

ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL: FORMAÇÃO E MERCADO DE TRABALHO

Organizadores:

Sabado Nicolau Girardi

Cristiana Leite Carvalho

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Lêda Zorayde de Oliveira

Valéria Morgana Penzin Goulart

Este livro reúne informações acerca da formação, do exercício e do mercado de trabalho de 19 especialidades médicas no Brasil – Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Mastologia, Hematologia e Hemoterapia, Radioterapia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular, Angiologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Endocrinologia e Metabologia, Nefrologia, Anestesiologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Psiquiatria, Medicina de Família e Comunidade, Oftalmologia –, consideradas estratégicas para a prestação dos serviços de saúde.

Os dados e as informações aqui apresentados são parte dos resultados do projeto de pesquisa 'Estudo sobre Formação, Exercício e Alocação de Médicos Especialistas no Brasil – Etapa II', realizado pela parceria de dois dos Observatórios de Recursos Humanos do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde – a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da

Universidade Federal de Minas Gerais e o Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo – com o Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz. Nesse estudo, são abordados temas relevantes para os serviços de saúde, como os arranjos formativos e de titulação de médicos especialistas, o dimensionamento da oferta e demanda de médicos especialistas, as formas e as condições nas quais o trabalho médico é realizado e remunerado, e o compartilhamento de escopos entre especialidades médicas e entre os médicos e as demais profissões de saúde, levantados a partir das principais fontes de informação e bases de dado do País e por meio de investigações primárias. Espera-se que estas informações possam subsidiar os gestores no desenho das políticas de saúde locais e regionais para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados especializados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Os organizadores

ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL: FORMAÇÃO E MERCADO DE TRABALHO

Organizadores:

Sabado Nicolau Girardi

Cristiana Leite Carvalho

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Lêda Zorayde de Oliveira

Valéria Morgana Penzin Goulart

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: (vacância)
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:
Ana Maria Costa
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos
Ronaldo Teodoro dos Santos (Ad hoc)

CONSELHO FISCAL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Viktória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfi
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Carlos dos Santos Silva
cebes@cebes.org.br

EDITORA EXECUTIVA

Mariana Chastinet
revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA ASSISTENTE

Carina Munhoz
carina.revisao@cebes.org.br

SETOR FINANCEIRO

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO

Xico Teixeira
Francisco Barbosa

EDITORES CIENTÍFICOS

Celia Regina Pierantoni – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7481-6350> – cpierantoni@gmail.com)
Cristiana Leite Carvalho – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-1045-2759> – cristianalcavvalho@gmail.com)
Paulo Henrique D'Ángelo Seixas – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8382-2872> – seixaspaulo@hotmail.com)
Sabado Nicolau Girardi – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0817-0533> – sabadogirardi@gmail.com)

CONSELHO EDITORIAL DO CEBES

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – arthur.chioro@unifesp.br)
Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – astolkner@gmail.com)
Angel Martínez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – angel.martinez@urv.cat)
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – brenofontes@gmail.com)
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – cbotazzo@hotmail.com)
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – stralen@medicina.ufmg.br)
Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – d.diniz@anis.org.br)
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – emenendez@yahoo.com.mx)
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – freese@cpqam.fiocruz.br)
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – kondilis@qmul.ac.uk)
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – hugospinelli09@gmail.com)
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – jairnil@ufba.br)
Jean Pierre Unger – Institut de MédecineTropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – contact@jeanpierreunger.com)
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – bragajcs@uol.com.br)
Jose da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – jrcarval@fiocruz.br)
Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – kenneth@uerj.br)
Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – ligiagiovanella@gmail.com)
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – luizfacchini@gmail.com)
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – odorico@saude.gov.br)
Maria Salette Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – maria.salette.jorge@gmail.com)
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – mariohernandez62@gmail.com)
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – roveremario@usp.br)
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – paulo.buss@fiocruz.br)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – pttarso@gmail.com)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – radorno@usp.br)
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – profsoniafleury@gmail.com)
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – sulamis@uol.com.br)
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – wfolive@terra.com.br)

ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL: FORMAÇÃO E MERCADO DE TRABALHO

VOLUME I

Organizadores:

Sabado Nicolau Girardi

Cristiana Leite Carvalho

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Lêda Zorayde de Oliveira

Valéria Morgana Penzin Goulart

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro
2022

© Direitos autorais, 2022, da organização, Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, Lêda Zorayde de Oliveira & Valéria Morgana Penzin Goulart

Proibida a reprodução total ou parcial sem autorização, por escrito, da editora.

Direitos de publicação reservados por

© 2022 Cebes

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos 21040-361 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Tel.: (21) 3882 9140 | 3882 9141

Fax: (21) 2260 3782. <http://cebes.org.br/> – cebes@cebes.org.br

On-line

<https://cebes.org.br/publicacoes/livros-digitais-e-videoaulas/>

Coordenação editorial

Mariana Chastinet

Normalização

Carina Munhoz

Revisão ortográfica e gramatical

Wanderson Ferreira da Silva

Revisão final

Mariana Chastinet

Capa, projeto gráfico e diagramação

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura – www.apoioacultura.com.br

E77

Especialidades médicas no Brasil: formação e mercado de trabalho. / Sabado Nicolau Girardi [et al.]. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2022.

392 p.; il.; 16 x 23 cm. - (v.1)

DOI: 10.5935/978-65-87037-03-5.B0001

ISBN: 978-65-87037-03-5

1. Especialidades médicas 2. Formação profissional em saúde
3. Mercado de trabalho I. Sabado Nicolau Girardi II. Cristiana Leite Carvalho III. Paulo Henrique D'Ângelo Seixas IV. Lêda Zorayde de Oliveira V. Valéria Morgana Penzin Goulart.

CDD 610

Antonio Ivo de Carvalho: uma vida dedicada às grandes causas sociais, à Democracia e à Saúde Públicaⁱ

Pedro Ribeiro Barbosaⁱⁱ

Este livro é fruto de um dos últimos projetos em que Ivo se envolveu, a partir da sua coordenação no Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O seu conteúdo materializa um dos temas mais espinhosos e desafiantes do campo da saúde e, em especial, do Sistema Único de Saúde (SUS). A apresentação de Sabado Girardi, Cristiana Carvalho e Celia Pierantoni bem como o prefácio de Hêider Pinto antecipam os desafios e os resultados das pesquisas empreendidas ante a complexidade que o tema impõe – mais um tema ajustado à razão de ser do CEE-Fiocruz, na liderança de Ivo, responsável por esse conjunto de estudos terem sido mobilizados e empreendidos, e agora chegando ao público por meio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).

i Fui convidado pelos autores a redigir esta homenagem a Antonio Ivo entre o primeiro e segundo turno das eleições de 2022, mas apenas no dia 31 de outubro, com a esperança renovada em nosso país, assumi sua redação.

ii Diretor-Presidente do Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP) – Curitiba/Paraná.

Conheci Ivo quando militava em associações de moradores, eu em Vila Isabel-RJ, e ele já liderança reconhecida na Baixada Fluminense, no Movimento Amigos de Bairro (MAB) e depois consagrado como Movimento das Associações de Moradores de Nova Iguaçu. Ivo se tornou secretário-executivo da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj), no início dos anos 1980. Aqui o registro sobre o porquê um médico formado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), primeiro colocado no vestibular, foi parar na diocese de Dom Adriano Hypólito, reconhecido militante dos direitos humanos em plena ditadura militar e na Baixada Fluminense, onde imperavam grupos de extermínios e enorme abandono do Estado.

Já nesse início de carreira na Baixada Fluminense, o sentido e o compromisso de toda uma vida: as grandes causas societárias, a liberdade, a justiça e o valor humano.

Como estudante de medicina, a permanente e engajada luta contra a ditadura. *“Eu sou dessa época, quando movimentos estudantis de todo o mundo saíram às ruas por mais direitos”*, disse anos depois à Comissão da Verdade da Saúde. Esteve por seis meses preso no então DOI-Codi.

Fiquei amigo do Ivo na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Foi quando, pela proximidade profissional e pessoal, fui conhecendo alguém simplesmente brilhante, analista dos processos políticos como poucos, agregador de pessoas, formulador permanente, um leitor quase compulsivo e, também impaciente. Impaciência que significava quase sempre um *“por que não?”*. Os projetos, as ideias podiam sim ser mobilizadas, colocadas em prática. Sua impaciência, muitas vezes, resolvida com uma capacidade singular de seduzir, de agregar, de liderar e de fazer acontecer.

Um dia o convidei para assumir o primeiro curso de Educação a Distância (EAD) da Ensp e da Fiocruz, naquele momento, basicamente em meio impresso, com poucas interações realmente a distância. Tinha recebido o projeto do então Presidente da Fiocruz Paulo Buss, pedindo-me uma opinião. Estávamos por volta de 1996-97. Ele achou que fosse brincadeira minha a proposta e quase ridicularizando disse: “*curso por correspondência?*”. No dia seguinte, voltou, assumiu o projeto e, em poucos anos, sob sua liderança, a Ensp e a Fiocruz se tornaram o maior centro de EAD em saúde pública do País, não apenas em volume de alunos, cursos, programas, tecnologias, mas na disseminação qualificada para o SUS País afora, de ferramentas, métodos democratizantes, inclusivos, com acesso sem igual a conhecimentos, práticas que seguem aprimorando e qualificando milhares de alunos e profissionais em todo o Brasil. Destaque para algumas ofertas em larga escala EAD na gestão do Ivo na Ensp: Formação de docentes em educação profissional; Ativadores de processos de mudanças na graduação em saúde; Qualificação de gestores do SUS; Facilitadores de Educação Permanente, entre dezenas de outros cursos. Sua liderança conduziu à criação da Escola de Governo em Saúde, na Ensp, e anos depois, o *Campus Virtual Fiocruz*.

Ivo começou a trabalhar na Fiocruz em 1985, convidado por Sergio Arouca. Era servidor do Instituto Nacional do Câncer (Inca). Esteve na Secretaria de Saúde do RJ também acompanhando Arouca, como seu Chefe de Gabinete, entre 1987 e 88. Contudo, foi na Fiocruz que se estabeleceu em definitivo. O tema da sua dissertação de mestrado ‘Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado’ (1998) terminou por ser um balizador para muitas de suas contribuições também nos anos seguintes. Mais adiante, Ivo foi responsável por implantar o primeiro curso EAD dedicado à formação

de conselheiros de saúde. Os temas relativos a democracia e saúde, participação social, municipalização e regionalização tomavam boa parte de suas formulações.

Estabelecido na Fiocruz, ainda nos anos 1990, ingressou como pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, no Departamento de Administração e Planejamento, localizando-se no Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes). Como formulador, a partir de diversos estudos em que se envolveu no Nupes, rapidamente ganhou reconhecimento dentro da Ensp. Assumiu como Vice-diretor da Escola em 2001 na gestão de Jorge Bermudez, e a condição de Diretor em 2004, com a ida de Bermudez para a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Logo em seguida, foi eleito para dois mandatos à frente da Ensp, 2005-2009 e 2010-2013.

Em 2002, com a morte da Sergio Arouca, a Ensp ganhou seu nome, passando a se chamar Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Esse novo nome pareceu iluminar cada vez mais Antonio Ivo, grande responsável por uma década em que a Escola viveu mais um período de grande desenvolvimento e reconhecimento no sistema Fiocruz e em todo o País, debruçando-se e envolvendo-se nas grandes temáticas e desafios do SUS. Com Ivo, a Ensp pulsava! A Escola como centro formulador, geração de conhecimento em saúde pública e elevado compromisso e relacionamento com as principais políticas do SUS. Antonio Ivo reforçou na agenda da Ensp os grandes desafios do SUS, do desenvolvimento, com uma preocupação permanente na intersetorialidade, estando a saúde como estruturante do processo de desenvolvimento. O Centro de Estudos da Ensp recebeu, sob sua gestão, intelectuais, pesquisadores, vários ministros, engrandecendo a Escola como espaço de debates e irradiador de ideias.

Foi da gestão do Ivo e coordenada diretamente por ele a primeira pesquisa do Programa de Melhoria do Acesso e Melhoria da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Essa primeira pesquisa cobriu 10 mil equipes de saúde da família em 9 estados. Mais tarde, já no CEE da Fiocruz, foram coordenadas a segunda e terceira pesquisa do PMAQ-AB. Também na Ensp, Ivo iniciou importante papel no Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), também utilizando-se de tecnologia EAD, integrando a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), com a responsabilidade de produzir os 60 módulos para a especialização dos médicos do programa.

A pesquisa foi estimulada, estabelecida uma vice-direção exclusiva para o campo. A pós-graduação foi vitalizada. Ao término do seu mandato, os três programas da Escola alcançam a nota 6 na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Com pensamento e visão adiante, estimulou os pesquisadores na Ensp para a entrega de resultados também não acadêmicos, visando efetivos ganhos na operação do SUS. Nesse campo, institui o Programa Inova, em uma perspectiva translacional, do conhecimento às entregas de novas tecnologias e produtos à sociedade. Hoje a Fiocruz possui uma das mais importantes políticas e programas em inovação para o SUS do País, uma das prioridades da gestão da Nísia.

O Centro de Saúde da Escola, na sua gestão, alcançou acreditação da Joint Commission pelo seu padrão de qualidade. Foi ainda implantado o Projeto Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Projeto Teias), em parceria com o município do Rio de Janeiro, incorporando a responsabilidade por equipes de saúde da família da sua região. Aqui, Ivo vislumbrava a geração de conhecimento a partir da realidade da prestação de serviços, bem como o desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais em atenção básica.

Ivo não se aquietava! Sempre gostou da sua sala movimentada, engajando e estimulando. Conseguiu fazer, como sempre, a Escola como um projeto, um movimento coletivo. Lógico que muitos

foram os responsáveis ao lado dele. A Ensp e a Fiocruz possuem uma cultura extremamente democrática, nos processos decisórios e de implementação de políticas, projetos, ações. Ivo sempre usou essa condição para valorizar as conquistas como sendo coletivas.

Era avesso a homenagens. Em seu dia de aniversário, fazia de tudo para escapar, e brigava com quem escondesse dele as surpresas no dia, o que sempre fez esses momentos ficarem mais emocionantes e, por vezes, mais temerosos para as suas secretárias, que precisavam fazer cara de paisagem e ‘nunca sabiam das surpresas’ – mas quando via o bolo com as cores do Fluminense, entregava os pontos.

O seu projeto para a Ensp e a forma como o realizou foram acompanhados de leveza, firmeza e disputa permanente, mas sempre cuidou de comemorar, integrar, festejar. Na Escola, o sabe quem frequentou as festas superanimadas no Monte Líbano, na semana de aniversário da Ensp, condição quase *sine qua non* da sua gestão. Comemorar, agrupar, criar símbolos e marcas de pertencimento. Em sua gestão, inaugurou o momento de formaturas coletivas das turmas, também na semana do aniversário da Escola. A cada ano, os prêmios entregues aos trabalhadores, fossem pesquisadores, técnicos, auxiliares, todos partícipes do grande projeto de Ensp.

Não foram poucos os colegas de trabalho que, por diversos motivos, ficaram expostos a dificuldades de integração profissional apesar de suas competências reconhecidas, em seus ambientes, departamentos. Eles encontraram no Ivo um acolhimento diferenciado, a devida valorização, reposicionando-se na instituição e re-encontrando o estímulo pessoal e profissional. Muitos tornaram-se amigos e gratos ao estilo Ivo de ser dirigente.

Antonio Ivo parecia não ter medidas ou cautelas maiores para enfrentar (e inventar) todas essas novidades, em escalas e em redes pouco ou nunca experimentadas na Ensp. Por muitos desses

anos, fui seu vice-diretor de gestão na Escola. Tínhamos a liberdade de amigos em nossas conversas sobre projetos, encaminhamentos polêmicos, muitas vezes a sós, como diretor e seu vice. A ousadia e o “*por que não?*” eram quase sempre boas companhias.

Em sua sala de diretor da Ensp e depois no CEE da Fiocruz, sempre estive o retrato de Arouca, assim como a flâmula do Fluminense. As maiores vitórias e vibrações eram contra o Flamengo, claro.

Terminada a gestão da Ensp, Paulo Gadelha, Presidente da Fiocruz, o convidou para formatar um antigo projeto ainda do período Arouca como presidente da Fiocruz: um centro de estudos avançados ou estratégicos. Caiu como uma luva na mão do Ivo o desenho dessa nova empreitada, enriquecendo o papel da Fiocruz no SUS, no sistema nacional de ciência e tecnologia e nos grandes temas e campos do próprio desenvolvimento do País. Arouca identificava uma lacuna na Fiocruz, propondo uma instância capaz de prospectar futuros, refletir e interagir em grandes temas da relação desenvolvimento e saúde, no propósito de alinhar os desafios futuros da ‘Reforma Sanitária como processo civilizatório’. Em 2014, sob a coordenação de Ivo, o CEE foi implantado. Assumiu a condição de *think tank* de desenvolvimento e saúde da Fiocruz. Nesses anos de funcionamento, grandes temas foram enfrentados, a partir da visão estruturante da saúde, “*disputando e contribuindo com ideias, posições, no cenário nacional de debates e formulações*” como propunha Ivo. Em sua homenagem, após sua morte, o CEE foi designado pela Fiocruz como CEE Antonio Ivo de Carvalho.

Ivo nos deixou em 10 junho de 2021, um dia após seu aniversário de 71 anos. A pandemia nos impediu as últimas conversas pessoais presenciais, os diálogos sobre conjuntura, as piadas e as brincadeiras com o humor característico da sua inteligência. Poucas coisas eram estranhas ao seu campo de visão e análise. A cada ano,

no meu aniversário, um livro, praticamente todos sobre grandes nomes da humanidade, claro, já lidos por ele.

Uma inconfidência final: Ivo era avô, e eu não! Ver e saber do seu jeito com os netos dava uma ponta de inveja, prevalecendo, no entanto, maior admiração. Com eles, Ivo verdadeiramente expressava todo o carinho, entrega e o seu sentido talvez mais íntimo: a alegria contagiante da vida renovada.

Nos últimos quatro anos, debaixo de um governo improvável, mas real na sua face mais assustadora, resistimos e vencemos mais uma vez. Vencemos ainda parcialmente, pois há muito o que fazer. Foram quatro anos de estímulo ao esgarçamento da sociedade, ao enfraquecimento institucional, ao obscurantismo, ao rancor e aos preconceitos mais espúrios, mesmo no seio das famílias, nos locais de trabalho, nas escolas. Feridas abertas precisarão ser curadas. Valores societários e civilizatórios, respeito às diferenças precisam ser cultivados e colhidos. Será no dia a dia, nos pequenos atos individuais, como nas grandes políticas, que o desafio por uma sociedade mais justa e fraterna será vencido. Sem ilusões quanto à facilidade ou ao curso natural para sermos felizes e fraternos, pois a alma humana e os interesses escusos, egoístas, sempre estarão à espreita. Cada um de nós, cada democrata, tem o que fazer nessa empreitada. Ivo faz falta neste caminhar pedregoso, em possibilitar mais acertos do que erros, em apontar e liderar. Sorte nossa que aprendemos muito com ele.

A tarefa não está nada perto de ser concluída – se é que um dia chegará a ser –, mas sempre estivemos e estamos do lado certo, mesmo quando perdemos. Saudades, meu irmão!

O livro ‘Especialidades médicas no Brasil: formação e mercado de trabalho’, organizado por Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Paulo Henrique D’Ângelo Seixas, Lêda Zorayde de Oliveira e Valéria Morgana Penzin Goulart e publicado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), oferece contribuições únicas para o estudo e a compreensão da força de trabalho médica no País considerando, entre outras coisas, a distribuição, as características, a formação e as práticas desses profissionais, bem como as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde. Além disso, combina uma discussão, com muita coragem e inteligência, de questões centrais nesse debate com uma abordagem teórica e metodológica que é referência obrigatória para todas e todos que estudam o tema.

Segundo o art. 200 da Constituição Federal¹, compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Essa competência, cravada na Constituição como resultado de muita luta do denominado Movimento de Reforma Sanitária, está em sintonia com o que buscam fazer diversos países nos quais o Estado assume papel relevante na garantia do direito à saúde como direito social de cidadania: formar e prover profissionais de saúde em função das necessidades da população. Contudo,

i Médico sanitário, mestre e pós-doutorando em Saúde Coletiva e doutor em Políticas Públicas, é professor na Universidade Federal da Bahia e na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, é editor-chefe da ‘Revista Baiana de Saúde Pública’ e ex-Secretário Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (<https://orcid.org/0000-0002-8346-1480>).

no Brasil, essa competência não foi acompanhada de um arranjo institucional e de instrumentos de política pública que dessem condições concretas para o SUS de exercê-la²⁻⁵. O descompasso entre as necessidades da população e do SUS, bem como a distribuição, a formação e a atuação dos profissionais, tem sido reiterado pelos atores sociais presentes nas diversas Conferências Nacionais de Saúde, pelos menos desde a XI Conferência Nacional de Saúde⁶.

O que é problema para alguns atores sociais pode ser uma situação social a ser preservada por outros. Em diversos países e no Brasil, organizações profissionais disputam o Estado, em convergência e/ou em conflito umas com as outras, para assegurar regras de regulação e formação profissional que lhes sejam benéficas; para conservar o poder que detêm na regulamentação do exercício profissional e na formação geral e especializada; e para ampliar seus monopólios sobre o exercício das práticas de saúde, especialmente, aquelas com maior legitimidade social e valor de troca no mercado. Não só no Brasil, a Medicina ocupa papel dominante nas relações e no arranjo institucional que regra a profissões de saúde⁷⁻¹⁰.

Nos últimos 50 anos, a atuação das organizações médicas tem conseguido impedir mudanças significativas, das quais discordam, na política nacional para a força de trabalho médica¹¹. Depois de décadas de estabilidade institucional, mudanças importantes ocorreram no período de 2010 a 2015, quando o tema passou a ocupar também a agenda do sistema político, envolvendo a Presidência da República além do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), e tornou-se objeto de programas, tais como como o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), o Programa Pró-Residência, o Programa de Valorização de Profissionais

da Atenção Básica (ProvaB), o Plano Nacional de Educação Médica e o Programa Mais Médicos (PMM)^{11,12}.

O PMM, com o seu conjunto de instrumentos normativos e legais, dotou o SUS de importantes instrumentos de política pública para, finalmente, avançar na possibilidade de ordenar, na perspectiva do SUS, o planejamento, a formação e o provisão de recursos humanos⁴. Vale destacar que, ainda que tenha um evidente interesse na profissão médica, a legislação do PMM permite ao governo federal estender regras e medidas também às demais profissões de saúde. Entre os novos instrumentos previstos na Lei do PMM¹³, está o Cadastro Nacional de Especialistas, como uma medida necessária para unificar informações de localização, formação, especialidade e atuação dos médicos e, com isso, poder planejar melhor a formação e a alocação dos profissionais no curto, médio e longo prazo.

Não é uma tarefa trivial identificar a necessidade que o SUS tem, em cada território determinado, de diferentes categorias profissionais e de especialistas de cada profissão. Vários fatores interferem no cálculo dessa necessidade. Em nosso país, há importante sobreposição de serviços devido ao sistema de saúde ser dual¹⁴, de modo que o sistema público e o privado, em diversas áreas nas quais há interesse do último, competem por clientela, profissionais, valor simbólico e recursos. Também há uma sobreposição que decorre da insuficiente cooperação entre secretarias de saúde de municípios de uma mesma região e coordenação entre estes e sua respectiva secretaria estadual de saúde. Assim organizado, o sistema de saúde demanda mais profissionais do que seria necessário em um sistema, realmente, único e regionalizado. Além disso, o fato de a profissão médica ser dominante e ter um monopólio alargado sobre as práticas de maior valor simbólico e econômico, limitando as competências e reduzindo o escopo de práticas dos demais profissionais, faz com

que o Brasil precise ainda mais de médicos do que outros países nos quais os demais profissionais gozam de mais autonomia e podem praticar um escopo mais amplo.

Com relação às especialidades médicas, este livro, além de fazer uma revisão do surgimento das especialidades médicas em diversos países, mostra que uma das principais causas da escalada dos custos dos serviços de saúde é o crescente processo de especialização da Medicina. Os números mostram que o Brasil tem um sistema de saúde com débil quantidade de médicos especialistas nos problemas mais prevalentes – seja na atenção primária, os médicos de família e comunidade, seja de especialistas raiz, como cirurgiões gerais, clínicos gerais, pediatras, geriatras, gineco-obstetras e psiquiatras – e uma demanda enorme de médicos especialistas focais e subespecialistas.

Considerando a superposições de serviços, a hiperespecialização da Medicina e a restrição do escopo de prática das demais profissões, entendeu-se que um dimensionamento da necessidade de médicos que não ultrapassasse a superfície, que não identificasse, analisasse e criticasse essas características do sistema de saúde brasileiro, bem como seu modelo de atenção, daria números a uma necessidade muito além da real, informando uma política pública pouco racional, eficiente, efetiva e sustentável. O MS, em 2015, esteve ante esse desafio, consciente dessa realidade, municiado com novos instrumentos do PMM e com uma oportunidade histórica de avançar em uma política para a força de trabalho mais compatível com o SUS da Reforma. Um movimento estratégico foi fortalecer sua relação com a potente comunidade epistêmica que debate e estuda o tema no Brasil e convidá-la a participar do processo de análise e formulação da política⁵.

Foram mobilizados nessa empreitada pesquisadores de renome internacional, que têm influenciado essas políticas nos últimos anos,

como alguns dos que assinam capítulos deste livro, grandes mestres como Sabado Girardi – que têm contribuições inestimáveis a esse campo –, e uma instituição tradicional, competente e respeitada como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio de seu Centro de Estudos Estratégicos, coordenado então pelo saudoso, querido e aguerrido Antônio Ivo, pessoa de quem sinto muitas saudades e sigo admirando imensamente por tudo que foi como pessoa, pesquisador e militante do direito universal à saúde. Para discutir o melhor modo de identificar e planejar a necessidade de médicos e especialistas para o País, foram realizados diálogos da Secretaria de Gestão da Educação do Trabalho na Saúde (SGTES) do MS com representantes do MEC, com os principais grupos de pesquisa participantes do Observatório de Recursos Humanos do SUS e com representantes de entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB)

Partindo dessa agenda de discussões, foi sendo construída uma pesquisa complexa, inovadora e à altura do desafio. Este excelente livro, que está em suas mãos (ou sua tela), apresenta os primeiros resultados dela.

O livro apresenta uma sistematização crítica das bases de dados que foram utilizadas para análise da formação e mercado de trabalho de médicos especialistas no Brasil, o livro analisa as fontes de oferta – como os cadastros do CFM, da AMB, do Ensino da Educação Superior (e-MEC), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Censo de Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) – e fontes de demanda – como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Relação Anual de Informações Sociais (Rais). Além disso, discute-se sobre a compatibilidade e a integração dessas informações e sobre a classificação das especialidades médicas.

No decorrer dos capítulos, são analisados aspectos teóricos e conceituais de modelos de especialização médica e de formação de diferentes países, ao longo da história, da antiguidade até os dias de hoje. São caracterizadas as rotas de formação médica ao redor do mundo e analisadas experiências recentes de mudança em algumas dessas rotas, as que mais interessam às necessidades do Brasil por apontar para uma expansão do núcleo de competências de cada especialidade, para um maior compartilhamento de escopos entre elas, para o enfrentamento das transformações contemporâneas observadas nas populações, economias e sistemas de saúde e, finalmente, para a integração com inovações tecnológicas no processo de formação e atenção à saúde. Ainda com respeito à formação e atuação do especialista, descreve e analisa o processo, as regras e as instituições relacionados com a formação, a titulação e o registro de médicos especialistas no Brasil. Discute as mudanças ocorridas na virada do século na regulação profissional em saúde, com destaque para a regulação da profissão e das especialidades médicas. Além disso, critica o que percebe como sintomas do acirramento das disputas interprofissionais à volta de escopos exclusivos e reservas de mercado entre as profissões de saúde, como a luta em torno da regulamentação do chamado ‘Ato Médico’.

Debruçando-nos ainda mais pelos capítulos, conhecemos o método utilizado na Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM-UFMG) para dimensionar a força de trabalho em saúde. No caso específico, são apresentados resultados do dimensionamento da oferta e demanda da força de trabalho em especialidades médicas no Brasil. A metodologia é mais que a complexa contagem de profissionais e serviços envolvida no processo. Ela visa apoiar a formulação de políticas públicas respondendo, por exemplo, se existem profissionais suficientes para uma

determinada ação e se estão distribuídos adequadamente, por tipo de serviço e localidade geográfica, considerando um contexto com agentes sociais, políticos e de mercado que afetam a composição e a dinâmica dessa força de trabalho.

Destacam-se nessa obra, os resultados do estudo sobre o mercado de trabalho e emprego dos médicos. Para isso, analisa o mercado de trabalho formal e a absorção dos médicos por este, combinando diferentes fontes de dados, e apresenta resultados de um estudo sobre as dificuldades de contratação de médicos especialistas que utilizou a metodologia das Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (Etac) feitas em estabelecimentos de saúde de todo o País. No seguimento, são apresentados os arranjos de prática dos médicos especialistas, definidos por atributos estruturais e relacionais que caracterizam as formas e as condições nas quais o trabalho médico é realizado e remunerado. Os atributos fundamentais incluem o tipo de estabelecimento em que o médico atua, a estrutura de propriedade do estabelecimento, a situação na ocupação e modalidade de vinculação laboral e o tamanho da prática relacionado com o número de médicos que trabalham no local.

