1972).

Ao pensarmos sobre esse assunto, costumamos associar a mobilidade dos médicos pelo mundo a situações de guerra e de miséria. Mas o que faz esses profissionais brasileiros mudarem para o exterior e de vida, mesmo tendo condições de exercer sua profissão no país de origem e de ter um rendimento diferenciado em relação a outras categorias profissionais?

No Brasil, a partir da instituição do Programa Mais Médicos pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2012, entrou em cena mais um aspecto que pode influenciar a emigração ou a permanência desses profissionais. Fundamentado em três eixos, o programa projeta (1) a reordenação da oferta de vagas de graduação em medicina e residência médica no país, com a abertura de novos cursos; (2) estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica por meio de novas diretrizes curriculares e requisitos para a entrada em programas de residência médica; e (3) integração ensino-serviço em áreas prioritárias, por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (BRASIL, 2013). Em tese, a criação desses novos cursos de medicina e de novas vagas de residência voltadas à formação de médicos generalistas e de família para atender regiões historicamente desprovidas de profissionais de saúde (BRASIL, 2015), pode ajudar a fixar os médicos em território brasileiro. Mas como será o programa na prática? Os atrativos de um bom salário, melhores condições de trabalho

e infraestrutura serão suficientes para a retenção desses médicos? Que anseios podem levar esses jovens profissionais da medicina a se fixarem em regiões que deles necessitam? Se essa nova geração de médicos não encontrar atrativos e boas razões para exercer sua profissão no país que os formou, provavelmente teremos uma evasão, aí sim numericamente significativa, para outros lugares neste mundo globalizado.

O que precisamos saber da forma de pensar dos médicos que emigraram que possa auxiliar o Brasil a reter os profissionais que estão se formando? Retenção não significa simplesmente deixar de ir. Além do aprimoramento, o processo de emigração deveria ser entendido como um processo de ir e vir, de troca, de crescimento.

O que é possível ser aprendido com a experiência de outros países em desenvolvimento para diminuir o impacto da emigração de médicos para nações desenvolvidas?

A partir desses questionamentos, foram elaboradas questões objetivas que nortearam este estudo e cujas respostas poderão contribuir para um melhor aproveitamento do conhecimento intelectual médico adquirido no país.

1) Existe um processo de emigração de médicos brasileiros para os Estados Unidos?
2) Quais os motivos que levam médicos brasileiros a deixarem seu país de origem para exercer sua profissão em outra nação?
3) Se existe um movimento de emigração em direção aos EUA, quais seriam os motivos que poderiam fazer esses médicos retornar ao país de origem?

A proposta é contribuir com a identificação, avaliação e síntese das evidências disponíveis acerca do tema, e, desta forma, auxiliar na implementação de intervenções nas políticas públicas e levantamento de lacunas que possam ser preenchidas com o desenvolvimento de pesquisas futuras sobre a emigração médica no Brasil.

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

Analisar aspectos que determinam a emigração de médicos brasileiros para os Estados Unidos.

3.2 ESPECÍFICOS

1) Identificar os motivos que levam à emigração de médicos brasileiros para os EUA.
2) Identificar os motivos pelos quais esses médicos permanecem em território norte-americano.
3) Identificar os motivos que fariam esses médicos retornarem ao Brasil.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, a partir de investigação bibliográfica e documental em geral, seguida de uma abordagem qualiquantitativa baseada em entrevistas com médicos brasileiros que emigraram para os Estados Unidos.

4.1 ETAPA EXPLORATÓRIA

A etapa da pesquisa bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados: Portal de Periódicos Capes/MEC[ii], SIBiUSP Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo)[iii], Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde)[iv], Scielo (Scientific Electronic Library Online)[v], Science Direct[vi] e EBSCOhost[vii]. Foram pesquisados artigos publicados no período de 2000 a 2015, utilizando as seguintes palavras-chave: *brain drain, medical migration, physicians migration, data migration physicians*; a busca foi segmentada por continente Ásia, Europa, América do Norte (Estados Unidos e Canadá), América Latina e Países Árabes.

4.2 LEVANTAMENTO DE DADOS

Preliminarmente, foi realizado um levantamento em bases de dados que poderiam auxiliar na identificação de médicos que emigraram para os EUA, pois segundo a Lei 12.527, os brasileiros não são obrigados a declarar o motivo da saída do país, o destino final ou a duração da viagem (BRASIL, 2011).

- Consulta presencial ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) para verificar a possibilidade de uma base de dados de médicos que emigraram do país.

- Consulta ao *site* do Conselho Federal de Medicina (CFM), a fim de verificar a existência de informações sobre médicos brasileiros que emigraram.

[ii] Disponível em: <http://www-periodicos-capes-gov-br.ez67.periodicos.capes.gov.br/>.
[iii] Disponível em <http://www.sibi.usp.br/>.
[iv] Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>.
[v] Disponível em: <http://www.scielo.org/php/index.php>.
[vi] Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/>.
[vii] Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com.ez67.periodicos.capes.gov.br/ehost/search/basic?sid=a8a7f665-fe37-4458-a97d-fd798809e15c%40sessionmgr4001&vid=104&hid=4201>.

- Consulta ao *site* do jornal norte-americano *The New York Times* indicou que, em 2009 o número de médicos brasileiros atuando em território norte-americano era de 800 (margem de erro de 400 para mais ou para menos), num total de 196.500 estrangeiros.[viii]

- Consulta ao *site* norte-americano Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) para identificar o quantitativo de médicos brasileiros existentes nos EUA.[ix] Em 2015, foram emitidos 59 *Standard ECFMG Certificates* a médicos que cursaram medicina no Brasil, 57 dos quais eram cidadãos brasileiros. O certificado, que é emitido pela ECFMG após o médico ter sido aprovado em todas as etapas do USMLE, declara que o médico estrangeiro está apto a se candidatar a qualquer residência médica em território norte-americano.

- Consulta presencial ao coordenador do projeto "Demografia Médica no Brasil", professor Mário Scheffer, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com o intuito de identificar possíveis fontes de dados a respeito de médicos brasileiros que emigraram para os EUA.

4.3 PESQUISA QUALIQUANTITATIVA

A partir do levantamento em sites norte-americanos foi possível identificar a presença de médicos brasileiros exercendo a profissão nos Estados Unidos. Porém, devido à inexistência de um banco de dados que permitisse a identificação desses profissionais que emigraram, foi necessário utilizar uma metodologia que permitiu à pesquisadora entrar em contato com esses médicos.

Foi utilizada uma amostra aleatória e por conveniência desses médicos, selecionada por meia da técnica "bola de neve" (*snowball sampling*). Essa técnica é frequentemente empregada em grupos de difícil acesso. O recrutamento dos participantes é feito a partir de um contato inicial, denominado "semente", que indica outro de sua rede de conhecidos, formando sucessivas cadeias de referência, até atingir o quantitativo necessário para a pesquisa (VINUTO, 2014).

Neste trabalho, a partir de um "n" de 15 participantes, observou-se uma saturação da amostra, com repetição do conteúdo já evidenciado nos questionários

---

[viii] Número estimado a partir de dados do Census Bureau's American Community Survey, via The Minnesota Population Center. In: IMMIGRATION AND JOBS: WHERE U.S. WORKERS COME FROM. *The New York Times*, [s.l.], 7 abr. 2009. Disponível em: <http://www.nytimes.com/interactive/2009/04/07/us/20090407-immigration-occupation.html#view=7>. Acesso em: 28 nov. 2017.

[ix] Disponível em: <https://www.ecfmg.org/resources/data-certification.html>. Acesso em: 12 dez. 2017.

respondidos. No total, foram respondidos 21 questionários, sendo dois deles considerados não elegíveis. Portanto, a amostra de 19 médicos que emigraram para os EUA é adequada ao tema proposto nesta pesquisa, com conteúdo que permite identificar os motivos pelos quais os pesquisados emigraram.

Foi utilizado, como instrumento para coleta de dados, o “Questionário de Motivos de Emigração” (Apêndice 2), desenvolvido pela pesquisadora seguindo metodologia de elaboração em etapas.

Os dados da população estudada foram segmentados em:

- características sociodemográficas;
- formação acadêmica;
- atividades profissionais exercidas no passado e atuais;
- motivos para emigração: por que escolheu os EUA; por que foi e por que fica; por que voltaria e por que não voltaria ao Brasil.

Após a coleta, os dados foram tabulados e analisados quantitativamente, considerando a média e a mediana dos resultados, ambas medidas de validade de tendência central. Justifica-se a utilização desta última tendo em vista os valores discrepantes da amostra.

Em relação aos resultados qualitativos referentes aos motivos que levaram os médicos a emigrar, foram tabuladas as questões abertas, separando-as em categorias. Estas foram definidas e agrupadas a partir da interpretação das expressões utilizadas pelos entrevistados nas respostas das perguntas abertas. Dessa forma, mesmo havendo um grau de subjetividade na categorização dos motivos, estes abrangem os diversos fatores que caracterizam a migração desses médicos.

Outra etapa da análise dos resultados foi feita com a inserção de “falas” de três entrevistas realizadas com médicos que haviam respondido ao questionário e se dispuseram a conversar com a pesquisadora por Skype. Esses depoimentos deram mais consistência aos resultados obtidos nos questionários, tendo em vista que seu conteúdo ultrapassa o caráter individual da temática e a insere nas coletividades a que os entrevistados pertencem (a comunidade médica que emigrou para os Estados Unidos).

4.4 IDENTIFICAÇÃO DE MÉDICOS QUE EMIGRARAM

Os participantes desta pesquisa foram identificados nos Estados Unidos por meio de contatos com pessoas do conhecimento da pesquisadora, brasileiros de diferentes áreas do conhecimento que se relacionavam com médicos que moravam em território norte-americano e que puderam lhe passar seus contatos.

Para a obtenção de uma amostra bem diversificada, inicialmente foi solicitado aos mais próximos do convívio da pesquisadora que indicassem médicos que se enquadrassem no perfil da pesquisa. Em seguida, esses médicos indicaram outros que também moravam nos EUA e que poderiam participar do projeto.

Em uma terceira etapa, foi indicado um grupo da rede social Facebook de que participavam médicos que lá moravam e que ajudavam outros colegas que estavam se preparando para a prova de residência necessária para o exercício da profissão naquele país. O administrador convidou a pesquisadora a participar do grupo, onde pôde divulgar a pesquisa e, assim, aumentar a amostra.

Foram enviados questionários para 41 médicos, dos quais 21 responderam à pesquisa eletrônica. Desse total, dois foram considerados não elegíveis.

4.5 INSTRUMENTO: ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “MOTIVOS DE EMIGRAÇÃO”

O levantamento bibliográfico realizado permitiu identificar alguns trabalhos que listavam as principais razões da emigração de médicos de outras partes do mundo (VUJICIC et al., 2004; OMAN, MOULDS, USHER, 2009; WILLIS-SHATTUCK et al., 2008; PĂUNICĂ, PITULICE, ȘTEFĂNESCU, 2017).

A partir daí foi elaborado o questionário aplicado aos profissionais brasileiros que emigraram para os EUA. Seu conteúdo contemplou questões encontradas na literatura e, também, aspectos das realidades brasileira e norte-americana.

Esse questionário foi aplicado por via eletrônica (*e-mail* com *link*), preservando-se a identidade do entrevistado. Assim, não foi necessário o deslocamento da pesquisadora ou dos entrevistados para a realização da pesquisa.

A análise dos dados foi interpretativa e comparativa, segundo as perspectivas qualitativa e quantitativa. Essa abordagem permitiu analisar os dados à luz da literatura científica e formular novos conhecimentos relacionados ao tema.

Etapas da Elaboração

1. Levantamento bibliográfico, conforme descrito no item 4.1 deste trabalho.

2. Identificação das principais causas da mobilidade de médicos nesses estudos em diversas partes do mundo, principalmente África, Europa e América Latina.

3. Elaboração da primeira versão do questionário a partir dos motivos identificados na bibliografia. Houve uma preocupação sempre presente de que as questões fossem claras e objetivas, respeitando-se os princípios éticos de um procedimento minimamente invasivo.

4. A primeira versão foi encaminhada para uma comissão de avaliação, composta por três médicos, com doutorado e pós-doutorado, que residiram no exterior por um período superior a um ano (dois nos EUA e uma na França).

5. Cada um dos avaliadores recebeu um formulário específico (roteiro do avaliador), no qual registraram, de maneira padronizada, suas sugestões de melhoria (Apêndice 1).

6. As sugestões apresentadas foram tabuladas, e, a partir delas, elaborou-se uma segunda versão do questionário, composta por perguntas fechadas e também espaço para livre manifestação, além de uma questão específica sobre a disponibilidade do entrevistado para uma conversa posterior, via Skype.

7. A versão final do questionário foi transformada em um formulário informatizado, respondido eletronicamente (Apêndice 2 – Questionário Versão Final).

8. Antes de ser disponibilizada aos participantes, a versão final foi testada por médicos que não participaram da elaboração do questionário. Graças a essa dinâmica, eles puderam verificar que seria possível responder a todas as perguntas entre 10 e 15 minutos.

9. Todo esse processo foi enviado ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em 27 de outubro de 2016. CAAE: 57308116.1.0000.5421 (Anexo 1 – Comitê de Ética).

4.6 DESENVOLVIMENTO DAS ENTREVISTAS COM MÉDICOS QUE EMIGRARAM

1. O questionário foi enviado aos médicos residentes nos Estados Unidos via *e-mail*, criado especialmente para esse fim[x], com a indicação do link para acessá-lo.

2. No corpo do *e-mail* foi feita a apresentação da pesquisadora, explicitado o objetivo do questionário e o nome e e-mail de quem indicou o entrevistado. Dessa forma o médico que recebeu o questionário teve a possibilidade de dirimir eventuais dúvidas com a pessoa de seu círculo de relacionamento.

3. Texto do e-mail:

Prezado(a) colega,

Sou médica, doutoranda do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Minha orientadora é a Profa. Helena Ribeiro, coordenadora deste Programa e o título do meu projeto: "Mobilidade Internacional de Médicos Brasileiros para os EUA".

Este é um questionário breve, com o objetivo de conhecer os motivos que o(a) levaram a emigrar para os Estados Unidos (EUA).

Ao responder o questionário, você estará concordando com os termos estabelecidos de sigilo, de preservação da identidade e de que poderá retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa. Os benefícios advindos desta pesquisa dizem respeito a novas possibilidades de entendimento do processo migratório internacional, para a eventual elaboração de politicas publicas condizentes com esta realidade. Sendo assim, não ha beneficio direto ao participante desta pesquisa.

Quem indicou seu nome e contato foi: (inserir nome e e-mail).

Se você conhecer mais algum(a) médico(a) que mora nos EUA e que não esteja em processo de permanência temporária, com data definida de retorno para o Brasil (exemplo: doutorado, pós-doutorado, estágio, entre outros), seria possível passar o contato para mim? Desta forma poderei ampliar a amostragem da pesquisa e dar um panorama mais consistente do que está acontecendo com estes profissionais altamente capacitados que migram para outro país.

Antecipadamente agradeço sua atenção e disponibilidade.

Qualquer dúvida, favor entrar em contato.

Um abraço,

Nancy.

---

[x] nancymotapesquisaemigracao@gmail.com

4.7 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2016. De posse dos questionários respondidos, a pesquisadora realizou a análise quanti e qualitativa dos resultados.

A partir das respostas às perguntas abertas e fechadas do questionário respondido, foi feita a tabulação dos dados e calculados a média, a mediana e o desvio padrão nos tópicos em que a dispersão dos resultados era grande: idade, número de filhos, tempo de residência nos EUA, idade ao emigrar, tempo de formação, tempo de atuação como médico(a) e de aprovação no United States Medical Licensing Examination (USMLE) (Tabelas 1, 2 e 3).

Em relação à tabulação das perguntas fechadas, referentes aos motivos para emigração, foram calculados a média, o desvio padrão e a mediana, tendo em vista a dispersão dos dados de 0 a 10 (Tabela 4).

Em relação à tabulação das respostas referentes às perguntas abertas, foram identificadas pela pesquisadora palavras-chave nas respostas, que se traduziram em “categorias”, o que possibilitou a quantificação do que foi descrito. Essas categorias foram revistas por um especialista em pesquisa qualitativa e pela orientadora. Com as contribuições desses dois especialistas, a subjetividade dos conceitos inseridos nas categorias foi minimizada (Quadros 3, 4, 5, 6 e 7).

No primeiro semestre de 2017, procedeu-se, então, à elaboração de três entrevistas via Skype, a fim de aprofundar e exemplificar alguns pontos específicos da pesquisa. Esses profissionais foram selecionados dentre aqueles que se disponibilizaram a conversar com a pesquisadora. Os três médicos entrevistados apresentaram diferentes características, a saber: o primeiro tentou ser aprovado na prova do USMLE e, como não obteve êxito, atua na área da saúde, porém não diretamente na área assistencial (MD1); o segundo iniciou sua preparação ainda no Brasil, e, ao chegar aos EUA, foi aprovado nas provas do USMLE, cursou a residência médica e passou a atuar como médico clínico (MD2); o terceiro foi trabalhar diretamente na área de educação, não necessitando portanto da aprovação no USMLE (MD3).

Essas entrevistas foram realizadas pela pesquisadora após contato prévio com os médicos, via e-mail, quando foi definido o melhor dia e horário para a conversa. Cada entrevista teve duração de cerca de 60 minutos, foi gravada e posteriormente

transcrita, a fim de se manter a fidedignidade das informações. Foram selecionados trechos das conversas referentes aos temas identificados nas respostas do questionário enviado aos médicos. Assim, a riqueza das manifestações nas entrevistas exemplifica e corrobora os resultados obtidos na tabulação do questionário inicial, como já dito, enviado por *e-mail*.

5 RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra de médicos obtida para este trabalho consiste em 19 profissionais, em sua maioria homens (57,8%), brancos (89,4%), casados (84,2%), com uma média de 1,2 filhos e tempo médio de emigração de 9,5 anos. Considerando-se a nacionalidade do cônjuge, 31,5% são norte-americanos e 36,8% brasileiros. Dez deles se formaram em faculdades públicas brasileiras, em oito diferentes Estados, enquanto 15 fizeram residência médica, 5 ingressaram em curso de mestrado e 3, de doutorado (finalizados ou em andamento). Em relação ao registro no Conselho Federal de Medicina, 10 dos 19 médicos solicitaram seu cancelamento e 3 se mantêm ativos; no caso de 6 médicos não foi possível identificar sua situação cadastral por falta de informações para checagem no *site* do CFM.[xi]

Na Tabela 1, observa-se uma representação feminina de 42,2% na amostra estudada, sendo compatível com o fenômeno de feminização da medicina no Brasil. Em 2014, as mulheres representavam 41% do total de médicos atuando no Brasil. Em relação à idade, a média da amostra é de 42 anos, sendo que no Brasil, em 2014, era de 46,1 anos (SCHEFFER, 2015). No que se refere à idade em que emigraram para os EUA, foi identificada uma mediana de 34 anos, variando de um mínimo de 24 e um máximo de 43 anos de idade.

O tempo de residência nos Estados Unidos é distinto e acompanha o processo migratório, de 1 a 28 anos, com uma mediana de 7 anos. Em relação a dois médicos que estão há um ano nos EUA em processo de adaptação, uma está acompanhando o marido e o outro utiliza renda de imóveis do Brasil, como fica evidenciado nos comentários realizados nas pesquisas abertas da pesquisa:

> *"[...] meu marido está bem empregado e eu me dedico somente a validar meu diploma e, se não der certo, existem outras formas de trabalhar sem validar o diploma [...]"*
>
> *"[...] utilizo a renda de imóveis que deixei no Brasil para manter-me com minha família, até que tenha uma forma de sustento nos EUA".*

[xi] Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_medicos>. Acesso em: 14 set. 2017.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população estudada.