As questões relativas aos escopos de prática de especialidades médicas são também abordadas nesse estudo. Após breve introdução, são apresentados os resultados de dois estudos que tratam: 1) da composição do exercício de especialidades médicas no Brasil; e 2) da percepção de diferentes atores (médicos, representantes de organizações médicas e gestores) sobre questões relativas aos escopos de práticas. Por meio de entrevistas em profundidade, são exploradas questões como o escopo e o compartilhamento de atividades entre as especialidades médicas, entre outros profissionais de saúde e quais procedimentos e atividades médicas que poderiam ser realizadas na Atenção Primária à Saúde.

Por fim, o livro apresenta os resultados do *survey* on-line conduzido pela EPSM-UFMG com médicos especialistas, cujo objetivo foi investigar arranjos de organização dos serviços especializados, formas de vinculação laboral, níveis e modalidades de remuneração. Destaca-se que, devido à ocorrência da pandemia da Covid-19 durante a realização da pesquisa, foi possível analisar as consequências dela nas relações de trabalho e práticas profissionais, incluindo o uso da telemedicina.

A obra que chega em suas mãos e telas tem uma qualidade muito alta pela combinação de muita seriedade e competência na realização da pesquisa, de resultados absolutamente necessários à análise, formulação e planejamento da força de trabalho médica no Brasil, da sofisticação teórica e metodológica e, além de tudo isso, por ser muito bem escrita, conseguindo sistematizar e difundir importantes resultados e reflexões. Fruto de um trabalho e pensar criativos, de uma metodologia inovadora que combina diversas fontes de informação secundária e variados métodos de coleta de informações primárias, esta obra chega em um momento mais necessário do que nunca, quando aqueles cuja práxis é comprometida com a construção do SUS e de uma sociedade mais justa, depois de tantos retrocessos e ataques ao SUS e às políticas públicas, voltam a sonhar novamente e precisam das melhores análises e formulações para promover as reconstruções e mudanças que o SUS e o Brasil precisam. Por tudo isso, parablenho todas e todos as/os pesquisadoras/es envolvidos e a Fiocruz pelo papel que sempre cumpre pelo melhor e mais estratégico pensar em saúde no País.

Referências

1. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2022 out 11]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
2. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? Interface-Comum. Saúde Educ. Botucatu. 2008; (12):125-140.
3. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. Physis. 2013; (23):1147-1166.
4. Pinto HA, Andreazza R, Ribeiro RJ, et al. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. Interface (Botucatu). 2019; 23(supl1):1-15.
5. Pinto HA. O que tornou o Mais Médicos possível? Análise da formação da agenda e do processo de formulação do Programa Mais Médicos. [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
6. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.
7. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.
8. Machado MH, coordenadora. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
9. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 4. ed. Porto: Edições Afrontamento; 2005.

10. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2007.
11. Pinto HA, Côrtes SMV. Tendência à estabilidade institucional: regulação, formação e provisão de médicos no Brasil durante o governo Lula. Ciênc. Saúde Colet. 2022; (27):2531-2541.
12. Pinto HA, Côrtes SMV. O que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível? Ciênc. Saúde Colet. 2022; (27):2543-2552.
13. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. [acesso em 2022 junho 11]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>.
14. Menicucci TMG. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. Locus (Juiz de Fora). 2009; 15(2):47-69.

Para falar deste livro, é preciso, inicialmente, apresentar a Rede Colaborativa para Estudos Estratégicos da Força de Trabalho em Saúde que foi criada em 2015, fruto de uma parceria que reuniu três estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH) do Ministério da Saúde (MS)/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o propósito de desenvolver estudos que pudessem subsidiar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/MS com evidências e informações para tomada de decisões sobre a formação e alocação de médicos especialistas no Brasil. Como pano de fundo, estava o enfrentamento dos desafios de garantir o acesso universal e com qualidade à saúde, considerando as diretrizes do então Programa Mais Médicos (PMM) no Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto desenvolvido inicialmente, intitulado ‘Construção de uma rede colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil’, foi então preparado pelas equipes de pesquisadores da Estação de Trabalho ‘Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM)’ do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), da Estação de Trabalho da Santa Casa de São Paulo, e da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), integrantes da Rede ObservaRH e com longa trajetória e experiência no estudo de recursos humanos em saúde no País, incluindo a força de trabalho especializada.

Aqui é importante abrir um parêntese para falar das estações de trabalho que fazem parte dessa rede e da larga experiência no estudo de recursos humanos em saúde, em especial, nos estudos sociais e demográficos sobre a força de trabalho em saúde. São centros acadêmicos e grupos de pesquisa compostos por pesquisadores especialistas na análise das políticas nacionais e regionais de Recursos Humanos em Saúde que conduzem estudos sobre a demografia social da força de trabalho em saúde, o emprego e salários, a estrutura ocupacional e a regulação do trabalho e das profissões, que remontam a meados dos anos 1980 e acompanharam toda a trajetória da institucionalização do SUS.

A partir da instituição da Rede ObservaRH do MS/Opas, na virada do milênio, as três estações de trabalho ampliaram o escopo; e pela divisão complementar de trabalho, aprofundaram as pesquisas envolvendo, de forma mais sistemática, aspectos relacionados com o dimensionamento da oferta da força de trabalho desde os fluxos do sistema formador, passando pela ocupação da força de trabalho, seu mercado de trabalho, distribuição, movimentos de migração e circulação nos territórios, até as preferências locais. Para tanto, utilizam de forma combinada diversos métodos de investigação quantitativa e qualitativa, dentre os quais podemos citar a execução de *surveys*, realizados por meio de pesquisas on-line e telefônicas, da realização de pesquisas em campo, da extração, análise e divulgação de dados a partir de diversas fontes secundárias e da realização de diálogos on-line, miniconvenções, e grupo focais como estratégia de qualificação de informações. O monitoramento de sinais de mercado de trabalho em saúde (estoques e fluxos do emprego e salários) e dos arranjos e prática e o estudo da regulação profissional ao longo de mais de mais de três décadas atestam esse trabalho e justificam a iniciativa dessa Rede Colaborativa.

Nesse primeiro projeto, realizado entre 2015 e 2017, foram desenvolvidas metodologias para estudo das especialidades médicas envolvendo diversos aspectos em torno dessa temática: i) fontes de informação sobre especialidades médicas no País; ii) dimensionamento da força de trabalho especializada; iii) formação e titulação de especialistas; iv) circularidade e migração da força de trabalho especializada; v) escopo de prática de médicos especialistas; e vi) projeção de médicos especialistas em diversos cenários. Naquele momento, foram escolhidas a Oftalmologia e a Ortopedia e Traumatologia como especialidades estratégicas para o MS e que serviriam de modelo para replicabilidade do estudo em outras especialidades.

Entre 2018 e 2021, foi realizado um segundo estudo, validando e aprimorando as metodologias desenvolvidas no estudo anterior, com um conjunto maior de especialidades, além das já investigadas anteriormente, resultando no estudo de 19 especialidades médicas, agrupadas em grandes áreas de atuação: Atenção Primária (Medicina de Família e Comunidade); Atenção Psicossocial (Psiquiatria); Prevenção e Controle do Câncer (Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Mastologia, Hematologia e Hemoterapia, Radioterapia); Atenção Cardiovascular (Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular, Angiologia); Atenção ao Trauma (Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia); Atenção ao Diabetes (Endocrinologia e Metabologia, Nefrologia); Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Anestesiologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem); Assistência em Oftalmologia (Oftalmologia).

Este livro pretende apresentar parte dos resultados desses estudos, com ênfase nas 19 especialidades já estudadas. No decorrer dos oito capítulos que o compõem, serão descritos aspectos importantes sobre a formação e o mercado de trabalho de médicos especialistas e de especialidades médicas no Brasil. O primeiro capítulo

explora aspectos da determinação histórico-social da emergência, crescimento e consolidação da especialização médica nos países capitalistas hegemônicos do Ocidente, as influências desses modelos no Brasil e sua intrínseca relação com o processo de profissionalização da Medicina. Produto da combinação de fatores socioculturais, científicos e tecnológicos, a especialização mudou sua ênfase, ao longo dos últimos 200 anos, de área de particular interesse e ocupação parcial de membros da profissão médica para a formação de subgrupos com identidades claramente definidas institucionalmente dentro da profissão e crescente possibilidade de ocupação exclusiva e em tempo pleno de seus membros e o centro de gravidade da medicina contemporânea.

No segundo capítulo, apresenta-se o marco regulatório vigente relativamente à formação e titulação de especialidades médicas e do registro de especialistas no Brasil, com destaque para a Residência Médica como ‘padrão ouro’ do treinamento especializado. Inclui, ademais, outras modalidades formativas utilizadas pelos médicos especialistas, como os cursos *lato* e *stricto sensu*, cursos de curta duração e outras. Além disso, são abordados os mecanismos de titulação de especialista no País.

O terceiro capítulo descreve as fontes de informação e bases de dados quantitativos disponíveis para análise das especialidades médicas no Brasil, considerando suas potencialidades e limitações. Embora não exista um cadastro unificado e dedicado ao registro das especialidades médicas, é possível reunir diferentes bases de dados e fontes de informação para obter um retrato bastante abrangente sobre especialidades e especialistas no Brasil. Dessa forma, pode-se ter o dimensionamento da oferta de especialistas, por meio do levantamento dos egressos dos cursos de Residência Médica e dos titulados pela Associação Médica Brasileira e registrados no Con-

selho Federal de Medicina, bem como da demanda, considerando os dados de médicos especialistas ocupados nos estabelecimentos de saúde e, também, nos demais setores da economia por meio dos dados obtidos a partir dos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais/Ministério do Trabalho e Previdência – MTP).

No quarto capítulo, estão os resultados do cruzamento dessas fontes de informação no que diz respeito ao dimensionamento de médicos especialistas, com enfoque na oferta e demanda dessa força de trabalho, a fim de identificar desequilíbrios e iniquidades na distribuição entre especialidades e entre regiões do País. De maneira geral, os resultados demonstram uma tendência no aumento da oferta de especialistas em compasso com o aumento de novos médicos egressos dos Cursos de Medicina, com uma maior participação das residências médicas na formação de especialistas. Por outro lado, também revela que algumas especialidades passaram por um processo oposto, com redução no incremento, o que pode gerar um quadro de escassez em breve. Dos cerca de 350 mil médicos existentes, contados em equivalente de tempo integral, aproximadamente 30% se ocupavam com clínica médica e medicina da família; entre 27% e 28%, em proporção similar a Especialidades Clínicas e Especialidades Cirúrgicas; 10%, em especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica; e o restante, em outras especialidades, como a Medicina do Trabalho, a Medicina Preventiva Social, Genética Médica etc. Outros aspectos que também são abordados no capítulo estão relacionados com a importante feminilização em muitas especialidades, o rejuvenescimento e o aumento do número de especialistas nos estabelecimentos de saúde.

O mercado de trabalho e emprego das especialidades médicas no setor saúde é o assunto principal do quinto capítulo, que

apresenta uma análise do mercado de trabalho formal e dos vínculos de emprego nos serviços de saúde e no complexo da saúde (macrosetor), considerando a ocupação de médicos especialistas em todos os setores da economia. Além disso, são apresentados os resultados sobre a absorção dos médicos pelo mercado de trabalho formal mediante o cruzamento dos dados da Rais e os do Censo da Educação Superior (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep/Ministério da Educação – MEC), que tratam dos concluintes dos cursos de medicina no País. Nesse capítulo, também estão descritos os resultados de pesquisa sobre as dificuldades de contratação de médicos especialistas, realizado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (Etac) com estabelecimentos de saúde de todo o País.

Os dados da Rais constituem uma excelente fonte para análise da estrutura e dinâmica do emprego e salários no segmento assalariado do mercado formal de trabalho médico brasileiro em todos os setores de atividade econômica e social. Os resultados da análise demonstram que o mercado de trabalho médico nesse segmento foi altamente positivo na primeira década do milênio. Com efeito, a partir dos anos 2003/2004, o número de admissões por primeiro emprego começou a superar com crescente folga, ano após ano, o número de egressos, chegando ao seu auge em 2009, quando foram geradas duas vezes mais admissões por primeiro emprego que egressos das Faculdades de Medicina do País; e mesmo com a expansão do número de vagas e Cursos de Medicina, o número desses empregos ainda segue suficiente para que o mercado de trabalho assalariado formal de médicos absorva a totalidade dos egressos.

Os dados também mostram um incremento constante dos salários no mercado assalariado. De fato, os dados mostram que o salário médio mensal dos médicos que, em 2003, equivalia a US\$

792, chegou a US\$ 2.500 em 2009 e cerca de US\$ 2.000 em 2020. Outro indicador positivo é o do aumento da participação feminina no mercado de trabalho assalariado que passou de 38,5% do estoque de empregos formais em 2003 para 46,7% em 2018, *pari passu* com redução da desigualdade de salário entre homens e mulheres. Entre 2003 e 2018, a vantagem salarial dos homens caiu de 9,4% para 5,5%. É de se notar também o crescimento da desigualdade salarial entre os médicos e as demais profissões de saúde. Tomando-se o salário médio por hora contratada dos médicos como base=100, o índice de salário dos dentistas, que era de 65 em 2003, caiu para 49 em 2018; e o das enfermeiras, de 55 para 36.

O sexto capítulo é dedicado à discussão dos arranjos de prática dos médicos especialistas, definidos por uma combinação de atributos estruturais e relacionais que caracterizam as formas e as condições nas quais o trabalho médico é realizado e remunerado. Os atributos fundamentais de um arranjo de prática incluem: i) o tipo de estabelecimento no qual ele atua – atenção básica, especializada sem regime de internação, urgência e emergência, um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico etc.; ii) a estrutura de propriedade da entidade mantenedora – privada individual ou coletiva, lucrativa ou não lucrativa; pública federal, estadual ou municipal ou mista; iii) a situação na ocupação e modalidade de vinculação laboral, ou seja, se o médico é proprietário, empregado assalariado ou independente (autônomo); e iv) o tamanho da prática, definido pelo número de médicos que trabalham no estabelecimento e pela forma como é remunerado. Os resultados indicam um aumento da participação do mercado privado nos tipos de prática individuais, em pequenos grupos de uma especialidade, em médios e grandes grupos de múltiplas especialidades e, em particular, nos estabelecimentos de natureza jurídica privada empresarial e privada não

lucrativa. A precarização do trabalho, no sentido da instabilidade, da insegurança e da revogabilidade da relação de trabalho, aparece em distintas formas: por meio do aumento da terceirização típica, pelo aumento do uso do trabalho médico intermediado por agências empregadoras como as organizações sociais, as cooperativas e empresas; pelo uso de empresas ‘fictícias’ constituídas como pessoas jurídicas com a finalidade de escapar das obrigações tributárias e de proteção social da relação de emprego; pelo aumento dos vínculos formais de emprego temporário e pela ampliação do uso do trabalho de residentes em hospitais e de bolsistas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como dos autônomos pagos por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) e plantões inclusive em ambulatórios públicos.

O objetivo do sétimo capítulo está em apresentar os resultados da investigação acerca dos escopos de práticas de médicos especialistas, com o propósito de identificar áreas de compartilhamento de escopos entre especialidades médicas e entre os médicos e as demais profissões de saúde. Trata-se de tema ainda pouco investigado no País, mas de grande relevância para a alocação e provisão de médicos, especialistas e da medicina geral, nos diferentes níveis de atenção no futuro imediato. São apresentados, principalmente, os resultados de duas pesquisas: a primeira, sobre a composição do exercício de especialidades médicas no Brasil a partir de dados secundários; e a segunda, sobre a percepção de diferentes atores (médicos especialistas, gestores, representantes de sociedades e entidades médicas) sobre questões relativas aos escopos de práticas. Foi possível identificar como os médicos combinam especialidades, o que pode ser um dado relevante sobre a prática ampliada em torno aos escopos atinentes a mais de uma especialidade.

No segundo estudo, de natureza qualitativa, buscou-se conhecer a opinião dos atores sobre as potencialidades do compartilhamento

de práticas entre médicos de diferentes especialidades e níveis de atenção e entre médicos e outros profissionais de saúde. Observa-se que muitas das justificativas para a adoção pelos médicos de posição contrária ao compartilhamento de escopos dão-se sob a presuposta falta de conhecimento e de treinamento que especialistas de diferentes áreas têm para assumir competências de uma outra especialidade que não a sua. Na prática, entretanto, o que se observa é que não mais que 63% dos médicos se ocupam exclusivamente com uma única especialidade. Pouco mais de um quarto deles se ocupam com duas; e mais de 10%, com três ou mais especialidades. Por outro lado, 37% dos médicos não têm nenhum tipo de registro de especialidades, e aproximadamente 18% têm dois ou mais títulos registrados. Seja como for, a questão da viabilidade da expansão de comuns curriculares na formação das especialidades médicas e da ampliação dos escopos de prática clínicos entre profissionais não médicos merece ser avaliada, por meio de mais estudos, como estratégia de ampliação do acesso, com qualidade e segurança, aos cuidados especializados no SUS.

No oitavo capítulo, são discutidos os resultados de um *survey* on-line com 2.413 médicos, sobre formação, exercício e alocação de médicos especialistas, no qual se buscou aprofundar questões relativas aos arranjos de organização dos serviços especializados, formas de vinculação laboral, níveis e modalidades de remuneração. Ademais, em razão do contexto pandêmico da Covid-19 durante a coleta dos dados, foram adicionadas questões sobre as consequências da pandemia em suas relações de trabalho e em suas práticas profissionais, bem como sobre o uso da telemedicina. Entre os resultados, podemos observar que a Residência Médica é a principal modalidade de acesso às Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica, mas, para os médicos da Aten-

ção Primária, essa modalidade se apresenta na mesma proporção de Cursos de Especialização. Também mostrou dados relevantes sobre o mercado de trabalho, com a predominância de vínculos autônomos pessoa física e pessoa jurídica, sendo estes últimos responsáveis pela maior parcela dos rendimentos dos médicos nas suas especialidades principais. Quanto à pandemia, diante das recomendações de quarentena/isolamento social, a suspensão/adiamento de procedimentos eletivos e a diminuição do movimento nos consultórios foram os impactos mais sentidos pelos grupos de Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica. O deslocamento das atividades para o atendimento de casos de Covid-19 também foi um impacto significativo para todos os grupos de especialidades. Ainda como impacto da pandemia, o uso da telemedicina, em suas várias formas, passou a ser empregado pela maioria dos profissionais, principalmente pelas Especialidades Clínicas e pelo grupo da Atenção Primária.

É importante destacar, ao final, que este livro não esgota as informações produzidas pela pesquisa que o patrocinou, sendo de interesse dessa rede divulgar, em momento posterior, os demais produtos dos estudos já realizados. Todos os resultados estão disponíveis nos relatórios de atividades e relatório final das metas desenvolvidas, acessíveis nas páginas dos observatórios participantes e em um *site* especialmente construído para abrigar as informações produzidas pela rede colaborativa: www.trabalhoemsaude.com.br.

O trabalho de produção de informações sobre as profissões de saúde, incluindo os aspectos da formação, distribuição, exercício e mercado de trabalho, permanece desafiador para os gestores, sendo relevante que redes de pesquisa e produção da informação recebam incentivos permanentes para sua continuidade e inovação. Este livro é resultado dessa política de gestão do trabalho e da formação que

tem sido desenhada desde a década de 1990 com a criação da Rede ObservaRH, mas que tem demandado esforços pontuais e resistência em razão das discontinuidades ocorridas ao longo da sua existência.

Cristiana Leite Carvalho
Sabado Nicolau Girardi
Celia Regina Pierantoni

Capítulo 1

Um breve excurso a aspectos históricos e conceituais em torno à gênese e ao desenvolvimento das especialidades médicas 37

Sabado Nicolau Girardi, Ana Cristina de Sousa van Stralen,
Celia Regina Pierantoni, Cristiana Leite Carvalho

Capítulo 2

Formação, titulação e registro de médicos especialistas no Brasil 63

Cristiana Leite Carvalho, Ana Carolina Maciel de Assis Chagas,
Joana Natalia Cella, Sabado Nicolau Girardi

Capítulo 3

Fontes de informação e bases de dados quantitativos utilizadas para análise das especialidades médicas no Brasil 117

Lucas Wan Der Maas, Jackson Freire Araujo, Sabado Nicolau Girardi

Capítulo 4

Dimensionamento da oferta e demanda de médicos especialistas 141

Lucas Wan Der Maas, Joana Natalia Cella,
Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi

Capítulo 5

Sinais do mercado de trabalho e emprego das especialidades médicas no setor saúde 185

Jackson Freire Araujo, Lucas Wan Der Maas, Sabado Nicolau Girardi

Capítulo 6

Arranjos de prática dos médicos especialistas 255

Sabado Nicolau Girardi, Lucas Wan Der Maas, Joana Natalia Cella

Capítulo 7

Escopo de prática de médicos especialistas 281

Ana Cristina de Sousa van Stralen, Samuel Araujo Gomes da Silva,
Lucas Wan Der Maas, Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi

Capítulo 8

Pesquisa on-line sobre formação, exercício e alocação de médicos especialistas no Brasil 339

Jackson Freire Araujo, Samuel Araujo Gomes da Silva,
Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi

Sobre Autores e Organizadores 387

Um breve excurso a aspectos históricos e conceituais em torno à gênese e ao desenvolvimento das especialidades médicas

Sabado Nicolau Girardi, Ana Cristina de Sousa van Stralen,
Celia Regina Pierantoni, Cristiana Leite Carvalho

A especialização médica ocupa hoje um papel crucial na medicina ocidental, sendo o componente mais saliente da maior parte dos sistemas de saúde contemporâneos. Na atualidade, para usar as palavras de Weisz¹, ela constitui um fato da vida em todas as nações do Ocidente. Todos os sistemas de saúde do mundo dependem, em maior ou menor grau, das especialidades médicas e têm que lidar com o problema do contínuo surgimento de novas categorias de especialistas e subespecialistas, e da espiral dos custos com elas relacionados. Uma boa gestão do processo de especialização é, assim, central para os governos manterem seus sistemas de saúde em níveis financeiramente sustentáveis e, ao mesmo tempo, terem suas populações razoavelmente satisfeitas. Isso por, pelo menos, três fatores. Primeiro, porque a especialização médica é responsável pela maior parcela dos custos crescentes dos serviços de saúde. A especialização e a superespecialização médicas produziram e, ao mesmo tempo, têm sido o produto das inovações da pesquisa biomédica e da indústria de equipamentos e instrumentos propedêutico-terapêuticos, em uma palavra da biomedicina *high tech* praticada especialmente no

complexo hospitalar. Segundo, porque o acesso às especialidades e às superespecialidades médicas é altamente valorizado pelos pacientes. Quem não tem acesso a cuidado especializado, ao médico especialista, considera-se desassistido como revela a maioria das pesquisas. Terceiro, porque a própria profissão médica sobrevaloriza, e muito, o mundo das especialidades em relação à medicina geral. Com efeito, é praticamente um consenso que as especialidades e subespecialidades são e continuarão no longo tempo parte fundamental da força de trabalho em saúde do futuro².

No entanto, nem sempre foi assim. Apesar de a especialização datar da antiguidade, até o século XIX, era cercada por um enorme estigma dentro da profissão médica. A emergência e o crescimento das especialidades e, sobretudo, sua valorização e plena incorporação no seio da profissão médica são um desenvolvimento dos dois últimos séculos. Na sua forma moderna, a especialização é um produto do século XIX, datando do começo dos 1800 nas grandes cidades da Europa, e não antes dos 1850, nos Estados Unidos da América (EUA)³ⁱ.

Até meados do século XIX, nos principais países da Europa Ocidental e das Américas, o exercício das especialidades era assunto de praticantes empíricos e ocupações menores, externas à profissão médica dominante, que não detinham nem o prestígio nem a chancela da medicina e da cirurgia oficiais⁴.

Especialistas curandeiros existiam desde a época do Egito antigo, período em que cada parte do corpo era vista com uma entidade separada^{1,5}. No mundo Ocidental, durante o século XVIII,

i Conforme Rosen³, seja na Europa ou nos EUA, “a massa da profissão respondeu a esta nova tendência, a especialização, com aberta hostilidade, ou no melhor dos casos, vista com suspeição”³⁽¹⁰³⁾. Para o caso desse país, a competição econômica foi, provavelmente, o principal fator na hostilidade demonstrada pelos médicos generalistas ao aparecimento e à expansão das especialidades – em 1860, os EUA e seus territórios contavam 55.055 médicos ou 1 médico para 572 pessoas⁸⁽¹⁴⁾.

existia uma grande variedade de praticantes empíricos irregulares, sedentários e itinerantes, que serviam à população. Em comum, o fato de que não tinham acesso aos escalões mais altos da medicina e da cirurgia nem ao ensino praticado nas universidades. Eram esses empíricos viajantes que faziam a ponte entre os mercados das grandes cidades e o interior remoto, servindo a populações que não podiam suportar um médico residente fixo^{6,7}. Esses profissionais se especializavam em procedimentos particulares, tais como: extração de dente, realização de partos, tratamento de doenças venéreas, extração de cálculos, realização de operação de cataratas, entre muitos outros. Conhecidos como *experts* na França e *opérateurs* na Alemanha, geralmente possuíam pouca instrução e eram, muitas vezes, chamados pelos médicos de ‘charlatões’, que representavam perigo para a saúde pública.

Ainda durante o século XVIII, mesmo que em baixa escala, médicos credenciados, especialmente os cirurgiões, começaram a oferecer os serviços praticados pelos *experts* e *opérateurs*, sendo cirurgiões-dentistas, cirurgiões-oculistas e parteiros os mais comuns. Em meados do século XIX, gradualmente, os especialistas foram sendo reconhecidos como uma parte da medicina acadêmica de elite⁴. Eles já não eram apenas indivíduos isolados, haviam se transformado em uma categoria socialmente reconhecida. Esse movimento se iniciou em Paris, no final dos anos de 1830 e início de 1840, alastrando-se uma década depois para Viena e as outras grandes cidades da Europa como Berlim, Londres, Edimburgo; e, em seguida, entre os anos de 1850 e 1860, atingiu a América do Norte^{1,5}. Que fatores estiveram por trás e determinaram essa mudança em direção à hegemonia da medicina baseada em especialidades? Não existe unanimidade sobre isso entre os principais historiadores da medicina e *experts* no assunto. Os diversos autores não concordam totalmente entre si sobre o principal

fator explicativo de como e por que as especialidades emergiram, atribuindo ênfase e pesos distintos a um ou outro dos seus múltiplos determinantes. Convergem no ponto de que a explicação senso comum de que a rápida expansão de conhecimento forçou os médicos a se especializarem é, no mínimo, incompleta.

Rosen⁸ argumenta que as especialidades médicas emergiram no século XIX como resultado da urbanização e da alta concentração de diversas doenças com correspondente crescimento da demanda, do desenvolvimento de novas tecnologias médicas e da saúde pública, da acumulação de riquezas e da assim chamada localização anatômica (a possibilidade de aprender/ensinar a partir do conhecimento anatomopatológico)⁸. Para ele, o ponto de partida para o surgimento das especialidades foi a patologia localizada, em que órgãos específicos eram identificados como foco de doença e tratamento. No lugar da

visão holística tradicional, na qual a doença era vista em última instância como um estado individual de desequilíbrio fisiológico, um novo tipo de ponto de vista clínico vinha sendo elaborado, o qual enfatizava a especificidade da doença e a sua relação com lesões características observáveis na autópsia⁸⁽¹¹⁾.

Inovações técnico-instrumentais, como o desenvolvimento do oftalmoscópio e do laringoscópio, a descoberta da anestesia e os avanços na bacteriologia geraram interesse em determinados órgãos e áreas ao redor dos quais as especialidades poderiam se desenvolver. Weisz⁶ também reconhece a importância do surgimento do localismo na emergência das especialidades, no entanto, não a atribui como fator principal, argumentando, entre outras coisas, que muitas especialidades que surgiram na época não eram

baseadas em órgãos localizados (*organic localism*), mas sim em determinadas populações ou técnicas terapêuticas, como mostra uma publicação, em 1838 em Paris, de uma listagem das especialidades pelo jornal 'L'esculape', que inclui especialidades como *Maladies des femmes et des enfans*, *Hygiène publique et privée* e *Médecine légale*¹. Ackekrnecht⁹, por seu turno, vê no grande crescimento do conhecimento científico que se observa no século XIX o fator que permitiu, pela primeira vez – e tornou possível e mesmo necessário –, que os médicos limitassem sua prática a doenças de determinados órgãos ou grupos de órgãos. Ele também reconhece o papel que a invenção dos novos instrumentos 'escópicos' e o treinamento necessário para o seu uso tiveram no desenvolvimento das especialidades. Admite, além disso, da mesma forma que Rosen⁸, o papel de fatores não médicos: o desenvolvimento de cidades grandes e de médio porte, capazes de fornecer suficiente número de pacientes para o exercício em tempo pleno de especialidades e, por fim, a enorme aceitação e reação extremamente favorável da opinião pública ao novo sistema baseado em especialidades.

Na França, no período revolucionário, como parte das reformas napoleônicas, ocorre a fusão da medicina e da cirurgia que passam a ser tratadas como dois ramos de prática da mesma profissão, com um base comum no novo sistema de educação médica¹⁰⁽¹²⁵⁾. Com efeito, uma pré-condição para evolução das especialidades foi a unificação da medicina e da cirurgia, tanto como prática médica quanto, principalmente, dentro das instituições de ensino e pesquisa. Weisz¹ⁱⁱ

ii Conforme Ramsey¹⁰⁽¹²⁵⁾, para entender o motivo pelo qual a profissão médica e a especialização na França evoluíram como foi, é essencial entender o nexos entre o estado e as instituições médica e científica. O estado revolucionário aboliu as antigas corporações de ofício ao mesmo tempo que juntou o treinamento médico e cirúrgico no mesmo curso, ou seja, foi o estado napoleônico que instituiu, na França, a profissão em novas fundações. Esse desenvolvimento teria impactado esse país assim como na Alemanha.

argumenta que, somente por meio da compreensão da medicina, ela poderia ser dividida em diferentes áreas de conhecimento. Um segundo motivo que levou médicos a se especializarem foi o desejo coletivo de ampliação do conhecimento médico. Por intermédio da especialização, acreditava-se ser possível uma rigorosa observação empírica de vários casos importantes na medicina acadêmica. Weisz¹ ainda cita a importância de certas condições institucionais, principalmente a emergência de noções de racionalidade administrativa no século XIX, que enfatizava que a melhor maneira de manejar populações de larga escala seria mediante uma classificação apropriada, agrupando indivíduos que pertencem à mesma classe e separando aqueles que pertencem às classes distintas¹. Vários fatores ainda contribuíram para o surgimento natural das especializações, entre eles, o início da divisão de trabalho decorrente do crescimento econômico na sociedade capitalista e os avanços e a profissionalização da ciência.

Ainda que a especialização possa ser caracterizada como um acontecimento do regime internacional, com características comuns que atravessam os diversos países do Ocidente, Weiz¹ descreve quatro tipos básicos de modelos, a saber: o modelo francês, o dos países de língua germânica, o inglês e o dos EUA, com formatos institucionais peculiares. No que segue acerca desses modelos, salvo indicação explicitamente diversa, seguimos esse autor.

Em Paris, uma contribuição determinante para o advento das especialidades foi a emergência de uma nova comunidade de pesquisa médica em suas instituições de ensino e em seus hospitais. A especialização ganhou ainda maior visibilidade nessa cidade, por meio do crescimento do ensino privado, que foi gradualmente ampliando o número de cursos dedicados a especialidades médicas, mais especificamente nesta sequência: obstetrícia, doenças nos olhos,

doenças venéreas, urologia, dermatologia, doenças mentais e doenças do tórax. Por volta de 1845, diversas publicações mostraram que a porcentagem de especialistas na época variava de 5% a 12% (de acordo com a publicação) do total de médicos de Paris. Esses dados revelam que a especialização estava sendo reconhecida dentro área médica, mesmo que de maneira limitada, pois o número de especialistas ainda era baixo e existia muita controvérsia sobre quais eram as especialidades e quem poderia ser considerado especialista⁵.

O processo de especialização médica sofria também grande oposição, como as de cirurgiões que não estavam dispostos a abdicar de sua autoridade sob qualquer parte do corpo; de professores que demonstravam resistência em adicionar novas cadeiras nas universidades e novos cursos no currículo universitário; e de médicos generalistas que eram influenciados pelo pensamento sistêmico da medicina de que todas as partes do corpo são interligadas e que nenhuma parte poderia ser avaliada sem o conhecimento do todo. Mesmo diante dessa oposição no final dos anos 1850, o ensino privado de especialidades estava ganhando cada vez mais espaço, de forma a gerar a necessidade de que essa prática fosse reconhecida como programa dentro das universidades.

Em meados de 1870, a França já havia conquistado grande prestígio entre a comunidade internacional da medicina, o que acelerou a pressão de transformar os cursos privados de especialização em cadeiras dentro da universidade. A criação dessas cadeiras era então considerada vital para manter essa posição de prestígio e, igualmente, continuar atraindo médicos estrangeiros, que já começavam a se dispersar para países como Áustria e Alemanha em busca de especialização. Pode-se dizer que a expansão da especialização em Paris estava diretamente relacionada com a sua integração com a Faculdade de Medicina.

Esse movimento de especialização médica não ocorreu isoladamente em Paris. Durante a primeira metade do século XIX, existiam especialistas praticantes em várias cidades da Europa e América do Norte, no entanto, a maioria dessas cidades não dispunha de uma comunidade de pesquisa médica forte que permitisse a emergência da especialização como uma categoria social e profissional significativa como ocorreu em Paris⁵.

A especialização em Londres e outras grandes cidades do Reino Unido merece destaque, pois desenvolveu-se fora do âmbito de ensino e pesquisa como ocorreu na maioria das cidades, sendo marcada por um cenário bastante problemático. Weisz¹ pontua alguns fatores que contribuíram para um cenário particularmente diferenciado durante o início do século XIX:

- I) a profissão médica britânica era caracterizada por sua estrutura fragmentada e pela sua divisão entre médicos gerais e os chamados *elite consultants*. O grande desafio dos reformistas da medicina britânica era de simplificar e unificar a profissão médica. Nesse contexto, a especialização médica era vista como mais uma forma de divisão e possível geradora de conflitos. Além disso, os ‘consultores de elite’, que já tinham seus poderes e privilégios ameaçados pelos reformistas, consideravam a especialização uma nova forma de ameaça;
- II) Londres não dispunha de um sistema unificado de serviço e ensino (hospitalar e educacional), que poderia gerar uma pressão para a racionalização administrativa e, consequentemente, para a especialização. Ademais, havia certa competitividade entre os hospitais privados com seus variados tamanhos e poucos profissionais. Muitos desses hospitais ainda serviam como escola médica. Dentro desses contex-

tos, os professores desses hospitais-escola tinham pouco espaço para se dedicar a interesses particulares, possíveis especialidades médicas;

III) apesar de muitos profissionais se dedicarem ao avanço do conhecimento médico, a elite dos hospitais não o fazia. Conhecidos como *gentlemen*, demonstravam pouco interesse nas ciências médicas, dedicando-se a habilidades clínicas, atributos pessoais e culturais, dando pouca atenção a pesquisas empíricas e metodológicas que promoviam a especialização. Estes ainda se mantinham distantes da comunidade internacional de medicina que já iniciava o desenvolvimento das especializações;

IV) por fim, o treinamento médico acontecia nos hospitais gerais, que eram isolados do meio acadêmico. Nos países em que a educação médica era diretamente ligada às universidades, dificilmente a elite médica conseguia resistir aos novos modelos de pesquisa e especialização. Além disso, muitos hospitais voluntários eram dirigidos por leigos que, ao recrutar o seu quadro médico, estavam mais interessados em personalidade, estilo e caráter do que em ciências médicas e até mesmo habilidades médicas.

Todos esses fatores não impediram a especialização de acontecer em Londres, no entanto, fizeram com que ela emergisse de forma particular, distante da elite médica, com um elenco distintamente empresarial, sendo construído em volta de cuidados a doenças específicas, e não no âmbito da pesquisa como na maioria das cidades.

Durante o século XVIII, os chamados hospitais especializados começaram a surgir. Estes, geralmente privados, atendiam os excluídos dos hospitais voluntários, como os portadores de

doenças mentais, pessoas que sofriam de doenças venéreas, febres etc. Já na primeira metade do referido século, 27 hospitais especializados existiam em Londres, contudo, eles sofriam grande oposição da elite médica. As campanhas contra os hospitais especializados eram vistas como uma forma de defesa à visão tradicional sistêmica de doença e como tentativa da elite médica de defender o seu domínio jurisdicional. A prática médica era tida como inferior ao desviar da natureza sistêmica de doença, focando-se em órgãos e doenças isoladamente. Os hospitais especializados eram claramente associados à questão da especialização, fazendo com que até mesmo os reformistas não se interessassem em apoiá-lo⁶.

Mesmo diante de uma forte oposição a especialização continuou a espalhar. Os hospitais especializados estavam produzindo um número crescente de especialistas que estavam dominando as novas sociedades e jornais que surgiam. Muitos profissionais trabalhavam em ambos os hospitais, geral e especializado, ainda que isso não fosse legalmente permitido. Dessa forma, os conhecidos como ‘especialistas de liderança’ defendiam constantemente a introdução de departamentos de especialidades em hospitais gerais.

Weisz¹ ainda pontua três razões para que a especialização fosse gradualmente aceita em Londres: primeiro, a tendência da elite médica britânica de gradualmente aceitar os desenvolvimentos internacionais, particularmente o papel central que a pesquisa clínica exercia, de forma a evitar que a elite médica fosse marginalizada internacionalmente; segundo, o crescimento do envolvimento do governo nas questões de saúde pressionou a entrada de uma administração racional que apoiava a especialização; terceiro, a sede por uma unificação profissional identificada e espalhada pelos reformistas. Tanto a introdução de um sistema

de referência quanto a aceitação da especialidade contribuíram para redução de conflitos entre os interesses da elite médica e dos médicos generalistas. A hostilidade entre os membros da elite diante da especialização foi diminuindo de tal maneira que eles passaram a monopolizar a especialização britânica¹.

Outras cidades europeias abordadas por Weisz em sua obra foram as de 'Língua Alemã' (*German Speaking World*), especificamente, em Viena, na Áustria, e em Berlim, na Alemanha. De acordo com o autor, ambas as cidades possuíam os mesmos recursos que permitiram a especialização emergir primeiramente em Paris, no entanto, não possuíam condições políticas tão favoráveis, e suas comunidades acadêmicas eram notavelmente menores do que a de Paris¹. Em comparação com Londres, tanto Viena quanto Berlim tinham menos obstáculos no que tange ao surgimento das especialidades médicas; e ainda mais do que na França, a especialização era originalmente percebida e justificada como uma atividade acadêmica em que era central a pesquisa e o ensino médico. Faz-se então a questão: por que o modelo de especialização que existia em Paris demorou tanto a surgir nos países de língua alemã?

Weisz¹ argumenta algumas razões para responder a essa questão. Nenhuma cidade nos países de língua alemã havia criado uma comunidade de pesquisa médica, tal como existia em Paris, que era capaz de produzir especialistas autoconscientes, principalmente devido ao tamanho de suas populações, consideravelmente menores do que a de Paris. Consequentemente, o número de cientistas e médicos também era notadamente menor, dessa forma, os elementos de especialização que surgiram durante o século XIX não produziram imediatamente uma massa de indivíduos críticos que se consideravam membros de

uma categoria de médicos emergentes distintos de médicos generalistas e cirurgiões.

Os hospitais não universitários de Berlim, diferentemente dos de Paris, eram poucos e não tinham um papel significativo em educação ou pesquisa. O maior e mais importante hospital de Berlim era usado para treinamento de médicos militares, não sendo muito disponível para faculdade de medicina e treinamento clínico. Mesmo diante de alguns avanços em direção à especialização, como o surgimento de clínicas especializadas nesse hospital em 1828, que ligavam certas especialidades à faculdade de medicina, estes avanços permaneciam isolados e não geraram um senso de identidade de especialistas durante as primeiras décadas daquele século. Outro fator apontado por Weisz¹ em sua obra foi que, assim como em outros países, existia uma forte tendência entre os médicos e cientistas de Berlim para o conhecimento puro, organicamente unificado, refletindo certa resistência para fragmentação. No entanto, notou-se que, a partir de 1840, mesmo diante dessa resistência, o sistema universitário alemão começou a aceitar a especialização.

Viena, no início do século XIX, era o centro urbano com a mais significativa comunidade médica dos países de língua alemã e tinha o maior número de especialidades médicas desenvolvidas. Além disso, suas instituições médicas já haviam alcançado uma forte relação com a administração do estado, estando significativamente mais aberta à especialização do que as de Paris. O grande sistema do hospital público de Viena manifestava também muitas tendências em direção à racionalização por meio da classificação e da divisão do hospital. Porém, apesar de vários desenvolvimentos, Weisz¹ aponta algumas razões para menor expressão das especialidades médicas em Viena.

Assim como em Berlim, sua densidade populacional era consideravelmente menor do que a de Paris; como tal, sua comunidade médica não era suficiente para permitir que a comunidade de especialistas emergisse. Além disso, a profissão era dividida entre medicina e cirurgia, que, por sua vez, eram divididas entre várias instituições. Essas divisões institucionais tornavam difícil a percepção da medicina com uma unidade feita por intermédio de várias subunidades. Como a razão mais importante, Weisz¹ enfatiza em sua obra as condições políticas que envolviam a educação médica em Viena. No início do século XIX, os professores tinham pouco poder para perseguir interesses próprios, pois a faculdade era ligada administrativamente ao colegiado médico que era dominado pelo então imperador, figura extremamente conservadora, que não tinha uma preocupação com a pesquisa clínica. A situação começou a mudar logo após a morte desse imperador. Além disso, a partir do momento que a especialização passou a ser um elemento da ciência médica internacional, as instituições de Viena rapidamente se moveram para que a cidade se tornasse um centro de especialidades, atraindo médicos e estudantes estrangeiros.

No início do século XIX, os EUA possuíam poucas das condições que favoreceram a emergência da especialização médica nos países europeus. A maioria das poucas e geralmente pequenas escolas e hospitais existentes não eram publicamente controladas. Consequentemente, o País não sofreu a mesma pressão para racionalização administrativa que foi um dos fatores que promoveram a especialização médica na Europa. Assim também, os incentivos para a criação de comunidades de pesquisa não existiam como era o caso do modelo francês. Além disso, conforme Rosen³, a massa da profissão respondeu com franca suspeição se

não aberta hostilidade a essa nova tendência. A competição em uma situação de crescente dificuldade econômica da profissão foi o fator preponderante na hostilidade demonstrada pelos médicos ao aparecimento e multiplicação dos especialistas. Porém, apesar de existir pouca evidência de desenvolvimento da especialização médica antes de 1855, mesmo diante de forte oposição, a elite médica americana abraçou a especialização após 1860, mas não sem conflitos internos de monta no interior da própria Associação Médica Americana, que só foram superados após os 1880¹¹ⁱⁱⁱ.

Quatro grupos de fatores mais ou menos associados podem explicar essa rápida adesão à especialização nos EUA: i) o fato de o País ter uma tradição liberal privatista e descentralizada, marcada por uma forte competitividade e liberdade profissional que propiciou à elite médica se identificar com a especialização; ii) a criação da American Medical Association (AMA) em 1847, que rapidamente se envolveu com pesquisa, formação e especialização, além de ser uma associação marcada pela procura de soluções baseadas na autorregulação da profissão ao invés da intervenção do Estado – após sua criação, a AMA imediatamente tratou os conhecidos parceiros e parceiras como uma categoria profissional distinta; iii) a liberdade para a abertura de hospitais privados no País gerando um ambiente propício à introdução da especialização; iv) o grande número de pequenas escolas privadas competindo por estudantes, bem menos burocráticas

iii Cumpre aqui apontar para um acontecimento ocorrido nos EUA nos anos 1840, que merece destaque pelas suas implicações quando de qualquer discussão sobre o desenvolvimento da especialização médica. Trata-se da consolidação da odontologia como profissão independente da medicina, com a criação da primeira escola de odontologia em Baltimore; também não é demais lembrar que foi um cirurgião-dentista o responsável pelo descobrimento da anestesia. Esse acontecimento não apenas marcou o surgimento da anestesiologia como especialidade, em pouco tempo incorporada à profissão médica, como impulsionou, em grande maneira, o desenvolvimento das demais especialidades, notadamente as cirúrgicas¹¹.

do que a realidade da Europa Ocidental. Vale ressaltar que, diferentemente do contexto na Europa Ocidental, o elevado número de instituições privadas nos EUA e a ausência de uma tradição histórica e institucional mais consolidada no desenvolvimento da profissão médica, como era o caso dos países do velho continente, propiciaram uma abordagem pragmaticamente mais permissiva quanto à expansão da prática de especialidades médicas.

Essa onda de especialização foi se alastrando de tal maneira que, já na metade dos anos de 1880, na maioria das grandes cidades ocidentais entre 10% e 15 % dos seus médicos se anunciavam como especialistas, proporção que cresceu vertiginosamente nas décadas seguintes alcançando a cifra dos 30%, 40% e mesmo 50% dos efetivos de médicos nas maiores cidades desses países (Paris, Viena, Berlim, Londres, Nova Iorque, Boston, entre outras) antes ainda do início da segunda grande guerra¹⁽⁸⁷⁾.

No Brasil, o surgimento das primeiras especialidades médicas coincide com a afirmação da hegemonia francesa sobre a medicina. Aqui, também até as primeiras décadas do século XIX, a medicina seguiu essencialmente teórica e clínica, enquanto o exercício das especialidades nas mãos de cirurgiões, práticos e itinerantes, portanto, exterior ao núcleo da profissão. A incorporação das especialidades ao núcleo da profissão médica se deu no âmbito das atividades de ensino. O ensino das especialidades aconteceu primeiro no interior das duas Escolas de Medicina criadas com a chegada da família real no alvorecer do século XIX. Os currículos das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro buscavam se espelhar nos dos Cursos de Medicina dos países da Europa, muito especialmente no modelo francês. As primeiras cátedras de oftalmologia se instalaram nas faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro a partir dos 1880, seguidas

do aparecimento dos primeiros ‘consultórios’ de médicos especialistas nas instalações das Santas Casas⁷. No final dos anos 1880, as especialidades médicas já adquiriam um contorno bem definido com registros públicos de médicos oculistas, operadores, especialistas em moléstias nasais, do ouvido, da garganta, da pele, das crianças, do útero, dos sífilíticos, dos portadores de males venéreos etc. Em geral, os especialistas – poucos, é bem verdade – eram bem tolerados, inclusive desejados pelas elites da profissão em função da extrema escassez de médicos mesmo nas maiores cidades como o Rio de Janeiro¹².

Buscando uma conclusão desta breve revisão sobre a emergência das especialidades médicas, pode-se dizer que, no seu estágio inicial, a especialização médica foi organizada primariamente ao redor do trabalho e de atividades de pesquisa e ensino da medicina. As disputas em torno de mercado de trabalho e dos territórios e escopos de prática existiam, é bem certo, mas somente de forma esporádica constituíram problemas de grande monta e preocupação. Esse estágio pode ser considerado a fase de hegemonia europeia e se prolonga, pelo menos, até a última década dos anos 1800. Nessa primeira fase, os especialistas tendiam a ser médicos que, porquanto engajados na prática geral, mostravam interesse em campos particulares da medicina; e por adquirir mais que a competência média nesses trabalhos, faziam deles sua especialidade, um padrão que persistiu até o século XX^{13,14}. Esse período é marcado pela tendência de crescente envolvimento do Estado na educação médica e na reforma das estruturas de regulação da profissão, mais evidentes na França, na Alemanha, na Espanha, assim como pelo associativismo profissional médico de âmbito nacional – como

é o caso da AMA, nos EUA, e similares nos outros países^{iv}. Tais estruturas associativas gerais da profissão abrigavam no seu seio as especialidades emergentes e as respectivas sociedades de especialistas. Em 1864, foi criada a primeira associação de especialistas no País, a Sociedade Oftalmológica Americana, seguida por uma onda associativa que, antes do final do século, já contava com mais de uma dezena de sociedades de especialistas¹⁵.

A segunda fase que então se inicia nos países centrais do ocidente capitalista e se estende até meados do século XX é caracterizada pela expansão e consolidação das especialidades médicas. A despeito de que ainda vinculadas às instituições de ensino e pesquisa, as especialidades ganham o coração, o epicentro, da prática médica. Em torno dos anos 1930, a especialização tinha se tornado um fenômeno verdadeiramente internacional. Especialidades que existiam em um país também apareceriam nos outros, conforme registram os catálogos médicos nacionais existentes. Observa-se uma rápida expansão da prática das especialidades. Com essa expansão dessa prática e da concorrência que a seguem, crescem as disputas jurisdicionais em torno aos campos de prática mais ou menos exclusivos constitutivos do corpo de conhecimento reclamado por cada uma delas. Essa fase pode ser caracterizada como da regulação, com a criação dos sistemas de governança e estruturas nacionais de certificação de especialidades médicas. Alemanha, Suécia e Dinamarca são os primeiros países a desenvolverem sistemas nacionais de certificação e regulação de especialidades, controlados pela profissão organizada em nível nacional, mas deixando considerável

iv No caso do Brasil, poderíamos citar a Academia Imperial de Medicina, posteriormente denominada Academia Nacional de Medicina, e as Sociedades de Medicina e Cirurgia criadas no âmbito dos estados, as então províncias.



poder nas mãos das associações profissionais locais¹⁽¹²⁶⁾. Os EUA seguiram, cronologicamente, a Alemanha no desenvolvimento de seu sistema e estruturas de regulação e certificação de especialidades, implantado gradual e consistentemente no País em um período de aproximadamente 20 anos. A intervenção da AMA nos assuntos particulares das especialidades teve um papel preponderante no processo, mas os esforços dessa associação eram, em larga medida, determinados por iniciativas tomadas pelos conselhos das sociedades de especialistas lideradas pelas elites acadêmicas^{1(127)v}.

É interessante observar que essa segunda fase de desenvolvimento da especialização médica assiste a um progressivo deslocamento de seu epicentro da Europa para os EUA, que passam a exercer papel preponderantemente na mundialização seja dos modelos de educação em nível de graduação médica e de formação de pós-graduação de especialistas, seja no desenvolvimento da pesquisa, inovação e tecnologia, assim como nos modelos de prática da medicina.

Com efeito, conforme Ludmerer¹⁵, ao redor dos anos 1930, a Residência Médica teria se tornado, nos EUA, a rota mais prestigiosa para a prática de uma especialidade, embora os estudos na Europa, a pós-graduação formal nas universidades, o trabalho voluntário em clínicas de especialidades dos hospitais de ensino, a autodeclaração como especialista etc. ainda provesses caminhos alternativos. Foi apenas com a emergência dos conselhos de especialistas (*specialty*

v Weisz enxerga pouco interesse na regulação das especialidades na França entre os anos 1920 e final dos anos 1940, em que pese quase a metade dos médicos se declarassem especialistas nas grandes cidades. Somente em 1947, a regulação plena das especialidades teria sido introduzida. No caso da Grã-Bretanha, a regulação das especialidades difere substancialmente dos outros países descritos. As necessidades de postos de trabalho de médicos gerais na atenção primária e de especialistas nos hospitais, impostas pelo novo sistema administrativo, mais que pelos interesses corporativos da profissão médica, serão determinantes no processo¹.

boards) nos anos 1930 que a Residência Médica se tornou a rota *solo* para a prática das especialidades. Segundo o autor, essa representou a segunda maior reforma da educação médica naquele país, análoga à criação da escola médica universitária¹⁵. O sistema da residência, continua o autor, serviu muito bem, seja à profissão, seja ao próprio país, possibilitando grandes avanços na ciência clínica e na qualidade da prática das especialidades médicas; e a grande liderança para a sua efetivação coube às sociedades de especialistas. Entre 1917 e 1937, teriam sido criadas, pelo menos, 13 sociedades de especialistas, sendo essas assessoradas por uma organização guarda-chuva, o Advisory Board of Medical Specialties (ABMS), estabelecido em 1933, constituído por todas as sociedades de especialistas. O ABMS estabeleceu como requisito obrigatório para certificação, a partir de 1942, que todos os candidatos fossem aprovados em residências reconhecidas com, no mínimo, três anos de duração, e programas que satisfizessem padrões especificados em termos de qualificação de docentes preceptores, programa educacional, infraestrutura para atendimento ambulatorial e hospitalar, laboratórios e condições para pesquisa. Nos anos 1950, a Residência Médica se torna aberta para qualquer médico graduado nos EUA e, na atualidade, constitui um requisito para prestação de exame de estado para obtenção de licença para o exercício da prática médica.

No Brasil, as sociedades de especialidades médicas entram em cena apenas a partir da segunda década dos anos 1900, e antes de 1960 já se contavam, pelo menos, 20 associações nacionais de especialistas (ver capítulo 3). Donnangelo¹⁶ associa o crescimento das especializações à constituição do complexo hospitalar, possível graças à capitalização propiciada pela evolução dos sistemas previdenciários no Brasil ao longo do século XX. A especialização surgiu, então, como consequência desse avanço e como produto da divisão social do trabalho. O hospital se consolidou como *locus* preferen-

cial para o trabalho do médico especialista a partir de um processo de trabalho no qual as tarefas são divididas e ordenadas de modo complementar: funções clínicas, cirúrgicas e de apoio terapêutico

Box 1. A formação de médicos especialistas sempre se deu por diversos caminhos, mas o sistema da Residência Médica se consolidou como o padrão-ouro para o treinamento de especialistas na maior parte dos países ocidentais ao longo do século passado. A Residência Médica como modalidade de pós-graduação na formação de médicos especialistas teve início nos EUA após o programa pioneiro criado no Hospital de Johns Hopkins em 1889, após resoluções da AMA, como proposta de aprimoramento profissional voltado para médicos recém-formados, iniciando uma nova concepção de formação médico que privilegia o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço. Conforme Weiz¹⁽²⁰³⁾, o sistema de residência foi criado originalmente com a intenção de prover treinamento científico avançado para uma elite de médicos aspirantes a investigadores clínicos, tendo paulatinamente se transformado com o passar do tempo na principal via de educação profissional para a prática de especialidades. No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica surgiram na década de 1940 no Hospital das Clínicas de São Paulo, para um grupo pequeno de egressos de Cursos de Medicina. A partir do fim dos anos 1950, ocorre um aumento do número de vagas para residência, acompanhado também do crescimento do número de vagas para a graduação em medicina. Essa ampliação do número de vagas ocorreu sem que, no entanto, houvesse qualquer tipo de regulamentação. Isso só aconteceu em 1977, com a publicação do Decreto Federal nº 80.281, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRN). Desse modo, a Residência Médica passa a se configurar como uma política pública e progressivamente consolidada com o *status* de 'padrão-ouro' entre as vias de formação de médicos especialistas^{17,18}.

ou diagnóstico. Observa-se também um importante crescimento dos centros de especialidades, policlínicas e institutos vinculados aos sistemas previdenciários e públicos, bem como ao segmento assistencial privado liberal e filantrópico/beneficente.

Para concluir, conforme dito no início deste capítulo, a medicina especializada é uma característica essencial dos sistemas de saúde contemporâneos, um fato da medicina global. Todos os sistemas de saúde do mundo dependem de especialistas médicos para a assistência a suas populações bem como para o avanço das atividades de pesquisa, ensino e desenvolvimento tecnológico. A prática e o saber especializado ganharam não apenas o prestígio, mas também a sensação de necessidade inexorável diante da opinião pública, assim como da profissão médica, da comunidade acadêmica internacional e dos governos ao redor do mundo. Todos os países têm que lidar com crescimento contínuo de novas categorias de especialistas e subespecialistas, e da espiral dos altos custos com elas relacionados.

Produção e ao mesmo tempo produto das inovações reais (e presumidas) da pesquisa biomédica e da biotecnologia, das demandas de realização de lucros do complexo industrial farmacêutico e das indústrias de equipamentos e instrumentos propedêutico-terapêuticos, em uma palavra da biomedicina *high tech*, a medicina especializada, ao lado de seus inegáveis benefícios, produz uma série de efeitos adversos, nocivos, para além dos sabidos altíssimos custos agregados, com os quais também temos que lidar. Talvez o mais óbvio seja o desbalanço entre o número de especialistas e ‘generalistas’, que favorece crescentemente os primeiros. Fica cada vez mais evidente a necessidade de generalistas com as necessárias competências, inclusive em um sentido mais amplo de escopos de prática especializados, para o provimento de um cuidado integral aos pacientes tendo em vista suas necessidades de cuidados nos níveis

de atenção primária, secundária e terciária, nos âmbitos domiciliar, ambulatorial e hospitalar, fato impulsionado pelo número crescente de pessoas com múltiplas comorbidades agravadas, entre outros determinantes sociais, pelo envelhecimento da população. Outros problemas menos óbvios derivados da especialização excessiva e dos excessos da especialização e da fragmentação estanque dos saberes e práticas da medicina se relacionam com a qualidade (acurácia diagnóstica e terapêutica), em um cenário mundial de crescente prevalência de comorbidades no âmbito mundial, e com a segurança das pessoas em um cenário de aumento dos riscos iatrogênicos.

As iniciativas adotadas para enfrentamento dos problemas da distribuição generalista-especialista diferem entre os países – em que pese que, em geral, uma iniciativa adotada por uns tenda a ser, após avaliação, adotada, pelo menos parcialmente, por outros, de acordo com as especificidades políticas, institucionais, organizativas e tecnológicas peculiares que configuram os sistemas nacionais de saúde. Para citar algumas, a importação de médicos tem sido tradicionalmente adotada em países como os EUA, a Grã-Bretanha e o Canadá, e outros países da Europa, Austrália e recentemente o Brasil, para preencher seus vazios assistenciais de especialistas, na atenção primária, mas também em outras áreas com escassez de especialidades. Ainda nos EUA, admitindo-se como inevitável a extinção da figura do generalista, foi criada a figura do especialista em cuidados primários, que além de especialidades médicas específicas, como pediatria, ginecologia e obstetrícia e, ocasionalmente, vários outros tipos de especialistas médicos, envolve outras profissões de saúde, sobretudo enfermeiras, mas também fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticas, bem como a criação de novas profissões. A França tem concentrado seus esforços tradicionalmente no controle do acesso à formação médica especializada pelo estabelecimento periódico do número de vagas de treina-

mento disponíveis por especialidade, e um pouco mais tardiamente na transformação da medicina geral em especialidade. A Alemanha, por seu turno, busca exercer o controle por meio de políticas para o mercado de trabalho mediante o estabelecimento de quotas de especialistas por unidade geográfica, além da estratégia de criação de uma especialidade médica única de atenção primária¹.