Variável	Nº	%
Sexo:		
Masculino	*11*	*57,8*
Feminino	*8*	*42,2*
Idade: [A] (n=15)	*Média= 42,0*	*DP= 10,5*
	Máximo= 63 / Mínimo= 28 (MEDIANA: 40,0 anos)	
Etnia (cor de pele)		
Branca	*17*	*89,4*
Preta	*0*	---
Parda	*1*	*5,3*
Amarela	*0*	---
Indígena	*0*	---
Sem declaração	*1*	*5,3*
Outra	*0*	---
Estado civil:		
Casado(a)	*16*	*84,2*
Solteiro(a)	*2*	*10,5*
Separado(a)	*1*	*5,3*
Nacionalidade do cônjuge:		
EUA	*6*	*31,5*
Solteiro(a)	*4*	*21,05*
Brasil	*7*	*36,8*
Irlanda	*1*	*5,2*
Não respondeu	*1*	*5,2*
Filhos:		
Não	*8*	*42,1*
Sim	*11*	*57,8*
Número de filhos:	*Média= 1,2*	*DP= 1,1*
	Máximo= 3 / Mínimo= 0 (MEDIANA: 2 filhos)	
Tempo de residência nos EUA: [A]	*Média= 9,5*	*DP= 8,3*
	Máximo= 28 / Mínimo= 1 (MEDIANA: 7,0 anos)	
Idade quando emigrou para os EUA: [A]	*Média= 33,5*	*DP= 6,5*
	Máximo= 43 / Mínimo= 24 (MEDIANA: 34,0 anos)	

[A] *Em anos*

Na Tabela 2, observa-se uma diversidade de escolas médicas nas quais os profissionais concluíram seus estudos, em diferentes Estados, com predominância das regiões Sul e Sudeste do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul). Apesar de a amostra ter sido aleatória e por conveniência e, portanto, não ter sido possível definir de antemão essa diversidade de locais de formação, evidencia-se que os pensamentos expressos pelos médicos não foram relacionados a sua origem geográfica, mas representam ideias de uma categoria profissional, independentemente dos locais de formação. Destaque-se não ser possível essa análise em função do pequeno número da amostra.

No que tange à natureza das instituições em que se formaram, 52,6% são públicas e 47,3% privadas. Esses dados nos fazem refletir sobre o investimento da sociedade brasileira nesses médicos que, ao emigrarem, levam consigo um conhecimento e uma vivência que serão aplicados em um país que não investiu em sua formação. Esse fato é de suma importância em nações em desenvolvimento, que apresentam um alto índice de emigração de médicos e que não conseguem retê-los (*brain drain*) (VUJICIC et al., 2004; WILLIS-SHATTUCK et al., 2008; SIYAN, DAL POZ, 2014).

Na amostra apresentada, 42,2% declaram estar cursando ou já terem concluído alguma especialização. Ressalta-se que nesta pesquisa o termo “especialização” pode ter tido seu entendimento amplo e, assim, não é possível saber se corresponde a um registro formal de um título de especialista ou referência a uma residência médica ou especialização não formal, realizada em território nacional ou norte-americano. De qualquer maneira, são médicos muito bem formados, sendo que 26,3% cursam ou já concluíram mestrado e 15,7% concluíram ou estão em fase de conclusão do doutorado. Um índice muito maior em comparação ao Brasil, onde um estudo publicado em 2004 pelo Conselho Federal de Medicina demonstrou que 14% dos médicos participantes referiam ter feito mestrado e 6,8% doutorado (CARNEIRO, GOUVEIA, 2004).

Tabela 2 - Características acadêmicas da população estudada.

Variável:	Nº	%
Tempo de formação: [A] (n=17)	*Média= 19,9*	*DP= 10,2*
	Máximo= 38 / Mínimo= 5 (MEDIANA: 20,0 anos)	
Instituição da formação em medicina		
Privada	*9*	*47,3*
Pública	*10*	*52,6*
Cursa ou concluiu especialização (pós-graduação)		
Sim	*8*	*42,2*
Não	*11*	*57,8*
Cursa ou concluiu mestrado		
Sim	*5*	*26,3*
Não	*14*	*73,7*
Cursa ou concluiu doutorado		
Sim	*3*	*15,7*
Não	*16*	*84,3*
Cidade, Estado e País de graduação em medicina		
CIDADE	**Nº**	**%**
Taubaté	*1*	*5,3*
Vassouras	*1*	*5,3*
Santo André	*1*	*5,3*
Barbacena	*1*	*5,3*
Rio de Janeiro	*4*	*21,1*
Brasília	*1*	*5,3*
Mogi das Cruzes	*1*	*5,3*
Porto Alegre	*1*	*5,3*
Curitiba	*3*	*15,8*
São Paulo	*3*	*15,8*
Goiânia	*1*	*5,3*
Salvador	*1*	*5,3*
ESTADO	**Nº**	**%**
São Paulo	*6*	*31,6*
Minas Gerais	*1*	*5,3*
Rio de Janeiro	*4*	*21,1*
Distrito Federal	*1*	*5,3*
Paraná	*3*	*15,8*
Rio Grande do Sul	*2*	*10,5*
Goiás	*1*	*5,3*
Bahia	*1*	*5,3*
PAÍS	**Nº**	**%**
Brasil	*19*	*100*

[A] *Em anos*

Na Tabela 3, observa-se que quase a totalidade dos participantes da pesquisa (18) exerceu medicina no Brasil em serviço público (21,1%), privado (31,5%) ou ambos (42,1%), antes de se mudar para os EUA. No estudo “Demografia Médica no Brasil” (2015), enquanto a atuação dos médicos no setor público era de 21,6%, no setor privado era de 26,9% e em ambos 51,5%. Portanto, quando deixaram o país, a totalidade dos médicos da amostra exerciam a medicina, mas, no período em que a

pesquisa foi realizada, 31,6% dos que emigraram para os EUA não atuam como médicos. Observa-se uma representação maior de profissionais que trabalharam no setor privado em relação aos dados do perfil dos médicos que atuam no Brasil (SCHEFFER, 2015).

Em relação à residência médica, 21,1% não cursaram e os outros 78,9% apresentaram mais de uma residência concluída. No trabalho "Demografia Médica" observa-se que, no Brasil, 59% dos médicos são titulados como especialistas, dado que contabiliza profissionais titulados ou com Residência Médica, a partir de diferentes bases de dados, metodologias e interpretações na contagem de especialistas (SCHEFFER, 2015).

Para exercer a medicina nos Estados Unidos é necessário se submeter ao USMLE e ser fluente em inglês (a proficiência na língua é aferida na segunda etapa deste exame)[xii]. Só depois o profissional estrangeiro está habilitado a se candidatar à residência médica. O exercício clínico profissional, porém, só é autorizado após conclusão de uma especialização. Esse exame também é aplicado aos médicos formados nas instituições norte-americanas. É importante ressaltar que não é necessário ao estrangeiro ser aprovado no USMLE para atuar na área de ensino e pesquisa (USMLE BRAZIL, 2016[xiii]).

O exame USMLE consta de quatro etapas:

- *Step 1*: prova teórica sobre ciências básicas;
- *Step 2 CK (clinical knowledge):* prova teórica de conhecimento clínico com ênfase em diagnóstico e prevenção; e
- *Step 2 CS (clinical skills):* prova prática de habilidade clínica;
- *Step 3:* prova teórica de conhecimento clínico com ênfase em tratamento.

Podemos dizer que esses médicos, ao se mudarem para os EUA, tiveram de retomar sua formação como recém-graduados, muitas vezes refazendo uma residência que já haviam finalizado no Brasil. Dos 19 que responderam à pesquisa, 13 já realizaram o USMLE (68,4%) e 10 deles (52,6%) foram aprovados.

Observa-se que 47,4% dos entrevistados exercem a medicina assistencial, 21,1% estão em atividades de pesquisa e 31,6% não exerciam a profissão no momento da pesquisa.

[xii] Spoken English Proficiency (SEP).

[xiii] RIBEIRO, E. H. **Como ser médico nos EUA**: visão geral do processo. [sl.l], 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/open?id=0ByjDM68jg9syZ3FRWGZ3THU3emc>

É interessante observar a diversidade de especialidades médicas clínicas e cirúrgicas, ainda que a amostra tenha sido aleatória e por conveniência.

Tabela 3 – Características profissionais da população estudada

Variável	Nº	%
Tempo de atuação como médico(a)[A]	*Média= 10,7*	*DP= 10,0*
	Máximo= 40 anos / Mínimo= 1(MEDIANA: 6,0 anos)	
Exerceu medicina no país de formação e/ou outra localidade		
Sim	*18*	*94,7*
Não	*1*	*5,3*
Atualmente (nos EUA) qual é a área de atuação médica em que trabalha mais de 50% do tempo		
Assistência	*9*	*47,4*
Pesquisa	*4*	*21,1*
Ensino	*0*	*0,0*
Não atua como médico(a)	*6*	*31,6*
Fez residência médica		
Sim	*15*	*78,9*
Não	*4*	*21,1*
Área de residência médica		
Clínica médica	*8*	*27,6*
Pediatria	*3*	*10,3*
Cirurgia geral	*2*	*6,9*
Cirurgia pediátrica	*1*	*3,4*
Cirurgia vascular	*1*	*3,4*
Hematologia	*1*	*3,4*
Infectologia	*1*	*3,4*
Neurologia	*1*	*3,4*
Neuropediatria	*1*	*3,4*
Oncologia	*1*	*3,4*
Otorrinolaringologia	*1*	*3,4*
Pneumologia	*1*	*3,4*
Terapia intensiva	*1*	*3,4*
Urologia	*1*	*3,4*
Não fez	*4*	*13,8*
Último emprego no Brasil exercendo a função de médico(a):		
Ambos (privado e público)	*8*	*42,1*
Cargo privado	*6*	*31,5*
Cargo público	*4*	*21,1*
Nunca atuou como médico no Brasil	*1*	*5,7*
Já realizou o USMLE		
Sim	*13*	*68,4*
Não	*6*	31,5
Aprovado no USMLE		
Sim	*10*	*52,6*
Não	*9*	*47,3*
Há quanto tempo foi aprovado(a) no USMLE[A]	*Média= 7,6*	*DP= 5,0*
	Máximo= 15 / Mínimo= 1 (MEDIANA: 6,0 anos)	

[A] *Em anos*

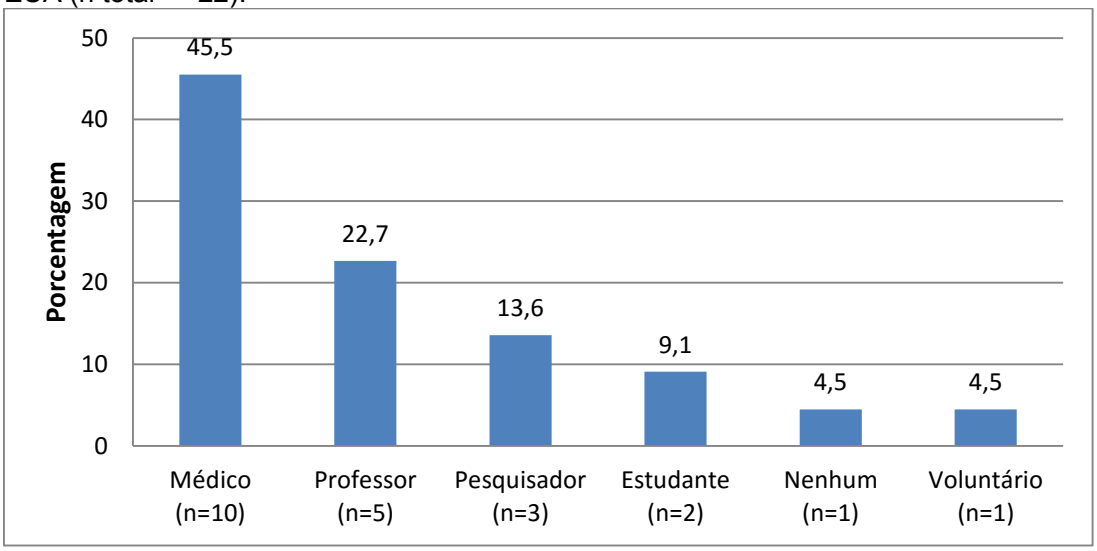
5.2. ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL DOS MÉDICOS EMIGRANTES BRASILEIROS NOS EUA

No Quadro 1 e na Figura 1, em relação à atividade profissional atualmente praticada nos Estados Unidos, observa-se que 45,5% exercem a função de médico assistencial, sendo que dos 19 participantes 3 acumulam a função de professor. Do total das categorias citadas livremente, 22,7% são professores e 13,6% são pesquisadores; 9,1% são estudantes se preparando para realizar o USMLE, 1 está exercendo a função de voluntário na área da saúde e 1 não está exercendo a medicina, mas se preparando para a residência médica.

Quadro 1 – Distribuição por atividade profissional atual nos EUA.

	Categorias	
Cirurgião vascular	Médico	
Internal medicine (medicina interna)	Médico	
Cardiologista intervencionista	Médico	
Professor; médico	Professor	Médico
Gerenciamento de um departamento em um hospital	Médico	
Professor universitário	Professor	
Pediatra	Médico	
Associate professor of medicine - (professor adjunto)	Professor	
Médico; professor	Médico	Professor
Estudante	Estudante	
Internal medicine (medicina interna)	Médico	
Médico; professor assistente	Médico	Professor
Residente de neurocirurgia	Médico	
Nenhuma; “estou aplicando para residência médica”	Nenhum	
Pesquisa clínica na indústria farmacêutica	Pesquisador	
Research fellow – (pesquisador sênior)	Pesquisador	
Voluntariado	Voluntário	
Estudante	Estudante	
Pesquisador associado	Pesquisador	

Figura 1 – Atividade profissional atual de médicos brasileiros que emigraram para os EUA (n total* = 22).



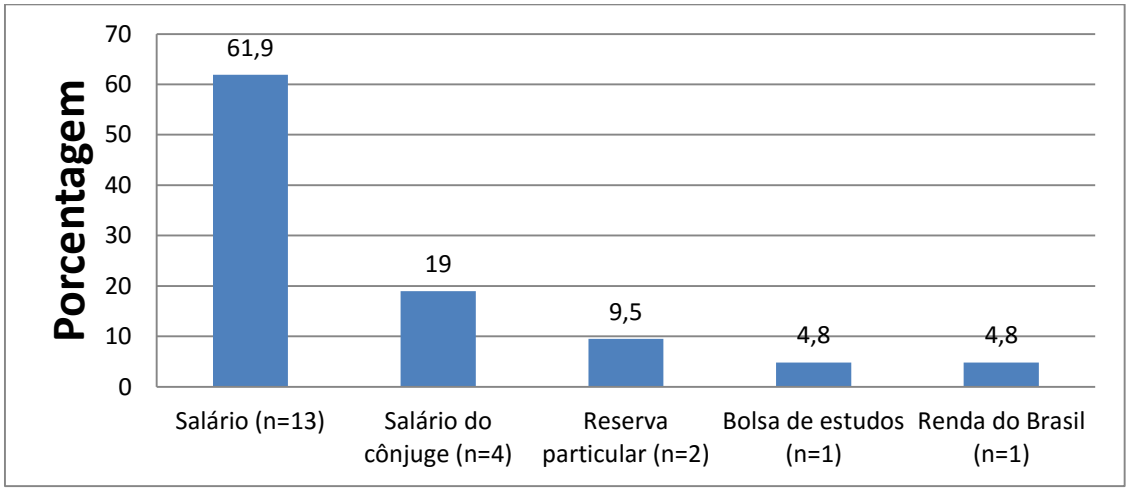
*O "n" total é maior do que 19, pois alguns médicos exercem duas atividades.
Fonte: elaboração própria, com base em dados da pesquisa (2016)

No Quadro 2 e Figura 2, observa-se que 61,9% têm como principal fonte de renda o próprio salário; 19 % o salário do cônjuge, sendo como fonte principal ou como complemento ao próprio salário, uma renda do Brasil ou ainda a uma reserva particular. Somente um deles tem bolsa de estudos de residência médica (4,8%).

Quadro 2 - Principal fonte de renda atual nos EUA.

Fonte de renda	**CATEGORIAS:**	
Salário	Salário	
Trabalhando como médico no meu consultório.	Salário	
Cardiologia intervencionista (hospital e consultório)	Salário	
Professor e Médico	Salário	
"Meu salário e o do meu esposo"	Salário	Salário do cônjuge
"Meu emprego na universidade onde ensino e faço pesquisa"	Salário	
"Meu trabalho como pediatra"	Salário	
"Salario da universidade"	Salário	
"Meu salário de médica"	Salário	
"Salário do cônjuge"	Salário do cônjuge	
"Bolsa de residência médica"	Bolsa de estudos	
Urologista	Salário	
Salário da residência	Salário	
Salário do cônjuge	Salário do cônjuge	
Trabalho na indústria farmacêutica	Salário	
"Dinheiro que economizei trabalhando no Brasil antes de me mudar"	Reserva particular	
Renda de inquilino no Brasil e suporte do marido	Renda do Brasil	Salário do cônjuge
Economias trazidas do Brasil	Reserva particular	
Salário de consultora	Salário	

Figura 2 - Principal fonte de renda atual de médicos brasileiros que emigraram para os EUA.



*O "n" total equivale a 21, decorrentes de mais de uma fonte.
Fonte: elaboração própria, com base em dados da pesquisa (2016)

5.3 MOTIVOS DA EMIGRAÇÃO

Na Tabela 4, que tange às questões estruturadas, em relação aos motivos que levaram os entrevistados a se mudarem para os Estados Unidos, observa-se, em primeiro lugar, "qualidade de vida", seguida de "condições de ensino, de pesquisa e de trabalho". Ao analisarmos o resultado das perguntas abertas, no Quadro 3, em relação ao mesmo tema, observa-se um detalhamento dos quesitos listados acima e a citação de novos motivos, tais como "oportunidades em geral".

Tabela 4 – Motivos para emigração.

Indicadores	*Média:*	*Desvio Padrão:*	*Mínimo*	*Máximo:*	*Mediana:*
Qualidade de vida	4,3	1,5	0,0	5,0	5,0
Condições de ensino	4,0	1,9	0,0	5,0	5,0
Condições de pesquisa	3,5	2,0	0,0	5,0	5,0
Condições de trabalho	3,5	2,2	0,0	5,0	5,0
Situação econômica	3,4	1,6	0,0	5,0	3,0
Remuneração financeira	3,2	1,7	0,0	5,0	4,0
Mercado de trabalho	3,1	1,9	0,0	5,0	3,0
Reconhecimento profissional	2,9	2,0	0,0	5,0	4,0
Ascensão profissional	2,8	2,1	0,0	5,0	3,0
Aspectos relacionais ou afetivos	2,5	2,5	0,0	5,0	1,0
Situação política	1,9	2,0	0,0	5,0	1,0
Liberdade da expressão	1,5	1,9	0,0	5,0	1,0
Aspectos culturais	1,4	1,7	0,0	5,0	0,0
Crença religiosa	1,2	1,8	0,0	5,0	0,0
Orientação sexual	0,2	0,6	0,0	2,0	0,0

No Quadro 3 e na Figura 3, no que se refere aos motivos pelos quais esses médicos escolheram especificamente os EUA para emigrar, destacam-se nas citações "família" (16,7%), seguido de "oportunidades gerais" (14,3%), "oportunidades profissionais" e "formação" (11,9% cada um). A facilidade do idioma encontra-se em quarto lugar, com 9,5% do total das motivações citadas.

Observa-se que a escolha para emigrar nem sempre está pré-definida. Nas entrevistas, foi possível observar que a decisão de escolha dos EUA para morar baseou-se em um conjunto de fatores favoráveis e complementares e não especificamente em um único motivo.

Família e Oportunidades Profissionais

A família representa um papel importante na emigração, às vezes de caráter decisivo, porém não um fator isolado. São apontados motivos como refazer a vida em um país onde já havia estudado anteriormente; a possibilidade de uma vida melhor para os filhos; a facilidade de manter o cônjuge em sua terra natal. Tudo isso em conjunto com algumas oportunidades profissionais. Nessas entrevistas, foi possível observar que os entrevistados já tinham uma experiência anterior naquele país, como estudantes, com fluência na língua inglesa. Portanto, já conheciam um pouco da realidade da sociedade norte-americana quando se programaram para a mudança definitiva. Dito de outro modo, era um cenário familiar e não um ambiente totalmente desconhecido.

Observa-se também certo grau de desconforto com a vida no Brasil, relacionado a um desequilíbrio entre a sobrecarga de trabalho e o respectivo retorno financeiro, que afetava a qualidade de vida. A falta de perspectiva de mudança nesse cenário mobilizou o entrevistado a pensar na possibilidade de mudança para melhorar as condições de vida, de modo geral.

> *"[...] vim como cirurgiã visitando a Escola [da Universidade] de Harvard; tive treinamento no Children Hospital, depois voltei pro Brasil. Mais tarde, em 2001, por causa das mudanças na vida e sendo mãe solteira, tomando conta dos meus filhos e a situação bem difícil no Brasil, eu vim pra cá. Estou até hoje e hoje sou cidadã [norte-]americana. (...)*
> *Na época, a situação estava muito difícil no Brasil. Eu trabalhava em mais de cinco hospitais, pelo menos; eu tinha meu consultório particular; eu atendia convênios, (...) Muito, muito pesado! Eu trabalhava 7 noites por semana e 6 dias por semana. (...)*

Então, como eu já tinha vindo pros Estados Unidos anteriormente, com o pai deles [ex-marido], e porque eu já conhecia, já tinha contato, já tinha vindo pra Harvard, pro Children's Hospital, maravilhada, né? Na época eu não quis ficar, eu quis voltar pro Brasil, terminar minha residência. Falei: "Vou pra lá". Teve também um empurrão da minha ex-sogra: "Quem sabe você consegue retomar essa relação? (...)
Mas principalmente querendo um futuro melhor pros meus filhos. Então, eu vim com a cara e a coragem. Mas não pensava que ia acontecer o '11 de setembro'[xiv] *e tudo ia mudar, de um minuto pra outro."* (MD1)

"Ah, outra coisa fundamental: a vida me levou. O que quero dizer com isso? Eu me casei de novo. Com uma cidadã dos Estados Unidos, que eu já conhecia há muitos anos. Então, (...) geralmente as questões familiares têm um peso grande nisso, né? (...) você não pode decidir só pela tua profissão. Eu acho que acontece isso com a grande maioria dos médicos. Eles vêm pra cá em idade reprodutiva, podem ter filho. Aí cria uma situação complicada, cria o filho aqui, não cria, volta, não volta. Isso aí que eu acho que tem um peso grande, além da questão profissional." (MD3)

Nem tudo é como o idealizado nos primeiros anos de vida em território norte-americano, mesmo estando preparados para a mudança. O rendimento financeiro diminui, o *status* profissional também e é preciso persistência para se manter firme no propósito de continuar no projeto inicial de emigração.

"A vida te leva. Você não decide tudo na tua vida. Aí, o que aconteceu comigo foi que realmente eu caí pra cima. Aí chegou um período inicial, que acho que acontece com boa parte dos que vem pra cá, em que você tem um relativo dissenso profissional, você tem uma queda profissional." (MD3)

Idioma

A fluência na língua inglesa é importante não só no que diz respeito à questão profissional, mas também em relação a fazer parte da sociedade norte-americana sem o estigma de ser um imigrante de um país subdesenvolvido. A facilidade do idioma fica evidente quando se observa a existência de tantos médicos indianos nos EUA.

"[...] e o Brasil não é a área principal de recrutamento de médico estrangeiro. A área principal de recrutamento de médico estrangeiro pros Estados Unidos tem vindo da Índia, tem vindo de países que falam já inglês, Canadá, certo?

[xiv] Referência ao ataque do grupo fundamentalista islâmico Al Qaeda às torres gêmeas do complexo World Trade Center, na cidade de Nova Iorque, que deixou 3 mil mortos e mais de 6 mil feridos.

Ou, então, de médicos [norte-]americanos que vão estudar fora e voltam. Essa é mais ou menos a trajetória." (MD3)

Formação, Estudo e Oportunidades em Geral

A busca por uma formação diferenciada, muitas vezes em formato de "*fellow*" (estágio de um a dois anos em serviços hospitalares assistenciais ou de pesquisa), faz com que alguns deles emigrem, inicialmente, com o propósito de se aperfeiçoar, retornar ao Brasil e aplicar aqui o que aprenderam. Mas, ao retornar ao país de origem, nem sempre encontram a colocação profissional que esperavam ao retornarem. Nesse momento, passam a considerar a possibilidade de retorno e permanência nos Estados Unidos.

> *"Então é muito comum encontrar gente... e é muito comum no Brasil ter muita gente que diz assim: "Eu fiz* fellow *nos Estados Unidos", certo? Esse* fellow *normalmente é o* fellow *de pesquisa em que eles passam um ano, pode ser até 2 anos, fazendo essa experiência, que enriquece demais, e volta pro Brasil. Claro, traz uma bagagem enorme. (...)*
> *Aí, logo depois disso, eu me formei. Passei um ano juntando dinheiro, dando plantãozinho e estudando inglês, durante a semana, pra vir estudar [...] aqui nos Estados Unidos. Meu objetivo inicial era me diferenciar nos Estados Unidos pra voltar pro Brasil diferenciado (...)*
> *Na minha opinião, a vantagem de sair do Brasil é que alguns médicos vêm e ficam; e alguns vêm, fazem residência aqui e voltam. Então cria essa ponte, entendeu? Em que os que ficaram ajudam a propiciar a ponte pros que estão querendo vir. Alguns ficam e alguns voltam. Aí aumenta a transferência de tecnologia de informação pro Brasil."* (MD2)

Processo Seletivo

O processo de acesso a uma vaga de residência nos Estados Unidos (USMLE) é transparente, com regras claras, centralizado na primeira etapa e de fácil acesso pela internet. A disponiblidade de um grande número de vagas, mesmo não sendo nos maiores centros, é um fator citado como um dos motivos porque escolheram os EUA para emigrar e não outro país.

> *"Mas a verdade é que existe essa oportunidade enorme, que, assim, eu duvido que exista em outro país... mais vaga de residência do que estudante de medicina formado. É por isso que há uma facilidade muito grande dos médicos virem pra cá. Porque eles podem entrar nessa residência e, aí, dessa residência,*

automaticamente, trabalhar. Porque não existe nos Estados Unidos prova Revalida[xv] *(...)*
Outra coisa, quando eu terminei, eu fiz a prova de título. Ano passado eu fiz a prova de título de novo. A prova de título aqui vale por dez anos, você tem que repetir a cada dez anos. Não existe prova de título que é pro resto da vida. Então, a gente aqui... o tempo inteiro eles ficam empurrando essas coisas de prova. Isso mantém a gente em pé." (MD2)

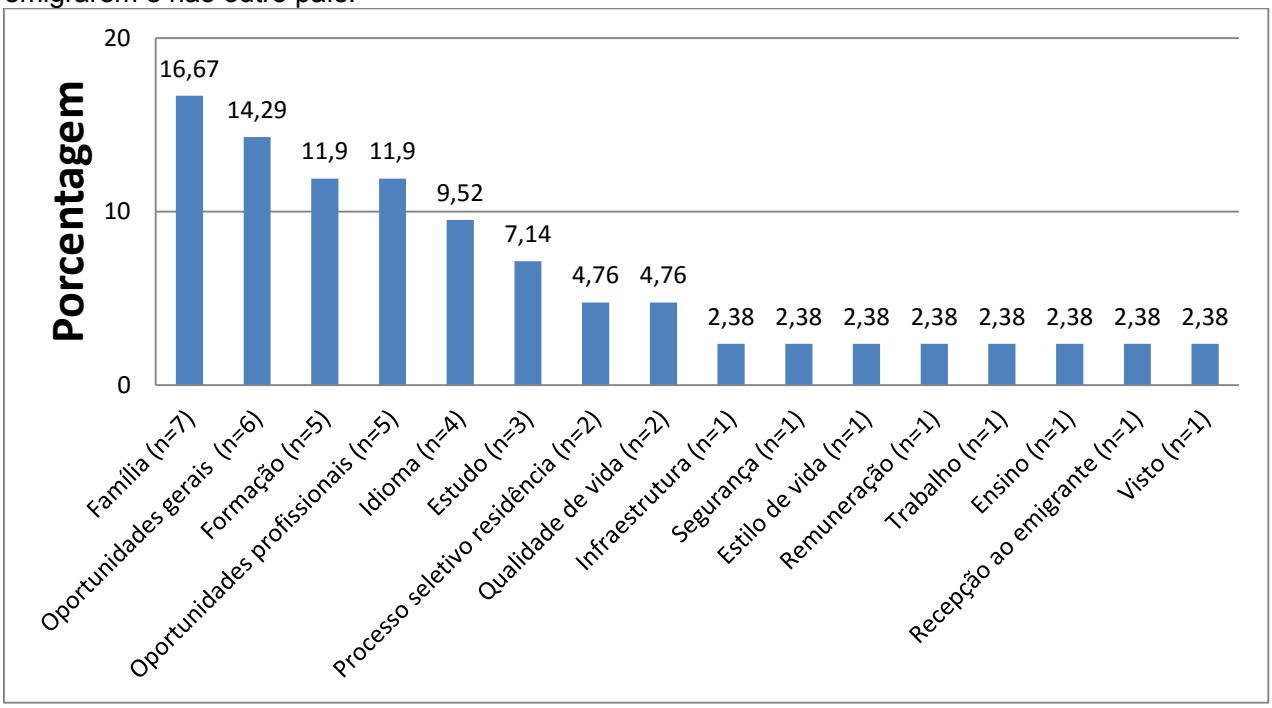
Quadro 3 – Descrição livre dos motivos para emigração norte-americana.

Por que escolheu especificamente os EUA e não outro país para emigrar?	**Categorias:**			
Oportunidades, língua.	Oport.* gerais	Idioma		
"Os EUA é considerado o melhor lugar para se ter uma boa formação médica."	Formação			
Qualidade técnica, de ensino, acessibilidade aos recursos médicos, infraestrutura, suporte ao residente estrangeiro e qualidade de vida.	Qualidade de vida	Formação	Infraestrutura	Ensino
"Oportunidade de um *clinical fellowship".*	Oport. profissionais			
"Familiar aqui, fiz estágio aqui".	Família	Oport. gerais		
"Porque já tinha familiares nos EUA e porque decidi estudar em escola de saúde pública nos EUA que tinha professor que me agradava."	Família	Oportunidades gerais		Estudo
"Acompanhando meu marido".	Família			
Oportunidade de construir uma carreira acadêmica	Oport. gerais			Formação
Melhor oportunidade – "honestamente EUA ainda é o melhor lugar para exercer a medicina".	Oport. profissionais			
"Oportunidade de trabalho para o meu marido, também médico."	Família			Trabalho
Medicina de referência, processo seletivo (USMLE) com regras claras e acessíveis a estrangeiros.	Formação			Processo seletivo residência
Qualidade da medicina; facilidade com idioma; aberto para imigrantes; segurança.	Formação	Idioma	Segurança	
Organização do processo seletivo para residência; oportunidades profissionais no futuro pós-residência.	Oport. profissionais			Processo seletivo residência
Nacionalidade e trabalho do cônjuge.	Família	Idioma		
"Para educar os filhos e porque trabalho na indústria farmacêutica, aqui tem um grande número delas, o que traria a sobrevivência da família a curto prazo. Para refazer a formação completa com o USMLE levaria em média de 5 a 7 anos."	Oport. profissionais	Família		Estudo
Estilo de vida.	Estilo de vida			
Língua, qualidade de vida e perspectiva profissional.	Idioma	Oport.profissionais	Qualidade de vida	
"Facilidade de obter visto de permanência; por minha esposa ser cidadã americana."	Família	Oport. gerais	Visto	Estudo
Universidade de prestígio e de vanguarda.	Oport.gerais			
Salário	Remuneração			

*Oportunidade/s

[xv] O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira (Revalida) foi criado em 2011, em uma ação articulada dos Ministérios da Educação e da Saúde, para ampliar a revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior. O Revalida é obrigatório para quem cursou medicina fora do Brasil.

Figura 3 – Descrição livre dos motivos que levaram médicos brasileiros a escolherem os EUA para emigrarem e não outro país.



*n=42 significa que cada entrevistado citou mais de um motivo
Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa (2016)

No Quadro 4 e na Figura 4, em que foi perguntado especificamente em relação aos motivos que os levaram a emigrar para os Estados Unidos e não outro país, observa-se que o “aperfeiçoamento profissional” é citado em 17,6%, ficando em primeiro lugar, seguido de “oportunidades gerais” (13,2%), “qualidade de vida” e “família” (11,8% cada um) e segurança (10,3%).

Os motivos citados nessa questão são semelhantes aos motivos relacionados à escolha do país.

Fica evidente que a busca pela melhoria do desempenho profissional é uma grande alavanca para a mudança, enquanto o motivo “oportunidades gerais” sugere que fatores genéricos, não específicos, fazem acontecer a mudança. É como se circunstâncias não muito bem definidas encaminhassem esses profissionais para grandes mudanças nas suas vidas e de suas famílias.

Qualidade de vida, família e segurança dão sustentação às mudanças, como um verdadeiro pano de fundo. A seguir, os comentários das entrevistas em relação aos motivos citados.

Aperfeiçoamento Profissional

Para o aperfeiçoamento profissional em ensino e pesquisa não é necessário se submeter ao USMLE. Já no que se refere à assistência, os desafios são maiores, incluindo proficiência em inglês, aprovação no USMLE e aceite para fazer a residência médica em instituições credenciadas. Esse processo demanda não só um grande investimento financeiro, como disponibilidade para realizar a residência em regiões rurais e distantes dos grandes centros norte-americanos. Uma outra alternativa é a realização de um *fellowship* e o posterior preparo para a prova de residência.

> *"[...] eu não vim pra cá pensando em fazer clínica. Se eu tivesse vindo pra fazer clínica, aí eu teria que ter passado no exame, que é difícil pros brasileiros passarem. Por isso que o número também é pequeno, e acontece que muitos vêm, na verdade, pra fazer um* fellowship*, que não é de longo prazo, é 1 ano ou 2. E, aí, acaba ficando, porque aparece oportunidade. A oportunidade é o quê? Passar na prova. Na prova mesmo é muito pouca gente que passa (...)"* (MD3)

> *"[...] E, claro, eu acho que, assim, tem tanta gente de fora que vem pra cá, não só pra fazer estágio ou pra fazer* research fellow*. E eu vejo que do Brasil é uma quantidade pequena, mesmo você conhecendo várias pessoas aí. A quantidade é pequena pra quantidade de pessoas que vêm aqui aprender. Eu achava... eu, no meu caso, apanhei muito pra ter as informações, entender como que vinha pra cá. Acho que o Brasil... tem muito menos médicos vindo do Brasil que do Peru, justamente porque a gente não sabe como funciona."* (MD2)

Oportunidades Gerais e Segurança

A situação de outros brasileiros de diferentes profissões e classes sociais que estão chegando aos Estados Unidos é vista pelos médicos que emigraram como motivada pela preocupação com o momento de crise que o Brasil vive. Aparentemente, houve um período de pouca procura para a emigração de novos brasileiros e, agora, percebe-se um aumento sensível de emigrantes que chegam querendo ficar. Essa observação está ancorada no número de brasileiros que procuram assistência em saúde ao chegar em território norte-americano. Em relação aos médicos, há uma percepção de aumento na procura dos EUA como destino, depois de iniciado o Programa Mais Médicos no Brasil.

[...] Agora, com essa desorganização e mudanças no Brasil, estamos vendo chegar muita gente aqui; muita gente capacitada, muitos engenheiros, muitas pessoas recém-formadas que não têm conseguido nada no Brasil. Então, nós estamos vendo de novo a avalanche brasileira chegando nos Estados Unidos." (MD1)

"Uma coisa que me impressionou é que a quantidade [de] brasileiros é muito pequena que tava vindo pra cá. No ponto de vista da estatística, pra você ter ideia, dois anos atrás 64 brasileiros prestaram as provas e 32 entraram aqui. [...] Ao mesmo tempo, 1,8 mil indianos prestaram a prova e 800 entraram. Cheguei até a colocar algumas estatísticas. Por exemplo, mais peruano, colombiano, venezuelano e mexicano entra aqui do que brasileiro, porque no Brasil não se sabia desse processo. Mas, aí, o que aconteceu é que logo depois que começou a história do "Mais Médicos" o grupo começou [a] explodir". (MD2)

"Como falei, depende na região do Brasil. Alguns lugares estão mais pesados. Então, não estamos vendo o pessoal chegando. Tinha dado uma parada, eles tinham fechado o cerco aqui. Mas eu tenho visto todo santo dia chegar pessoa nova. Hoje de manhã eu passei, antes de ir, estava num dos hospitais, na sala de espera cheia de brasileiros tentando conseguir plano de saúde ou algum cuidado de saúde. Todos eram brasileiros, todos." (MD1)

Família, Visto e Oportunidades Profissionais

A presença de parentes nos Estados Unidos facilita o caminho de quem tem intenções de emigrar, pois o familiar irá informar com antecedência as facilidades e dificuldades que serão encontradas.

"Eu trouxe meu irmão pra cá. Ele é médico aqui também. E eu falei pra ele: 'Olha, com CRM no Brasil você pode trabalhar, você fazendo residência aqui você pode escolher trabalhar no Brasil ou aqui, a hora que você quiser'. Essa vantagem é grande." (MD2)

O visto de permanência nos EUA é negociado em função de trabalhos em áreas rurais e mal servidas de médicos. Dessa forma, existe uma vinculação com oportunidades em geral e a possibilidade de obtenção do *Green Card.* A partir daí o médico está liberado para procurar outro lugar para trabalhar.

"Então eu continuei fazendo residência aqui de internal medicine*. Aí, no final, o governo [norte-]americano aqui, pra evitar justamente esse* brain drain*, eles falam o seguinte: 'Se você se formou nos Estados Unidos, você pode trabalhar como médico nos Estados Unidos, mas como a gente deu um visto chamado*

'visto de treinamento', você é obrigado a voltar pro seu país de origem, ficar lá dois anos fisicamente, e só depois pode aplicar pra um trabalho aqui, a não ser que a gente libere você dessa promessa'. Qual é a única forma de liberar essa promessa? É você trabalhar numa área mal servida de médicos nos Estados Unidos, seria o SUS daqui, que é o lugar onde os cubanos estão trabalhando aí [no Brasil, no âmbito do ´Mais Médicos'']. Então, eles têm 30 vagas por Estado, que dão 1.500 vagas por ano, de médicos. Basicamente, a gente vai trabalhar em áreas (pode ser tipo Montana) onde ninguém quer ir. Pode ser no Bronx [em Nova Iorque], que é perigoso; ou no meu caso, me formei em Framingham [Massachusetts, Estados Unidos] e continuei em Framingham, porque não tinha ninguém que falava língua portuguesa. E nós temos a maior colônia de brasileiros no mundo fora do Brasil aqui em Massachusetts, 320 mil brasileiros. Então, Framingham tem 16 mil brasileiros e não tinha nenhum médico aqui, era uma área mal servida para quem fala português. Trabalhei três anos aqui e, depois disso, ganhando o Green Card, eu pude simplesmente entrar numa área privada e continuei na mesma cidade. (...)
A gente tem um grupo, acho que um grupo grande de brasileiros, em Boston. Eu conheço uns 30/40 colegas aqui. Infelizmente, os brasileiros que vieram inicialmente se dissolvem: um vai pra um canto, outro pro outro, faz um grupo de amigos [norte-]americanos ou internacionais. Não tem, assim, uma grande quantidade de médicos brasileiros que se encontram. Eu tô tentando criar isso agora aqui. Meu irmão tá aqui, ele tem alguns amigos que estão ficando mais aqui. Mas muitos vêm pra Boston, estudam e, depois, vão pegar onde tem uma oferta melhor: vão pro Texas, pro Meio-Oeste, algum outro lugar assim." (MD2)

Já no que se refere à oportunidade de fazer a residência médica nos Estados Unidos, está facilitada devido ao grande número de vagas disponíveis e ao fato de os brasileiros não terem, a princípio, vinculação a alguma cidade em particular e se disporem a trabalhar em locais distantes dos grandes centros urbanos, o que é importante porque aumenta as possibilidades de se conseguir uma vaga.