Por fim, uma estratégia complementar a ser avaliada entre nós para o enfrentamento simultâneo da escassez de especialistas e médicos gerais, em especial, nas áreas rurais, remotas desassistidas e populações vulneráveis, consiste na expansão de escopos de prática especializados para generalistas *vis-à-vis* de escopos gerais para especialistas. Internamente à profissão médica, isso significaria promover ações estratégicas para formação e desenvolvimento de um núcleo (*core*) expandido de competências gerais e especializadas comuns às especialidades nos processos formativos, especialmente, o sistema de Residência Médica. A regulamentação legal do Programa Mais Médicos, abortado desde o início do governo Bolsonaro, dava um passo essencial nessa direção. Externamente à profissão médica, a estratégia seria a da transição incremental para um novo modelo de regulação profissional baseado em atos compartilhados, e não em atos privativos, definidos como propriedade exclusiva a uma profissão. A transição para esse novo modelo, baseado em atos compartilhados, tem como objetivo a expansão dos comuns multiprofissionais e possibilitaria, entre outras coisas, o uso pleno de competências de profissionais não médicos, com escopos clínicos expandidos na atenção primária e na atenção especializada em todos os níveis, evidentemente com programas estratégicos para formação, avaliação e certificação das competências expandidas, como é o caso da residência multiprofissional.

Referências

1. Weisz G. Divide and Conquer. A comparative History of Medical Specialization. Oxford: University Press; 2006.
2. Vanghan S. Currant sate and future directions of medical specialties internationally. Australian Medical Council and Medical Specialties Council of the Royal Dutch Medical Association. Final Report: 2018. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível: <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=0966dbfe=0-45b45-fd-b2bf25565-10c56ce&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=74550>.
3. Rosen G. The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology. New York: Froben Press; 1944.
4. Nancarrow SA, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociol Health Illn*. 2005; 27(7):897-919.
5. Sigerist HE. A History of Medicine. I: Primitive and Archaic Medicine. New York: Oxford University Press Galaxy Books; 1967.
6. Weisz G. The emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. *Bulletin of the Hist. Med*. 2003; 77(3):536-574.
7. Santos Filho L. História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo: Hucitec; Edusp; 1991. v. 2.
8. Rosen G. The Structure of American Medical Practice 1875-1941. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 1983.
9. Ackerknecht EH. A Short History of Medicine. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1982.
10. Ramsey M. Professional and popular medicine in France 1770-1830: The social world of medical practice. New York: Cambridge University Press; 1988.

11. Carvalho CL. Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003. 267 f.
12. Coelho EC. As profissões imperiais; medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro: 1822-1930. Rio de Janeiro: Record; 1999.
13. Rosen G. Changing Attitudes of the Medical Profession to Specialization. In: Freidson E, Lorber J, editores. Medical Man and their Work. Chicago: Aldine Publishing Company; 1977. p. 127-133.
14. Stevens R. Medical Practice in Modern England: the impact of specialization and state medicine. New Brunswick: Transaction Publishers; 2009.
15. Ludmerer KM. Let me Heal: the opportunity to preserve excellency in American Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2015.
16. Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
17. Elias PEM. Residência médica no Brasil – a institucionalização da ambivalência. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1987.
18. Petta HL. Formação de Médicos Especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRORESIDÊNCIA). [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 109 f.

Formação, titulação e registro de médicos especialistas no Brasil

Cristiana Leite Carvalho, Ana Carolina Maciel de Assis Chagas,
Joana Natalia Cella, Sabado Nicolau Girardi

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas mudanças na formação e na prática médicas com repercussões importantes sobre a organização e a entrega de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A grande expansão da Educação Médica, no contexto da mercantilização da saúde e da financeirização da educação que ocorre, *pari passu*, com o aumento da demanda por serviços de saúde, repercutiu em fortes pressões de mudanças na operação e regulação dos ‘mercados’ de trabalho em saúde e nas políticas e ações governamentais, societais e corporativas de gestão da educação e do trabalho em saúde por todo o País.

Com efeito, a transição do milênio foi marcada por uma intensa movimentação na arena da regulação profissional em saúde e, em particular, na regulação da profissão e especialidades médicas. Os sintomas iniciais do acirramento das disputas interprofissionais em torno a escopos exclusivos e reservas de mercado entre as profissões de saúde começaram a se tornar mais evidentes a partir das discussões à volta do chamado ‘Ato Médico’, movimento e projeto profissional da corporação médica que teve seu *debut* no início nos anos 2000 e que foi um dos eixos que moldaram a ação

estratégica da ala hegemônica da corporação médica no período recente, aglutinado ao redor do seu núcleo politicamente conservador, resultando na promulgação da Lei nº 12.842, em 10 de julho de 2013¹. Destaque-se que, nesse mesmo ano, por iniciativa do governo federal e apoio expressivo dos governos municipais e da população em geral, assistiu-se à promulgação da Lei do Mais Médicos (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013)² que propunha profundas modificações na formação e provimento de médicos no País, incluindo dispositivos em direção oposta ao exclusivismo corporativista e na firme direção do combate à escassez de médicos, à ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A referida lei propugnava também mudanças consideráveis na oferta de graduação e na formação de médicos especialistas, em particular, nas Residências, como a universalização das vagas e alterações na totalidade dos programas por meio da expansão do núcleo comum em atenção primária e medicina geral, entre outras.

As especialidades médicas também foram alvo de muitas mudanças na regulamentação, tanto por meio de decretos quanto de atos normativos do Conselho Federal de Medicina (CFM), em conjunto com as entidades tradicionalmente envolvidas na formação e titulação de médicos especialistas – a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Associação Médica Brasileira (AMB)³. Atualmente, um total de 55 especialidades médicas e de 59 áreas de atuação é reconhecido pelo CFM. As áreas de atuação são formações obtidas após a realização da Residência Médica ou depois da obtenção do título de especialista pela AMB.

Em 2011, o CFM passou a exigir o registro de especialista para fins de publicidade e divulgação. Esse registro, denominado Registro de Qualificação de Especialista (RQE), não é uma novidade nem restringe o exercício profissional para quem não o possui. Entretanto,

ele atesta, para efeitos de exercício profissional, que o médico está apto a exercer aquelas especialidades ou áreas de atuação para as quais obteve o registro. Ao mesmo tempo, o CFM impôs limites sobre o número de especialidades e áreas de atuação em que os médicos têm direito de se registrar, restringindo-as somente a duas de cada. Essa normativa é muito recente, podendo-se prever que muitos profissionais desejarão a formalização das suas especialidades por meio desse registro nos próximos anos, o que poderá aumentar a demanda por formação e titulação nas diversas especialidades médicas. Várias razões podem justificar essa previsão: i) a crescente exigência do RQE pelos convênios e credenciamentos das operadoras de planos de saúde; ii) a ‘proteção’ do médico nos casos de judicialização por ‘má-prática’, pois o fato de possuir treinamento e registro comprovados atenua os erros ou eventos adversos decorrentes da prática profissional; iii) a exigência como pré-requisito para participar de concursos públicos e efetivação nos cargos que demandam especialistas nos serviços públicos de saúde; iv) a progressão nos planos de carreira, cargos e salários dos órgãos e entidades do SUS. Ademais, esse é um fator de diferenciação do médico no mercado de trabalho, e a divulgação e a publicidade podem oferecer uma vantagem comparativa na concorrência profissional.

A qualificação e a titulação do médico especialista exigem grande investimento na preparação e treinamento do profissional, e um longo período de dedicação após a graduação do profissional. Além dos seis anos de graduação, a ‘produção’ de um médico especialista pode levar até uma década de intenso treinamento profissional. Algumas especialidades, por exemplo, não permitem o acesso direto ao Programa de Residência Médica (PRM), sendo necessária a formação prévia nas áreas de clínica médica ou de cirurgia geral, também na forma de Residência. Outras, como a Ci-

rurgia Cardiovascular (CCV), embora de acesso direto, demandam cinco longos anos de formação; adicionando-se um ou dois anos mais de formação em alguma área de atuação e as exigências rigorosas de experiência profissional para obtenção do respectivo título na Sociedade Brasileira de CCV (comprovação de realização de 100 cirurgias extracorpóreas)⁴, pode-se calcular quase uma década de intenso treinamento e prática. Quer dizer, para percorrer o inteiro percurso da rota de um Cirurgião Cardiovascular, é necessário cerca de 12-14 anos desde a sua entrada na graduação⁵.

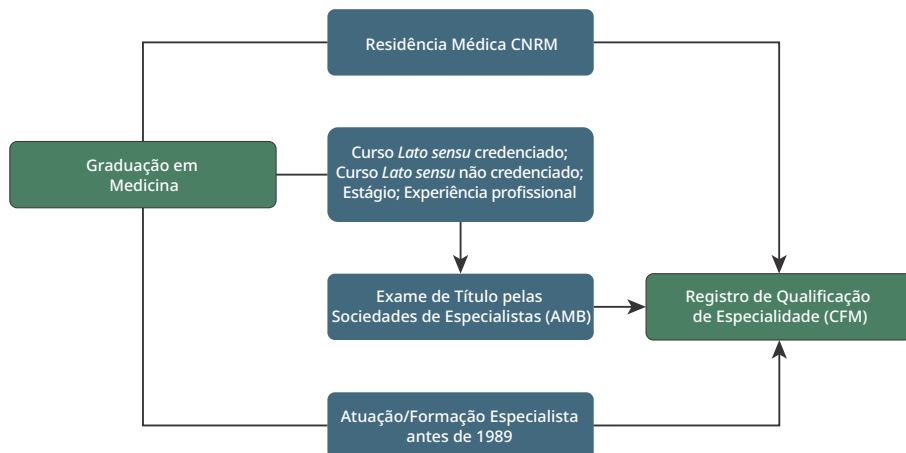
Fluxo da formação, titulação e registro de especialistas no CFM

No Brasil, os graduados em escolas médicas autorizadas e reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC) ou portadores de diploma estrangeiro revalidado, com registro nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), estão aptos para o exercício da medicina em qualquer área ou especialidade médica. Os CRM também oferecem o RQE aos médicos que possuem Residência Médica ou Título de especialista obtido por prova ou exame de título. A obrigatoriedade desse registro se aplica apenas àqueles que desejam divulgação ou anúncio como especialista. Dessa forma, nem todos os profissionais médicos que exercem procedimentos especializados possuem formação específica nas especialidades, seja pela via da Residência Médica ou por outra modalidade de pós-graduação e/ou educação permanente, ou pela prova de título de especialista, obtido pelas respectivas sociedades de especialistas. Por outro lado, nem todos os médicos que possuem título e registro de especialistas exercem exclusivamente a especialidade para a qual obtiveram treinamento e titulação.

O RQE pode, atualmente, ser obtido por três vias:

- 1) Pela apresentação de certificado de conclusão de Residência Médica expedido por instituição credenciada pela CNRM – Lei nº 6.932/815⁶, ou;
- 2) Pela apresentação de certificado expedido pela AMB, a partir de prova de título oferecida anualmente pelas associações filiadas (Sociedades de Especialistas credenciadas) – Resolução CFM nº 2.148/2016⁷, ou;
- 3) Pela apresentação de documentos e condições anteriores, obtidas até 15 de abril de 1989, que comprovem esse direito de acordo com os critérios vigentes à época: i) possuir certificado de conclusão de especialização médica registrado nos termos da lei; ii) dispor de título de especialista conferido por entidade de âmbito nacional membro da AMB; iii) ter título de livre-docente ou de doutor na especialidade; iv) ocupar cargo na carreira do magistério superior na área da especialidade; v) ocupar cargos público ou privado de caráter profissional na área da especialidade; vi) possuir títulos que possam, quando submetidos à consideração da Comissão Mista de Especialidades (CME) em grau recursal, ser julgados suficientes para o reconhecimento da especialidade.

Figura 1. Fluxo da formação, titulação e registro de especialista (RQE)



Fonte: elaboração própria.

Normativas vigentes para o reconhecimento de especialidades médicas no Brasil

Em 2002, por meio da Resolução CFM nº 1.634/2002⁸, o CFM, a AMB e a CNRM decidiram adotar condutas comuns, relativas à criação e ao reconhecimento de especialidades médicas no Brasil. De fato, essas entidades já estavam trabalhando em conjunto na forma de CME, a fim de “uniformizar denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil”⁸. Essa Resolução decidiu formalizar a comissão, conforme resolve em seu art.1º:

Aprovar o Convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, onde foi instituída a Comissão Mista de Especialidades – CME, que reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação⁸.

Como resultado, foi firmado um convênio entre as três instituições (CFM, AMB e CNRM), formalizando a CME, composta por dois

representantes de cada entidade conveniente, a qual permanece até hoje, com vistas a estabelecer critérios para o reconhecimento e a denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, e as formas de concessão e registro de títulos³.

Box 1. Na cláusula primeira do Convênio celebrado entre as três entidades, está descrito que ele “tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenientes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de título de especialista e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes:

- a. CNRM – Credenciar, autorizar, avaliar e fiscalizar o funcionamento dos programas de Residência Médica, conferindo seus certificados;
- b. AMB – Orientar as suas sociedades de especialidades e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados emitidos pelas mesmas e em conformidade com este convênio;
- c. CFM – Registrar os títulos e certificados emitidos na forma da lei e deste convênio” (Resolução nº 1.634/2002, Anexo II, Cláusula primeira)⁸.

Entre as decisões tomadas, firmou-se um pacto de que as especialidades e as áreas de atuação médicas só poderiam ser reconhecidas pelo CFM mediante proposta da CME. Além disso, vetou aos médicos a divulgação de especialidade ou área de atuação que não fossem reconhecidas pelo CFM. Essa resolução de 2002, que instituiu a CME e o convênio entre as três instituições – CFM, AMB e CNRM, já passou por três modificações, estando vigente a Resolução CFM nº 2.149/2016⁹, a qual contém uma definição do que é uma especialidade médica e do que são as áreas de atuação. Dessa forma, a CME considera ‘especialidade médica’ como sendo um

Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade e, como ‘área de atuação’, uma modalidade de organização do trabalho médico, desenvolvida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

Segundo consta na Resolução CFM nº 2.149/2016⁹, as especialidades médicas são aquelas consideradas raízes, bem como aquelas que preencham determinados critérios, a saber: 1) apresentar complexidade dos problemas de saúde e acúmulo de conhecimento em determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz em um setor específico; 2) ter relevância epidemiológica e demanda social definida; 3) possuir complexidade que demande um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que exija um período mínimo de dois anos de formação; 4) reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes.

Essa resolução também pacificou alguns pontos sobre a formação de especialistas no País ao estabelecer que só poderiam existir PRM nas especialidades e áreas de atuação aprovadas pela CME, e que a respectiva certificação seria de responsabilidade da AMB e da CNRM.

Ademais, estabeleceu que só fossem reconhecidas as especialidades médicas com tempo de formação mínimo de dois anos, e áreas de atuação com tempo de formação mínimo de um ano, sendo obrigatória a carga horária anual mínima de 2.880 horas. Além de estabelecer regras para a carga horária mínima, definiu-se que a matriz de competência e o tempo de formação das especialidades e áreas de atuação devem

ser aqueles aprovados pela CME. A matriz de competências reúne o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que o médico especialista nas respectivas áreas deve desenvolver. Desde então, as sociedades médicas credenciadas pela AMB têm produzido as matrizes de competência das respectivas especialidades, que são aprovadas e publicadas pela CNRM/MEC¹⁰⁻²⁴.

É importante mencionar que, a partir dessa resolução, buscou-se uma padronização dos editais de concurso para titulação, realizados pela AMB e associações filiadas²⁵. Dessa forma, em seus editais de concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação, devem ser observados a matriz de competência e o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação determinados pela CME. Além disso, nos editais de titulação das suas associações filiadas, deve-se prever a participação de médicos que não fizeram cursos de especialização e/ou Residência Médica. Nesses casos, é necessário exigir como único pré-requisito, de forma fundamentada, comprovação de atuação na área pelo dobro do tempo de formação do PRM das respectivas especialidades, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais.

Modalidades de formação de especialistas

Residências Médicas

RECONHECIMENTO E REQUISITOS MÍNIMOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada exclusivamente a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, que funciona em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de

elevada qualificação profissional²⁶. É um modelo de formação utilizado em todo o mundo, sendo considerado o ‘padrão ouro’ da especialização médica. No Brasil, a Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977²⁷, e seus programas são regidos pela CNRM, criada pelo mesmo decreto, funcionando no âmbito do MEC. Os PRM, credenciados pela CNMR, conferem ao médico-residente o título de especialista. A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981⁶, dispõe sobre as atividades do médico-residente, estabelecendo as regras mínimas de funcionamento de um Programa de Residência e assegurando que os certificados emitidos pelos programas possam ser usados para fins de registro como especialista nos CRM.

No *quadro 1*, são apresentados os requisitos mínimos de tempo e carga horária para as Residências Médicas das 19 especialidades listadas no âmbito deste estudo.

Quadro 1. Tempo mínimo, carga horária e áreas de atuação de 19 especialidades selecionadas

Especialidade	Tempo mínimo (em anos)	CH mínima	Áreas de atuação
Anestesiologia ²⁸	3	8.640	Dor (1 ano); Medicina Aeroespacial (1 ano); Medicina Paliativa (1 ano)
Angiologia ²⁹	2	5.760	Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (1 ano); Ecografia Vascular com Doppler (1 ano); Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia (1 ano)
Cardiologia ³⁰	2	5.760	Cardiologia Pediátrica (2 anos); Ecocardiografia (1 ano); Ecografia Vascular com Doppler (1 ano); Eletrofisiologia Clínica Invasiva (1 ano); Ergometria (1 ano); Estimulação Cardíaca Eletrônica Implantável (1 ano); Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (2 anos)
Cirurgia Cardio-vascular ³¹	5	14.400	Estimulação Cardíaca Eletrônica Implantável (1 ano)
Cirurgia Geral ³²	3	8.640	Cirurgia Bariátrica (2 anos); Cirurgia do Trauma (1 ano); Cirurgia Videolaparoscópica (1 ano); Endoscopia Digestiva (1 ano); Medicina Aeroespacial (1 ano); Nutrição Parenteral e Enteral (1 ano)

Especialidade	Tempo mínimo (em anos)	CH mínima	Áreas de atuação
Cirurgia Oncológica ³³	3	8.640	Medicina Paliativa (1 ano)
Cirurgia Vascular ²⁹	2	5.760	Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (1 ano); Ecografia Vascular com Doppler (1 ano); Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia (1 ano)
Endocrinologia e Metabolologia ³⁴	2	5.760	Densitometria Óssea (1 ano); Endocrinologia Pediátrica (2 anos)
Hematologia e Hemoterapia ³⁵	2	5.760	Hematologia e Hemoterapia Pediátrica (2 anos); Oncologia Pediátrica (2 anos); Transplante de Medula Óssea (1 ano)
Mastologia ³⁶	2	5.760	Mamografia (1 ano); Medicina Paliativa (1 ano)
Medicina da Família e Comunidade ³⁷	2	5.760	Hansenologia (1 ano); Medicina Paliativa (1 ano)
Nefrologia ³⁸	2	5.760	Medicina Paliativa (1 ano); Nefrologia Pediátrica (2 anos)
Neurocirurgia ³⁹	5	14.400	Dor (1 ano); Neurofisiologia Clínica (1 ano); Neurorradiologia (1 ano)
Oftalmologia ⁴⁰	3	8.640	—
Oncologia Clínica ⁴¹	3	8.640	Medicina Paliativa (1 ano); Oncologia Pediátrica (2 anos)
Ortopedia e Traumatologia ⁴²	3	8.640	Densitometria Óssea (1 ano); Dor (1 ano)
Psiquiatria ⁴³	3	8.640	Medicina do Sono (1 ano); Psicogeriatrica (1 ano); Psiquiatria da Infância e Adolescência (1 ano); Psiquiatria Forense (1 ano)
Radiologia e Diagnóstico por Imagem ⁴⁴	3	8.640	Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (1 ano); Ecografia Vascular com Doppler (1 ano); Neurorradiologia (1 ano); Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia (1 ano); Sexologia (1 ano)
Radioterapia ⁴⁵	3	8.640	—

Fonte: elaboração própria a partir da Resolução CFM nº 2.221/18⁴⁶ e sites das Sociedades²⁸⁻⁴⁵.

Como pode ser observado, o tempo de dedicação e a carga horária variam entre as diferentes especialidades, sendo que, para qualquer especialidade médica reconhecida, o tempo mínimo deve ser de dois anos, equivalente a 5.760 horas. Dentre as 55 especialidades atualmente reconhecidas pelo CFM, conforme descrito na Resolução CFM

nº 2.221/2018⁴⁶, publicada em 24 de janeiro de 2019, que atualizou a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela CME, 27 possuem carga horária mínima de dois anos, 26 possuem carga horária mínima de três anos, e apenas 2 possuem carga horária mínima de cinco anos (CCV e Neurocirurgia). No caso da área de atuação, o tempo mínimo exigido é de um ano ou 2.880 horas. Nessa mesma Resolução, são listadas 59 áreas de atuação reconhecidas pelo CFM, das quais 41 possuem tempo mínimo de formação de um ano, e 18 possuem tempo mínimo de dois anos. Considerando que a área de atuação é parte relevante da formação e que algumas especialidades possuem como requisito a pré-formação em outra especialidade, podemos concluir que o tempo para obter uma formação especializada pode variar de dois a nove anos.

Segundo a Resolução CFM nº 2.148/2016⁷, que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito do CFM, é a partir da ‘matriz de competência’ que se deve definir o tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação para a Residência Médica. Tal matriz deve ser aprovada pela CNRM. A definição de competências médicas tornou-se um ponto central na educação médica em todos os níveis ao redor do mundo. Embora não exista um consenso sobre o que realmente constitui uma competência médica, pode-se dizer que, a princípio, trata-se da síntese de conhecimentos, habilidades e atitudes que, integrados, propiciam ao indivíduo aprimorar a utilização dos recursos cognitivos e técnicos para diagnosticar, tratar e proporcionar maiores benefícios aos pacientes⁴⁷. A formulação de competências para direcionar o ensino médico já tem sido utilizada na graduação médica no Brasil desde 2001, por meio da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (atualizadas em 2014)⁴⁸, que propõem um perfil profissional fundamentado no desenvolvimento

e na avaliação de competências, em detrimento da formação baseada no currículo tradicional dos cursos de graduação, geralmente formulados em ‘grades’ e caracterizados por excessiva rigidez, advinda, em grande parte, da fixação detalhada e quase exclusiva dos conteúdos das disciplinas. Em relação à pós-graduação médica, muitos dos PRM ainda não possuem matriz de competência, visto que foi somente em 2018 que o MEC iniciou a publicação das matrizes de competências aprovadas pela CNRM. De fato, elas estão em processo de elaboração e aprovação, encabeçadas pelas sociedades de especialistas credenciadas pela AMB⁴⁹.

Atualmente, existem 46 matrizes de competências aprovadas pela CNRM, somando especialidades médicas e áreas de atuação. A Resolução CFM nº 2.148/2016⁷ também estabelece que os cursos de formação credenciados pelas Sociedades de Especialidades Médicas deverão manter similaridade com a matriz de competência aprovada pela CNRM. Dentre as especialidades selecionadas para esse estudo, apenas quatro ainda não possuem matriz de competência aprovada pela CNRM, a saber: Angiologia, Hematologia e Hemoterapia, Oftalmologia e Psiquiatria.

ESPECIALIDADES DE ACESSO DIRETO E PRÉ-REQUISITOS

É importante destacar que nem todos os PRM possuem acesso direto após a graduação. Por acesso direto, entendemos que qualquer médico pode se candidatar aos concursos para as especialidades, independentemente do tempo de formado ou de experiência prévia. No caso de algumas especialidades, a conclusão em outra especialidade é pré-requisito para o ingresso. As condições de acesso das especialidades que constam deste estudo estão descritas no *quadro 2*.

Quadro 2. Especialidades com acesso direto e especialidades com pré-requisito para ingresso

Especialidade	Acesso Direto/Pré-Requisito
Anestesiologia	Acesso Direto
Angiologia	Cirurgia Geral (3 anos)
Cardiologia	Clínica Médica (3 anos)
Cirurgia Cardiovascular	Acesso Direto
Cirurgia Geral	Acesso Direto
Cirurgia Oncológica	Cirurgia Geral (3 anos)
Cirurgia Vascular	Cirurgia Geral (3 anos)
Endocrinologia e Metabologia	Clínica Médica (3 anos)
Hematologia e Hemoterapia	Clínica Médica (3 anos)
Mastologia	Cirurgia Geral ((3 anos) ou Ginecologia e Obstetrícia (3 anos)
Medicina de Família e Comunidade	Acesso Direto
Nefrologia	Clínica Médica (3 anos)
Neurocirurgia	Acesso Direto
Oftalmologia	Acesso Direto
Oncologia Clínica	Clínica Médica (3 anos)
Ortopedia e Traumatologia	Acesso Dire to
Psiquiatria	Acesso Direto
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	Acesso Direto
Radioterapia	Acesso Direto

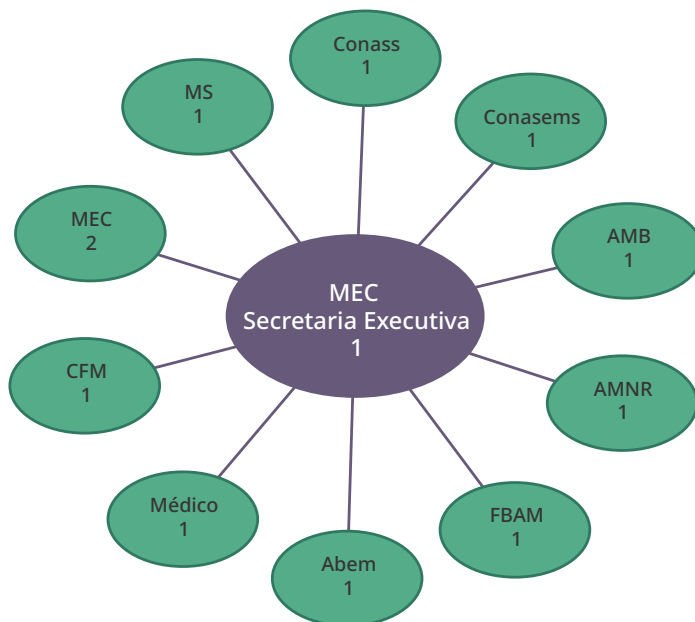
Fonte: elaboração própria.

PROCESSO DE ABERTURA DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS

Sendo a Residência Médica o ‘padrão ouro’ para formação de especialistas, pergunta-se: existem PRM para atender a todos os médicos que demandam formação nas especialidades médicas? Como vimos pelas próprias normativas editadas pelo CFM, em conjunto com a AMB e a CNRM, a titulação do especialista não é obtida somente pela via de formação baseada nos PRM. De fato, o número de vagas e PRM no País não é suficiente para atender a essas demandas, sendo possível a formação especializada em cursos de

especialização *lato sensu*, credenciados ou não pelas Sociedades de Especialistas. Uma das razões para que o treinamento especializado não esteja limitado à formação via Residência Médica pode estar no fato de que a criação de um PRM é fortemente regulamentada, demandando o preenchimento de inúmeros e rigorosos requisitos, resultando em um alto investimento para sua viabilização⁵⁰. Além disso, é preciso passar pelo crivo do Plenário da CNRM, composto por várias entidades, que representam interesses diversos, como pode ser visto na *figura 2*, que representa o Plenário da CNRM.

Figura 2. Composição do Plenário da Comissão Nacional de Residência Médica



Fonte: elaboração própria.

A composição e o funcionamento da CNRM estão regulamentados pelo Decreto nº 7.562/2011⁵¹, que estabeleceu uma Plenária de 12 conselheiros, sendo 6 vinculados ao governo e 6 representantes da sociedade civil e médica. Nesse caso, o ‘voto

de qualidade’ é do governo. São votantes na CNRM as seguintes entidades: MEC (2 membros); Ministério da Saúde (1 membro); Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass (1 membro); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems (1 membro); CFM (1 membro); Associação Brasileira de Educação Médica – Abem (1 membro); AMB (1 membro); Associação Nacional de Médicos Residentes – ANMR (1 membro); Federação Nacional de Médicos – Fenam (1 membro); Federação Brasileira de Academias de Medicina – FBAM (1 membro); e 1 médico de reputação ilibada, docente em cargo de provimento efetivo em Instituição de Educação Superior pública, que tenha prestado serviços relevantes ao ensino médico, à Residência Médica e à ciência médica em geral.

Dentre as funções que o Plenário da CNRM acumula, destaca-se a de autorização da abertura de Programas de Residências Médicas no País⁵². Como já vimos, os PRM credenciados são equivalentes a cursos de especialização, e os certificados são comprovantes para fins de registro como médico especialista no CFM. O Certificado de Residência Médica só terá validade após aprovação e registro na CNRM. Somente os cursos credenciados pela CNRM podem usar a denominação de ‘Residência Médica’.

As instituições públicas ou privadas que desejam ofertar PRM devem enviar os pedidos para cadastro de novos programas nas datas estipuladas pela CNRM, que ocorrem anualmente. A documentação deve ser apresentada por meio de cadastro no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM)⁵³, do MEC, podendo ser solicitados quatro tipos de registros: i) o credenciamento provisório de novo programa (que tem a duração do próprio programa); ii) o credenciamento por cinco anos (para o programa que já passou pelo credenciamento provisório);

iii) o credenciamento (que ocorre ao final dos cinco anos de credenciamento); e iv) o aumento de vagas (para os programas que já possuam ato de credenciamento de cinco anos).