"Nos Estados Unidos, obrigatoriamente, pra exercer a profissão tem que fazer residência aqui. Não é igual ao Brasil, que você não precisa de residência. A questão é justamente essa. Por acaso, nos Estado Unidos, eles fizeram um cálculo errado, há um tempo atrás, digamos 20 anos atrás, a burocracia é muito grande pra abrir uma faculdade de medicina aqui, em que não precisava da demanda grande. Resultado: foi criado mais e mais hospitais, foi aberto mais e mais residências, mas a quantidade de estudantes de medicina que forma é a mesma. Então, atualmente, nos Estados Unidos a gente tem mais ou menos 25 mil a 26 mil vagas de residência e formam-se 21 mil estudantes de medicina por ano. Ou seja, tem 5 mil vagas a mais de residência do que formam estudantes de medicina (...)
Então os estrangeiros têm que, de alguma forma, mostrar uma nota maior, alguma coisa melhor, pra brigar pra entrar nessas vagas. Ao mesmo tempo que cresce a população, estão crescendo hospitais e vagas de residência. E [só] agora que eles estão começando a aumentar um pouco as vagas na faculdade

de medicina. Mas a quantidade que eles estão aumentando ainda é uma coisa menor do que a quantidade de vaga pra residência". (MD2)

Quadro 4 – Descrição dos motivos que levaram à emigração para os Estados Unidos.

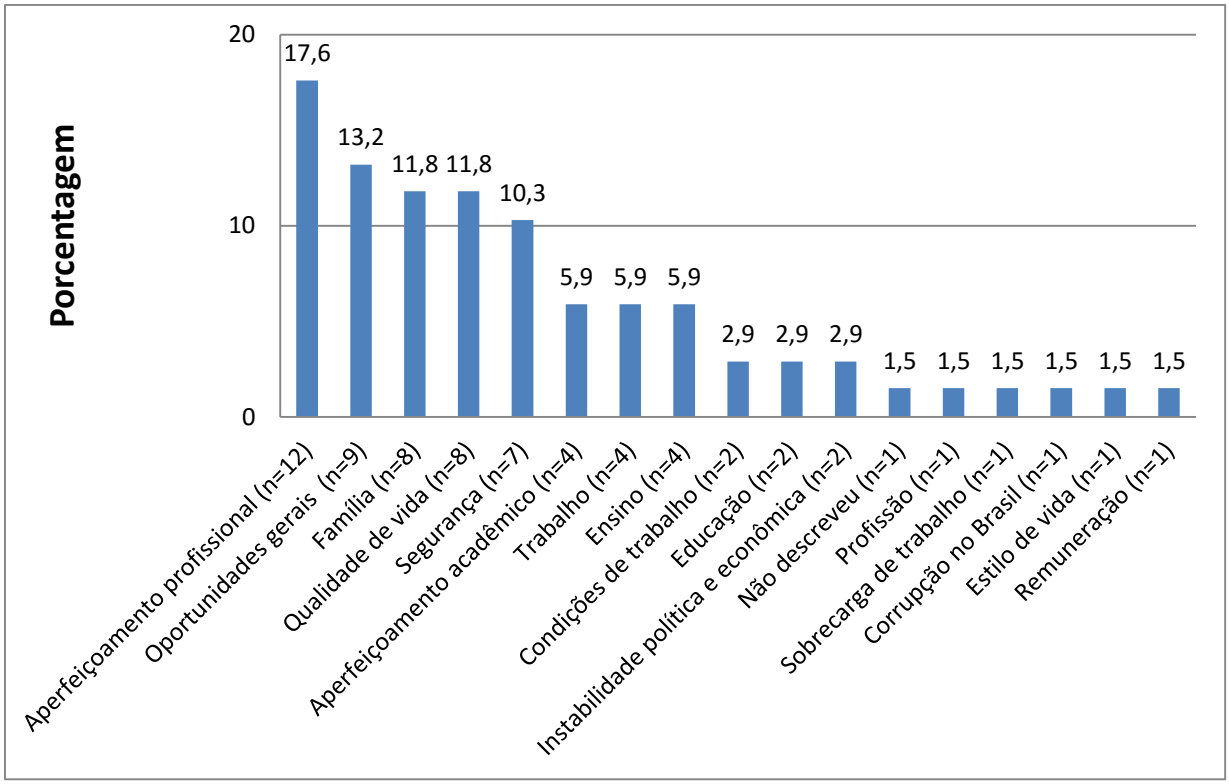
Por que foi?	**Categorias**					
Oportunidade de crescer no meio acadêmico.	Oport.* gerais	Profissão				
Eu originalmente vim com o objetivo de fazer residência medica e ter o melhor treinamento possível. O objetivo inicial era depois voltar para o Brasil com um treinamento diferenciado. Após entrar na residência médica, vi, nas vezes que eu voltei ao Brasil, que não teria condições de encontrar os recursos que tenho à minha disposição aqui e que facilitam a minha vida profissional. A insegurança, principalmente em termos de criminalidade, também foi um fator forte, já que aqui nunca me preocupo com isto".	Opor. gerais	Aperf.** profissional	Qualidade de vida	Segurança		
"Melhor treinamento durante residência, melhor suporte dos preceptores e qualidade na capacitação. Melhor infraestrutura durante treinamento de carreira longa (meus [treinamentos] foram 7 anos), qualidade de vida quando fora do hospital, segurança etc."	Oport. gerais	Aperf. profissional	Qualidade de vida	Segurança		
"Inicialmente, oportunidade acadêmica; na sequência, boa oportunidade profissional"	Oport.gerais	Aperf. acadêmico	Aperf. profissional			
"Problema familiar para ser resolvido com o conjugue naquele tempo. Busca de melhores opções de trabalho, visto que não estava recebendo pelo meu trabalho e estava trabalhando muito e em muitos lugares ao mesmo tempo. Possibilidade de uma vida melhor e menos violenta pros filhos."	Família	Oport.gerais	Aperf. profissional	Qualidade de vida	Segurança	Sobrecarga de trabalho
"Para estudar em uma escola de saúde pública, na primeira vez que vim. Regressei ao Brasil depois de terminado o mestrado. Voltei para os EUA quatro anos depois para trabalhar por um ano na Organização Pan-Americana da Saúde, em Washington D.C. Minha situação não se aplica a muitas das perguntas acima,	Oport. gerais	Trabalho	Ensino			

porque não vim para os Estados Unidos para ficar nos Estados Unidos.”						
“Acompanhando meu marido.”	Família					
Não descreveu.	Não descreveu					
Melhores oportunidades de trabalho.	Oport. gerais	Aperf. profissional	Trabalho			
“Meu marido recebeu uma proposta de trabalho excelente, em termos financeiros e de reconhecimento profissional.”	Família	Remuneração	Trabalho			
“Qualidade de vida, condição de trabalho e acesso a pesquisa.”	Qualidade de vida	Aperf. acadêmico	Aperf. profissional			
“Segurança, melhores condições de trabalho; muitos boicotes profissionais no Brasil; melhores condições para se criar uma família; condição de exercer plenamente a especialidade escolhida.”	Segurança	Aperf. profissional	Família	Trabalho		
“Desejo de praticar medicina de ponta e me focar na área médica sem estar preocupado com falta de infraestrutura, materiais etc. A possibilidade de uma carreira acadêmica combinando pesquisa e prática também foi essencial.”	Oport. gerais	Aperf. acadêmico	Aperfeiçoamento profissional	Qualidade de vida	Condições de trabalho	
“Trabalho do meu esposo, segurança e qualidade de vida.”	Família	Qualidade de vida	Segurança			
Educar os filhos em grandes universidades.	Família	Ensino	Educação			
Estilo de vida; menos corrupção, menos impostos e com mais retorno; menos interferência do governo na vida das pessoas em geral e também na profissão médica; estabilidade política e econômica.”	Oport. gerais	Qualidade de vida	Aperf. profissional	Estilo de vida	Corrupção no Brasil	Inst.*** política e econômica
“Meu marido tem um emprego estável, mais segurança, melhor educação para os meus filhos, melhor futuro profissional pra mim, melhor futuro para toda a família. Nos EUA podemos, todos da família, nos encontrar e nos comunicar, uma vez que a família do meu marido mora na Alemanha e a minha família, uma parte mora no Brasil. Poderíamos ter ido para a Alemanha, mas eu não falo a língua e a situação político-	Família	Segurança	Qualidade de vida	Aperf. profissional	Ensino	Educação

econômica não está tão favorável. Provável que meus filhos farão ensino superior na Alemanha, pois lá, ao menos o ensino superior, é gratuito, de excelência e aceito nos EUA para trabalhar.”						
“Logo no começo do Plano Real, comecei a vislumbrar um futuro bom para o Brasil, e, assim, um futuro promissor para meus filhos. Esse bom futuro delineado no horizonte ainda era possível visualizar até o primeiro mandato do Luís Inácio. Porém, progressivamente vi esse futuro se despedaçar, ser destruído. No fim do primeiro mandato da Dilma, via esse futuro completamente destruído. Percebi que se o Brasil retomasse o caminho correto, o futuro vislumbrado seria possível para uns 30 anos. Portanto, não mais para os meus filhos. Então, decidi vir para um país onde o futuro, comparado com o Brasil, já é presente, e não simplesmente uma sensação. As possibilidades que poderiam acontecer num futuro do Brasil para os meus filhos, acontecem no presente nos EUA. Portanto, o motivo de emigrar foram os meus filhos.”	Família	Segurança	Qualidade de vida	Aperf. profissional	Inst. política e econômica	
Realização de um pós-doutorado na Universidade de Harvard.	Aperf. acadêmico	Aperf. profissional	Ensino			

*Oportunidade/s; **aperfeiçoamento; ***instabilidade

Figura 4 – Descrição livre dos motivos que levaram médicos brasileiros a emigrarem para os EUA.



*"n" total=68 pois cada entrevistado citou mais de um motivo.
Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa (2016)

No Quadro 5 e na Figura 5, no que se refere aos motivos que fazem os médicos permanecerem nos Estados Unidos, observa-se, em relação ao total das citações, "melhores condições de trabalho" em primeiro lugar (18,4%), seguida de "qualidade de vida" (16,3%), "família" (14,3%), "oportunidades gerais" (12,2%) e "fácil adaptação" (10,2%). Aparece, pela primeira vez, a remuneração como razão (6,1%).

A seguir, os comentários dos entrevistados fornecem detalhes de alguns dos motivos que fazem os médicos permanecerem nos Estados Unidos, mesmo tendo diversas dificuldades, nem sempre relatadas com orgulho.

Melhores Condições de Trabalho

Os relatos acerca das boas condições de trabalho para um clínico são muito semelhantes ao que é preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS). A grande diferença é que o sistema funciona de forma padronizada, tanto na porta de entrada, pelo clínico, quanto pelo encaminhamento aos especialistas e posterior retorno.

Nos Estados Unidos, a autonomia dada ao clínico em relação aos exames que podem ser solicitados, aos encaminhamentos aos especialistas, à utilização de protocolos e tecnologias em geral fazem com que o médico possa exercer sua profissão como originalmente concebida por ocasião da sua formação na faculdade de medicina. O controle da saúde e da doença do paciente está diretamente relacionado à performance do médico que o atende. Seu trabalho é reconhecido pelos pacientes e pelo seguro saúde que o remunera. Nesse momento, com a mudança do modelo do sistema de saúde norte-americano, existe uma apreensão em relação ao novo formato do atendimento à população em geral (*population management*), em que os resultados do cuidado com o paciente são medidos com indicadores clínicos, tais como hemoglobina glicosilada.

> *"[...] Então pode ser perfeitamente que uma pessoa resolva: 'Sabe uma coisa? Eu vou pra lá porque lá a vida vai ser melhor'. E tem outro aspecto, que não sei se pra alguns vai pesar, que é a questão da qualidade da prestação médica, do ponto de vista da tecnologia. Acho que isso aí pesa, dependendo de alguma especialidade que você queira fazer. De fato, pode ter um serviço aqui que o cara saiba que ele tem que quer ir pra lá, as clínicas famosas ou até alguns hospitais que não são tão famosos, mas que ele acha que o atendimento é melhor. Aí [Brasil] o recurso tá muito ruim, o atendimento tá muito ruim, tem muito médico criticando isso, a qualidade tá muito ruim."* (MD3)

> *"Mas assim que entrei na residência (e eu sempre volto pro Brasil pra passear) eu vi que o que eu estava aprendendo aqui não tem como fazer no Brasil. Porque aqui a gente trabalha de uma forma padronizada muito grande, em que tudo tem um protocolo – 'isso aqui vou pedir uma tomografia assim, vou entrar com esse antibiótico' (...)*
> *Quando você tem um seguro saúde, você tem que colocar um nome lá de médico; se você não colocar, o seguro vai pegar um pra você. Você não pode ir num especialista sem passar por esse médico; o seguro não paga, se você não tiver um encaminhamento.*
> *Esse médico, que é o* primary care*, você vai fazer consulta com ele. Por causa da nossa intensa formação aqui, a gente tem como resolver 80% dos casos, a gente pode pedir tomografia, teste de esteira, endoscopia. Não precisa pedir consulta. Eu não preciso pedir uma consulta pra pedir uma endoscopia. Então a gente pede todos esses testes e o relatório vem pra gente.*
> *O que acontece? Quando a gente tem dúvida, pra ter um respaldo da opinião do especialista, a gente encaminha pro especialista. Todo especialista manda relatório de volta. O especialista só recebe paciente através do* primary care*, porque não tem como ele fazer propaganda em nenhum lugar, porque o paciente não tem como ir nele sem passar pelo* primary care*. Então, o especialista está sempre trabalhando com* primary care*. Porque, se ele é uma pessoa gente boa, que tá sempre tirando dúvida, conversando, tem mais encaminhamentos pra ele. Ou seja, isso estimula trabalhar em forma de time,*

aqui. Eu recebo todos relatórios de volta. Paciente acaba indo na emergência; a emergência liga pra mim porque eu tenho todos os últimos testes, os relatórios de cardiologista, neurologista, qualquer coisa, comigo.
Às vezes aparece um paciente meu que foi pra Flórida e foi pra emergência e me ligaram e eu sabia tudo: quando foi o último cateterismo dele, o último ecocardiograma, os últimos exames de sangue. Então, fica uma coisa centralizada e toda vez que ele precisar... eu sabia quais remédios ele estava tomando. E, quando eu encaminho pra um especialista, isso volta pra mim e eu atualizo tudo. Então eu posso pedir todos os testes e eu encaminho pro especialista, e tudo volta pra mim. Eu tenho tudo centralizado num lugar só. (...)
Eles estão mudando agora o sistema, que tá até estressando a gente um pouco, pra population management*, em que os meus pacientes... Por exemplo, se eu tiver paciente... eu recebo relatório o tempo inteiro de seguros: 'Esses pacientes aqui que têm diabetes e ainda não te visitaram esse ano'. Então eu ligo pra eles e falo: 'Oh, ainda não te vi esse ano, onde é que você tá?' Entendeu? Pacientes com pressão alta que estavam controladas, mas ainda não vieram esse ano pra saber se tá controlada. Então a gente começa a fazer isso, ligar pra eles, que chama de* population management *agora. Eles têm o nome de* medical home*, eu sou a 'casa médica' deles, certo? Porque está tudo interligado. (...)*
Mas o governo inteiro pressiona a forma de reembolso pros médicos, agora. De ser o que eles chamam através da performance, ao invés de ser por visita. Ou seja, se os pacientes todos têm uma média de hemoglobina glicosilada mais baixa, baseado em números, então você tá com uma performance melhor, você tá trabalhando em cima, tá conversando de alguma forma com os pacientes. Então, eles estão agora... cada vez mais uma quantidade maior é paga pela performance do seu consultório." (MD2)

Reconhecimento Profissional

As condições de trabalho nem sempre estão ligadas à assistência direta ao paciente. Por não possuírem licença para clinicar, as atividades do "*physician assistant"* pressupõem um acompanhamento dos pacientes, porém sem poder examinar, pedir exames ou prescrever medicamentos. Nesse caso, o reconhecimento profissional está mais ligado ao acompanhamento de pacientes em relação a condutas de outros médicos e, também, a atividades de ensino desenvolvidas com médicos em formação.

"[...] Como falei, gostaria de fazer mais, [mas] tem os obstáculos. Mas é muito legal. Por exemplo, receber uma carta falando: 'Aquela carta de recomendação que você me mandou fez com que eu entrasse na escola de medicina aqui'. Eu já recebi três este ano [2017] e eu estou muito feliz, porque eram pessoas que vieram aqui só pra aprender a ver um paciente, a dar bom dia, boa tarde e boa noite na frente. E hoje em dia eles estão na escola de medicina. Isso é bom!" (MD1)

"Então, se o médico tem dúvida – "Ah quais remédios que ele tá tomando" –, paciente não sabe direito os nomes, se ele já teve alguma alergia no passado, testes que ele já fez alguma vez, tudo tá centralizado no meu computador. Então, dessa forma, não é um médico que só encaminha e não vê o paciente de volta; porque esse relatório tem que vir de volta porque eu documento e sei o que tá acontecendo com o paciente. Então eu viro 'dono' do paciente, de certa forma, e sei tudo que tá acontecendo." (MD2)

Qualidade de Vida e Segurança

O conceito de qualidade de vida referido pelos entrevistados não foi definido pela pesquisadora, e sim pela percepção dos médicos. Cada um deles fez uma referência pessoal a respeito, contemplando carga e local de trabalho, de moradia, tempo com a família e facilidades tecnológicas disponíveis no dia a dia profissional. Observa-se que, apesar da grande carga de trabalho, o médico cumpre jornada no máximo em dois locais distintos, não existindo a perda de tempo do deslocamento entre vários empregos; o local de moradia fica próximo ao de trabalho, o que permite ficar mais tempo com a família; o dia a dia familiar é bastante simplificado pelas facilidades relacionadas à alimentação, limpeza da casa e roupas em geral.

A divisão de tarefas pelo casal é vista de forma natural. O padrão de vida dos médicos em geral permite o acesso a facilidades, tais como equipamentos eletrônicos, entre outras. Mesmo incorporando um estilo de vida diferente do país de origem, atividades sociais típicas brasileiras ("fazer um churrasco com amigos") são lembradas com nostalgia e disposição para serem incorporadas ao novo estilo de vida com os colegas médicos que moram em uma mesma cidade.