São vários os requisitos que a instituição proponente deve preencher para a oferta de um PRM; e, ao final, após uma avaliação de toda a documentação e de uma visita *in loco*, o programa poderá ser aprovado pela CNRM. A instituição que abrigar um PRM deve: ser legalmente constituída, ter infraestrutura, instalações e equipamentos; ter recursos humanos qualificados, apresentar condições de manutenção do Programa que garantam ao Residente o disposto na Lei nº 6. 932 de 7 de julho de 1981⁷ (conferir *box 2*); apresentar condições de manter um atendimento ininterrupto às necessidades dos pacientes; dispor de Serviço de Arquivo Médico e Estatística, com normas atualizadas para elaboração de prontuários; possuir programação educacional e científica em funcionamento regular para o seu corpo clínico; dispor de Biblioteca atualizada com um acervo de livros e periódicos adequado ao PRM, bem como ter acesso a bibliografia via internet; assegurar à CNRM condições para avaliação periódica do PRM. O número de vagas ofertadas em um PRM deverá adequar-se às condições de trabalho e recursos financeiros e materiais oferecidos pela Instituição, bem como às peculiaridades do treinamento na área ou especialidade.

Box 2. A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Entre outras coisas, assegura ao médico residente bolsa de estudo, paga pela instituição que oferta o Programa de Residência Médica, acrescida de um adicional que garanta sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social. Também têm direito à alimentação e alojamento no decorrer do período da residência. Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 horas semanais, incluídas um máximo de 24 horas de plantão. O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 dias consecutivos de repouso, por ano de atividade. O valor bruto atual da bolsa de residência médica é de R\$ 4.106,09 por 60 horas semanais⁶.

Após o credenciamento, os PRM são supervisionados e avaliados pela CNRM. Para exercer essa função de controle e avaliação, a CNRM conta com as Comissões Estaduais de Residência Médica (Cerem) e com uma Câmara Técnica. A Câmara Técnica da CNRM auxilia na revisão e no acompanhamento dos processos de avaliação dos PRM. As Cerem, representantes da CNRM nos estados, são instâncias de referência das Comissões de Residência Médica (Coreme) das instituições, e todos se reportam à CNRM. As Cerem atuam como intermediárias entre as Coreme e a CNRM. As Coreme representam a unidade institucional de controle e desenvolvimento da Residência Médica. Toda instituição que oferece PRM tem que ter a Coreme, que tem como função planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os PRM da instituição e os processos seletivos, bem como a emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos-residentes. Em última instância, de fazer cumprir as resoluções da CNRM no nível local⁵².

AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS EM NÚMEROS

O total de médicos com Certificados de Residência Médica no CNRM, até 2019, era de 180.884. A maior parte (75%) desses possuía um certificado. Entre os que possuíam mais de um, aproximadamente 23% eram certificados em duas; e 2%, em três ou mais especialidades (*tabela 1*).

Tabela 1. Número de certificados por indivíduos emitidos pelo CNRM até 2019

Número de certificados por indivíduo	N	%
1	136.216	75,31
2	41.481	22,93
3 +	3.187	1,76
Total	180.884	100

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* apresenta um panorama de mais largo prazo do quantitativo de Certificados de Residência entre o final dos anos 1940 e 2019. Levando em consideração a distribuição de certificados no CNRM até 2019 (202.606), um pouco mais da metade (52,3%) foi distribuído em um período de 61 anos; e o restante (47,7%), em apenas 10 anos. Mesmo que se considere um grande sub-registro de dados, especialmente até meados dos anos 1990, isso demonstra a aceleração do crescimento nos últimos 10 anos (*tabela 2*).

Tabela 2. Distribuição dos certificados no CNRM por ano de emissão categorizado

Ano categorizado	N	%
De 1948 a 2009	106.058	52,3
2010 a 2019	96.548	47,7
Total	202.606	100

Fonte: elaboração própria.

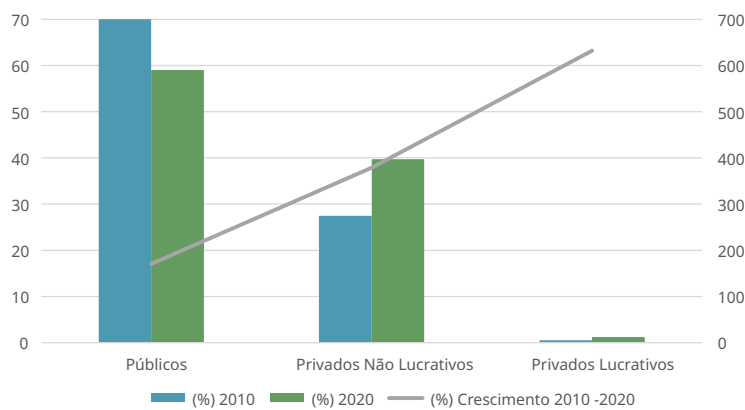
Quando analisamos a natureza jurídica dos estabelecimentos em que estão alocados os vínculos de médicos-residentes, percebemos que houve um aumento absoluto em todos os tipos de estabelecimento quando comparamos maio de 2020 e dezembro de 2010. No entanto, apesar de os estabelecimentos públicos ainda serem responsáveis por aproximadamente 60% dos vínculos, o crescimento mais proeminente no período foi dos privados lucrativos, saltando de 78 em 2010 para 571 em 2020 (*tabela 3*), o que corresponde a um incremento bruto de mais de 600%.

Tabela 3. Vínculos de médicos residentes por natureza jurídica

Natureza Jurídica	dez./2010		mai./2020	
	N	%	N	%
Públicos	10.106	72	27.352	59
Privados não Lucrativos	3.849	27	18.413	40
Privados lucrativos	78	1	571	1
Pessoas físicas	1	0	5	0
Total vínculos Residentes	14.034	100	46.341	100

Fonte: elaboração própria.

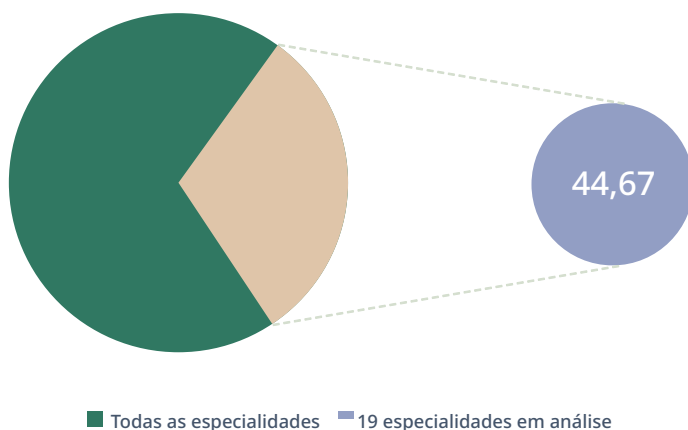
Gráfico 1. Participação proporcional dos vínculos de médicos residentes por natureza jurídica e incremento entre 2010 e 2020



Fonte: elaboração própria.

Na *figura 3*, são apresentados os números de certificados em Residências Médicas (CNRM) em agosto de 2019, levando em consideração todas as especialidades em comparação com as 19 selecionadas. Do total de certificados (213.837) que são referentes as 55 especialidades regulamentadas, 44,7% (95.530) são referentes as 19 especialidades em análise neste estudo.

Figura 3. Certificados no CNRM, para as especialidades, áreas de atuação e subáreas nos programas de residência médica, levando em consideração todas as especialidades em comparação com as 19 selecionadas. Brasil, agosto de 2019



Fonte: elaboração própria.

Na *tabela 4*, podemos observar o número de certificados para o ano de 2015 e 2019 e a taxa de incremento bruto por complexo médico-assistencial. A área de Trauma concentra o maior número de certificados, seguida pelo complexo de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Os complexos com as menores quantidades de certificados são Atenção ao Diabetes e Prevenção e Controle do Câncer.

No complexo médico-assistencial de Prevenção e Controle do Câncer, as especialidades de Oncologia Clínica e Hematologia e Hemoterapia são aquelas com o maior número de certificados, enquanto Mastologia e Radioterapia apresentam um maior incre-

mento em relação ao período analisado. Os complexos de Atenção Cardiovascular, Cardiologia e Cirurgia Vascular possuem maior número de Certificados de Residência, assim como maior taxa de incremento. Situação semelhante para as especialidades de Cirurgia Geral e Ortopedia e Traumatologia, no complexo de Trauma. Os complexos de Atenção ao Diabetes, Nefrologia e Endocrinologia e Metabologia apresentam quantitativos de certificado e incremento bruto semelhantes. A Anestesiologia, quando comparada à Radiologia e Diagnóstico por Imagem, apresenta a maioria dos certificados no complexo, no entanto, as taxas de incremento das duas especialidades são muito próximas (*tabela 4*).

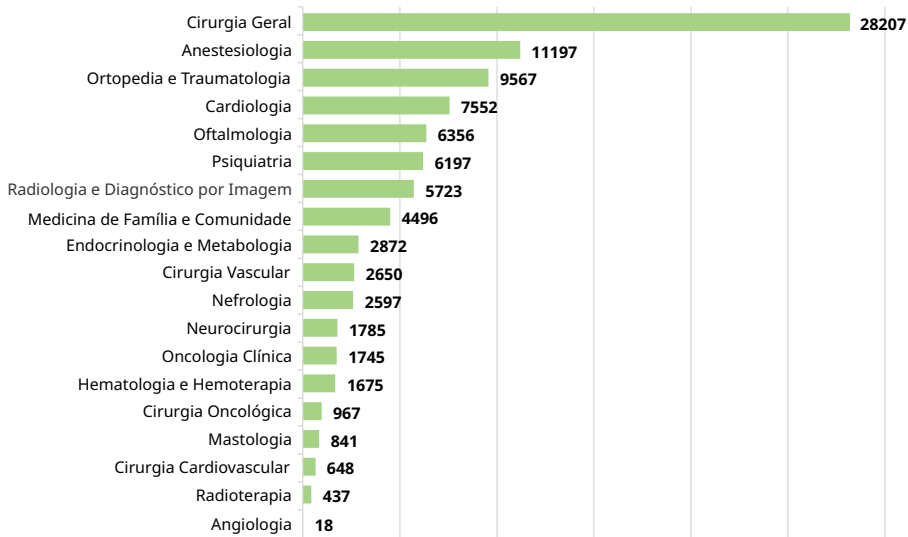
Tabela 4. Distribuição de certificados nas especialidades selecionadas por complexo médico-assistencial, para o ano de 2015 e 2019 e incremento bruto

Complexo	Especialidades	2015		2019		Incr. Bruto
		N	%	N	%	
Prevenção e Controle do Câncer	Oncologia Clínica	1.550	33,5	1.745	30,8	12,6
	Cirurgia Oncológica	805	17,4	967	17,1	20,1
	Mastologia	550	11,9	841	14,8	52,9
	Hematologia e Hemoterapia	1.406	30,4	1.675	29,6	19,1
	Radioterapia	312	6,75	437	7,7	40,1
Total no complexo		4.623	100	5.665	100	22,5
Atenção Cardiovascular	Cardiologia	5.999	68,4	7.552	69,5	25,9
	Cirurgia Cardiovascular	590	6,72	648	6	9,8
	Cirurgia Vascular	2.172	24,7	2.650	24,4	22
	Angiologia	15	0,17	18	0,2	20
Total no complexo		8.776	100	10.868	100	23,8
Trauma	Cirurgia Geral	22.878	71,8	28.207	71,3	23,3
	Neurocirurgia	1.512	4,74	1.785	4,5	18,1
		7.480	23,5	9.567	24,2	27,9
Total no complexo		31.870	100	39.559	100	24,1
Atenção ao Diabetes	Endocrinologia e Metabologia	2.307	51,7	2.872	52,5	24,5
	Nefrologia	2.157	48,3	2.597	47,5	20,4
Total no complexo		4.464	100	5.469	100	22,5

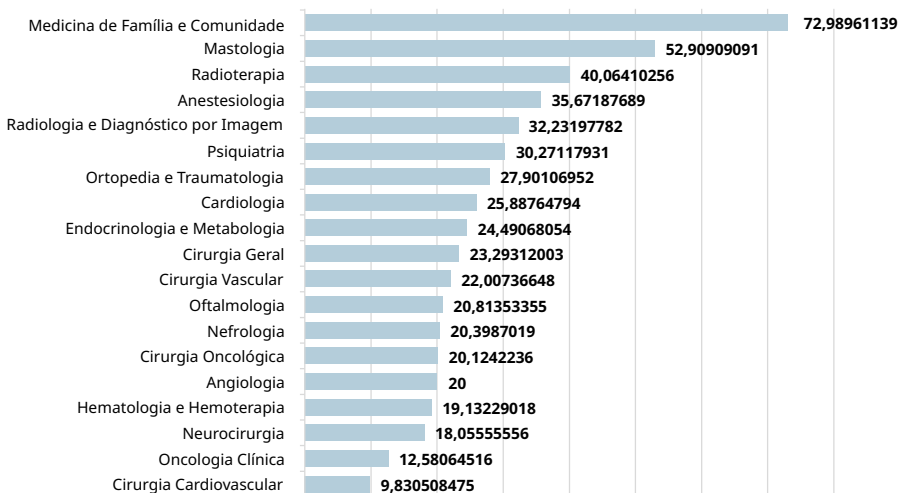
Complexo	Especialidades	2015		2019		Incr. Bruto
		N	%	N	%	
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Anestesiologia	8.253	65,6	11.197	66,2	35,7
	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	4.328	34,4	5.723	33,8	32,2
Total no complexo		12.581	100	16.920	100	34,5
Atenção Psicossocial	Psiquiatria	4.757	100	6.197	100	30,3
Atenção Primária	Medicina de Família e Comunidade	2.599	100	4.496	100	73
Assistência em Oftalmologia	Oftalmologia	5.261	100	6.356	100	20,8
Total		74.931		95.530		27,5

Fonte: elaboração própria.

Nos *gráficos 2 e 3*, são apresentados os números de certificados e a taxa de incremento nas 19 especialidades para o ano de 2019. Nota-se que Cirurgia Geral apresenta maior número de certificados (28.207); e Angiologia, o menor número (18) de Certificados de Residência em relação as 19 especialidades analisadas. As especialidades que demonstraram maior incremento no período 2015-2019 foram Medicina de Família e Comunidade, Mastologia e Radioterapia. As com menor incremento foram CCV e Oncologia Clínica.

Gráfico 2 - Número de certificados por especialidade selecionada. Brasil, agosto de 2019

Fonte: elaboração própria.

Gráfico 3. Taxa de crescimento de certificados nas especialidades selecionadas. Brasil, 2015 - 2019

Fonte: elaboração própria.

Na *tabela 5*, temos a distribuição do número de programas e Certificados de Residências para o total das 19 especialidades, por

Região Geográfica e Unidade Federativa. A região Sudeste concentra 42,4% do número de programas e 58,8% dos certificados, tendo os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro os maiores números de programas e certificados.

Nas 19 especialidades, a concentração de certificados está predominantemente na região Sudeste; além disso, na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, há uma concentração expressiva também na região Sul. Embora os números de certificados sejam baixos na região Norte e Nordeste, no período analisado (2009-2019), houve um incremento geométrico maior nessas regiões para a maioria das especialidades, com exceção de Mastologia e Radioterapia que apresentaram maior incremento na região Sul.

Alguns Certificados de Residência nas especialidades são ausentes em grande parte dos estados, principalmente na região Norte, como Angiologia, Hematologia e Hemoterapia, Radioterapia. As que se apresentam na maioria dos estados são: Anestesiologia, Cirurgia Geral e Medicina de Família e Comunidade. Quanto ao número de PRM em 2018, também é observado que, na maioria das 19 especialidades, os programas estão na região Sudeste, em especial, nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

Tabela 5. Distribuição do número de programas e certificados de residência nas especialidades selecionadas, por Região Geográfica e UF

Região/UF	Programas*		Certificados Residência	
	N	%	N	%
Brasil	1.535	100	95.530	100
Norte	85	5,5	2.355	2,5
Rondônia	8	0,5	95	0,1
Acre	5	0,3	179	0,2
Amazonas	19	1,2	772	0,8
Roraima	3	0,2	85	0,1

Região/UF	Programas*		Certificados Residência	
	N	%	N	%
Pará	35	2,3	1.003	1
Amapá	3	0,2	73	0,1
Tocantins	12	0,8	148	0,2
Nordeste	294	19,2	12.710	13,3
Maranhão	15	1	566	0,6
Piauí	12	0,8	448	0,5
Ceará	47	3,1	2.543	2,7
Rio Grande do Norte	18	1,2	607	0,6
Paraíba	27	1,8	702	0,7
Pernambuco	85	5,5	3.799	4
Alagoas	18	1,2	353	0,4
Sergipe	13	0,8	337	0,4
Bahia	59	3,8	3.355	3,5
Sudeste	651	42,4	56.137	58,8
Minas Gerais	0	0	10.542	11
Espírito Santo	38	2,5	976	1
Rio de Janeiro	205	13,4	17.231	18
São Paulo	408	26,6	27.388	28,7
Sul	356	23,2	16.971	17,8
Paraná	148	9,6	5.449	5,7
Santa Catarina	60	3,9	2.552	2,7
Rio Grande do Sul	148	9,6	8.970	9,4
Centro-Oeste	149	9,7	7.357	7,7
Mato Grosso do Sul	22	1,4	978	1
Mato Grosso	21	1,4	538	0,6
Goiás	50	3,3	1.817	1,9
Distrito Federal	56	3,6	4.024	4,2

Fonte: elaboração própria.

*Considerando os Programas do ano de 2018.

Os PRM que se apresentam em grande parte dos 27 estados do Brasil são: Cirurgia Geral, Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Medicina de Família e Comunidade e Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

Cursos de especialização médica, pós-graduação *lato sensu* e outros

A Residência Médica não é o único modelo de formação nas especialidades médicas reconhecidas pela CME. Os cursos de pós-graduação *lato sensu*, geralmente ofertados e/ou cancelados pelas Instituições de Ensino Superior (IES), e os cursos de especialização credenciados pelas Associações de Especialistas representam outra modalidade para obtenção de treinamento na especialidade. Uma terceira via de formação, menos formalizada, seria aliar a vivência prática na especialidade com outras formas de capacitação, como os cursos de curta duração, a participação em congressos e eventos, estágios, *fellowships* e atualizações de diversas naturezas, de caráter teórico e/ou prático, vastamente ofertados, seja por IES, seja por instituições prestadoras de serviços especializados de saúde.

A *tabela 6* é ilustrativa da diversidade de ofertas de pós-graduação médica para além da Residência Médica. Ela apresenta: i) o número de cursos credenciados pelas respectivas Sociedades, lembrando que esses cursos seguem necessariamente o ‘padrão ouro’, em termos de carga horária, duração e matriz de competência; ii) o número de cursos ofertados/chancelados pelas IES e cadastrados no e-MEC como cursos *lato sensu* – nota-se que, nesse caso, para o MEC, a carga horária mínima para qualquer curso *lato sensu* é de 360 horas, o que não é compatível com as exigências estabelecidas para formação de especialista nas Residências Médicas e resoluções já citadas, ainda assim, podemos observar que, apesar da exigência do MEC ter como regra geral uma carga horária menor, muitos cursos de especialização nessas especialidades apresentam uma carga horária semelhante à exigida para os PRM para cada especialidade –; iii) o número de cursos de mestrado e doutorado específicos para as especialidades selecionadas, que embora

não ofereçam os mesmos critérios das residências por serem voltados para docência e pesquisa, podem também significar uma fonte de conhecimento e formação nas especialidades. Nesse caso, para todos os editais de exame de titulação consultados, os cursos de mestrado e doutorado não entram como requisito para realização de prova de título, mas são valorizados como pontuação para a análise curricular, em maior ou menor grau, a depender do tipo de especialidade.

Conforme pode ser observado, a *tabela 6* apresenta a distribuição de cursos *lato sensu* e cursos credenciados pelas sociedades de especialistas para as 19 especialidades estudadas. Os cursos *lato sensu* estão separados entre aqueles que apresentam carga horária equivalente à carga horária mínima exigida para cada especialidade médica e aqueles que apresentam carga horária mínima igual ou superior 2.880 horas (medida equivalente ao período de um ano de formação, possível apenas para as áreas de atuação), mas inferior à carga horária mínima exigida para a especialidade. Conforme já visto, apenas as áreas de atuação possuem a duração mínima de um ano; todas as especialidades possuem, pelo menos, dois anos de formação, e podem chegar a cinco anos, como é o caso da CCV e da Neurocirurgia. Pode-se dizer que a quantidade de cursos (e, também, de vagas) nessa modalidade é relativamente pequena, mas pode ser considerada relevante, visto que possibilita o acesso ao treinamento nos mesmos moldes da Residência Médica. A *tabela 6* apresenta, ainda, o número de cursos credenciados pelas respectivas Sociedades de Especialidades Médicas. Nesse caso, os números são muito superiores aos cursos de pós-graduação *lato sensu* registrados no e-MEC para a maioria das especialidades. Nota-se, por outro lado, que nem todas as Sociedades possuem cursos credenciados, como é o caso da Cirurgia Oncológica, Hematologia e Hemoterapia, Medicina da Família e Comunidade, Nefrologia, Neurocirurgia e Oncologia Clínica.

Tabela 6. Cursos credenciadas e cursos cadastrados no e-MEC por especialidades. Brasil, *circa* 2019

Especialidade	Cursos credenciados pelas Sociedades de especialistas	Cursos <i>lato sensu</i> cadastro e-MEC 2014		Programas de mestrado e doutorado
		CH igual à mínima exigida para residência	CH igual ou superior a 2.880 e abaixo da mínima exigida para residência	
Anestesiologia	121	4	5	4
Angiologia	33	1	1	-
Cardiologia	73	7	11	15
Cirurgia Cardiovascular	55	3	-	2
Cirurgia Geral	40	2	10	37
Cirurgia Oncológica	-	-	1	-
Cirurgia Vascular	33	5	1	-
Endocrinologia e Metabologia	18	6	8	10
Hematologia e Hemoterapia	-	4	4	5
Mastologia	75	1	-	-
Medicina da Família e Comunidade	-	1	2	-
Nefrologia	-	3	3	4
Neurocirurgia	-	2	-	-
Oftalmologia	101	6	9	6
Oncologia Clínica	-	2	4	15
Ortopedia e Traumatologia	190	5	6	4
Psiquiatria	15	3	10	13
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	212	4	17	13
Radioterapia	-	-	5	-

Fonte: elaboração própria a partir dos *sites* das Sociedades de Especialistas²⁸⁻⁴⁵.

No que se refere aos cursos credenciados pelas Sociedades de Especialidades Médicas, é importante destacar que a oferta de cursos de especialização é uma tradição nessas associações, muito anterior à própria criação dos PRM, ou às normas que padronizaram a obtenção de titulação e registro nos CRM. Fazer parte de uma Sociedade de Especialista, como membro ou mesmo como docente dos respectivos cursos, é uma distinção que se obtém entre os pa-

res nessas corporações e, provavelmente, um meio importante de ascender profissionalmente. Essa pode ser uma das razões para que, apesar da unificação e padronização dos meios de obtenção de títulos, por meio do convênio celebrado entre CFM, AMB e CNRM, tais cursos continuassem a ter seu destaque e reconhecimento na preparação de médicos especialistas no Brasil.

Titulação

Prova de Título – Associações de Especialidades Conveniadas e AMB

De acordo com o Decreto nº 8.516/2015⁵⁴, o título de especialista é aquele concedido pelas Sociedades de Especialidades Médicas, por meio da AMB, ou pelos PRM, credenciados pela CNMR. Para que as Sociedades de Especialidades Médicas possam conceder tal titulação, é necessário que o candidato se submeta a um Exame de Suficiência, também conhecido como ‘prova de título’.

Em setembro de 2016, a AMB publicou a ‘Normativa de Regulação do Exame de Suficiência para Titulação de Especialista ou Certificação de Área de Atuação’, que estabelece a sistemática adotada por esse órgão e pelas Associações de Especialidade conveniadas, para a concessão de títulos de especialista e/ou certificados de área de atuação. Tal sistemática obedece ao disposto no Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015⁵⁴, e nas Normas Orientadoras e Regulamentadoras, homologadas pela Resolução CFM nº 2.148/2016⁷; tendo como um dos princípios norteadores “desburocratizar, agilizar e facilitar a emissão e entrega do Título de Especialista ou Certificado de Área de Atuação”²⁶.

Segundo a normativa da AMB, os Exames de Suficiência serão organizados e realizados pelas respectivas Associações de Especialidade com critérios que atendam às Resoluções CFM

nº 2.148/2016⁷ e nº 2.149/2016⁹. Também instrui que os exames deverão acontecer anualmente para todas as especialidades e áreas de atuação reconhecidas pela CME. O Exame de Suficiência deverá ter, como mínimo, duas das seguintes avaliações: teórica, teórico-prática, prática ou análise curricular. A Certificação por Proficiência, que significa somente análise curricular, será adotada como exceção, apenas na primeira vez após o reconhecimento de uma nova especialidade ou área de atuação. É importante destacar que a AMB, nos editais de titulação das suas associações filiadas, deverá prever a candidatura de médicos que não realizaram programas de especialização e/ou Residência Médica. Nesses casos, deverá exigir como único pré-requisito, de forma fundamentada, comprovação de atuação na área pelo dobro do tempo de formação do PRM, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais.

Dessa forma, foram estabelecidos como pré-requisitos obrigatórios para o candidato à prova de título:

- a) Tempo de formação na especialidade e/ou área de atuação igual ao previsto na Resolução CFM em vigor;
- b) Comprovação de registro definitivo no CRM;
- c) Cópia autenticada de certificado de:
 - c1) Conclusão de PRM reconhecido pela CNRM, ou;
 - c2) Conclusão de treinamento na especialidade, reconhecido pela Associação de Especialidade, com duração igual à do PRM da CNRM, ou;
 - c3) Comprovação de treinamento/capacitação na especialidade por meio de atividades profissionais, realizadas em período mínimo equivalente a duas vezes o recomendado pela CME. Deve incluir o tempo necessário para a formação geral (pré-requisito) e o da formação específica.

Algumas especialidades possuem mais de uma associação de caráter nacional, entretanto, para oferecer a prova de título, as Associações de Especialidades devem estar conveniadas com a AMB. No *quadro 3*, são apresentadas as Associações credenciadas pela AMB para as especialidades cuja formação e exercício são foco deste trabalho, bem como os respectivos anos de fundação.

Quadro 3. Sociedades que titulam as especialidades pesquisadas e seus respectivos anos de criação

Especialidade	Sociedade que titula	Ano de criação
Anestesiologia	Sociedade Brasileira de Anestesiologia ²⁸	1948
Angiologia	Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular ²⁹	1952
Cardiologia	Sociedade Brasileira de Cardiologia ³⁰	1943
Cirurgia Cardiovascular	Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ³¹	1969
Cirurgia Geral	Colégio Brasileiro de Cirurgões ³²	1929
Cirurgia Oncológica	Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica ³³	1988
Cirurgia Vascular	Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular ²⁹	1952
Endocrinologia e Metabologia	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia ³³	1950
Hematologia e Hemoterapia	Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia ^{*35}	1950
Mastologia	Sociedade Brasileira de Mastologia ³⁶	1957
Medicina de Família e Comunidade	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ³⁷	1981
Nefrologia	Sociedade Brasileira de Nefrologia ³⁸	1960
Neurocirurgia	Sociedade Brasileira de Neurocirurgia ³⁹	1957
Oftalmologia	Conselho Brasileiro de Oftalmologia ⁴⁰	1941
Oncologia Clínica	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica ⁴¹	1981
Ortopedia e Traumatologia	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia ⁴²	1935
Psiquiatria	Associação Brasileira de Psiquiatria ⁴³	1966
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ⁴⁴	1948
Radioterapia	Sociedade Brasileira de Radioterapia ⁴⁵	1948

Fonte: elaboração própria a partir dos *sítes* das Sociedades²⁸⁻⁴⁵.

*A Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH) nasceu da fusão da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH) com o Colégio Brasileiro de Hematologia (CBH).

Conforme dito, essas sociedades de especialistas publicam, anualmente, os editais que normatizam os critérios e/ou pré-requisitos estabelecidos para realização da prova de título, destinada a médicos que queiram o reconhecimento profissional de titulação para uma determinada especialidade e/ou área de atuação. O *quadro 4* resume informações sobre esses exames, tais como formato das provas, pré-requisitos para inscrição e respectivo custo para realização para as especialidades investigadas neste estudo.

Segundo a normativa da AMB, as Associações de Especialidade promotoras dos exames de suficiência estabelecerão, com critérios próprios, as taxas e os emolumentos correspondentes, salvaguardando o percentual de desconto ao associado da AMB, o qual não deve ser inferior ao concedido ao sócio da Associação. O custo médio de realização das provas, considerando os editais para o ano de 2019, foi de R\$ 1.829,00, sendo o menor valor cobrado para a prova de título o de especialista em Anestesiologia (R\$ 629,00); e o maior valor, cobrado para a prova de título em Ortopedia e Traumatologia (R\$ 3.300). Vale ressaltar que o custo de realização das provas apresentado se refere ao valor máximo cobrado, já que os sócios adimplentes das sociedades que titulam cada especialidade possuem desconto para a realização do exame.

Para realizar o exame de titulação, os candidatos devem preencher, pelo menos, um dos critérios exigidos pela Sociedade que titula a especialidade pleiteada. A apresentação de Certificado de Residência Médica credenciado pela CNRM é um critério comum a todas as especialidades, mas, em algumas delas, esse pré-requisito só é aceito se acrescido de alguma outra exigência. Por exemplo, o Certificado de Residência Médica em Cirurgia Geral e o Certificado de Residência Médica em Neurocirurgia só serão aceitos quando acrescidos da comprovação de experiência profissional. A Psiquia-

tria adiciona ao Certificado de Residência Médica a exigência de comprovação de, no mínimo, 50 horas em atividades científicas. Conforme já dito, além da apresentação do Certificado de Residência, a realização de cursos realizados em instituições credenciadas pela respectiva Sociedade e a experiência de atuação profissional também são critérios aceitos pela maior parte das especialidades pesquisadas.