"[...] Então, quando os médicos dizem 'estilo de vida', na verdade, estão se referindo basicamente ao seguinte: há uma forma de viver, de levar a vida nos Estados Unidos (que, aliás, não existe esse 'estilo de vida americano', existem estilos de vidas de americanos, que são muito diferenciados se você é imigrante, se você é da classe alta, se você é fluente em inglês). Então os estilos de vida [são] tudo muito misturado, certo? No caso do imigrante, pior ainda, porque na verdade ele tem que negociar qual o estilo de vida que ele tá se referindo. Provavelmente o que os médicos querem dizer é o seguinte: são da classe média, da classe média alta, vêm pros Estados Unidos e adotam os hábitos da classe média alta dos Estados Unidos. Porque os hábitos da classe média baixa eles também não vão gostar, nem gostavam no Brasil nem vão gostar aqui. (...)"...Quando o pessoal fala 'estilo de vida', quer dizer o seguinte: ele mora bem, eles têm acesso a bens de consumo que consideram essenciais pra vida deles, eles têm pouca violência, não é isso?"" (MD3)

"[...] É complicado. As pessoas aqui trabalham muitas horas e o pessoal espalha, porque Boston é uma cidade bem espalhada. Eu consigo sempre encontrar com eles, com os colegas. Mas não tem, assim, uma quantidade... tem que ter uma quantidade mais crítica, tipo assim: você sabe que tem seis pessoas fazendo churrasco todo final de semana; aí o pessoal sabe que pode ir ou não ir, que sempre tem aquilo lá. Mas atualmente a gente tem que ficar organizando." (MD2)

"[...] Agora, a realidade que é pintada no Brasil, não somente na área profissional, mas em geral, é totalmente diferente. Pessoal rala muito aqui, rala muito." (MD1)

Fácil Adaptação, Família e Remuneração

A adaptação à vida nos Estados Unidos é facilitada pela presença de familiares que já moravam no país.

"[...] Depois de um certo período de adaptação, que demora. E a minha adaptação foi mais fácil porque eu tenho uma parte da família que é americana, eu tenho família aqui já há muitos anos, que já veio pros Estados Unidos. Eu tenho sobrinho americano, tenho parente, tenho uma parte da família aqui..." (MD3)

Em relação à remuneração para permanência nos EUA, mesmo não sendo o motivo inicial para emigrar, passa a ter um significado relevante à medida que termina a residência e o profissional passa a exercer a medicina como autônomo. Nesse momento ele percebe que dificilmente receberia os mesmos valores se estivesse no Brasil.

"[...] Então, faz sentido pra mim que eles digam a parte profissional, porque o que aconteceu aqui? Depois de um certo tempo, o salário que você ganha como médico é muito maior do que provavelmente a maioria ganharia no Brasil. Tem um período inicial de dívida, que eles têm que pagar porque o residente não ganha muito dinheiro. Então a fase inicial é muito complicada. Se passar dessa fase, aí sim você já começa ganhando um salário que provavelmente poucos no Brasil têm condição de ganhar. Alguns ganham, mas têm ou que trabalhar muito ou ser o suprassumo da especialidade. (...) Em alguns lugares, nos Estados Unidos, tem que ser mais que isso. Mas um médico vai ganhar 200 paus aqui, 150, 250, dependendo. Se não for uma especialidade muito bem paga, vai ganhar 150 mil dólares por ano. Então dá pra viver. Como clínico, então, você passa um sufoco, paga... provavelmente vai ter que pagar pra fazer a tal residência; ganha um salário baixo, trabalha

muitas horas como residente de novo. Aí, depois disso, consegue se estabelecer; aí sobrevive razoavelmente bem, com status de médico (aqui o status de médico também é alto)." (MD3)

Dificuldades em Ficar

Ao elaborar o questionário, não foi formulada uma pergunta relacionada especificamente às dificuldades de permanência em território norte-americano. Mesmo com a possibilidade de escrever sobre o tema nas questões abertas, somente ao realizar a entrevista por Skype foi possível identificar algumas dificuldades que tornam a emigração de médicos não só do Brasil como de diversas partes do mundo um pouco menos "glamourosa". Há médicos que, apesar da formação e experiência anterior em seus países de origem, não conseguem exercer a profissão no país que os acolheu.

"Trabalhei muito em tudo que você possa imaginar. Trabalhei desde limpeza de casa, que foi, assim, difícil; limpeza de escritórios; entregando pizza (...) eu não entendia na época o que era um physician assistant*,* nurse practitioner*. Eu achava que se eu era médica eu poderia tentar ser um* physician assistant*. E não era assim (...) eu não posso voltar pro Brasil desse jeito, eu tenho ainda as dívidas pra pagar lá, eu tenho que manter uma qualidade de vida (...) Comecei ajudando como assistente, assim, como* medical assistant*, como eles chamam. Comecei traduzindo, interpretando, aproveitei e peguei o certificado como intérprete médica, porque aqui tem que ter. (...) nós temos um grupo de médicos estrangeiros, um grande número de pessoas que vieram escapando da Síria; nós temos médicos iranianos. Porque o problema não é somente passar nas provas; é você, depois de uma certa idade, dependendo das suas qualificações, conseguir uma residência aqui. Porque não é só passar; você passou não quer dizer que você vai exercer como médico. Você tem que passar pela residência. (...) Então, nós temos pessoas que passam, porque pra passar tem que passar por uma série de exames, tem que dedicar. Mesmo assim, quando passa, tem 4 ou 5 anos que vem tentando conseguir uma residência e não consegue. Inclusive pessoas que já tinham residência, médicos de muitos anos, com uma experiência vasta. (...)*
Mostrando outro [caso], que é uma médica iraniana muito inteligente, que tem cinco anos que ela vem tentando conseguir uma residência, ela passou e não consegue. Tem um amigo meu, que é pediatra, estudou na França tem quatro anos; gasta um dinheiro porque toda vez tem que viajar pra entrevista, tem que pagar as coisas, e não consegue a residência, apesar de já ser pediatra e tudo. (...) É o que eu falo pro pessoal: por isso que a gente tem expectativa de vida maior que nos Estados Unidos, porque a gente apanha e fica que nem um filé mignon depois, né? De tanto que apanhou o bife. (...) Como falei, tem pessoas com histórias totalmente diferentes. A grande maioria veio ou pra

estudar, já ficando aqui, vieram em uma outra realidade. Mas também temos outras que não estão exercendo porque ou estão tomando conta de casa ou vão exercer quando voltarem ao Brasil. Essas coisas assim." (MD1)

"[...] Então, você ser imigrante aqui, mesmo sendo médico, pode passar por situações complicadas, dependendo de que parte do país você estiver, a que núcleo, a que local de trabalho você se afiliou. Pode passar sufoco e discriminação, dependendo, inclusive, de como você parecer – se você for mais branco, que acredito que a grande maioria deve parecer mais branco, até você abrir a boca, você pode até passar por americano. Abriu a boca todo mundo vai perguntar de onde você é." (MD3)

Quadro 5 – Descrição dos motivos de permanência nos EUA.

Por que ficar?	**Categorias**							
Ótima qualidade de vida, remuneração adequada e recursos pra exercer a profissão [médica].	Qualidade de vida	Remun.*	Melhores cond.** de trabalho					
"Atualmente, tenho uma clínica estabelecida, com um bom salário e recursos médicos para tudo que eu preciso o tempo todo. A vida profissional aqui não e frustrante, como foi na experiência que eu tive no Brasil e que os meus colegas no Brasil continuam a relatar para mim."	Remun.	Melhores cond. trabalho						
Qualidade de vida, medicina provavelmente em melhor nível que no Brasil (pelo menos em comparação com a época em que me mudei), emprego com remuneração adequada, capacidade de crescimento continuo.	Qualidade de vida	Remun.	Melhores cond. de trabalho	Aprimor.*** profissional				
Profissão	Melhores condições de trabalho							
"Hoje em dia estou casada com outra pessoa, que é um verdadeiro parceiro e assumiu não somente	Família	Qualidade de vida	Menor violência	Estabilidade política e econômica				

os filhos dele [do primeiro casamento], mas a minha família. Nossos filhos estão na universidade e ele tem um bom emprego. Aqui está menos violento e com a situação econômica mais estável.”								
“Porque, como é o caso com muitos imigrantes, me casei com cidadã americana e acabei ficando por conta da conjuntura econômica brasileira, no final dos anos 80 e início dos anos 90. Muitos dos imigrantes vêm para os EUA pensando que vão ficar por pouco tempo e acabam ficando, por diversos motivos. As perguntas acima supõem que os médicos imigrantes têm claro projeto de emigrar para ficar nos EUA, mas em muitos casos não é essa a realidade.”	Família	Qualidade de vida	Oport.**** gerais	Estabilidade política e econômica				
“Para ficar com minha família.”	Família							
Não descreveu.	Não descreveu							
Fácil adaptação.	Fácil adaptação							
“Oportunidade de estudo para mim. Minha filha mais nova já está no segundo ano do *college*. Outros motivos: qualidade de vida e segurança.”	Oport. gerais	Qualidade de vida	Seg.	Família	Estudo			
“Os mesmos descritos acima (qualidade de vida, condição de trabalho e acesso à pesquisa).”	Oportunidades gerais	Qualidade de vida	Melhores cond. de trabalho		Estudo	Pes.*****		
“Segurança, melhores condições de trabalho, muitos boicotes profissionais no Brasil, melhores condições para se criar uma família, condição de	Família	Melhores condições de trabalho	Seg.	Remun.				

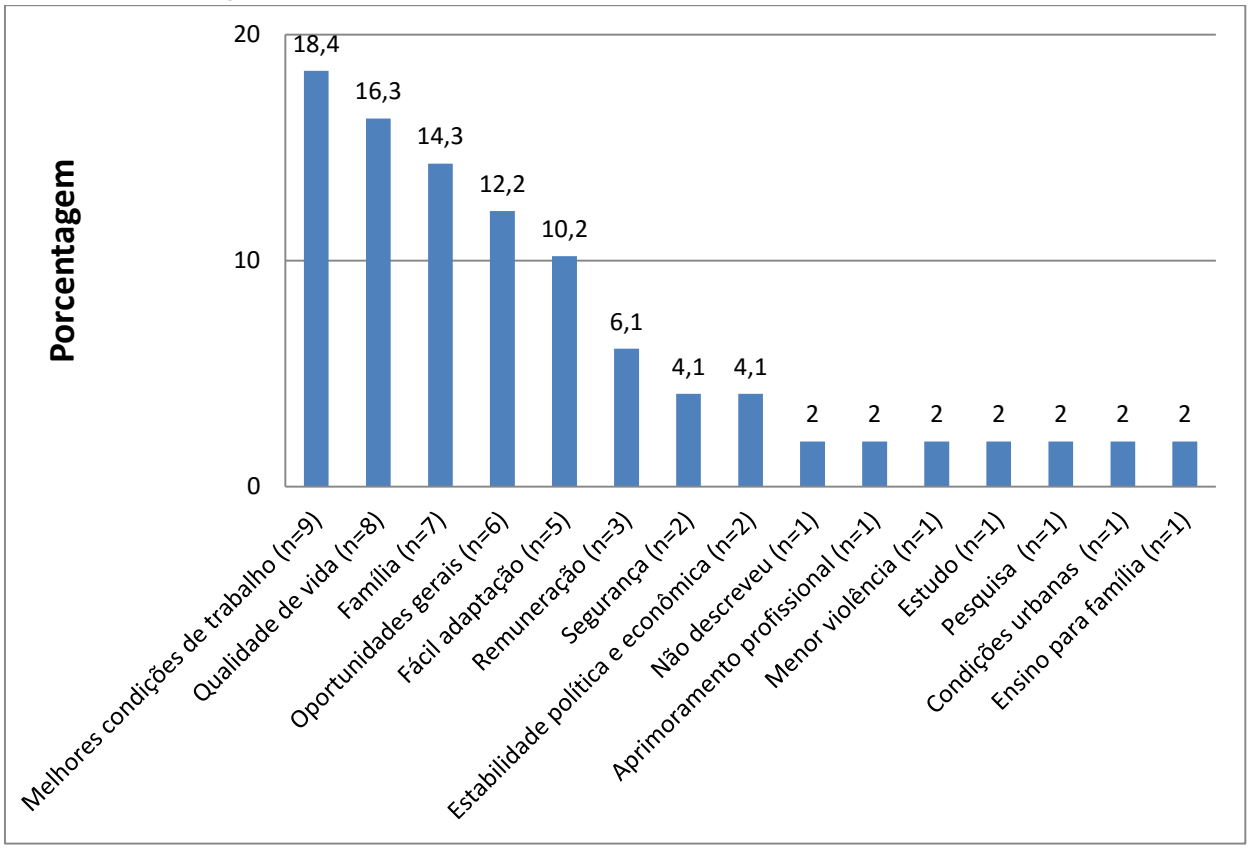
exercer plenamente a especialidade escolhida, melhor remuneração.”								
“Adaptação muito fácil; sou extremamente respeitado pela sociedade por ser um residente de neurocirurgia.”	Fácil adaptação	Melhores condições de trabalho	Respeito					
“Trabalho do meu esposo, segurança e qualidade de vida.”	Qualidade de vida	Segurança	Família					
“Porque a razão que trouxe ainda não foi concluída e porque já me adaptei e tenho vida regular aqui.”	Fácil adaptação	Oport. gerais						
“Não tenho vontade de morar em outro país.”	Fácil adaptação							
“Pela minha família e pelo meu futuro profissional.”	Família	Oport. gerais						
“Tornar-se médico nos EUA não é fácil e não é rápido. A concorrência é altíssima. Considerando a prática médica, a relação médico-paciente deteriorada, fria, plantões extenuantes, ainda não estou 100% certo de que quero ser médico nos EUA. Ainda permaneço no caminho de minha certificação, mas reavaliando a cada passo que dou. Ainda considero mudar completamente de área. Como gosto de administração, considero fazer um MBA, talvez na área de saúde. Portanto, não é minha área profissional médica que me faz permanecer aqui, porém, a facilidade de mudar de área, para qualquer que seja, e ainda assim ser possível ter uma vida	Fácil adaptação	Família	Melhores cond. de trabalho	Segurança	Quali.*** *** vida	Oport. gerais	Cond. urbanas	Ensino para família

com segurança financeira suficiente para manter a família e ter ótimos momentos de laser. Moro a 200m da escola de meus filhos, que vão e voltam sozinhos, a pé, para a escola. Conforto: moro em uma casa, sem cercas, sem grades nas janelas, com portas exteriores de vidro. Portanto, outro fator é segurança. Como tenho estudado somente para as provas, e não tenho trabalhado, tenho passado 24 horas por dia com meus filhos, o que nunca tive. Minha qualidade de vida familiar melhorou 100%. Outro fator é a praticidade da vida. A vida é mais fácil, tudo é voltado para facilitar a vida. Mesmo não tendo empregada doméstica, a vida doméstica é muito mais fácil que no Brasil, o que possibilita que nós mesmos façamos tudo, não precisando de ajuda de terceiros. Organização da sociedade. Organização e limpeza da cidade. Respeito pelas instituições públicas. Nacionalismo. Os americanos amam este país. As crianças cantam o hino todos os dias nas escolas, e fazem o juramento ao país. A população é ensinada desde pequena a amar e a valorizar seu país. Honestidade da população, em maneira em geral. Não								

se tem a sensação de que está sendo 'passado para trás' ou enganado."								
"Melhores condições de trabalho."	Melhores condições de trabalho							

*remuneração, **condições, ***aprimoramento, ****oportunidade/s, *****pesquisa, ******qualidade

Figura 5 – Descrição livre dos motivos que levaram médicos brasileiros a permanecer nos EUA.



*"n" total=49 pois cada entrevistado citou mais de um motivo.
Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa (2016)

No Quadro 6 e na Figura 6, em que estão descritos os motivos pelos quais os médicos emigrantes retornariam ao Brasil, 39,1% relatam que não há motivo, 30,4% retornariam ao país por algum motivo familiar e 17,4% se houvesse oportunidades futuras, principalmente profissionais.

Se, por um lado, esses profissionais reconhecem que nem tudo o que foi planejado foi alcançado, por outro, fica evidente que o retorno ao Brasil não está nos planos de quem emigrou. A família ainda é o grande motivo de possibilidade de retorno, seja para cuidar de algum parente ou simplesmente porque todos os seus familiares moram no país. Em relação às oportunidades em geral, estas dizem

respeito à segurança, melhores condições de trabalho e salários e poder exercer a medicina.

Cancelamento de Visto

Apesar de ter sido citado somente uma vez, o cancelamento do visto pode mudar toda a perspectiva de vida nos Estados Unidos, forçando o emigrante a retornar ao país de origem, independentemente do tempo de permanência que tenha sido autorizado antes. Mesmo sendo médicos, eles estão submetidos a várias etapas que devem ser cumpridas antes da obtenção do *Green Card.*

> *"[...] emigrar não é pra quem quer, é pra quem pode. Sempre é assim. A quantidade de gente que emigra e depois não se dá bem, volta, sofre, fica doente, é muito grande. É uma porcentagem significativa; não vou dizer que chega à metade, mas pode ser um terço. Os que ficam bem, eu diria que seja outro terço e tem um terço [que está no] meio de campo. É mais ou menos assim. Não tenho esse número preciso, porque eu nunca trabalhei desse ponto de vista, mas as perguntas que a gente faz, quando a gente faz questionário, e pelo conhecimento que tenho da comunidade, é um sufoco pra muitos, particularmente os indocumentados. Esses que vêm daí tendo que começar tudo de novo, é complicado."* (MD3)

Sociedade, comida e clima

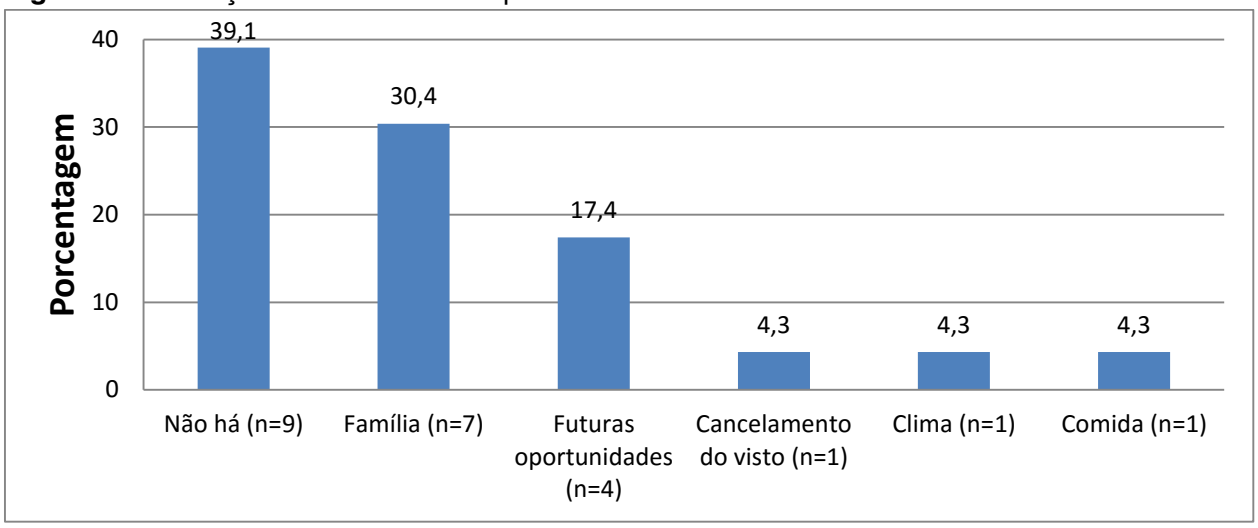
O não haver motivo de retornar ao Brasil faz com que se pense em levar um pouco do país de origem para os Estados Unidos, seja no âmbito das atividades sociais, seja estimulando outros médicos a migrarem para trabalhar lá.