O formato das provas é, em geral, uma combinação de várias etapas, que mormente contemplam prova teórica, prova oral, prova de casos clínicos, prova teórico-prática, análise curricular, conforme estabelecido pelas normativas, e outras variações, que dependem das especificidades de cada especialidade. Destacam-se, por exemplo, as etapas exigidas para obtenção do título de cirurgião cardiovascular – são seis provas distintas, incluindo apresentação de trabalho inédito na área, além de outros formatos avaliativos que distinguem o acesso a essa especialidade das demais especialidades estudadas.

Quadro 4. Informações sobre os requisitos para os exames de titulação de 19 especialidades

Especialidade (Acesso)	Formato das provas	Custo das provas (em reais)	Crítérios estabelecidos para realização da prova de título
Anestesiologia (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Prova oral	629	i) Certificado de Residência Médica em Anestesiologia credenciado pela CNRM; ii) Experiência de atuação profissional de, no mínimo, 6 anos; iii) Comprovação de participação em atividades científicas na área, devendo atingir, no mínimo, 100 pontos; iv) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade acrescido de experiência de atuação profissional de, no mínimo, 3 anos.
Angiologia (Exige-se residência em Clínica Médica)	i) Prova Teórica; ii) Prova de Casos Clínicos	2.300	i) Certificado de Residência Médica em Angiologia credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) Experiência de atuação profissional acrescido de Residência ou especialização em Clínica Médica.

Especialidade (Acesso)	Formato das provas	Custo das provas (em reais)	Critérios estabelecidos para realização da prova de título
Cardiologia (Exige-se residência em Clínica Médica)	i) Análise de currículo; ii) Prova teórica	2.280	i) Certificado de Residência Médica em Cardiologia credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) Treinamento/Capacitação em curso não credenciado pela Sociedade desde que finalizado até dezembro de 2014; iv) Experiência de atuação profissional; v) Certificado de conclusão de residência no exterior, desde que devidamente revalidado por instituições registradas no CNRM.
Cirurgia Cardiovascular (Exige-se residência em Cirurgia Geral)	i) Prova de conhecimento de imagem; ii) Prova teórica; iii) Prova de conhecimento CME (Continuing Medical Education), que consiste em responder às questões do Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery (BJCVS); iv) Realização de curso obrigatório de Metodologia para fins de apresentação de trabalho inédito em Cirurgia Cardiovascular; v) Apresentação de trabalho inédito, sendo o primeiro autor (não são aceitos relatos de caso, revisão de literatura ou artigos publicados, em parte ou no seu todo); vi) Prova prática	1.500	i) Certificado de Residência Médica em Cirurgia Cardiovascular credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; (iii) Experiência de atuação profissional.
Cirurgia Geral (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Prova de Casos Clínicos	2.300	i) Certificado de Residência Médica em Cirurgia Geral credenciado pela CNRM, acrescido de comprovação de experiência de atuação profissional; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela CNRM, acrescido de certificado credenciado pela CNRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Oncológica; iii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade acrescido de experiência de atuação profissional (no mínimo, 2 anos); iv) experiência de atuação profissional (no mínimo, 6 anos).
Cirurgia Oncológica (Exige-se residência em Cirurgia Geral)	i) Prova teórica; ii) Prova Oral.	845	i) Certificado de Residência Médica em Cirurgia Oncológica/Cancerologia Cirúrgica credenciado pela CNRM; ii) Experiência de atuação profissional.

Especialidade (Acesso)	Formato das provas	Custo das provas (em reais)	Critérios estabelecidos para realização da prova de título
Cirurgia Vascular (Exige-se residência em Cirurgia Geral)	i) Prova Teórica; ii) Prova de Casos Clínicos	2.300	i) Certificado de Residência Médica em Cirurgia Vascular credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) Experiência de atuação profissional acrescido de Residência ou especialização em Cirurgia Geral.
Endocrinologia e Metabologia (Exige-se residência em Clínica Médica)	i) Prova Teórica; ii) Prova de Casos Clínicos	1.500	i) Certificado de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade, acrescido de residência em Clínica Médica (R2); iii) Experiência de atuação profissional.
Hematologia e Hemoterapia (Exige-se residência em Clínica Médica)	i) Prova teórica; ii) Análise de currículo; iii) Prova teórico-prática	1.200	i) Certificado de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia credenciado pela CNRM; ii) Experiência de atuação profissional.
Mastologia (Exige-se residência em Ginecologia e Obstetrícia ou Cirurgia Geral)	i) Análise de currículo; ii) Prova teórica	2.500	i) Certificado de Residência Médica em Mastologia credenciado pela CNRM; ii) Certificado de Residência Médica em Mastologia credenciado pela CNRM, acrescido de título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia ou Cirurgia Geral, reconhecido pela AMB; iii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade ou por entidade equivalente no caso de cursos realizados no exterior; iv) Experiência de atuação profissional, acrescida de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia ou Cirurgia Geral e de comprovação em participação em atividades científicas na área de Mastologia.
Medicina da Família e Comunidade (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Análise de currículo	1.000	i) Certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade/Medicina Geral Comunitária credenciado pela CNRM; ii) Experiência de atuação profissional; iii) Comprovante de residência médica realizada no exterior, desde que devidamente reconhecido pela CNRM.
Nefrologia (Exige-se residência em Clínica Médica)	i) Prova teórica; ii) Prova teórico-prática	1.800	i) Certificado de Residência Médica em Nefrologia credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) Experiência de atuação profissional.

Especialidade (Acesso)	Formato das provas	Custo das provas (em reais)	Critérios estabelecidos para realização da prova de título
Neurocirurgia (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Prova oral; iii) Análise de currículo	1.500	i) Certificado de Residência Médica em Neurocirurgia credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/ Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) Treinamento em serviço de neurocirurgia realizado em outros países com formação curricular compatível com as normas estabelecidas pelo MEC, acrescido de participação em atividades científicas na área de Neurocirurgia; iv) Experiência de atuação profissional, acrescida de participação em atividades científicas na área de Neurocirurgia – *para quaisquer requisitos mencionados, é necessária a apresentação da relação de cirurgias realizadas durante o período de treinamento ou exercício da neurocirurgia.
Oftalmologia (Acesso direto)	i) Prova teórica I; ii) Prova teórico-prática; iii) Prova teórica II; iv) Prova prática	2.500	i) Certificado de Residência Médica em Oftalmologia credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/ Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) Experiência de atuação profissional.
Oncologia Clínica (Exige-se residência em Clínica Médica)	i) Prova teórica; ii) Prova teórico-prática	1.500	i) Certificado de Residência Médica em Oncologia Clínica/Cancerologia Clínica credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso que tenha carga horária igual ou superior à Residência Médica; iii) Residência médica concluída no exterior em instituição de referência, com carga horária igual ou superior à Residência reconhecida pela CNRM, acrescida experiência de atuação profissional ou especialização em instituição nacional; iv) Experiência de atuação profissional de, no mínimo, 6 anos consecutivos, com jornada semanal mínima de 30 horas.
Ortopedia e Traumatologia (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Prova teórico-prática	3.300	i) Certificado de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade acrescido do critério de ter sido regularmente cadastrado na Comissão de Ensino e Treinamento da Sociedade como residente do primeiro ao terceiro ano; iii) Experiência de atuação profissional.
Psiquiatria (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Prova prática	2.200	i) Certificado de Residência Médica em Psiquiatria credenciado pela CNRM, acrescido de, no mínimo, 50 pontos em atividades científicas; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade, acrescido de, no mínimo, 100 pontos em atividades científicas; iii) Experiência de atuação profissional, acrescida de, no mínimo, 150 pontos em atividades científicas.

Especialidade (Acesso)	Formato das provas	Custo das provas (em reais)	Critérios estabelecidos para realização da prova de título
Radiologia e Diagnóstico por Imagem (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Prova teórico-prática	2.100	i) Certificado de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem credenciado pela CNRM; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) 100 pontos em atividades científicas; iv) Experiência de atuação profissional.
Radioterapia (Acesso direto)	i) Prova teórica; ii) Prova teórico-prática	1.500	i) Certificado de Residência Médica em Radioterapia; ii) Treinamento/Capacitação em curso credenciado pela Sociedade; iii) Experiência de atuação profissional.

Fonte: elaboração própria, a partir dos editais publicados pelas Sociedades para o ano de 2019²⁸⁻⁴⁵.

Registro de Qualificação de Especialista do CFM

O registro do especialista no CFM existe desde a criação do órgão, mas se tornou obrigatório para fins de publicidade médica somente com a publicação da Resolução CFM nº 1.974/2011⁵⁵, sendo denominado RQE. É importante destacar que essa obrigatoriedade se aplica somente aos médicos que desejam se anunciar como especialistas, visto que podem atuar em qualquer área do saber médico, independentemente de possuir curso de formação e/ou registro como especialistas. Dito de outra forma, o exercício de qualquer especialidade médica é livre aos médicos graduados em Medicina e devidamente registrados no CFM. No entanto, a utilização do título de especialista e o anúncio como tal são permitidos somente aos médicos que possuem o RQE. Nesse caso, os anúncios deverão conter, obrigatoriamente, a especialidade e/ou área de atuação registrada no CRM, o número do CRM e o número de registro do RQE. Os médicos que possuíam registro anteriormente à Resolução nº 1.974/2011⁵⁵ foram obrigados a refazer o seu registro, para adquirir o RQE, sob pena de incorrerem em infração ética.

Como vimos, a obtenção do RQE depende da apresentação do certificado de conclusão de Residência Médica, expedido pela CNRM, ou do certificado do título de especialista expedido pela AMB. Exceção é feita para aqueles que obtiveram titulação antes de 15 de abril de 1989, a partir de critérios específicos, a qual considerou a diversidade de situações dos especialistas existentes antes das normas vigentes.

Registro de especialista que obtiveram titulação antes de 15 de abril de 1989

Recentemente, por meio da Resolução CFM nº 2.220/2018⁵⁶ (publicada em janeiro de 2019), o CFM simplificou as regras para o RQE dos médicos que já atuavam como especialista até abril de 1989, mas não tinham a especialidade reconhecida pela CNRM ou por alguma sociedade filiada à AMB. O propósito dessa resolução foi reconhecer aqueles médicos que se dedicavam a uma especialidade e que passaram a ter dificuldades no seu reconhecimento após a obrigatoriedade estabelecida em 2011. Efetivamente, em 15 de abril de 1989, com a assinatura do convênio entre o CFM e a AMB, o registro de títulos de especialistas ficou limitado aos emitidos pela AMB ou pela CNRM. Com isso, médicos não possuidores de documentos dessas entidades tiveram, em muitos casos, seus direitos interrompidos. Posteriormente, com a assinatura do convênio entre AMB, CFM e CNRM, em 2002, criou-se um vácuo legal, que impedia o registro de especialistas atuantes até abril de 1989. Para restabelecer os direitos dos que já atuavam como especialistas antes dessa data e que requeriam o registro no CFM, foi publicada a Resolução nº 1.960/10. Ela, porém, trazia inconsistências que dificultavam uma análise adequada dos

documentos apresentados pelos médicos, o que levou alguns médicos a recorrerem ao CFM para conseguir seus RQE. Com a Resolução nº 2.220/18⁵⁶, buscou-se facilitar a interpretação e a aplicação das normas, permitindo, assim, que o registro seja feito sem burocracia no CRM.

Para esses casos específicos, ficou estabelecido que o médico que desejar obter o RQE deve atender a um dos seguintes requisitos: 1) possuir certificado de conclusão de curso de especialização correspondente à especialidade cujo reconhecimento está sendo pleiteado; 2) dispor de título de especialista conferido por entidade de âmbito nacional integrante do conselho científico da AMB; 3) ter título de livre-docente ou de doutor na área da especialidade; 4) ocupar cargo na carreira de magistério superior ou de caráter profissional na área da especialidade anterior a 15 de abril de 1989; ou, ainda, 5) possuir títulos que, embora não se enquadrem nas possibilidades anteriores, possam ser julgados suficientes pela CME.

Atualmente, as decisões em torno da regulamentação, obtenção de título e registro nas especialidades médicas no CFM passam pelo crivo da CME. Conforme já dito, a CME é uma instancia criada em 2002, que reúne o CFM, autarquia federal de regulação da profissão médica no País, a AMB e a CNRM. A obtenção do título de especialista, bem como o registro no CFM por meio da prova de título, está regulamentada pela Resolução CFM nº 2.148/16³, quando se estabeleceu uma padronização e ‘anualização’ de todos os exames de titulação médica no País. Antes disso, cada sociedade de especialistas definia sobre quando e como fazer o respectivo exame de titulação médica.

Cadastro Nacional de Especialistas

Em 2015, foi criado o Cadastro Nacional de Especialistas, pelo Decreto nº 8.516/15⁵⁴, com vistas a reunir informações relacionadas com os profissionais médicos e subsidiar o Ministério da Saúde e o MEC na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional.

O Cadastro Nacional de Especialistas, de responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no que diz respeito à sua constituição, gestão e atualização, foi criado para ser a base de informação pública oficial de integração das informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico constantes nas bases de dados da CNRM, do CFM, da AMB e das Sociedades de Especialidades a elas vinculadas. Nesse decreto, estabeleceu-se que o título de especialista é aquele concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da AMB, ou pelos PRM, credenciados pela CNRM. No mesmo decreto, criou-se também a CME, vinculada ao CFM, com o propósito de definir, por consenso, as especialidades médicas do País. Essa Comissão é composta de dois representantes da CNRM (um do MEC e outro do Ministério da Saúde), dois representantes do CFM e dois representantes da AMB.

A fim de assegurar a atualização do Cadastro Nacional de Especialistas, o decreto igualmente estabeleceu que a AMB e os PRM credenciados pela CNRM, únicas entidades concedentes de títulos de especialidades médicas no País, sempre que emitirem certificação de especialidade médica, em qualquer modalidade, informariam ao Ministério da Saúde as informações concernentes, ressalvadas

aquelas sob sigilo nos termos da lei. Embora vigente, o Cadastro Nacional de Especialistas sofre com problemas de falhas no envio e no registro de informações, seja pela falta delas, seja por questões de natureza técnica e administrativa, que ainda não possibilitaram uma integração efetiva e atualizada das bases de dados provenientes das instituições envolvidas.

Considerações finais

Essa nota teve como propósito principal descrever os fluxos e os movimentos regulatórios existentes no que se refere à formação e ao treinamento médicos na pós-graduação, com vistas à especialização, e em torno à obtenção de título de especialista e o seu posterior registro no CFM. Em relação a essa temática, algumas considerações se destacaram ao longo deste estudo:

1. O exercício de qualquer área da medicina é permitido ao médico graduado por escolas credenciadas e reconhecidas pelo MEC e com registro no CRM do estado em que o médico atua profissionalmente. Apesar de não existir nenhum requisito legal para praticar qualquer especialidade médica no mercado de trabalho, é imprescindível a formação continuada e permanente dos profissionais de saúde, a fim de assegurar a qualidade dos serviços prestados.
2. Atualmente, o CFM reconhece e registra médicos especialistas em 55 especialidades médicas e em 59 áreas de atuação. Esse número vem sendo modificado periodicamente, seja para excluir, alterar nomenclatura ou acrescentar novas especialidades e áreas de atuação.
3. As principais normas reguladoras vigentes sobre as especialidades médicas foram editadas muito recentemente

(a partir de 2002, com a formalização da CME e demais resoluções derivadas dessa composição), em uma tentativa de padronização dos meios para formação e titulação de médicos especialistas no Brasil. Essas normas envolvem a participação ativa das principais instituições vinculadas a essa matéria, que são a CNRM, a AMB e o CFM. Juntas, elas são responsáveis pelo reconhecimento e pela definição das regras que envolvem a formação, a titulação e o registro das especialidades médicas no Brasil.

4. No reconhecimento e padronização do escopo das especialidades médicas, é preciso destacar o papel fundamental de cada uma das Associações de Especialistas, credenciadas pela AMB. Como exemplo dessa relevância, está o fato de serem as sociedades as responsáveis por definir as matrizes de competência da formação dos especialistas, que irão, em última análise, definir o conjunto de conhecimentos e atributos necessários ao médico que irá atuar na respectiva especialidade.
5. O ‘padrão ouro’ de formação de especialista no Brasil (como em praticamente todo o mundo) é a Residência Médica, regulada pela CNRM, estrutura vinculada ao MEC.
6. Existem duas outras vias de formação de médicos especialistas no País, que são os cursos de pós-graduação *lato sensu*, ofertados pelas IES e cadastrados no e-MEC (sujeitos, portanto, às regras do MEC para cursos *lato sensu*), e os cursos de especialização credenciados pelas Sociedades de Especialidades Médicas (que podem ou não estar incluídos entre os cursos cadastrados no e-MEC). Esses cursos, em geral, obedecem aos parâmetros estabelecidos para formação de especialistas nos PRM, o que significa que possuem carga

horária mínima e tempo de formação semelhantes, assim como a respectiva matriz de competência (pelo menos, para aquelas especialidades que já definiram sua matriz de competência).

7. Ainda no quesito de formação e treinamento, observa-se uma oferta crescente e significativa de cursos de curta duração, estágios, *fellowships* e atualizações que, além de propiciar o devido conhecimento teórico e prático necessário à atuação profissional do especialista, podem ser utilizados para compor os baremas da análise curricular dos médicos que almejam realizar a prova de título.
8. Os cursos de pós-graduação *stricto sensu*, Mestrados e Doutorados, destinados à formação acadêmica, de ensino e de pesquisa, são também fonte de formação, porém, no que diz respeito ao exercício e titulação de especialistas, são tidos como complementares, considerados apenas como parte da pontuação curricular para as provas de título de especialistas.
9. O título de especialista e seu registro nos CRM podem ser obtidos de duas maneiras: i) pela apresentação do certificado de conclusão da Residência Médica diretamente no CRM; ou ii) pela realização da prova de título, um exame ofertado anualmente pelas Sociedades de Especialidades médicas credenciadas pela AMB, obtendo-se daí o certificado de especialista pela AMB e o RQE no CRM.

Como demonstram os dados relativos aos PRM no País, o número de vagas existentes não atende à demanda anual de egressos e, muito provavelmente, à demanda real dos médicos que desejam atuar como especialista. Como pode ser visto neste capítulo, esse problema é minimizado pela abertura à obtenção de formação

e titulação de médicos especialistas por outras vias, e o mercado educativo tem respondido a essa abertura, na oferta de um amplo e crescente conjunto de cursos, de curta e longa duração, moldados ou não ao modelo da Residência Médica.

Referências

1. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União. 11 Jul 2013. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm.
2. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Out 2013. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm.
3. Ribeiro MAA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2011. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011_123.pdf.
4. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Página inicial. [acesso em 26 jul 2022]. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br>.
5. Andrade PJN. Algumas considerações sobre a pirâmide invertida da formação médica brasileira e suas consequências para o

treinamento em cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2005 [acesso em 2020 jul 24]; (85):428-431. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/nX9kYZmRsdnZYB8XNMKxnKh/?lang=pt#>.

6. Brasil. Lei nº 6.932/81, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Presidência da República. 7 Jul 1981. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm.
7. Conselho Federal De Medicina. Resolução nº 2.148 de 22 de julho de 2016. Homologa a portaria CFM/CME Nº 1, DE 22-07-2016. Diário Oficial da União. 3 Ago 2016 [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2148_2016.pdf
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.634 de 11 de abril de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina-CFM, a Associação Médica Brasileira-AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM. Diário Oficial da União. 29 Abr 2002. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1634_2002.pdf.
9. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.149 de 22 de julho de 2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas e atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União. 3 Ago 2016. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2149_2016.pdf.
10. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Anestesiologia. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <http://portal>.

mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102641-matriz-anestesiologia&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.

11. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Cirurgia Cardiovascular. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103021-matriz-cirurgia-cardiovascular-1&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.
12. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Cirurgia Geral. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=-102651-matriz-cirurgia-geral-e-area-c-irurgica&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.
13. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Cirurgia Oncológica. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102771-matriz-cirurgia-oncologica&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.
14. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Endocrinologia e Metabologia. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102821-matriz-endocrinologia-e-metabologia&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.
15. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Neurocirurgia. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102751-wmatriz-neurocirurgia&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.

16. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Oncologia Clínica. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102731-matriz-oncologia-clinica&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.
17. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência de Ortopedia e Traumatologia. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102671-matriz-ortopedia-e-traumatologia&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.
18. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competência em Cirurgia Vascular. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=124771-17-matriz-cir-vascular-pub&category_slug=setembro-2019&Itemid=30192.
19. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Cardiologia – Cardiointensivismo. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119671-5-matriz-de-competencia-ano-opcional-cardiologia-cardiointensivismo&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192.
20. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Mastologia. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=128112-matriz-mastologia&category_slug=novembro-2019&Itemid=30192.
21. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=-

download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192.

22. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Nefrologia. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=128181-matriz-nefrologia-publ&category_slug=novembro-2019&Itemid=30192.
23. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119781-14-matriz-de-competencias-radiologia-e-diagnostica-por-imagem&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192.
24. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Radioterapia. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119691-7-matriz-radioterapia&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192.
25. Associação Médica Brasileira. Normativa de regulamentação do exame de suficiência para titulação de especialista ou certificação de área de atuação. São Paulo: AMB; 2016. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: http://www.sbccv.org.br/imageBank/normativa_de_titulo_2016_final__1_.pdf.
26. Associação Brasileira de Educação Médica. Cadernos da Abem. Rio de Janeiro: ABEM; 2011. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol07.pdf.

27. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Presidência da República. 5 Set 1977. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm.
28. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.sbahq.org>.
29. Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br>.
30. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br>.
31. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br/medica/default.asp>.
32. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://cbc.org.br>.
33. Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. Página inicial. [acesso em 18 set 2020]. Disponível em: <http://sbco.org.br>.
34. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br>.
35. Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://abhh.org.br>.
36. Sociedade Brasileira de Mastologia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br>.

37. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br>.
38. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.sbn.org.br>.
39. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.portalsbn.org>.
40. Colégio Brasileiro de Oftalmologia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.cbo.net.br/novo/publico-geral>.
41. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.sboc.org.br>.
42. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://sbot.org.br>.
43. Associação Brasileira de Psiquiatria. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://www.abp.org.br>.
44. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://cbr.org.br>.
45. Sociedade Brasileira de Radioterapia. Página inicial. [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://sbradioterapia.com.br>.
46. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.221 de 23 de novembro de 2018. Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União. 24 Jan 2019 [acesso em 2020 ago 17]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60341676.

47. Franco RS, Franco CAGS, Portilho EML, et al. O conceito de competência: uma análise do discurso docente. *Rev Bras Ed Med*. 2014 [acesso em 2020 jul 20]; (38):173-181. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200003>.
48. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Jun 2014. [acesso em 2020 jun 14]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-r-ces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
49. Valente AAMO, Caldato MCF. Matriz de Competências para Programas de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2019 [acesso em 2020 set 8]; 1(suplI):195-206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022019000500195&lng=en&nrm=iso.
50. Brasil. Ministério da Educação. Preenchimento dos Pedidos de Credenciamento Provisório, Credenciamento 5 anos, Recredenciamento e Aumento de vagas. 2008. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <http://siscnrm.mec.gov.br/publico/pages/manual.pdf>.
51. Brasil. Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Presidência da República. 15 Set 2011. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm.
52. Marcial TM, Paulino UHM, Neves LJVA, et al. Manual para as Comissões de Residência Médica – COREMES. Orientações para

- credenciamento e funcionamento de programas de residência médica. Associação de Apoio a Residência Médica de Minas Gerais. 2016. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: https://www.galaxcms.com.br/up_crud_comum/601/ManualCoremes201620160706151934.pdf.
53. Brasil. Ministério da Educação. [homepage na internet]. Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <http://siscnrm.mec.gov.br>.
54. Brasil. Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Presidência da República. 10 Set 2015. [acesso em 2020 jun 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm.
55. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.974, de 14 de julho de 2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Diário Oficial da União. 19 Ago 2011. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1974>.
56. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.220 de 22 de novembro de 2018. Dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989. Diário Oficial da União. 24 Jan 2019 [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2220>.

Fontes de informação e bases de dados quantitativos utilizadas para análise das especialidades médicas no Brasil

Lucas Wan Der Maas, Jackson Freire Araujo, Sabado Nicolau Girardi

O presente capítulo descreve o trabalho de sistematização e crítica do conjunto de bases de dados disponíveis em fontes de informação secundárias de dados quantitativos, que foram utilizados para análise da formação e mercado de trabalho de médicos especialistas no Brasil. Ressalta-se de início que malgrado os esforços realizados por distintas gestões de governo na saúde ainda não se logrou constituir um cadastro unificado e regularmente atualizado dedicado ao registro de especialidades médicas no Brasil, e sim registros administrativos dos órgãos e entidades da administração pública e associações e sociedades corporativas profissionais que podem ser recortados para a análise dos fenômenos do mercado de trabalho e formação das especialidades médicas.

Recorte das fontes de informação sobre Força de Trabalho em Saúde para análise das especialidades médicas no Brasil

As fontes de informação são um elemento central para o dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (FTS), pois muitos limites são impostos em função da disponibilidade e abrangência delas. No Brasil, existem inúmeras fontes de informação que dispõem de bases de dados que podem ser recortadas analiticamente para o dimensionamento da oferta e da demanda da FTS. São registros administrativos e inquéritos oficiais que possuem distintos propósitos, níveis de abrangência, períodos de coleta e rotinas de atualização. Em alguns casos, ocorrem limites ao dimensionamento pela falta de cobertura de algumas profissões, ocupações e atividades de saúde; em outros, em função dos recortes existentes de segmentos específicos dos mercados formativos e de trabalho. Em muitos casos, faz-se necessário combinar fontes diversas e utilizar estimativas¹. No caso das especialidades médicas, o desafio é combinar fontes de informação buscando obter a oferta de médicos portadores de títulos de especialista e a demanda efetiva ou de ocupados em especialidades no mercado de trabalho.

Pelo lado da oferta, é possível dimensionar os especialistas concluintes dos cursos de Residência Médica e os que foram aprovados nos concursos das Sociedades de Especialistas, únicas vias formais de obtenção de titulação em especialidades médicas no País. Nesse sentido, é necessário combinar, respectivamente, os cadastros da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e da Associação Médica Brasileira (AMB). Outra fonte possível para coleta de informações sobre oferta de especialistas é o cadastro do Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do Registro de

Qualificação de Especialista (RQE), o qual é realizado pelo médico com titulação que deseja se anunciar como especialista. Em todas as fontes citadas, porém, não é possível identificar as condições de atividade e ocupação dos titulados, isto é, se os profissionais atuam na especialidade.

Citam-se, ainda, como fontes complementares à análise da oferta de especialistas: i) o Censo da Educação Superior (CES) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), para dados sobre os fluxos da formação de médicos no nível da graduação; ii) o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (e-MEC), que fornece informações sobre cursos de pós-graduação *lato sensu* não caracterizados como Residências Médicas; e iii) o cadastro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), sobre cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

Pelo lado da demanda, cada fonte possui uma abrangência específica das atividades médicas no mercado de trabalho. Há possibilidades distintas de registro das especialidades, as quais podem corresponder ao cargo de trabalho ocupado, a um procedimento realizado ou mesmo à titulação do profissional. Ainda que as diversas fontes possam ser utilizadas de forma combinada, restam setores dos mercados profissionais de especialistas que não são cobertos por registros administrativos e inquéritos de acesso público, como é o caso de boa parte do segmento de planos e seguros de saúde e do privado por desembolso direto.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde é o que tem sido mais utilizado nos últimos anos, pois fornece informações de médicos ocupados em estabelecimentos de saúde segundo especialidade ocupacional. Embora represente um segmento específico dos mercados de trabalho médicos, seu uso

permite dimensionar a demanda efetiva da parcela mais significativa (em termos numéricos) desses mercados, isto é, a de serviços de assistência direta à saúde, realizados em estabelecimentos cuja natureza é exclusiva para tal fim¹.

Em comparação às fontes de dados sobre oferta de especialistas, o uso do CNES para dimensionamento da demanda se destaca por refletir melhor o exercício das especialidades no mercado de trabalho, já que boa parte dos médicos não se limita à prática de uma única especialidade e não há uma necessária relação entre a prática com a existência de titulação equivalente à especialidade. Por mais que haja mecanismos restritivos ao exercício e anúncio de especialidades presentes no Código de Ética Médica e atos normativos do CFM, não há na legislação brasileira restrição à prática de qualquer ato médico por parte de médicos não titulados via Residência Médica ou concurso das Sociedades de Especialistas. Além disso, o que é reconhecido como especialidade no CNES, na perspectiva do declarante (o próprio médico ou seu contratante), não necessariamente respeita as fronteiras formalmente estabelecidas pela titulação. Enquanto registro de atividade ocupacional, reflete as funções, as atribuições, as ações e os procedimentos realizados pelos profissionais no curso da ação laboral, executada (ou esperada) segundo o contrato ou cargo registrado. A taxonomia ocupacional utilizada para tal fim pode ou não corresponder a uma especialidade médica reconhecida pelo CFM.

Ainda pelo lado da demanda, a Relação Anual de Informações Sociais (Rais) é de extrema importância para dimensionar e caracterizar o mercado formal de médicos, que representa uma expressiva fatia do trabalho da profissão. Pela natureza do dado, trata-se do dimensionamento da demanda efetiva de postos de trabalho de médicos na economia formal, tanto das atividades de assistência direta à saúde como das

atividades indiretas, que não estão cobertas pelo CNES, por exemplo. É possível levantar sinais sobre o comportamento do mercado de trabalho formal, desde o ponto de vista estrutural, mas também de fluxos de admissão e desligamentos e remuneração dos empregos de médicos.