> *"O meu objetivo principal, eu te conto, de ajudar dessa forma, foi como? Eu voltando pro Brasil vi que não ia conseguir voltar a trabalhar lá, vendo que eu tinha me fixado aqui. E, assim, a vida social no Brasil é milhões de vezes melhor que nos Estados Unidos. Eu pensei: 'Bom, quem sabe tentar unir o útil ao agradável?' Se não posso ir pro Brasil, quem sabe o Brasil vem aqui? [Quem sabe] Eu convença vários médicos (porque aqui existe uma falta de médicos) a fazer as provas e, ao invés de ter 800 indianos entrando por ano, a gente tenha mais brasileiros, e, aí, a gente pode ter uma comunidade médica brasileira aqui e nos reunir no final de semana. Esse tipo de coisa. É justamente meu objetivo, ter colegas aqui e poder ter essa comunidade pra reunir" (...) A parte profissional aqui é muito recompensadora. A social não é igual ,o Brasil é imbatível. Brasil, não tem como. Todo ano eu passo Natal no Brasil. Vou passar com a família, aí vou ver todo mundo. Todo ano vou aí".* (MD2)

Quadro 6 – Descrição dos motivos de retorno para o Brasil.

Por que voltar?	**Categorias**		
"Se preciso for, para cuidar de familiares."	Família		
"Família é o motivo número um. Minha família, com exceção do meu irmão, está toda no Brasil."	Família		
"Não vejo nenhum, no momento. Nem técnico, nem social, nem econômico. Também não vejo nenhum no horizonte; perspectiva me parece preocupante (via notícias, internet e meus amigos/colegas)."	Não há		
"Família, motivos pessoais, futuras oportunidades profissionais."	Futuras oportunidades	Família	
"Minha família, que está lá, e poder retomar a medicina."	Família	Futuras oportunidades	
"Não tenho nenhum motivo para retornar."	Não há		
"Não pretendo voltar a morar no Brasil."	Não há		
Não descreveu.	Não há		
"Nenhum específico."	Não há		
"Melhoria da situação de segurança e melhores salários e condições de trabalho para médicos de instituições públicas no Rio de Janeiro."	Futuras oportunidades		
"Nenhum."	Não há		
"Nenhum. Só se não conseguir mais ficar nos EUA."	Não há		
"Único pró em voltar seria estar mais próximo dos familiares."	Família		
"Impossibilidade de trabalhar fora do Brasil como médica me faria pensar em retornar."	Futuras oportunidades		
"Alguma necessidade familiar muito séria. Fora isso, não pretendo retornar."	Família		
"Cancelamento do visto e impossibilidade de permanecer legalmente nos EUA."	Cancelamento do visto		
"Eu não vejo razão para voltar, mesmo que eu não consiga revalidar meu diploma de médica, uma vez que há opções para quem não conseguiu revalidar, como a profissão de *physician assistant*, que paga excelentemente bem e o mercado de trabalho para essa profissão cresce cada dia mais."	Não há		
"Não vejo motivos para retornar ao país. Vim convicto em ficar. Retornar ao Brasil apenas para visita e turismo. Moro na Flórida, portanto, sempre tenho amigos do Brasil vindo visitar, assim como meus pais. Assim, o fator "saudade" é minimizado."	Não há		
"Familiares, comida, clima."	Família	Clima	Comida

Figura 6 – Descrição livre dos motivos que levariam médicos brasileiros a retornar ao Brasil.



*"n" total=23, pois cada entrevistado citou mais de um motivo.
Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa (2016)

No Quadro 7 e na Figura 7, em relação aos motivos descritos sobre o porquê de não retornar ao Brasil, destaca-se em primeiro lugar a questão "insegurança" (24,53%), seguido do "cenário profissional" (18,87%), "cenário político" (16,98%) e "cenário econômico" (13,21%). Nas perguntas abertas fica claro que os médicos, mesmo já tendo se estabelecido nos Estados Unidos, acompanham o cenário brasileiro atual, seja no que diz respeito à crise econômica e política, às denúncias de corrupção e impunidade, seja em termos de criminalidade, violência, serviços públicos de péssima qualidade e ausência de estimulo à pesquisa. Observa-se nas falas das entrevistas, que o conceito "segurança" também está relacionado a situações de conforto, de manutenção do *status quo* atingido nos EUA.

Insegurança

Não retornar ao Brasil também é uma decisão difícil. Se, em um primeiro momento, ir para os Estados Unidos era algo desafiador, o não retorno passa a ser ancorado em informações sobre o país veiculadas na imprensa e em relatos de outros profissionais que continuam trabalhando aqui. Após vivenciar por anos a tão sonhada forma de viver e trabalhar, esses emigrantes não conseguem se imaginar retornando à nação de origem, onde persistem e aumentam os mesmos problemas e dificuldades de quando emigraram. A segurança atingida em território norte-americano diz respeito

também a uma perspectiva de futuro, de emprego estável e possibilidade de sonhar e viver em um local onde seja possível colher os frutos de um trabalho.

> *"[...] Aí, esses médicos que vêm pra cá vêm numa idade ainda jovem. Provavelmente a aventura é o que eles chamam de* adrenaline rush*: você tem aquele rush da adrenalina, e vou batalhar. Mas, com o tempo, com o tempo você vai se desgastando e a perspectiva de voltar também é outra aventura, que você já não está disposto a ver. A volta é outra aventura. (...) A aventura não é só a vinda, é também a volta, porque você nunca volta pro lugar de onde você saiu. Já não é o mesmo Brasil, já não é a mesma cidade; seus amigos não são os mesmos. Aí você já começa a navegar...."* (MD3)

Falta de Recursos Para a Saúde no Brasil

A falta de recursos e a decadência do sistema de saúde, o aumento do número de faculdades de medicina com o consequente aumento de oferta de profissionais no mercado nacional. Tudo contribui para a criação de um cenário que corrobora a necessidade de ficar nos Estados Unidos e não se aventurar a uma nova emigração para o Brasil.

> *"[...] O sistema de saúde do Brasil entrou em decadência. Tá muito ruim, a qualidade tá muito ruim. Falta coisa, falta isso, falta aquilo, e também, com exceção de algumas ilhas aí, né, o resto tá muito ruim."* (MD3)

> *"Eu sei que agora saiu recentemente no jornal que o governo aprovou mais 39 faculdades de medicina no Brasil. O Brasil, com o maior número de faculdades de medicina do mundo! Então, faltar médico no Brasil não vai acontecer. Vai continuar faltando recurso, mas médicos eu acho que é uma coisa que, assim, a quantidade de médicos que já está formando no Brasil é maior do que... a longo prazo vai suprir, vai ter um excesso de médico, igual Cuba. É o que eu vejo que vai acontecer".* (MD2)

Quadro 7 – Descrição dos motivos de não retorno para o Brasil.

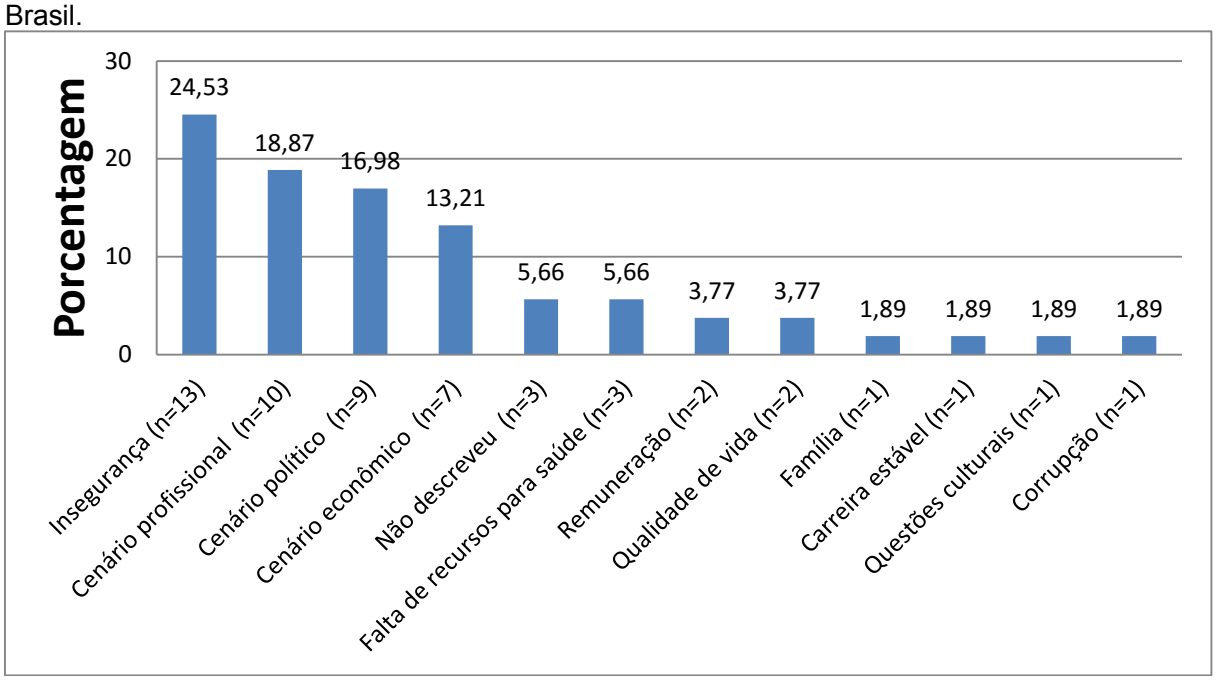
Por que não voltar?	**Categorias**				
"Corrupção, falta de incentivo à saúde, violência, péssima remuneração, falta de recursos, 'máfia' no meio acadêmico e privado, que não valoriza a cultura do mérito... a lista é muito longa."	Remuneração	Cenário profissional	Corrupção	Falta de recursos para saúde	
"Criminalidade, falta de gestão na política, que não muda nunca. É muito frustrante ver	Insegurança	Cenário político	Cenário econômico	Cenário prof.*	Falta de recursos

isso todo dia na televisão. E falta de recursos para exercer medicina no jeito que deveria ser feita.”					para saúde
“Como acima, não vejo nenhuma perspectiva de futuro. Sem contar a segurança, que implica em baixa na qualidade de vida.”	Insegurança	Qualidade de vida			
“Violência.”	Insegurança				
“Violência em todos os aspectos; o pouco valor dado à mulher. Deixar meus filhos. Expor meu marido a uma realidade diferente. Ainda penso em fazer o USMLE e exercer minha profissão aqui.”	Insegurança	Família	Cenário profissional		
“A esta altura do placar, não tenho mais como retornar. A maior parte da minha carreira profissional foi feita nos EUA.”	Carreira estável				
“Insegurança civil e política.”	Insegurança	Cenário político			
Não descreveu.	Não descreveu				
“Nenhum específico.”	Não descreveu				
“Continuação da crise de saúde e violência.”	Insegurança	Cenário profissional	Falta de recursos para saúde		
“Violência, condições de trabalho, qualidade de assistência médica, acesso à pesquisa.”	Insegurança	Cenário profissional			
“Corrupção, criminalidade, péssimas condições de trabalho, ausência de pesquisa, falta de tecnologia, péssima situação política.”	Insegurança	Cenário político	Cenário econômico	Cenário prof.	
“Falta de condições de trabalho, residência desorganizada e sem preocupação com o desenvolvimento e formação do profissional; violência no país; desvalorização da profissão e remuneração baixa.”	Insegurança	Cenário político	Remun.**	Cenário prof.	
“Falta de segurança; crise político-econômica; inferior qualidade de vida.”	Insegurança	Cenário político	Cenário econômico	Qualidade de vida	
“Não penso em retomar.”	Não descreveu				
“Estilo de vida, violência, corrupção, desvalorização médica, instabilidade política,	Insegurança	Cenário político	Cenário econômico	Cenário prof.	

muitos impostos com pouco retorno, falta de incentivo ao empreendedorismo, protecionismo exagerado, serviços públicos de péssima qualidade, inchaço da máquina pública.”					
“Razões político-econômicas, profissionais (péssima remuneração), razões pessoais (ex-marido dando problemas sociais).”	Cenário político	Cenário econômico	Cenário prof.		
“Insegurança, violência, impunidade, corrupção. Desonestidade da população em geral, que se gaba de mentir a idade do filho na fila de um parque de diversão para pagar menos na entrada; que se gaba em conseguir enganar o cobrador de ônibus e não pagar a passagem. O ‘jeitinho brasileiro’, a ‘lei do Gérson’ nas pequenas coisas é o principal motivo para não desejar voltar para o Brasil. Os bolsões de pobreza que circundam as grandes cidades são um sinal de que o trabalho a ser realizado no Brasil é gigantesco, e, portanto, não vejo, a curto ou médio prazo, possibilidade que o Brasil mude seu *status* socioeconômico. A falta de mobilização social no Brasil é outro motivo de não querer voltar. Houve ensaios de mobilização para a saída da Dilma, talvez o país esteja acordando para o real poder que tem nas mãos. Porém, nas passeatas que participei havia um tom de ‘festinha’ no ar. Não havia um ar de insatisfação real. A população participou como se fosse um evento social.”	Insegurança	Cenário político	Cenário econômico	Questões culturais	
“Violência; crise econômica; desrespeito à cidadania; desorganização; corrupção; trânsito.”	Insegurança	Cenário político	Cenário econômico		
“Não retornaria sem uma oferta de trabalho concreta.”	Cenário prof.				

*profissional, **remuneração

Figura 7 – Descrição livre dos motivos que levariam médicos brasileiros a não retornar ao Brasil.



O “n” total=53, pois cada entrevistado citou mais de um motivo.
Fonte: Elaboração própria com base em dados da pesquisa (2016)

6 DISCUSSÃO

Renner e Patarra, em seu capítulo “Migrações”, no livro *Dinâmica da população*, utilizam o conceito da Organização das Nações Unidas, elaborado em 1973, segundo o qual “[...] as migrações resultam da interação e balanço entre fatores de expulsão da área de origem e fatores de atração da área de destino” (1980, p. 255). Ao analisar os resultados da presente pesquisa, observa-se, inicialmente, que os motivos que levaram os médicos a escolher os Estados Unidos e que os impulsionaram à mudança de vida podem ser considerados fatores de atração ao país de destino. Por outro lado, os motivos de permanência naquele país e os de recusa em retornar ao Brasil enquadram-se no que os autores nomeiam como fatores de expulsão da área de origem, pois são esses os motivos que originariamente impulsionaram esses profissionais a deixar o país. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o fluxo migratório ocorre a partir do desbalanceamento desses fatores, ora pendendo para um lado, ora para o outro; ora considerando as questões pessoais, ora as questões externas.

Em comparação com a perda de profissionais da medicina sul-africanos para países desenvolvidos, cerca de 50%, o processo de emigração dos médicos brasileiros para os EUA não apresenta importância significativa, em vista do número de médicos existentes e em formação no Brasil. Qualitativamente, porém, a emigração desses profissionais para um país desenvolvido significa, sim, uma perda de capital intelectual (ou *brain drain*) para a nação. São médicos graduados e com residência, muitos com mestrado, que se propõem a reiniciar sua carreira se submetendo a um processo seletivo bastante rigoroso (USMLE), exigência para a candidatura em uma residência médica que só então dá acesso ao exercício da medicina que já praticavam no Brasil. Representam uma nata intelectual que poderia contribuir muito para o avanço cientifico do campo médico brasileiro.

Ainda considerando a definição de migração da ONU como “[...] uma forma de mobilidade espacial entre uma unidade geográfica e outra, envolvendo mudança permanente de residência [...]” e o conceito de imigrantes permanentes como sendo “[...] os que pretendem permanecer mais de um ano no país de destino” (apud SANTOS, LEVY, SZMRECSANYI, 1980, p. 237), entende-se que o processo de mudança dos médicos brasileiros para os Estados Unidos com a intenção de lá

permanecer constitui um fenômeno de migração e não um processo de mudança temporária somente para aperfeiçoar os estudos e a prática profissional.

Em relação ao fenômeno observado de escolas médicas que oferecem educação para exportação, tais como Caribe, Irlanda e Austrália, o Brasil ainda não se enquadra nessa categoria. Porém, dada a taxa de crescimento do número de médicos no Brasil, duas vezes superior à da população (SCHEFFER, 2015), e as novas vagas para a graduação em medicina, é possível projetar um aumento no número de novos médicos no mercado de trabalho, o que faz supor que o processo emigratório poderá ocorrer na mesma proporção, em um futuro bem próximo.

O objetivo original da criação de novos cursos de medicina, no escopo do Programa Mais Médicos, foi suprir o déficit histórico desses profissionais e fixa-los nas regiões mais remotas do interior do país e naquelas de maior vulnerabilidade, como os distritos indígenas e as periferias dos grandes centros urbanos brasileiros. Se essa fixação não ocorrer, possivelmente o contingente de recém-formados irá procurar regiões mais centrais do Brasil, onde há maior oferta de recursos para a saúde, e os mais capacitados terão a oportunidade de emigrar em busca de melhores condições para o exercício da profissão.

Em um estudo com médicos africanos de diferentes nações (Camarões, Gana, Senegal, África do Sul, Uganda e Zimbabwe) sobre os motivos que os levariam a deixar seus países de origem, Vujicic et al. (2004) aponta: melhores salários, possibilidade de melhor qualificação profissional, ganho de experiência e melhores condições de vida no país receptor. PăUnică, Pitulice e ȘTefăNescu (2017) relata os motivos de emigração de médicos romenos: baixos salários em relação a outros países europeus, inadequação ou falta de estrutura e impossibilidade de crescimento profissional.

Vujicic et al. (2004) ainda elenca as razões pelas quais os médicos africanos haviam emigrado: ganho de experiência, melhor pagamento, melhores condições de vida no país receptor e possibilidade de poupar.

Neste estudo, os médicos brasileiros referem como principais motivos para a emigração: aperfeiçoamento profissional, oportunidades em geral, família, qualidade de vida e segurança. Se considerarmos os resultados dos trabalhos citados acima, podemos afirmar que estes estão alinhados com os resultados obtidos neste estudo.

Já no que se refere à remuneração, este motivo é citado somente por um entrevistado, contradizendo os estudos de Vujicic et al. (2004) e PăUnică, Pitulice e

ȘTefăNescu (2017), em cujos países a questão salarial é referida como motivo de primeira importância.

Apesar de os pesquisados dos estudos referidos acima descreverem esses motivos como sendo os mais relevantes, vale ressaltar dois pontos: primeiro, os EUA, junto com o Reino Unido, são os países mais cobiçados do mundo pelos profissionais da saúde para emigração. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico ou Econômico (OECD), em 2013 havia cerca de 200.000 médicos em território norte-americano formados em outros países, principalmente Índia, Filipinas e Paquistão, representando cerca de 25% do total de profissionais em atividade; no Reino Unido, em 2014, eram 48.000 médicos formados principalmente na Índia e outras nações da União Europeia (OECD, 2015). Segundo, as escolas de medicina brasileiras seguem a linha acadêmica das escolas norte-americanas; os livros-texto são escritos majoritariamente em inglês e os autores mais conhecidos estão nos Estados Unidos. Essa busca pelas “origens”, pelos “mestres” e pelas escolas que foram criadas por eles tem relevância, nem sempre verbalizada, nas escolhas acadêmicas e profissionais. Algo que pode ser sintetizado na ideia de poder viver onde seus mestres viveram e estudaram.

Nos anos 1980, houve um grande movimento emigratório de brasileiros para os EUA, na esteira da denominada “década perdida”. Eram emigrantes que fugiam da crise econômica nacional e que não conseguiam manter seu padrão de vida anterior, estivessem ou não empregados (SALES, 1992).