Descrição das fontes utilizadas

Fontes de dados de ofertaⁱ

CADASTRO DO CFM

O cadastro do CFM agrega os registros dos conselhos regionais que se limitam à identificação da situação do profissional em relação ao registro (inscrição primária ou secundária; ativa ou desligada) e atributos como sexo e idade. No que se refere ao registro de especialidades, há um campo específico que informa o RQE, o qual é preenchido pelo médico interessado no registro e desde que comprove sua titulação concedida pela CNRM ou AMB. O RQE é a fonte para que o médico possa se declarar como especialista no mercado e do controle que o CFM faz desse exercício. Casos excepcionais e titulações obtidas antes de 1989, ano em que os títulos CNRM e AMB passaram a ser reconhecidos, também são cadastrados via RQE. Destaca-se que nem todo médico titulado realiza esse registro, e isso não representa uma discordância em relação ao Código de Ética da profissão. De fato, nenhuma legislação proíbe o exercício de especialidades não declaradas (seja por titulados ou por não titulados), embora a ausência de RQE possa ser utilizada como meio de repreensão em caso de má prática profissional. Uma limitação decorrente da não obrigatoriedade de preenchimento desse campo

ⁱ As descrições sobre os cadastros CFM, CNRM e AMB prestadas neste capítulo são baseadas nas informações disponíveis nos microdados acessados no âmbito da pesquisa.

é a verificação de sub-registro, o que impossibilita a contagem total do número de especialistas por essa fonte.

CADASTRO DA CNRM

O sistema de informação da CNRM dispõe de dados sobre os certificados concedidos pelos Programas de Residência Médica que são credenciados. A titulação do profissional, bem como seu registro, ocorre automaticamente, sem necessidade de anuência por parte das entidades médicas. É uma importante fonte sobre especialistas, mas deve-se levar em consideração seu limite de abrangência, isto é, especialistas egressos de cursos que são regulados pela CNRM. Portanto, o cadastro não abrange a totalidade de títulos emitidos, e seus dados devem ser utilizados complementarmente a outras fontes de dados para uma contagem mais aproximada do estoque de especialistas titulados. Outro limite é quanto à ausência de padronização do registro da especialidade, uma vez que a instituição informa apenas o nome do programa. Ainda que esses nomes estejam alinhados à lista de especialidades reconhecidas, é necessário proceder à limpeza e posterior categorização ou padronização deles.

CADASTRO DA AMB

O cadastro da AMB informa quais são os médicos titulados de acordo com a data de aprovação no exame das Sociedades de Especialistas e a especialidade. Assim como ocorre em relação ao cadastro da CNRM, trata-se de uma importante fonte sobre médicos especialistas, mas que também é limitada, pois oferece o dimensionamento apenas dos especialistas que se titularam por intermédio das Sociedades. Portanto, deve ser usada em complementaridade a outras fontes. É importante ressaltar ainda que nem todos os médicos

que exercem especialidades no mercado de trabalho procuram as respectivas entidades para realizar os exames, mesmo profissionais que realizaram cursos de especialização *lato sensu* que não se caracterizam como Residências. O dimensionamento de especialistas titulados deve ser feito, portanto, pela combinação dos registros da AMB e da CNRM.

CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DO INEP

O CES do Inep do Ministério da Educação (MEC) é feito anualmente com a finalidade de coletar informações sobre o ensino superior em todo o território nacional. Na base de dados do CES, é possível consultar informações como: instituições de ensino, número de cursos, vagas, egressos, docentes e alunos, além de dados financeiros, de infraestrutura, instalações, equipamentos e recursos institucionais². Trata-se de uma fonte importante na qual se podem cotejar informações sobre os cursos de medicina. Apesar de limitado ao nível da graduação, a utilização do CES é central para avaliar as tendências sobre os egressos, considerando que seu comportamento afetará a disponibilidade e a composição da população de especialistas no futuro.

CADASTRO NACIONAL DE CURSOS DE INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

O e-MEC é um sistema eletrônico do MEC que tem a finalidade de acompanhar os processos que regulam a educação superior no Brasil, isto é, avaliação, autorização, credenciamento e credenciamento de Instituições de Educação Superior. Por meio dele, é possível consultar informações sobre cursos de graduação e pós-graduação *lato sensu* (especialização) autorizados no País³, à



exceção das Residências Médicas, que são de responsabilidade da CNRM. Seu conteúdo abrange dados sobre as instituições de ensino (nome, categoria administrativa, organização acadêmica) e os cursos (denominação, área, modalidade, carga horária). Pelo cadastro, é possível encontrar cursos correspondentes às especialidades médicas mediante denominações ou áreas, mas não é viável saber se eles são destinados exclusivamente a médicos, o que limita seu uso. Porém, é plausível fazer um filtro de cursos com carga horária muito superior à média e que, por isso, assemelham-se às mesmas cargas exigidas para as Residências Médicas.

CADASTRO DA CAPES

O cadastro da Capes, fundação vinculada ao MEC, oferece informações sobre os cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) credenciados de todo o País e em todas as áreas de conhecimento⁴. Embora os cursos dessa modalidade não se constituam como fonte de treinamento em especialidades médicas, pois visam formar competências acadêmicas, sua utilização oferece um quadro complementar.

Fontes de dados de demanda

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

O CNES é o registro administrativo oficial do Ministério da Saúde, de preenchimento compulsório para os estabelecimentos de saúde de todo o País, como hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), consultórios, policlínicas, clínicas especializadas, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), entre outros. O cadastro não contempla estabelecimentos que prestam assistência à saúde, mas

que, do ponto de vista setorial, estão fora do Núcleo do Macrosetor Saúde, isto é, consultórios e clínicas localizados no interior de indústrias, comércios, instituições de ensino etc. Da mesma forma, não contempla estabelecimentos que realizam atividades indiretas ou complementares da saúde, como instituições de ensino e pesquisa, indústria e comércio de fármacos e equipamentos e produtos de saúde em geral, serviços de saúde animal, entre outros¹.

O preenchimento do registro é realizado diretamente pelos estabelecimentos, e os dados são verificados por gestores das secretarias municipais e estaduais de saúde, para então serem encaminhados ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Data-sus), que consolida as informações. A atualização é diária, mas todo mês é gerada uma posição consolidada do cadastro após exclusão dos registros de baixa, inclusão de registros novos ou modificados e manutenção dos que não sofreram movimentação. Note-se que todo estabelecimento de saúde é obrigado a criar um registro no CNES, contudo, isso não ocorre quanto ao preenchimento e atualização dos dados, exceto quando a informação a ser preenchida está vinculada ao faturamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O conteúdo do cadastro dispõe de dados referentes à área física, equipamentos existentes, tipos de serviços prestados e recursos humanos. Nesse último caso, é possível identificar, para cada vínculo do profissional com o estabelecimento, a ocupação a seis dígitos segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)⁵, o número de horas trabalhadas (discriminadas em horas ambulatoriais, hospitalares e outras) e o tipo de vinculação com o estabelecimento. Os vínculos podem ser do tipo empregatício (estatutário, celetista etc.), autônomo (Pessoa Física ou Jurídica), cooperado, entre outros, como bolsistas e estagiários. São registrados tanto os vínculos diretos com o estabelecimento quanto os intermediados (por filantrópicas, Orga-

nizações Sociais, empresas etc.). É possível cruzar essas informações com atributos do estabelecimento (como natureza jurídica, esfera administrativa e localização geográfica). Os dados são desagregados até o nível geográfico municipal.

Em razão de o cadastro possuir informações mais bem atualizadas para estabelecimentos e vínculos de trabalho que faturam pelo SUS, o cadastro tem um importante limite no que diz respeito ao dimensionamento do setor da Saúde Suplementar sem convênio ou contrato com o SUS. Outro limite se refere ao processo de atualização das informações sobre recursos humanos, já que, em alguns casos, há um atraso em relação aos períodos de admissão, alteração ou desligamento do vínculo. Isso ocorre pela não obrigatoriedade de fazê-lo, pelo tempo gasto na tramitação das informações do estabelecimento até o Datasus, ou mesmo por motivo de fraude. Ressalta-se ainda que a forma de registro dos vínculos dos profissionais com os estabelecimentos não permite discriminar quais correspondem à realização de procedimentos, plantões e pacotes de consulta, que não deveriam ser confundidos com os postos de trabalho do tipo empregatício, dada a natureza esporádica e atípica daqueles.

RELAÇÃO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS

A Rais, registro administrativo do Ministério do Trabalho e Previdência, é um levantamento de âmbito nacional e periodicidade anual, considerado o Censo do mercado formal brasileiro. Os dados são prestados por todos os estabelecimentos empregadores do País que devem declarar compulsoriamente os empregos de celetistas (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT); servidores da administração pública; trabalhadores temporários ou com contrato de trabalho de prazo determinado, de acordo com as legislações específicas dos

estados e municípios; entre outros. Os dados são desagregados até o nível do município^{1,6}. O acesso pode ser feito pela internet por meio do Sistema Dardo.

A partir da análise dos dados da Rais, é possível conhecer, de forma descritiva, o estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro de cada ano segundo sexo, faixa etária e graus de escolaridade do empregado, além de características gerais do trabalho, como rendimentos, tempo de serviço, tipo de vínculo e natureza jurídica do empregador. Além do estoque de empregos, dispõe-se também dos fluxos de mercado de trabalho por tipo de admissão e por causa do desligamento¹⁻⁶.

A Rais também dispõe das informações sobre a atividade econômica do estabelecimento empregador, dado pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)⁷, e da ocupação, dada pela CBO⁵. Nesse sentido, para uma análise ocupacional, como é o caso dos médicos, é possível verificar a composição do emprego segundo atividade econômica. O uso da Rais, entretanto, é limitado, pois está sujeito aos problemas de definição de algumas atividades e de compatibilização de ocupações entre diferentes períodos da série histórica disponível. Além disso, também é limitado por se restringir ao mercado formal e aos vínculos de emprego, ou seja, não é possível contar o estoque de profissionais e trabalhadores, somente o de empregos; e, mesmo assim, excetuando aqueles localizados na economia informal.

Identificação das especialidades médicas nas bases de dados

As fontes de informação aqui discriminadas representam inúmeras possibilidades de dimensionamento das especialidades no Brasil, todavia, nenhuma delas permite encontrar o número

total de especialistas e sua respectiva distribuição geográfica. A avaliação, nesse sentido, é de que as fontes devem ser utilizadas de forma complementar e conforme a necessidade. Entende-se que há, pelo menos, duas possibilidades de dimensionamento por intermédio dessas fontes: uma que identifica os especialistas titulados, isto é, os que concluíram curso de Residência Médica e/ou foram aprovados nos exames das Sociedades; e outra que identifica os que estão ocupados no mercado de trabalho exercendo funções próprias das especialidades.

Neste estudo, o dimensionamento das especialidades no Brasil foi realizado pelos dois critérios. Essa abordagem permitiu confrontar as informações de diferentes fontes de informação no sentido de verificar a dinâmica de disponibilidade efetiva da força de trabalho médica para cobrir as necessidades de serviços especializados nos sistemas de saúde no País. Pelo lado da oferta de especialistas, foi possível dimensionar o volume de titulados e de ocupados no mercado de trabalho. Pelo lado da demanda, verificou-se a correspondência entre titulação e exercício, quais especialidades estão mais dependentes da oferta de titulados e quais as combinações que os médicos fazem em torno de práticas com escopos clínicos semelhantes. Foi possível, ainda, analisar os fatores relacionados com a distribuição da oferta e demanda no território e, portanto, o que explica, por um lado, as situações de carência assistencial e, por outro, de saturação de mercado.

O dimensionamento de especialistas foi feito:

- Pela identificação dos médicos titulados nas especialidades reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME) e desde que estivessem registrados, simultaneamente ou não, nos cadastros CFM, CNRM e AMB. Portanto, foram dimensionados os quantitativos de portadores de títulos de

Residência Médica e os títulos emitidos via aprovação nos concursos das Sociedades de Especialistas. Ressalta-se como limitação, porém, o fato de que a existência de titulação não implica necessário exercício da especialidade correspondente, já que o médico pode optar por outras especialidades ao atuar no mercado;

- Pela identificação dos médicos ocupados nas especialidades reconhecidas pela CME e desde que estivessem registrados no CNES. Ressalta-se que esse registro é a fonte que melhor permite dimensionar o estoque de especialistas por abarcar a quase totalidade dos médicos em serviços de assistência à saúde, mesmo que haja sub-representação do setor da Saúde Suplementar não conveniado ao SUS. Essa opção se justifica também por refletir melhor o exercício das especialidades no mercado de trabalho, já que boa parte dos médicos não se limita à prática de uma única especialidade e não há uma necessária relação entre exclusividade de prática com a existência de titulação equivalente a especialidade;
- Complementarmente, foram feitos os seguintes dimensionamentos: fluxos da formação de médicos no nível da graduação por meio do CES do Inep; quantitativos de cursos de pós-graduação médica que não conferem títulos de especialistas por intermédio dos cadastros e-MEC e Capes; e quantitativos dos vínculos formais de emprego em especialidades médicas pela Rais.

Acesso e customização dos dados

O acesso aos cadastros CFM, CNRM e AMB foi realizado por meio do antigo Cadastro Nacional de Especialidades Médicas (CNEM)⁸,

iniciativa do Ministério da Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM). O CNEM tinha como objetivo reunir diversas fontes de informação sobre especialidades médicas no Brasil para subsidiar as ações de planejamento da formação e de serviços de saúde especializados. Em sua formulação, previa-se a reunião dos cadastros citados, além do CNES, entre outros. O cadastro não se efetivou, mas, durante a tentativa de sua implantação, a equipe da pesquisa obteve acesso parcial aos microdados⁹ⁱⁱ. Já o acesso ao CNES foi realizado diretamente por meio da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), que já possui um termo de cessão dos dados no Ministério da Saúde. Os demais dados (CES/Inep, e-MEC, Capes e Rais) foram obtidos por *download* direto nos *sites* oficiais.

Um aspecto a ser destacado diz respeito ao processo de integração dos cadastros CFM, CNRM, AMB, os quais foram unificados considerando como chave de ligação a informação do número de Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Os procedimentos que implicaram exclusão de casos estão relacionados com a ausência ou inconsistência de informações, sobretudo nas variáveis de sexo e idade. Além disso, optou-se por limitar a análise aos indivíduos com até 80 anos de idade. O cadastro não possui, *a priori*, uma data de referência preestabelecida, porém, considerou-se o ano de 2015, tendo em vista que esse foi o período de construção do cadastro, bem como da obtenção dos microdados. Portanto, o recorte proveniente desses cadastros é o de médicos com inscrição ativa em, pelo menos, um Conselho Regional de Medicina, com a apresentação, ou não, de alguma titulação em especialidades médicas, com até 80 anos de idade. O conjunto dessas fontes permitiu dimensionar a oferta de especialistas titulados.

ii Os dados em questão foram obtidos por meio do Ofício nº 014/16, Centro de Estudos Estratégicos (CEE)/Fiocruz encaminhado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) em janeiro de 2016.

Pelo lado do exercício profissional, e buscando comparabilidade com os dados de médicos com registro ativo em 2015 nos cadastros CFM, CNRM e AMB, foi estabelecido um recorte para o CNES na competência de junho do mesmo ano. Este permitiu identificar os médicos ocupados em especialidades no período de referência. A partir daí, as bases foram cruzadas pelo CPF, permitindo identificar também se os profissionais ocupados na especialidade possuíam ou não titulação correspondente ou, inversamente, se os profissionais titulados na especialidade estavam ocupados em posição correspondente. Além desse recorte, os dados do CNES foram atualizados para a competência de junho de 2018. Em alguns momentos, similarmente, foi utilizada uma série histórica de 2010 a 2018.

No caso do cadastro do CFM, foram encontrados 428.580 registros, os quais equivalem ao número de médicos com registro ativo (*tabela 1*). Após a limpeza realizada, foram mantidos 418.998 casos. O cadastro da CNRM possuía 181.471 registros de títulos de Residência para 144.671 médicos. Após o tratamento, o total de profissionais ficou em 142.127. O registro de títulos da AMB possuía apenas 1 registro por profissional, que, no caso, somavam 110.212 casos no dado original e 107.237 no dado customizado. O CNES de junho de 2015 possuía 965.938 vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde para 344.626 profissionais, os quais foram mantidos no banco customizado em sua completude. Os dados atualizados do CNES, em junho de 2018, somavam 1.098.155 registros e 429.501 médicos. Em algumas análises, foi utilizada uma série histórica do CNES entre 2010 e 2018, utilizando-se dos dados da competência de dezembro de 2010 e das competências de junho de cada um dos anos subsequentes.

Tabela 1. Número de registros e médicos identificados nos cadastros selecionados para o estudo

Fonte	Nº de registros	Nº de médicos	Nº de médicos após tratamento dos dados
CFM	428.580	428.580	418.998
CNRM	181.471	144.671	142.127
AMB	110.212	110.212	107.237
CNES 2015	965.938	344.626	344.626
CNES 2018	1.098.155	429.501	429.501

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNEM⁸ e CNES⁹.

Para as fontes utilizadas de forma complementar, os seguintes recortes foram feitos:

Rais: buscando acompanhar o ano de referência na análise dos dados do CNES, foi utilizada a Rais de 2018, sendo que, em alguns casos, foi construída uma série histórica de 2003 a 2018 para análise das tendências do mercado. Os dados foram retirados diretamente do *site* oficial considerando dois recortes – no recorte setorial, foi analisado o mercado de trabalho formal da saúde, isto é, do Macrossetor de atividade econômica da saúde; no recorte ocupacional, foi analisado o mercado de trabalho formal dos médicos.

CES/Inep: buscando levantar as tendências da formação de médicos no nível da graduação, foram coletados, para a série histórica de 1991 a 2017, dados sobre o número de cursos de medicina, vagas ofertadas, inscritos no vestibular, ingressos, matrículas e egressos, em alguns casos, discriminadas por sexo do aluno e natureza jurídica da instituição de ensino.

Cadastro e-MEC: a consulta envolveu a coleta de dados referentes aos cursos *lato sensu* com denominação relacionada com a 19 especialidades médicas selecionadas para o estudo. O filtro de análise se deu para: i) cursos com carga horária equi-

valente à carga horária mínima exigida para as Residências da especialidade equivalente; ii) carga horária mínima igual ou superior a 2.880 horas (medida equivalente ao período de um ano de formação, possível apenas para as áreas de atuação), mas inferior à carga horária mínima exigida para as especialidades.

Sociedades de especialistas: por meio da consulta aos *sites* de cada uma das 19 especialidades selecionadas, foi identificado o número de cursos de especialização *lato sensu* credenciados pelas Sociedades.

Cadastro da Capes: por intermédio da extração de dados na Plataforma Sucupira, foi levantado o quantitativo de cursos de mestrado e doutorado avaliados e reconhecidos, na área de conhecimento ‘40100006 – Medicina’, relacionados com as 19 especialidades selecionadas.

Classificação das especialidades

Considerando a necessidade de integração das fontes de informação, fez-se necessário compatibilizar a classificação das especialidades médicas, que aparecem de forma diferente em cada fonte. No CNES e na Rais, a informação deve ser extraída pela CBO⁵, que é um registro ocupacional que, no caso da medicina, muito se assemelha ao quadro de especialidades reconhecidas. No cadastro da CNRM, a especialidade deve ser obtida a partir da interpretação do nome do Programa de Residência Médica oferecido pela Instituição que o médico frequentou o curso. Nos cadastros e-MEC e Capes, a informação também deve ser obtida pelo nome dos cursos. Nos registros do CFM e da AMB, a informação de especialidade está padronizada à lista de especialidades reconhecidas.

A compatibilização da classificação das especialidades médicas nas referidas bases de dados utilizadas nesta pesquisa seguiu como parâmetro a lista de 55 especialidades reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades por meio da Resolução nº 2.221/2018 do CFM¹⁰. Considerando o período de análise dos dados do CNES, de 2010 a 2018, foram encontrados códigos das versões 2002 e 2010 da CBOⁱⁱⁱ, com maior presença desta última, além de códigos extras, que não compõem a classificação original. Ao todo, o CNES permite o registro de 71 ocupações médicas. Por isso, também foram feitas agregações, o que levou a uma redução para 58 especialidades. Destas, duas especialidades reconhecidas não têm correspondência na CBO⁵: Medicina de Emergência e Medicina Esportiva. Três casos listados na CBO⁵ não possuem correspondência na Resolução CFM: Residência Médica^{iv}, Medicina Hiperbárica e Medicina Antroposófica.

Além da correspondência, criou-se uma classificação dos grupos de especialidades cuja natureza da atividade ou organização do trabalho se assemelham, sendo: atenção primária; especialidades clínicas; especialidades cirúrgicas; medicina diagnóstica e terapêutica; outras especialidades; e residência médica. As correspondências podem ser consultadas no *quadro 1*.

iii Após a última atualização em 2010, têm ocorrido atualizações constantes, sem a necessidade de uma republicação de toda a classificação. Nesse sentido, a atualização da CBO em 2010⁵ se refere a todas as atualizações que foram feitas a partir dessa data.

iv Embora a Residência Médica não possa ser entendida como uma especialidade, optamos por mantê-la em uma categoria separada devido à natureza de registro administrativo do CNES.

Quadro 1. Correspondência entre as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e a Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 e atualização em 2010.

Grupo especialidades	Especialidade ^A	Classificação Brasileira de Ocupações 2002 ^B		CBO atualização em 2010 ^B	
Descrição	Cód. Descrição	Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
Atenção Primária	30 Medicina de Família e Comunidade	223116	Médico de saúde da família e comunidade	225130	Médico de família e comunidade
		2231F7 ^C	Médico em medicina de família e comunidade	225142	Médico da Estratégia de Saúde da Família
	16 Clínica médica	223115	Médico clínico	225125	Médico clínico
		223129	Médico generalista	225170	Médico generalista
Especialidades Clínicas	2 Alergia e Imunologia	223102	Médico alergista e imunologista	225110	Médico alergista e imunologista
	4 Angiologia	223105	Médico angiologista	225115	Médico angiologista
	5 Cardiologia	223106	Médico cardiologista	225120	Médico cardiologista
	18 Dermatologia	223117	Médico dermatologista	225135	Médico dermatologista
		2231A2 ^C	Médico hanseologista	-	-
	19 Endocrinologia e Metabologia	223125	Médico endocrinologista e metabologista	225155	Médico endocrinologista e metabologista
	21 Gastroenterologia	223128	Médico gastroenterologista	225165	Médico gastroenterologista
	23 Geriatria	223131	Médico geriatra	225180	Médico geriatra
	27 Infectologia	223136	Médico infectologista	225103	Médico infectologista
	34 Medicina Física e Reabilitação	223126	Médico fisiatra	225160	Médico fisiatra
	35 Medicina Intensiva	223122	Médico em medicina intensiva	225150	Médico em medicina intensiva
	39 Nefrologia	223139	Médico nefrologista	225109	Médico nefrologista
		223142	Médico neurologista	225112	Médico neurologista
		223141	Médico neurofisiologista	225350	Médico neurofisiologista clínico
	44 Oncologia Clínica	223119	Médico em eletroencefalografia	-	-
		223145	Médico oncologista	-	-
		2231F4 ^C	Médico oncologista pediátrico	225122	Médico cancerologista pediátrico
		2231F6 ^C	Médico oncologista clínico	225121	Médico oncologista clínico
	49 Pediatria	223149	Médico pediatra	225124	Médico pediatra
	50 Pneumologia	223151	Médico pneumologista	225127	Médico pneumologista
		2231A1 ^C	Médico broncoesofagologista	-	-

Grupo espe- cialidades		Especialidade ^A	Classificação Brasileira de Ocupações 2002 ^B			CBO atualização em 2010 ^B
Descrição	Cód.	Descrição	Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
Especialidades Cirúrgicas	51	Psiquiatria	223153	Médico psiquiatra	225133	Médico psiquiatra
	54	Reumatologia	223155	Médico reumatologista	225136	Médico reumatologista
	6	Cirurgia Cardiovascular	223107	Médico cirurgião cardio-vascular	225210	Médico cirurgião cardio vascular
			2231G1 ^C	Médico cardiologista intervencionista	-	-
	8	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	223108	Médico cirurgião de cabeça e pescoço	225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
	7	Cirurgia da Mão	-	-	225295	Médico cirurgião da mão
	9	Cirurgia do Apar- elho Digestivo	223109	Médico cirurgião do aparelho digestivo	225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
	10	Cirurgia Geral	223110	Médico cirurgião geral	225225	Médico cirurgião geral
	11	Cirurgia Oncológica	2231F5 ^C	Médico oncologista cirúrgico	225290	Médico cancerologista cirúrgico
	12	Cirurgia Pediátrica	223111	Médico cirurgião pedi-átrico	225230	Médico cirurgião pedi-átrico
	13	Cirurgia Plástica	223112	Médico cirurgião plástico	225235	Médico cirurgião plástico
	14	Cirurgia Torácica	223113	Médico cirurgião torácico	225240	Médico cirurgião torácico
	15	Cirurgia Vascular	2231F3 ^C	Médico cirurgião vascular	225203	Médico cirurgião vascular
	17	Coloproctologia	223152	Médico proctologista	225280	Médico coloproctologista
	24	Ginecologia e Obstetrícia	223132	Médico ginecologista e obstetra	225250	Médico ginecologista e obstetra
	28	Mastologia	223138	Médico mastologista	225255	Médico mastologista
	40	Neurocirurgia	223140	Médico neurocirurgião	225260	Médico neurocirurgião
	43	Oftalmologia	223144	Médico oftalmologista	225265	Médico oftalmologista
	45	Ortopedia e Traumatologia	223146	Médico ortopedista e traumatologista	225270	Médico ortopedista e traumatologista
	46	Otorrinolaringo- logia	223147	Médico otorrinolaringo- logista	225275	Médico otorrinolaringo- logista
			223127	Médico foniatra	225245	Médico Foniatra
	55	Urologia	223157	Médico urologista	225285	Médico urologista
Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica	3	Anestesiologia	223104	Médico anesthesiologista	225151	Médico anesthesiologista
	20	Endoscopia	223120	Médico em endoscopia	225310	Médico em endoscopia
	25	Hematologia e Hemoterapia	223133	Médico hematologista	225185	Médico hematologista
			223134	Médico hemoterapeuta	225340	Médico hemoterapeuta
	37	Medicina Nuclear	223123	Médico em medicina nuclear	225315	Médico em medicina nuclear
	42	Nutrologia	223143	Médico nutrologista	225118	Médico nutrologista

Grupo especialidades	Especialidade ^A	Classificação Brasileira de Ocupações 2002 ^B		CBO atualização em 2010 ^B	
Descrição	Cód. Descrição	Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica (cont.)		-	-	225325	Médico patologista
	47 Patologia	223103	Médico anatomopatologista	225148	Médico anatomopatologista
		223114	Médico citopatologista	225305	Médico citopatologista
	48 Patologia clínica/medicina laboratorial	223148	Médico patologista clínico	225335	Médico patologista clínico/medicina laboratorial
	52 Radiologia e Diagnóstico por Imagem	223124	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
	53 Radioterapia	223154	Médico radioterapeuta	225330	Médico radioterapeuta
Outras Especialidades	57 Medicina hiperbárica ^D	-	-	225345	Médico hiperbarista
	1 Acupuntura	223101	Médico acupunturista	225105	Médico acupunturista
	26 Homeopatia	223135	Médico homeopata	225195	Médico homeopata
	22 Genética Médica	223130	Médico geneticista	225175	Médico geneticista
	36 Medicina Legal e Perícia Médica	223137	Médico legista	225106	Médico legista
		223150	Médico perito	-	-
	31 Medicina do Trabalho	223118	Médico do trabalho	225140	Médico do trabalho
	38 Medicina Preventiva e social	223156	Médico sanitaria	225139	Médico sanitaria
		2231F8 C	Médico em medicina preventiva e social	-	-
	32 Medicina do Tráfego	223121	Médico em medicina do tráfego	225145	Médico em medicina do tráfego
	33 Medicina Esportiva	-	-	-	-
	29 Medicina de Emergência	-	-	-	-
	58 Medicina Antroposófica D	-	-	225154	Médico antroposófico
Residência médica	56 Residência médica D	2231F9 C	Médico residente		

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do Ministério do Trabalho e Emprego⁵ e do Conselho Federal de Medicina¹⁰.

A. Especialidades reconhecidas a partir da Resolução CFM nº 2.221/2018.

B. Especialidades classificadas segundo a CBO de 2002 e edição atualizada de 2010.

C. Especialidades não classificadas na CBO 2002, utilizadas apenas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

D. Não compõem o rol de especialidades reconhecidas pelo CFM.

Referências

1. Girardi S, Maas LWD. Informações sobre o mercado de trabalho em saúde: conceitos, bases de dados e indicadores. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG. [acesso em 2021 abr 12]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/Informacoes_sobre_mercado_trabalho.pdf.
2. Brasil. Ministério da Educação. Censo da Educação Superior. [acesso em 2022 jul 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior>.
3. Brasil. Ministério da Educação. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior. [acesso em 2022 jul 19]. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/emec/nova>.
4. Brasil. Ministério da Educação. Plataforma Sucupira. [acesso em 2022 jul 19]. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/#>.
5. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010. 3. ed. Brasília, DF: MTE; SPPE; 2010.
6. Faveret ACSC. Prontuários de bases de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2009.
7. Comissão Nacional de Classificação. Classificação Nacional de Atividades Econômicas – versão 2.0. Brasília, DF: MPOG; IBGE; CONCLA; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Microdados do Cadastro Nacional de Especialistas. Brasília, DF: MS; SGTES; 2016.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Microdados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: MS; DATASUS; 2018.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.221/2018, de 23 de novembro de 2018. Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União. 24 Jan 2019. [acesso em 2020 ago 17]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60341676.