No caso da amostra de médicos deste estudo, somente um profissional emigrou há 28 anos, justamente no final dos anos 1980. A mediana de tempo foi de sete anos, portanto não compatível com os mesmos motivos que levaram muitos brasileiros a procurar os Estados Unidos na “década perdida”. A questão econômica, relatada como fator preponderante para os emigrantes de forma geral, não é citada como principal motivo para a emigração ora analisada. Esses achados são apoiados pelo estudo de Humphries et al. (2015), que relata como principais motivos para a emigração de médicos irlandeses a procura por melhores condições de trabalho, vias claras de progressão na carreira e melhores práticas na saúde: “Não é uma questão de dinheiro, é sobre respeito” (HUMPHRIES et al., 2015, p. 7).

Em nossa amostra, esses médicos declaram que a motivação inicial da mudança para os Estados Unidos foi a família e a busca de novas oportunidades, gerais ou profissionais. Depois de já viverem por um tempo em território norte-

americano, de forma geral, a permanência é justificada pelos motivos que os levaram a emigrar: melhores condições de trabalho, qualidade de vida, família e oportunidades gerais. O motivo “qualidade de vida” aparece em segundo lugar nas citações, evidenciando a valorização de um conceito que não estava muito claro na escolha inicial, mas agora configura-se como uma necessidade cada vez mais evidente.

No quesito “família”, observa-se que este motivo está sempre presente: é importante na decisão de emigrar, na escolha do país, nas razões para permanecer. Ao mesmo tempo, a relação familiar aparece como fator decisivo de eventual retorno ao país de origem: Como observa DeBiaggi (2004), na cultura brasileira, diferentemente do que ocorre na anglo-americana, as relações familiares são extremamente valorizadas.

Em relação aos emigrantes brasileiros de modo geral e não especificamente médicos, o projeto econômico da migração passa, frequentemente, pelo projeto familiar e afetivo (DeBIAGGI, 2004). No caso dos médicos participantes desta pesquisa, um fator de sucesso no processo emigratório diz respeito à importância do núcleo familiar, seja ele já anteriormente constituído no país de origem, Brasil, seja com parceiros norte-americanos. O suporte da família para vivenciar o dia a dia faz parte do sucesso da emigração.

O movimento de adaptação à nova vida e ao novo país fica mais evidente ao analisarmos os motivos que levariam esses profissionais a voltar. Praticamente a metade dos médicos relata que não há motivo para retornar ao Brasil; outros referem que a família seria importante para definir o retorno, desde que garantidas futuras oportunidades em geral. Esses resultados contrapõem os encontrados por Vujicic et al. (2004), que aponta como motivos para o retorno ao país de origem: melhoria do salário, possibilidade de educação continuada, melhoria da administração do sistema de saúde, perspectiva de trabalho, benefícios, pesquisas no setor de saúde, melhor condução da carreira e capacidade de desenvolver um trabalho na área da saúde.

Se até aqui os motivos que mobilizaram a mudança de país e de vida diziam mais respeito a questões pessoais, tais como família, profissão, oportunidades em geral e qualidade de vida, observa-se um deslocamento de enfoque quando esses médicos expõem os motivos pelos quais não retornariam ao Brasil. Inicialmente, 39% deles não encontram motivos para retornar. Em relação às motivações que justificam essa opção, em primeiro lugar referem a falta de segurança, seguido do cenário profissional, político e econômico.

O que mudou na vida dessas pessoas nesse tempo em que permaneceram nos Estados Unidos? Podemos aventar a hipótese de que o tempo de permanência fora do Brasil foi suficiente para que assimilassem uma nova forma de vida, passando as situações de desconforto experimentadas no Brasil a ser vistas sob um novo enfoque. Nele, a insegurança e a instabilidade político-econômica do cenário brasileiro tornam-se fatores determinantes de não retorno ao pais. Em um estudo sobre emigrantes brasileiros que voltaram ao país após um período nos EUA, observou-se

> [...] um grande choque com as instituições brasileiras em relação a falta de eficiência, a morosidade do sistema e a falta de confiança nas instituições. A pobreza também é constantemente mencionada como geradora de estresse e muita tristeza (DeBIAGGI, 2004, p. 161).

Em relação à insegurança, motivo mais citado do não retorno ao Brasil, observa-se que a percepção dos entrevistados encontra fundamento em um estudo realizado pelo Economist Intelligence Unit (EIU), área de pesquisas e análises do grupo controlador da revista *The Economist*, em que o Brasil passou a ocupar o 81º lugar de um *ranking* que engloba 138 países. Um dos critérios diz respeito à segurança: a taxa de homicídios brasileira é de 26,5 por 100 mil habitantes, enquanto nos EUA é de 4,9. Em relação ao número de mortes no trânsito, enquanto no Brasil a taxa é de 23 mortes por 100 mil habitantes, em 2015, nos Estados Unidos a razão é de 10,6 mortes, portanto, menos da metade da taxa nacional. (TAVARES, 2017).

Em relação aos investimentos em saúde, enquanto o Brasil aplica no setor 6,8% do PIB, nos EUA esse percentual é de 21,3% (WHO, 2014).

Em relação à percepção sobre carga de trabalho, o estudo “Demografia Médica no Brasil” relata que quase um terço dos médicos brasileiros (31,7%) se sente “sobrecarregado de trabalho”. Essa porcentagem aumenta para 38,6% quando refere a médicos que trabalham no serviço público e no privado (SCHEFFER, 2015). Esses dados corroboram um dos motivos que levaram os médicos que participaram deste trabalho a emigrar para os Estados Unidos, na categoria qualidade de vida.

No mesmo estudo são elencados os fatores que levariam o médico a se fixar em seu local de trabalho. Mesmo sendo informações referentes a profissionais que atuam no Brasil, os motivos citados em mais de 96% das vezes estão alinhados com aqueles expressados pelos médicos que emigram para outro país: salário/remuneração, condição de trabalho, qualidade de vida, ambiente seguro/sem

violência, possibilidade de aperfeiçoamento e especialização, plano de carreira e reconhecimento profissional (SCHEFFER, 2015). Esses achados apoiam os conceitos sobre migrações internas ou internacionais: “[...] os tipos de pessoas que migram e os efeitos econômicos e sociais de ambos os tipos de migrações são semelhantes” (RENNER, PATARRA, 1980, p. 240).

7 CONCLUSÃO

Existe, sim, um processo emigratório de médicos brasileiros para os Estados Unidos. Embora não quantitativamente significativo em relação ao número de formados anualmente, trata-se de um processo qualitativamente importante.

Entre as motivações de maior relevância encontrados neste estudo qualiquantitativo destacam-se

- motivos que fizeram os médicos escolher os EUA e não outro país: família, oportunidades gerais, oportunidades profissionais, facilidade do idioma;

- motivos que levaram esses médicos a emigrar para os EUA: aperfeiçoamento profissional, oportunidades gerais, qualidade de vida e família;

- motivos que levaram esses médicos a permanecer nos EUA: melhores condições de trabalho, qualidade de vida, família e oportunidades gerais;

- motivos que fariam esses médicos retornar ao Brasil: não há motivo; família e futuras oportunidades em geral;

- motivos que fariam esses médicos não retornar ao Brasil: insegurança, cenário profissional, cenário político e cenário econômico.

A fluência na língua inglesa é condição necessária e primordial para o processo de residência médica, sem a qual não é possível exercer a medicina nos Estados Unidos. Não existe um processo de validação de diploma ou de especialidades: é necessário recomeçar como se fosse um recém-formado em medicina.

Os motivos que justificam a emigração dos médicos brasileiros, inicialmente, são muito mais de caráter pessoal, em busca de uma melhoria de vida. Porém, o não retorno ao Brasil diz respeito a aspectos externos aos indivíduos (segurança, cenário político, econômico e profissional).

Nem sempre a vontade de emigrar está bem definida, em um primeiro momento; o salário não é questão primordial na definição de emigrar. A presença da família facilita a permanência e superação das dificuldades eventualmente vividas fora do país de origem.

> *"[...] Eu digo isso, a imigração mal-feita adoece e na bem-feita, você cresce. Numa você cresce; na mal-feita você adoece. O que é o crescer? É você ficar bicultural, binacional, transnacional..."* (MD3)

Se o salário não é a questão primordial, por outro lado, as condições de trabalho são. É necessário que haja uma gestão profissional dos serviços de saúde, em que os médicos possam exercer sua profissão sem ter de se preocupar em resolver questões administrativas básicas. Para exemplificar o que seria a melhoria da gestão, pode-se citar um sistema de informação do paciente que contemple desde o agendamento de consultas, o prontuário unificado e informatizado, solicitação de exames necessários ao diagnóstico e obtenção dos seus resultados em tempo hábil para realizar o tratamento, possibilidade de encaminhar o paciente para uma consulta com especialista e demais serviços na rede de saúde. Poder contar com um serviço de referência e contrarreferência entre unidades básicas, ambulatório de especialidades, hospitais e serviços de reabilitação, entre outros. Em resumo, poder exercer a profissão a que dedicaram tanto tempo de estudo e de energia, de forma digna, com respeito e ética a si mesmo e ao paciente que é atendido.

8 REFERÊNCIAS

BERLINCK, M. T.; SANT'ANNA, V. M. - A “evasão de cérebros” brasileiros para os Estados Unidos da América: análise da situação e sugestões para uma política de retorno. **Revista de Administração de Empresas**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 13-23, abr./jun. 1972.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5o, no inciso II do § 3o do art. 37 e no § 2o do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011 (Edição extra).

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, 2015. 128 p.

CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. 234p.

CHANDA, R. Trade in health service. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 80, n. 2, p. 158-163, 2002.

DeBiaggi, S. D. D. Homens e mulheres mudando em novos espaços: famílias brasileiras retornam dos EUA para o Brasil. In: DeBIAGGI, S. D. D.; PAIVA, G. J. **Psicologia, e/imigração e cultura**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HUMPHRIES, N.; McALEESE S.; MATTHEWS, A.; BRUGHA, R. Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions…are killing us slowly: qualitative insights into health professional emigration from Ireland. **Huma Resources for Health**, [s.l.], 13:35, 2015.

MARCHAL, B.; KEGELS, G. Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? **International Journal of Health Planning and Management**, [s.l.], n. 18, pp. 89-101, 2003.

MOTA, N. P.; RIBEIRO, H. MOBILIDADE INTERNACIONAL DE MÉDICOS. Lua Nova [online]. 2016, n.98, pp.255-273. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452016000200255&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 dez. 2017.

OMAN, K. M.; MOULDS, R.; USHER, K.Specialist training in Fiji: why do graduates

migrate, and why do they remain? A qualitative study. **Human Resources for Health**, [s.l.], v. 7, n. 9, 2009.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OECD. *International migration outlook 2007*. Paris, 2007.

_____. Panorama de la santé 2013: les indicateurs de l'OCDE. Paros, 2013. Disponível em: <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/ Panorama-de-la-sante-2013.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2016.

_____. International migration of doctors. In: **Health at a Glance 2015**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-24-en.

PĂUNICĂ, M.; PITULICE, I. C.; ȘTEFĂNESCU, A.. International migration from public health systems. Case of Romania. *Amfiteatru Economic*, [s.l.], v. 19, n. 46, p. 742-756, 2017.

RENNER, C. H., PATARRA, N. L. Migrações. In: SANTOS, J. L. F., LEVY, M. S. F., SZMRECSANYI, T. (Org.). *Dinâmica da população*: teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo: T.A. Queiroz, 1980. p. 236-260.

SALES, T. Imigrantes estrangeiros, imigrantes brasileiros: uma revisão bibliográfica e algumas questões para pesquisa. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 9, n.1, p 50-64, jan./jul. 1992.

SCHEFFER, M. (Coord.). **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP; Conselho Regional de Medicina; Conselho Federal de Medicina, 2015.

SIYAN, A.; DAL POZ, M. C. (Ed.). **Migration of health workers**: the WHO code of practice and the global economic crisis. Geneva: WHO, 2014.

TAVARES, L. Confira os critérios e os prêmios da pesquisa. **O Estado de S. Paulo,** 20 set. 2017. Disponível em: <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,confira-os-criterios-e-os-premios-da-pesquisa,70002008184>. Acesso em: 17 dez. 2017.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

VUJICIC, M.; ZURN, P.; DIALLO, K.; ADAMS, O.; DAL POZ, M. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches TO ITS MANAGEMENT. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.82, n.8, p.595-600, 2004. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.588.9634&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 17 dez. 2017.

WILLIS-SHATTUCK, M.; BIDWELL, P.; THOMAS, S.; WYNESS, L.; BLAAUW, D.; DITLOPO, P. Motivation and retention of health workers in developing countries:

a systematic review. **BMC Health Services Research**, [s.l.], v. 8, n. 247. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8247>. Acesso em: 14 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel Sixty-third World Health Assembly** – WHA63.16. Geneva: WHO, 2010.

ZARRILLI, S. The case of Brazil. Trade in health services: global, regional and country perspectives. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/trade/en/ THpart3chap11.pdf?ua=1>. Acesso em: 24 jun. 2016.

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mobilidade internacional de médicos brasileiros para os EUA
Pesquisador: Nancy Val y Val Peres da Mota
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 57308116.1.0000.5421
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.795.751

Apresentação do Projeto:
O projeto busca analisar determinantes de migração de médicos brasileiros para Estados Unidos da América.

Objetivo da Pesquisa:
O objetivo da pesquisa é realizar pesquisa qualiquantitativa acerca dos motivos para mobilidade dos médicos brasileiros em direção a outro país, no caso, EUA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
O projeto indica existência de riscos mínimos pela participação na pesquisa, assim como benefícios indiretos da pesquisa à compreensão das motivações para mobilidade de médicos do Brasil para EUA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa relevante em saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
TCLE apropriado.

Recomendações:
Aprovação "ad referendum", tendo em vista cumprimento das solicitações emitidas pelo parecerista na penúltima reunião do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-FSP).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727306.pdf	18/10/2016 11:47:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETONancyMota_18_10_16.pdf	18/10/2016 11:45:52	Nancy Val y Val Peres da Mota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_18_10_16.pdf	18/10/2016 11:37:08	Nancy Val y Val Peres da Mota	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Nancy.pdf	04/06/2016 20:45:49	Nancy Val y Val Peres da Mota	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Outubro de 2016

Assinado por:
Flavia Mori Sarti
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 1

MOTIVOS PARA EMIGRAÇÃO:

Drª Nancy Val y Val Peres da Mota

Prezado(a) colega.

Esse é um questionário breve com o objetivo de conhecer os motivos que o(a) levaram emigrar. A estrutura está dividida em duas sessões; a primeira alguns dados de identificação e sociodemográficos e a segunda refere-se especificamente aos motivos que o(a) levaram a emigrar. Antes de tudo cabe salientar que suas respostas são sigilosas e em nenhum momento sua identidade será revelada. Desde já agradeço imensamente sua colaboração!

I. QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:_____

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino.

3. Idade:_____

4. Estado Civil:

☐ Casado(a)

☐ Solteiro(a)

☐ Viúvo(a)

☐ Amasiado(a) – União estável (mora e compartilha financeiramente com companheiro(a) há mais de 4 anos)

☐ Mora junto – Sem união estável (mora e compartilha financeiramente com companheiro(a) mas não há vinculo matrimonial)

5. Caso esteja em união estável (casado(a)) o cônjuge é brasileiro ou estrangeiro?

☐ Não (cônjuge brasileiro)

☐ Sim (cônjuge estrangeiro – Norte Americano)

☐ Sim (cônjuge estrangeiro – Outra nacionalidade que não Norte Americana)

6. Qual o ano da sua graduação – quando se formou em medicina?

7. Qual foi a cidade e o estado de formação em medicina?

8. A faculdade de formação em medicina era publica ou privada?

☐ Pública

☐ Privada

9. Caso tenha exercido medicina no Brasil, por quanto tempo (anos)?

10. Fez Especialização?

☐ Sim

☐ Não

11. Qual foi a cidade e o estado da instituição que realizou a Especialização:

12. Qual foi a especialidade médica realizada no Brasil?

13. Exerceu medicina (a especialidade de formação) no Brasil?

14. Fez Mestrado?

☐ Sim

☐ Não

15. Qual foi a cidade e o estado da instituição que realizou o Mestrado?

16. Fez Doutorado?

☐ Sim

☐ Não

17. Qual foi a cidade e o estado da instituição que realizou o Doutorado?

18. Atualmente (nos EUA) qual é sua área de atuação em medicina, a qual exerce mais que 50% de seu tempo em exercício:

☐ Não atuo como médico atualmente.

☐ Assistência

☐ Pesquisa

☐ Ensino

19. Você já realizou o USMLE (United States Medical Licensing Examination)?

☐ Sim

☐ Não

20. Quantas vezes você já realizou o USMLE (United States Medical Licensing Examination)?

21. Você foi aprovado no USMLE (United States Medical Licensing Examination)?

☐ Sim

☐ Não

23. Qual foi seu último emprego no Brasil, isso como médico:

☐ Cargo Público

☐ Cargo Privado

☐ Ambos (privado e público)

☐ Nunca atuei como médico no Brasil.

24. Atualmente qual é sua atividade profissional ou sua forma de remuneração?

25. Qual é atualmente sua principal fonte de renda; especifique.

II. MOTIVOS PARA EMIGRAÇÃO:

Pontue de 1 a 5 por ordem de importância os motivos que o levaram a emigrar para os EUA, sendo "0" sem muita importância e "5" com grande importância:

1. Condições de trabalho (mais favoráveis que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Reconhecimento profissional.

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Ascensão profissional (Promoção no emprego ou cargo mais elevado ou superior ao que anteriormente desempenhava no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

4. Remuneração.

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Condições de ensino (mais favoráveis que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Qualidade de Vida (mais favorável que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Mercado de trabalho (mais favorável que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

8. Aspectos relacionais ou afetivos (casamento ou filhos).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Aspectos Sociais (orientação sexual).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Aspectos Culturais (liberdade da expressão de opinião ou crença religiosa).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Condições de pesquisa (mais favoráveis que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA					MUITA IMPORTÂNCIA
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

12. Descreva livremente quais motivos o(a) levaram emigrar para os EUA – PORQUE FOI?

13. Descreva livremente por quais motivos você permanece nos EUA – PORQUE FICA?

14. Descreva livremente por quais motivos você retornaria para o Brasil – PORQUE VOLTAR?

15. Descreva livremente por quais motivos você não retornaria para o Brasil – PORQUE NÃO VOLTAR?

***** Caso você tenha disponibilidade daria uma entrevista por Skype para a equipe de pesquisa?**

Muito obrigado por sua participação!

INSTRUÇÕES PARA O AVALIADOR DO QUESTIONÁRIO "MOTIVO PARA EMIGRAÇÃO":

Prezado avaliador,

Em primeiro lugar muito obrigado por sua colaboração.

Esse é um questionário que tem como objetivo compreender alguns determinantes da emigração de médicos para os Estados Unidos (EUA).

Trata-se de um instrumento divido em duas sessões, a primeira com dados sociodemográficos e a segunda com dados específicos dos motivos da emigração.

Solicita-se que você avalie (pontue de 0 a 5 sendo, "0" pior avaliação e "5" melhor avaliação) e caso julgue necessário descreva comentários sobre cada item do questionário.

Novamente muito obrigado!

MOTIVOS PARA EMIGRAÇÃO:	Avaliação:
Drª Nancy Val y Val Peres da Mota Prezado(a) colega. Esse é um questionário breve com o objetivo de conhecer os motivos que o(a) levaram emigrar. A estrutura está dividida em duas sessões; a primeira alguns dados de identificação e sociodemográficos e a segunda refere-se especificamente aos motivos que o(a) levaram a emigrar. Antes de tudo cabe salientar que suas respostas são sigilosas e em nenhum momento sua identidade será revelada. Desde já agradeço imensamente sua colaboração!	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
I. QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E DE IDENTIFICAÇÃO	
1. **Nome:**_____ _____	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino.	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
3. **Idade:**_____	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

4. Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Amasiado(a) – União estável (mora e compartilha financeiramente com companheiro(a) há mais de 4 anos) ☐ Mora junto – Sem união estável (mora e compartilha financeiramente com companheiro(a) mas não há vinculo matrimonial)	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
5. Caso esteja em união estável (casado(a)) o cônjuge é brasileiro ou estrangeiro? ☐ Não (cônjuge brasileiro) ☐ Sim (cônjuge estrangeiro – Norte Americano) ☐ Sim (cônjuge estrangeiro – Outra nacionalidade que não Norte Americana)	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
6. Qual o ano da sua graduação – quando se formou em medicina?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

7. Qual foi a cidade e o estado de formação em medicina?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
8. A faculdade de formação em medicina era publica ou privada? ☐ Pública ☐ Privada	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
9. Caso tenha exercido medicina no Brasil, por quanto tempo (anos)?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

10. Fez Especialização? ☐ Sim ☐ Não	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
11. Qual foi a cidade e o estado da instituição que realizou a Especialização:	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
12. Qual foi a especialidade médica realizada no Brasil?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

13. Exerceu medicina (a especialidade de formação) no Brasil?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
14. Fez Mestrado? ☐ Sim ☐ Não	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
15. Qual foi a cidade e o estado da instituição que realizou o Mestrado?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

16. Fez Doutorado? ☐ Sim ☐ Não	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
17. Qual foi a cidade e o estado da instituição que realizou o Doutorado?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
18. Atualmente (nos EUA) qual é sua área de atuação em medicina, a qual exerce mais que 50% de seu tempo em exercício: ☐ Não atuo como médico atualmente. ☐ Assistência ☐ Pesquisa ☐ Ensino	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

19. Você já realizou o USMLE (United States Medical Licensing Examination)? ☐ Sim ☐ Não	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
20. Quantas vezes você já realizou o USMLE (United States Medical Licensing Examination)?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
21. Você foi aprovado no USMLE (United States Medical Licensing Examination)? ☐ Sim ☐ Não	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

23. Qual foi seu último emprego no Brasil, isso como médico: ☐ Cargo Público ☐ Cargo Privado ☐ Ambos (privado e público) ☐ Nunca atuei como médico no Brasil.	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
24. Atualmente qual é sua atividade profissional ou sua forma de remuneração?	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**
25. Qual é atualmente sua principal fonte de renda; especifique.	**1. Este item está CLARO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **2. O texto está OBJETIVO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?** **NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM** **Comentários:**

<table>
<tr><th>II. MOTIVOS PARA EMIGRAÇÃO:</th><th>Avaliação:</th></tr>
<tr><td>Pontue de 0 a 5 por ordem de importância os motivos que o levaram a emigrar para os EUA, sendo "0" sem muita importância e "5" com grande importância:</td><td>1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:</td></tr>
<tr><td>1. Condições de trabalho (mais favoráveis que no Brasil).
<table><tr><th colspan="3">SEM IMPORTÂNCIA</th><th colspan="3">MUITA IMPORTÂNCIA</th></tr><tr><td>☐
0</td><td>☐
1</td><td>☐
2</td><td>☐
3</td><td>☐
4</td><td>☐
5</td></tr></table></td><td>1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:</td></tr>
<tr><td>2. Reconhecimento profissional.
<table><tr><th colspan="3">SEM IMPORTÂNCIA</th><th colspan="3">MUITA IMPORTÂNCIA</th></tr><tr><td>☐
0</td><td>☐
1</td><td>☐
2</td><td>☐
3</td><td>☐
4</td><td>☐
5</td></tr></table></td><td>1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:</td></tr>
</table>

3. Ascensão profissional (Promoção no emprego ou cargo mais elevado ou superior ao que anteriormente desempenhava no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

4. Remuneração.

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

5. Condições de ensino (mais favoráveis que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

6. Qualidade de Vida (mais favorável que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

7. Mercado de trabalho (mais favorável que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

8. Aspectos relacionais ou afetivos (casamento ou filhos).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

9. Aspectos Sociais (orientação sexual).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

10. Aspectos Culturais (liberdade da expressão de opinião ou crença religiosa).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

11. Condições de pesquisa (mais favoráveis que no Brasil).

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1. Este item está CLARO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
2. O texto está OBJETIVO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA?
NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM
Comentários:

12. Descreva livremente quais motivos o(a) levaram emigrar para os EUA – PORQUE FOI?	1. Este item está CLARO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 2. O texto está OBJETIVO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM Comentários:
13. Descreva livremente por quais motivos você permanece nos EUA – PORQUE FICA?	1. Este item está CLARO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 2. O texto está OBJETIVO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM Comentários:
14. Descreva livremente por quais motivos você retornaria para o Brasil – PORQUE VOLTAR?	1. Este item está CLARO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 2. O texto está OBJETIVO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM Comentários:

15. Descreva livremente por quais motivos você não retornaria para o Brasil – PORQUE NÃO VOLTAR?	1. Este item está CLARO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 2. O texto está OBJETIVO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM Comentários:
***** Caso você tenha disponibilidade daria uma entrevista por Skype para a equipe de pesquisa?**	1. Este item está CLARO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 2. O texto está OBJETIVO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM Comentários:
Muito obrigado por sua participação!	1. Este item está CLARO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 2. O texto está OBJETIVO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 3. O texto está ADEQUADO AO CONTEXTO? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM 4. O texto está ADEQUADO A POPULAÇÃO AVALIADA? NÃO ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 SIM Comentários:

APÊNDICE 2

MOTIVOS PARA EMIGRAÇÃO

Prezado(a) colega,

Sou médica, doutoranda do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Minha orientadora é a Prof.ª Helena Ribeiro, coordenadora deste Programa e o título do meu projeto e': "Mobilidade Internacional de Médicos Brasileiros para os EUA".

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

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. No caso de profissionais médicos, a distribuição desigual nos países é um fator importante para uma análise mais crítica do processo migratório.

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 em melhor nível de desenvolvimento e destes para os mais desenvolvidos, num movimento em cascata (MARCHAL; KEGELS, 2003).

Dentre os países que possuem mais médicos originários de outros países estão Estados Unidos, Reino Unido e Canadá (MARCHAL; KEGELS, 2003). Dentre os médicos norte-americanos, 27% são formados no exterior, sendo 19,5% na Índia, 11,9% no Paquistão e 8,1% nas Filipinas.

Frente a este cenário, este questionário tem como objetivo conhecer os motivos que levaram médicos brasileiros a emigrarem e permanecerem nos Estados Unidos (EUA) ou a desejar retornarem ao Brasil.

A estrutura está dividida em duas sessões: a primeira com questões sobre alguns dados de identificação e sociodemográficos e a segunda refere-se especificamente aos motivos que o(a) levaram a emigrar.

Ao término do preenchimento do questionário e' necessário clicar no quadro "enviar" ou "submit" para que eu possa ter acesso `as respostas via sistema.

Antes de tudo, cabe salientar que suas respostas são sigilosas e em nenhum momento sua identidade será revelada, sendo mantido o caráter confidencial das informações.

Em qualquer momento você poderá retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo.

Em caso de dúvidas ou notificações de acontecimentos não previstos, favor entrar em contato com: Nancy Val y Val Peres da Mota, doutoranda do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSPUSP – Av. Dr. Arnaldo, 715 nancy.mota@usp.br cel: +55 (11) 99626-0265 ou Profa. Helena Ribeiro, lena@usp.br, tel: +55(11) 3061-7894.

Desde já agradeço imensamente sua colaboração!

☐ Estou de acordo com os termos pré-estabelecidos neste questionário, descritos acima.

I. QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:

2. Sexo:

Masculino

Feminino

Outro

3. Data de nascimento:

4. Qual a sua etnia (cor de pele)?

Branca (descendentes de europeus e/ou ocidentais)

Preta (descendentes de africanos e/ou afro-brasileiros)

Parda (descendentes de indivíduos de cor e/ou etnias diferentes-miscigenação e/ou mestiçagem. Mestiços de pais de cores ou etnias diferentes)

Amarela (descendentes de asiáticos e/ou orientais)

Indígena (descendentes de índios)

Sem declaração

Outra

5. Estado civil:

Casado(a)

Solteiro(a)

Viúvo(a)

União estável (mora e compartilha financeiramente com companheiro(a) há mais de 4 anos)

Mora junto – Sem união estável (mora e compartilha financeiramente com companheiro(a), mas não há vinculo matrimonial legal) há menos de 4 anos.

6. Caso esteja casado(a) ou em união estável, qual a nacionalidade do cônjuge? Caso contrário, deixar esta resposta em branco.

Resposta

7. Tem filhos?

Sim

Não

7.1. Número de filhos?

Resposta

8. Qual o ano da sua graduação – quando se formou em medicina?

Resposta

9. Qual foi a Cidade, o Estado e o País de suaformação em medicina?

Resposta

10. A faculdade de formação em medicina era pública ou privada?

Pública

Privada

11. Fez residência médica? Se sim, em qual área? Caso não tenha feito residência médica deixar em branco.

Resposta

12. Qual foi a Cidade, o Estado e o País e o ano de conclusão em que realizou a residência médica. Caso não tenha feito residência médica deixar em branco.

Resposta

13. Cursa ou concluiu Especialização (pós-graduação)?

Sim

Não

14. Qual foi a Cidade, o Estado e o País e o ano de conclusão em que realizou a Especialização (pós-graduação). Caso não tenha feito especialização deixar em branco.

Resposta

15. Cursa ou concluiu Mestrado?

Sim

Não

16. Qual foi a Cidade, o Estado e o País e o ano de conclusão em que realizou o Mestrado? Caso não tenha feito mestrado deixar em branco.

Resposta

17. Cursa ou concluiu Doutorado?

Sim

Não

18. Qual foi a Cidade, o Estado eo País e o ano de conclusão em que realizou o Doutorado? Caso não tenha feito doutorado deixar em branco.

Resposta

19. Exerceu medicina no país de formação e/ou outra localidade?

Sim

Não

20. Caso já tenha exercido medicina, por quanto tempo (anos)?

Resposta

21. Porque escolheu especificamente os EUA (e não outro país) para emigrar?

Resposta

22. Atualmente (nos EUA) em qual das seguintes áreas de atuação (na área médica) você trabalha mais de 50% do tempo?

Não atuo como médico atualmente

Assistência

Pesquisa

Ensino

23. Você já realizou o USMLE (United States Medical Licensing Examination)?

Sim

Não

24. Quantas vezes você já realizou o USMLE (United States Medical Licensing Examination)?

Resposta

25. Você foi aprovado(a) no USMLE (United States Medical Licensing Examination)?

Sim

Não

26. Caso tenha sido aprovado(a) no USMLE (United States Medical Licensing Examination), qual foi o ano e mês?

Resposta

27. Qual foi seu último emprego no Brasil, exercendo a função de médico(a)?

Cargo Público

Cargo Privado

Ambos (privado e público)

Nunca atuei como médico no Brasil.

28. Atualmente qual é sua atividade profissional?

Resposta

29. Qual é atualmente sua principal fonte de renda? Por favor, especifique "como paga suas contas".

Resposta

30. Desde qual mês e ano mora (reside) nos EUA?

Resposta

II. MOTIVOS PARA EMIGRAÇÃO:

SEM IMPORTÂNCIA			MUITA IMPORTÂNCIA		
☐ **0**	☐ **1**	☐ **2**	☐ **3**	☐ **4**	☐ **5**

Pontue de 0 a 5 por ordem de importância os motivos que o(a) levaram a emigrar para os EUA, sendo "0" sem muita importância e "5" com grande importância:

1. CONDIÇÕES DE TRABALHO (mais favoráveis que no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de melhores condições de trabalho nos EUA. As

condições de trabalho na área médica nos EUA são mais favoráveis em comparação ao Brasil".

2. RECONHECIMENTO PROFISSIONAL. "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de prestígio profissional nos EUA. A profissão de médico nos EUA é mais reconhecida em comparação ao Brasil".

3. ASCENSÃO PROFISSIONAL (Promoção no emprego ou cargo mais elevado ou superior ao que anteriormente desempenhava no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de ascensão profissional nos EUA. Nos EUA terei ou tenho cargo mais elevado e/ou superior e/ou que mais me satisfaz em comparação ao que tinha e/ou tenho no Brasil".

4. REMUNERAÇÃO (salário). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de melhor remuneração. Meu salário e remuneração nos EUA são maiores em comparação ao Brasil".

5. CONDIÇÕES DE ENSINO (mais favoráveis que no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de melhores condições de minha aprendizagem na área médica. Posso e/ou poderei nos EUA ter e/ou tenho mais acesso a informações, melhor qualidade de formação acadêmica e/ou aprimoramento profissional na área médica em comparação ao Brasil".

6. QUALIDADE DE VIDA (mais favorável que no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza da melhoria da minha qualidade de vida e de minha família. A qualidade de vida nos EUA é maior e/ou melhor em comparação ao Brasil".

7. MERCADO DE TRABALHO (mais favorável que no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de maior chance de estar empregado(a) como médico(a). O mercado de trabalho e/ou o acesso ao emprego na área médica nos EUA é mais favorável em comparação ao Brasil".

8. ASPECTOS RELACIONAIS OU AFETIVOS (casamento ou filhos). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza da melhoria da relação com meus filhos e/ou cônjuge e/ou amigos".

9. ORIENTAÇÃO SEXUAL. "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de que nos EUA minha orientação sexual seria ou é mais respeitada em comparação ao Brasil".

10. ASPECTOS CULTURAIS (a cultura norte-americana é mais favorável). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de que a cultura local onde moro nos EUA seria ou é mais favorável e/ou mais me agrada em comparação ao Brasil".

11. LIBERDADE DA EXPRESSÃO "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de que nos EUA minhas opiniões seriam ou são mais respeitadas e/ou posso expor mais livremente minhas ideias em comparação a quando estive no Brasil".

12. CRENÇA RELIGIOSA. "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de que nos EUA minhas crenças religiosas seriam ou são mais respeitadas em comparação ao Brasil".

13. CONDIÇÕES DE PESQUISA (mais favoráveis que no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de que nos EUA o contexto e/ou os recursos científicos e/ou as condições são mais favoráveis para desenvolver atividades de pesquisa em comparação ao Brasil".

14. SITUAÇÃO ECONÔMICA (mais favorável que no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de que a situação econômica dos EUA é mais favorável em comparação ao Brasil".

15. SITUAÇÃO POLITICA (mais favorável que no Brasil). "Emigrei em busca da possibilidade e/ou certeza de que a situação politica dos EUA é mais favorável em comparação ao Brasil".

16. Descreva livremente quais motivos o(a) levaram emigrar para os EUA – PORQUE FOI?

17. Descreva livremente por quais motivos você permanece nos EUA – PORQUE FICA?

18. Descreva livremente por quais motivos você retornaria para o Brasil – PORQUE VOLTAR?

19. Descreva livremente por quais motivos você não retornaria para o Brasil – PORQUE NÃO VOLTAR?

***** Caso você tenha disponibilidade daria uma entrevista por Skype para a equipe de pesquisa? Para questionamentos mais aprofundados sobre a temática estudada ou pelo motivo de que as questões não terem contemplado aspectos, que para você, foram relevantes para sua emigração?**

Não

Sim

Qual seu contato Skype?

Resposta

Muito obrigada por sua participação!

Drª Nancy Val y Val Peres da Mota

CURRÍCULOS

Nancy Val y Val Peres da Mota

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9236872411021112
Última atualização do currículo em 03/03/2017

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP (1979) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2008). Tem experiência na área de Administração de Serviços de Saúde, com ênfase em gestão da qualidade e promoção da saúde. Atualmente faz parte do Corpo Técnico do PROAHSA - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HFMUSP e Fundação Getulio Vargas - SP onde desenvolve projetos com residentes e aprimorados em formação. Doutoranda do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Nancy Val y Val Peres da Mota

Nome em citações bibliográficas MOTA, NVVP;Mota, Nancy Val y Val Peres da;MOTA, NANCY;MOTA, NANCY PERES DA

Endereço

Endereço Profissional
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, PROAHSA.
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 471
Pinheiros
05403010 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (011) 26616208

Formação acadêmica/titulação

2014
Doutorado em andamento em Programa de Saúde Global e Sustentabilidade.
Faculdade de Saúde Publica da Universidade de Sao Paulo, FSP - USP, Brasil.
Título: Determinantes da emigração de medicos brasileiros para os Estados Unidos,
Orientador: Helena Ribeiro.
Palavras-chave: medical migration; physicians mobility; brain drain; physicians migration; data migration physicians.
Grande área: Ciências da Saúde

2005 - 2008
Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Análise da avaliação da gestão das unidades do Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / Hospital das Clínicas - FMUSP/HC,Ano de Obtenção: 2008.
Orientador: Vitória Kedy Cornetta.
Palavras-chave: PNGS - Prêmio Nacional da Gestão em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Gestão da Qualidade em Saúde; CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração.
Setores de atividade: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

1981 - 1982
Especialização - Residência médica.
Santa Casa de Misericórdia São Paulo, SCSP, Brasil. Residência médica em: Anestesiologia
Número do registro: .

1986 - 1986
Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde.
Fundação Getulio Vargas - SP, FGV-SP, Brasil.

1973 - 1979
Graduação em Medicina.
Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP, FMPUCSP, Brasil.

Formação Complementar

2002 - 2002
Health Promotion- quality of life training seminar. (Carga horária: 32h).
American University, AMERICAN, Estados Unidos.

1994 - 1994
II Programa de Desenvolvimento Dirigentes Públicos. (Carga horária: 180h).
Fundação Getulio Vargas - SP, FGV-SP, Brasil.

Helena Ribeiro

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8725809744497200
Última atualização do currículo em 19/12/2017

bachelor's at Geography from Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1972), master's at Geography from University of California Berkeley (1981) and doctorate at Physical Geography from Universidade de São Paulo (1988). Has experience in Geosciences, focusing on Geographical Climatology, acting on the following subjects: environmental health. urban health, medical geography, air pollution, climate changes and environmental education. Professor of the Environmental Health Department of the School of Public Health of the University of São Paulo. Former professor of Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Former Environmental advisor to the Mayor of São Paulo Former Member of the Executive Commitee of ICLEI - International Council for Local Environmental Initiatives. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Helena Ribeiro
Nome em citações bibliográficas	RIBEIRO, H.;Ribeiro, Helena

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667712 Ramal: 218 Fax: (11) 30667732 URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

1984 - 1988	Doutorado em Geografia (Geografia Física) (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Poluição do ar e doenças respiratórias em criança da Grande São Paulo: um estudo de geografia médica, Ano de obtenção: 1988. Orientador: José Roberto Tarifa. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
1977 - 1981	Mestrado em Geografia. University of California Berkeley, UCB, Estados Unidos. Título: Sequent land use and environmental issues in a subtropical milieu: the case of São Simão, in the State of São paulo, Brazil,Ano de Obtenção: 1981. Orientador: Hilgard O'Reilly Sternberg. Palavras-chave: agricultura sustentável; Cobertura Vegetal; Degradacao Ambiental. Grande área: Ciências Humanas
1969 - 1972	Graduação em Geografia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Pós-doutorado e Livre-docência

1996	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Ilha de calor na cidade de São Paulo: sua dinâmica e efeitos na saúde da população, Ano de obtenção: 1996. Palavras-chave: poluição térmica saúde são paulo calor. Grande área: Ciências Humanas
1994 - 1994	Pós-Doutorado. Académie Internationale de l Environnement, AIE, Suiça. Bolsista do(a): Agencia de cooperação Suiça, ACS, Suiça.