Dimensionamento da oferta e demanda de médicos especialistas

Lucas Wan Der Maas, Joana Natalia Cella,
Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi

Este capítulo tem por objetivo realizar o dimensionamento da força de trabalho em especialidades médicas no Brasil. Busca-se empregar aqui a mesma tradição dos estudos de Força de Trabalho em Saúde (FTS) utilizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM)¹⁻⁵. Nessa tradição, a noção de dimensionamento não se limita à contagem numérica de pessoas envolvidas em serviços e atividades de saúde. Como ferramenta de suporte às políticas públicas, o dimensionamento deve ser capaz de informar se existem profissionais suficientes e se estes estão distribuídos adequadamente por tipo de serviço e localidade geográfica⁶. Trata-se, portanto, de um exercício complexo, dada a multiplicidade de grupos profissionais e ocupacionais e de agentes sociais, políticos e de mercado que afetam a composição e a dinâmica dessa força de trabalho.

Como em qualquer outra área, a FTS pode ser estudada pelo prisma da oferta e da demanda. A oferta corresponde à totalidade de pessoas que estão trabalhando no setor e àquelas que potencialmente podem ingressar ou reingressar no mercado de trabalho. Nesse sentido, a oferta é composta pelos egressos do sistema educacional (seja o de formação de nível superior e técnica em profissões de

saúde, seja o de formação geral de nível médio ou elementar) e/ou de portadores de credenciais, pelos ocupados e pelos desocupados (não ocupados que estão procurando trabalho no setor). Também são considerados aqueles que estão migrando de uma ocupação para outra e aqueles exercendo a profissão de forma parcial¹.

A oferta de força de trabalho proveniente do sistema educacional nem sempre é portadora de credenciais, tampouco todas as credenciais são obtidas por meio de um processo de formação. Os cursos reconhecidos de nível fundamental, médio, técnico/profissional, superior de graduação e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) fornecem credenciais por ocasião do egresso com aprovação do aluno. Já outros tipos de curso (modularizados, *lato sensu*, não credenciados) não fornecem credenciais, mas seus egressos não podem ser desconsiderados como parte da oferta, embora o seu dimensionamento seja mais complicado. Consideram-se ainda as formas de obtenção de credenciais que não passam pelo sistema educacional, como é o caso da titulação de especialistas obtida por meio dos exames das associações médicas.

A demanda, por sua vez, corresponde aos postos de trabalho ocupados ou vagos que são proporcionados por empresas, instituições e governos. Em outras palavras, a demanda reflete as formas concretas da organização da prestação de atenção à saúde e é afetada por fatores tecnológicos, econômicos, organizativos e institucionais, sociais e culturais diversos¹. Os postos de trabalho preenchidos e os profissionais ocupados representam o que se denomina de demanda efetiva, isto é, subtraindo-se da demanda os postos vagos. Os profissionais que ocupam esses postos de trabalho são, simultaneamente, considerados como oferta e demanda e, por isso, a demanda efetiva também pode ser entendida como o ponto de encontro entre a oferta de força de trabalho e sua demanda nos mercados.

O dimensionamento apresentado neste capítulo é feito separadamente para a oferta e demanda efetiva de especialistas. De um lado, tem-se a oferta proveniente dos processos de obtenção de credenciais, ou seja, de médicos portadores de títulos de Residência Médica e/ou certificação obtida por meio dos exames das Sociedades de Especialistas; de outro lado, tem-se o dimensionamento da demanda efetiva de especialistas ocupados em serviços de assistência direta à saúde. Por fim, tem-se a relação entre a oferta e a demanda, buscando identificar desequilíbrios e iniquidades.

Alguns aspectos metodológicos

O dimensionamento da oferta de especialistas titulados foi feito pela combinação dos dados dos cadastros da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), referente aos médicos com certificados de conclusão de Residências Médicas; da Associação Médica Brasileira (AMB), relativo a médicos titulados nos concursos das Sociedades de Especialistas; e do Conselho Federal de Medicina (CFM), mais especificamente do Registro de Qualificação de Especialista (RQE). Os dados dessas três fontes foram obtidos por meio do Cadastro Nacional de Especialistas (CNEM)⁷ do Ministério da Saúde. O detalhamento sobre conteúdo, abrangência e customização dos cadastros mencionados foi realizado no capítulo 1.

As seguintes medidas e métricas foram utilizadas:

- Número de títulos/registros: representa a soma do número de títulos de Residência Médica (cadastro CNRM) e de títulos emitidos pelas Sociedades de Especialistas (cadastro AMB). Também são considerados os registros RQE no cadastro CMF cuja correspondência com os cadastros CNRM e AMB não foi encontrada (então denominados de ‘RQE sem correspondência’).

- Número de especialistas: número de médicos com, pelo menos, uma titulação em especialidade médica ou registro RQE sem correspondência. Os médicos com título/registro em mais de uma especialidade são contados uma única vez no dimensionamento global de especialistas e em cada especialidade, quando a análise realiza essa discriminação.
- Taxa de crescimento da titulação: quociente entre a subtração do número de títulos/registros no ano final ($i + n$) e no ano inicial (i) em relação ao número de títulos/registros no ano inicial, multiplicado por 100, e o número de anos n relativo ao período compreendido entre o ano final e o ano inicial.
- Percentual de especialistas: número de especialistas em relação ao total de egressos no ano de conclusão do curso de medicina, multiplicado por 100. O número de especialistas deriva dos cadastros CNRM, AMB e CFM; e o número de egressos provém do Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)⁸.
- Tempo médio até a titulação: média dos tempos individuais decorridos entre o ano da graduação em medicina e o da titulação em especialidade médica. São apresentados separadamente segundo a via da titulação (CNRM e AMB). Nos casos de profissionais com mais de uma Residência, considerou-se a primeira titulação.
- Razão entre os sexos: expressa a relação entre os sexos por intermédio do quociente entre o número de especialistas titulados do sexo feminino e de especialistas titulados do sexo masculino.

O dimensionamento da demanda efetiva de especialistas foi feito mediante dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁹ por meio das seguintes medidas e métricas:

- Número de vínculos: registro de vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde na especialidade correspondente, no mês de competência. É a menor unidade de análise, correspondendo a postos de trabalho (vínculos empregatícios) ou a formas de vinculação autônomas e ou esporádicas para prestação de serviço como plantões, procedimentos, unidades e pacotes de consulta etc. Considera tanto os vínculos diretos com o estabelecimento quanto os intermediados.
- Número de ocupados: médicos com, pelo menos, um vínculo em estabelecimento de saúde na especialidade correspondente, no mês de competência. Os médicos com vínculos em mais de uma especialidade são contados em cada uma delas, já os médicos com mais de um vínculo em uma mesma especialidade são contados uma única vez.
- Equivalente de Tempo Integral (ETI): do inglês *Full Time Equivalent* (FTE), é utilizado para dimensionar a demanda efetiva de trabalho na especialidade, já que os vínculos e os ocupados são heterogêneos em termos da carga horária, produtividade e tipo de atividades representadas. É calculado a partir da carga horária semanal registrada, seja aquela contratada sob um regime de assalariamento, seja aquela efetivamente despendida para a realização de um procedimento, tarefa, pacote de consultas etc. Para o cálculo, o montante de horas semanais dos vínculos registrados no CNES, na especialidade, é dividido por 40 horas, representando o número que equivaleria a um profissional ocupado em tempo integral.

- Razão de especialistas por habitante: razão do ETI, da especialidade, por 100 mil habitantes. A referência para a contagem da população foram as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰.

O uso do ETI neste estudo se justifica por representar com maior fidedignidade a disponibilidade efetiva de trabalho médico. Conforme aponta Pong¹¹, ao invés de uma simples ‘contagem de cabeças’, consideram-se, por meio dessa medida, fatores como carga horária, produtividade, exercício de trabalho não clínico, níveis de atividade, bem como o efeito idade e gênero na carga horária e o tipo de serviço realizado. Tais fatores afetam, particularmente no Brasil, a quantidade e qualidade de trabalho efetivamente disponível^{2,3}. Ainda segundo Pong¹¹, mudanças no padrão etário e na composição de gênero da força de trabalho podem alterar a disponibilidade de horas trabalhadas ao longo do tempo, o que também justifica o uso do ETI. Na verdade, seu uso no planejamento da FTS antecede a década de 1980 nos Estados Unidos; e desde então, utiliza-se em vários países para ajustar os cálculos de efetivos¹². Embora as metodologias utilizadas sejam distintas, a depender das fontes de dados disponíveis e dos formatos de organização do trabalho médico, é consenso que seu uso permite uma melhor identificação da disponibilidade efetiva de profissionais.

Dimensionamento da oferta de especialistas e títulos/registros

Panorama da titulação/registro de especialistas na população de médicos ativos em 2015

O dimensionamento da oferta de especialistas e títulos/registros apresentado aqui é relativo aos médicos ativos no CFM em

2015. Desprezando alguns casos inconsistentes e sem informação em algumas variáveis e considerando os profissionais com até 79 anos de idade, foi identificada uma população de 405.802 médicos ativos no ano em questão. Observou-se que, desse total, 239.934 médicos, o correspondente a 59,1%, eram especialistas titulados, isto é, possuíam, pelo menos, um título de especialista conferido via Residência Médica ou exame de título das Sociedades de Especialistas e/ou registro como especialista no CFM (*tabela 1*).

Note-se que 178.641 médicos informaram uma especialidade ao CFM por meio do RQE, o correspondente a 44% do total e 74,5% em relação aos especialistas. A principal oferta de titulados é proveniente dos egressos das Residências Médicas, sendo 142.356 profissionais segundo o cadastro da CNRM, o correspondente a 35,1% do total de médicos e 59,3% do total de especialistas. A oferta proveniente dos concursos das Sociedades também era bastante expressiva, de 107.119 profissionais segundo o cadastro da AMB, sendo 26,4% em relação ao total e 44,6% em relação aos especialistas. Consideram-se ainda os 51.346 médicos com RQE sem correspondência nos registros CNRM e AMB.

Tabela 1. Número de médicos* ativos segundo titulação/registro em especialidade, por fonte. Brasil, 2015

Fontes	N	%	% entre os titulados
Total de médicos	405.802	100	-
Especialistas	239.934	59,1	100
Registrados no CFM-RQE	178.641	44	74,5
Titulados no registro CNRM	142.356	35,1	59,3
Titulados no registro AMB	107.119	26,4	44,6
RQE s/ correspondência**	51.346	12,7	21,4

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNEP/MS⁷.

*Médicos com até 79 anos e ativos no CFM, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

**Considera apenas os registros no CFM cuja correspondência não foi encontrada nos cadastros CNRM e AMB.

Considerando os cadastros analisados, identificou-se um total de 355.254 títulos e registros entre os médicos ativos em 2015 (*tabela 2*). Os títulos de Residência Médica no registro da CNRM representam 47,7% do total, mais especificamente, 169.468. Já os títulos no registro da AMB, 30,2% ou 107.119. Parte dos títulos CNRM e AMB foi informada ao CFM por intermédio do RQE, mas 78.667 (22,1%) registros não possuíam correspondência. Estes podem se referir a títulos emitidos pela AMB, mas que não aparecem no cadastro acessado devido à limitação do registro único por profissional. Também podem aludir a casos de certificação anterior a 1989, ano de reconhecimento por parte do CFM dos títulos emitidos via CNRM e AMB, ou ainda podem refletir uma incongruência entre os períodos de atualização de cada cadastro.

Tabela 2. Número de títulos/registros de especialista de médicos ativos*, por fonte. Brasil, 2015

Fontes	N	%
Total de títulos/registros	355.254	100
Registro Qualificado de Especialista (RQE-CFM)	222.991	62,8
Títulos de Residência (CNRM)	169.468	47,7
Títulos de especialistas das Sociedades (AMB)	107.119	30,2
RQE s/ correspondência**	78.667	22,1

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNEM/MS⁷.

*Profissionais com até 79 anos, ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

**Considera apenas os registros no CFM cuja correspondência não foi encontrada nos cadastros CNRM e AMB.

Em média, era 1,5 título/registro por especialista, destacando 115.320 casos que se repetem nos registros das duas entidades certificadoras. São profissionais que obtiveram tanto a formação na especialidade pela via da Residência quanto o reconhecimento por parte dos pares via concurso das Sociedade de Especialistas.

Essa situação ocorre com mais frequência em especialidades como Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Radioterapia, Medicina Nuclear, Reumatologia, Cirurgia Plástica, entre outras (tabela 3).

As especialidades com os maiores quantitativos de especialistas e de títulos/registros em 2015 eram Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia, áreas de maior demanda em serviços de saúde e, também, de maior oferta de vagas de Residência – sendo que Clínica Médica e Cirurgia Geral são, da mesma forma, especialidades de entrada em diversos programas de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas. Na sequência, também aparecem com estoques expressivos as especialidades de Anestesiologia, Medicina do Trabalho, Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Psiquiatria. O somatório dessas 11 especialidades representa 87% do total de especialistas e 66,7% do total de títulos/registros.

Tabela 3. Número de especialistas e títulos/registros* nas fontes, por complexos médico-assistenciais e especialidades médicas. Brasil, 2015

	Especialistas	Títulos/ Registros	Títulos/registros por fonte (%)		
			CNRM	AMB	RQE**
Total	239.934	355.254	47,7	30,2	22,1
1. Atenção Primária	38.457	39.475	77,2	9,6	13,2
Medicina de Família e Comunidade	4.241	4.536	57,3	35,6	7,1
Clínica Médica	34.443	34.939	79,8	6,2	13,9
2. Especialidades Clínicas	93.721	114.317	45,9	33,2	20,9
Alergia e Imunologia	1.367	1.429	7,7	63,2	29,1
Angiologia	941	945	1,6	7,8	90,6
Cardiologia	13.131	15.983	37,5	44,5	17,9
Dermatologia	7.177	8.961	28,7	54,4	16,9
Endocrinologia e Metabologia	4.308	5.243	44	39,1	16,9
Gastroenterologia	4.022	4.428	43,8	27,2	29
Geriatria	1.470	1.685	37,9	43,1	19

	Especialistas	Títulos/ Registros	Títulos/registros por fonte (%)		
			CNRM	AMB	RQE**
Infectologia	2.455	2.601	49,3	18,5	32,2
Medicina Física e Reabilitação	789	874	27,6	28,5	43,9
Medicina Intensiva	5.323	5.703	14,6	65,6	19,8
Nefrologia	3.599	4.270	50,5	30,5	19
Neurologia	3.709	4.237	52	21,2	26,9
Oncologia Clínica	2.494	2.631	58,9	18,4	22,7
Pediatria	33.971	39.399	58,9	21,6	19,6
Pneumologia	2.807	3.266	46,8	30,5	22,7
Psiquiatria	8.868	10.107	47,1	34	18,9
Reumatologia	1.992	2.555	44,9	36,5	18,6
3. Especialidades Cirúrgicas	94.424	132.408	52,3	29,9	17,9
Cirurgia Cardiovascular	1.159	1.262	46,8	33,4	19,9
Cirurgia da Mão	626	707	20,7	61	18,4
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	766	949	45,9	40,4	13,7
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2.285	2.485	42,4	40,7	16,9
Cirurgia Geral	27.949	28.432	80,5	3,1	16,4
Cirurgia Oncológica	1.019	1.146	70,2	19,7	10
Cirurgia Pediátrica	1.241	1.428	55,9	20,7	23,4
Cirurgia Plástica	5.245	6.558	31,7	47	21,4
Cirurgia Torácica	851	929	57,5	22,5	20
Cirurgia Vascular	3.719	4.390	49,5	30,3	20,2
Coloproctologia	1.664	1.999	49,3	32,3	18,4
Ginecologia e Obstetrícia	26.877	33.361	48,5	31,5	20
Mastologia	1.784	1.989	27,7	54,3	18
Neurocirurgia	2.753	3.618	41,8	44,2	14
Oftalmologia	11.634	14.859	35,4	47,3	17,3
Ortopedia e Traumatologia	12.222	14.614	51,2	30,3	18,5
Otorrinolaringologia	5.749	7.472	38	48	14
Urologia	4.636	6.210	47,5	38,1	14,4
4. Medicina Diagnóstica e Terapêutica	32.022	41.231	38,1	37,7	24,1
Anestesiologia	15.518	19.099	43,2	32,3	24,4
Endoscopia	1.653	1.689	5,6	72,5	22
Hematologia e Hemoterapia	2.197	2.508	56,1	28	16
Medicina Nuclear	600	767	29,7	56,1	14,2
Nutrologia	1.129	1.140	3,7	69,4	26,9
Patologia	2.032	2.228	33,2	33	33,8

Especialistas		Títulos/ Registros	Títulos/registros por fonte (%)		
			CNRM	AMB	RQE**
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	953	1.076	28,9	42,7	28,4
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	9.661	11.939	36,3	38,9	24,8
Radioterapia	578	785	39,7	50,4	9,8
5. Outras Especialidades	25.546	27.823	5,6	36,9	57,5
Acupuntura	3.206	3.233	1,8	83,4	14,8
Genética Médica	238	295	47,1	41,7	11,2
Homeopatia	2.384	2.385	0,5	44,4	55,1
Medicina de Emergência	9	9	100	0	0
Medicina do Trabalho	14.355	14.377	1,3	12,7	86
Medicina do Tráfego	4.103	4.103	0,2	85,6	14,2
Medicina Esportiva	743	764	7,5	54,6	38
Medicina Legal e Perícia Médica	1.132	1.135	1,2	53,4	45,4
Medicina Preventiva e Social	1.520	1.522	70,4	1	28,6

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNEM/MS⁷.

*Títulos ou registros de médicos com até 79 anos de idade e ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

**Considera apenas os registros no CFM cuja correspondência não foi encontrada nos cadastros CNRM e AMB.

Por outro lado, as especialidades com os menores quantitativos são Angiologia, Cirurgia de Mão, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Genética Médica, Medicina de Emergência, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Esportiva, Medicina Legal e Perícia Médica, Medicina Nuclear e Radioterapia. Isso não indica necessariamente baixa oferta de profissionais, pois são áreas de menor demanda. Considera-se que alguns casos são de novas especialidades, como Medicina Esportiva e Medicina de Emergência e, portanto, deve-se esperar uma série histórica maior para verificar seu comportamento. Há ainda situações que podem indicar áreas em declínio, como Angiologia, Cirurgia Cardiovascular e Medicina Legal e Perícia Médica.

Considerando a oferta de especialistas segundo complexos médico-assistenciais (*tabela 3*), observa-se que o grupo de especialidades nucleares na prevenção e controle do câncer aparecem com baixos quantitativos. No caso da Mastologia, Hematologia e Radioterapia, é de se esperar que apareçam em número reduzido por se direcionarem a tipos de câncer e/ou de terapia específicos. Já o baixo número em Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica pode sugerir situações de escassez de profissionais, embora outros especialistas possam exercer funções relacionadas com o câncer em suas áreas de atuação. Não obstante, os títulos/registros nessas duas especialidades são provenientes majoritariamente de Residências Médicas – 70,2% e 58,9% respectivamente. As especialidades de Mastologia e Radioterapia, por seu turno, apresentam maior oferta pela via AMB – nesta ordem, 54,3% e 50,4%.

O grupo do complexo cardiovascular é liderado pela Cardiologia em termos quantitativos, pois está entre as especialidades de maior oferta e demanda, com 13.131 especialistas. Os títulos/registros de cardiologistas derivam principalmente dos exames da Sociedade, representando 44,5% dos casos. Em posição intermediária, está a Cirurgia Vascular com 3.719 especialistas, cujos títulos/registros derivam mais da Residência do que da Sociedade (49,5% contra 30,3%). Já Angiologia e Cirurgia Cardiovascular aparecem em menor número, valendo destacar que 90,2% das ocorrências em Angiologia são registros de RQE sem correspondência. Ressalta-se ainda que, no grupo cardiovascular, os profissionais tendem a compartilhar funções, o que também pode refletir em acúmulo de especialidades, isto é, o mesmo profissional possui títulos/registros em mais de uma especialidade dentro do grupo – esse aspecto será retomado no capítulo sobre escopo de prática.

As especialidades dos complexos do trauma, apoio diagnóstico e terapêutico, assistência em oftalmologia e saúde mental são as que somam os maiores quantitativos, pois são áreas de maior demanda de serviço e oferta de vagas de Residência. Os títulos/registros das especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia, Psiquiatria e Anestesiologia derivam principalmente das Residências Médicas, sendo majoritários para as duas primeiras, com 80,5% e 51,2% do total respectivamente. Já Radiologia, Oftalmologia e Neurocirurgia derivam em maior número das certificações das Sociedades. Note-se, como dito acima, que, nessas áreas, o volume de profissionais com título simultaneamente pelas vias CNRM e AMB é muito comum.

Nos grupos de atenção ao diabetes e atenção primária, as especialidades apresentam uma situação de oferta intermediária numericamente, algo em torno de 4 mil profissionais titulados. Tanto em Endocrinologia e Nefrologia quanto em Medicina de Família e Comunidade, os títulos derivam principalmente das Residências Médicas – nesta ordem, 44%, 50,5% e 57,3% do total de títulos/registros na especialidade. Ressalta-se que Medicina de Família e Comunidade apresenta um quantitativo que está muito abaixo da demanda, tendo em vista que a maioria dos profissionais que atuam na área não possuem certificação correspondente.

Tendências da titulação e registro de especialidades médicas no período de 1991 a 2015

Buscando comparabilidade com os dados analisados no capítulo de formação, referentes à formação médica no nível da graduação, apresentamos o dimensionamento de especialistas e títulos/registros recortando a população de médicos que se graduou entre 1991 e 2015 e que estava ativa no último ano. Embora os dados do

Inep apresentados naquele capítulo cubram o período até 2017, não se obteve acesso a dados mais recentes sobre titulação e registro em especialidades médicas. Além disso, em função dos tempos médios de titulação após a graduação, os dados aqui analisados fornecem um diagnóstico mais adequado para a população médica graduada entre 1991 e 2007, como se verá adiante.

Ao todo, 256.267 médicos se graduaram entre 1991 e 2015 e se encontravam ativos no último ano da série (*tabela 4*) – número próximo ao estoque total de egressos dos cursos de medicina no período, de 256.992. A proporção de especialistas era de 55,1%, o correspondente a 141.083 profissionais. Como observado para a população total de médicos, a Residência também é a principal via de entrada na especialidade, nesse caso, chegando a quase 80% entre os especialistas ou 112.594 profissionais. Os médicos titulados pela AMB somavam 69.051 (48,9%); e os RQE sem correspondência, 7.167 (5,1%).

Tabela 4. Número de médicos ativos*, graduados no período 1991 a 2015, segundo titulação/registro em especialidade. Brasil, 2015

	N	%	% entre os especialistas
Total de médicos	256.267	100	-
Especialistas	141.083	55,1	100
Registrados no CFM-RQE	96.777	37,8	68,6
Titulados no registro CNRM	112.594	43,9	79,8
Titulados no registro AMB	69.051	26,9	48,9
RQE s/ correspondência**	7.167	2,8	5,1

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNEM/MS⁷.

*Médicos com até 79 anos, ativos no CFM em 2015 e que se graduaram em medicina entre 1991 e 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

**Considera apenas os registros no CFM cuja correspondência não foi encontrada nos cadastros CNRM e AMB.

O estoque de títulos/registros totalizava 220.882, sendo que 62% foram emitidos pela CNRM; 31,3%, pela AMB; e 6,7% representavam casos de RQE sem correspondência (*tabela 5*). Observou-se uma razão de 86 títulos/registros para cada 100 médicos ativos e uma média de 1,6 por especialista. Embora esses números apresentem uma situação muito parecida com a observada para a população total; cabe destacar que a população em tela não havia alcançado, em 2015, todo o seu potencial de especialização, particularmente aquela que se graduou a partir de 2008. Nesse sentido, nota-se que a oferta de Residência Médica foi maior para os médicos graduados a partir dos anos 1990, o que explica os volumes de titulação por essa via tão próximos na comparação com a população total.

Tabela 5. Número de títulos/registros de especialista de médicos ativos* graduados no período 1991 a 2015, por fonte. Brasil, 2015

	N	%
Total de títulos/registros	220.882	100
Registro Qualificado de Especialista (RQE-CFM)	120.217	54,4
Títulos de Residência (CNRM)	137.039	62
Títulos de especialistas das Sociedades (AMB)	69.051	31,3
RQE s/ correspondência**	14.792	6,7

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNEM/MS⁷.

*Médicos com até 79 anos, ativos no CFM em 2015 e que se graduaram em medicina entre 1991 e 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

**Considera apenas os registros no CFM cuja correspondência não foi encontrada nos cadastros CNRM e AMB.

De fato, a proporção de especialistas em relação ao total de egressos aumentou se considerarmos os graduados entre 1991 e 2007 (*tabela 6 e gráfico 1*). Embora com algumas oscilações, a oferta de especialistas tem seguido a mesma linha tendencial da oferta de médicos egressos da graduação. Nesse sentido, o crescimento do

sistema formador nos anos 2000 foi acompanhado pela dinâmica de especialização, com destaque para maior participação das Residências nesse processo. Em que pese o sub-registro do cadastro da AMB, é possível, no entanto, que a tendência à especialização tenha sido de um crescimento superior ao da formação de médicos na graduação. Além disso, os percentuais de titulação/registo dos que se graduaram entre 1991 e 2007 seguem uma tendência de crescimento, aproximando-se dos 80%, valor superior ao observado para o total da população ativa em 2015 que era de 59,1%. Caso se mantenha essa tendência, a população médica em médio e longo prazo tenderá a ser mais especializada do que a atual.

Tabela 6. Indicadores gerais da população de especialistas* segundo ano de graduação. Brasil, 1991 a 2015

Ano da graduação	Egressos	Especialistas*	% de especialistas**	Títulos/Registros	Tempo médio até a 1ª titulação CNRM***	Tempo médio até a titulação AMB***	Razão entre os sexos****
1991	6.968	5.082	72,9	7.567	4,1	9,5	0,84
1992	7.315	5.390	73,7	8.067	4	9,1	0,84
1993	7.228	5.336	73,8	8.087	3,9	8,6	0,83
1994	7.622	5.685	74,6	8.763	3,8	8,1	0,86
1995	7.194	5.708	79,3	8.915	3,8	7,7	0,92
1996	7.347	5.659	77	8.983	3,7	7,3	0,94
1997	7.705	6.217	80,7	10.096	3,6	6,9	0,88
1998	7.616	6.003	78,8	9.730	3,6	6,3	0,89
1999	7.758	6.287	81	10.514	3,5	6	0,85
2000	8.004	6.561	82	11.037	3,6	5,8	0,8
2001	8.363	6.723	80,4	11.477	3,7	5,7	0,82
2002	8.498	6.943	81,7	12.040	3,7	5,7	0,82
2003	9.113	7.081	77,7	12.289	3,8	5,6	0,87
2004	9.339	7.419	79,4	12.747	3,8	5,5	0,9
2005	10.004	7.676	76,7	12.864	3,9	5,5	0,96
2006	10.381	7.694	74,1	12.647	3,9	5,5	1,01
2007	10.133	7.905	78	12.779	4	5,3	1,03
2008	10.825	7.568	69,9	11.792	4	5,1	1,09

Ano da graduação	Egressos	Especialistas*	% de especialistas**	Títulos/Registros	Tempo médio até a 1ª titulação CNRM***	Tempo médio até a titulação AMB***	Razão entre os sexos****
2009	11.881	7.504	63,2	11.075	4	4,6	1,21
2010	12.982	7.364	56,7	9.422	3,8	4,2	1,34
2011	14.634	6.021	41,1	6.682	3,5	3,7	1,48
2012	16.354	2.964	18,1	3.016	2,9	2,9	1,9
2013	16.495	292	1,8	292	2	.	1,61
2014	16.110	1	.	1	1	.	.
2015	17.123	0	.	0	.	.	.
Total	256.992	141.083	54,9	220.882	3,8	6,3	0,97

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNEM/MS⁷ e do CES/Inep⁸.

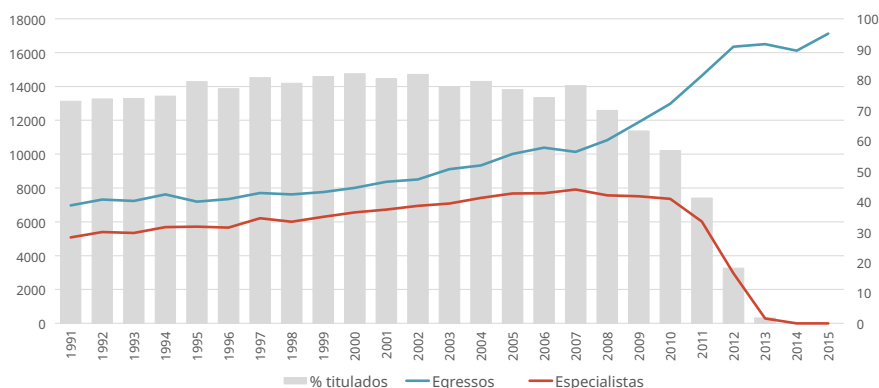
*Médicos que se graduaram no ano e que se titularam ou obtiveram registro de especialista em qualquer período até o ano final de 2015. Considera apenas os profissionais com até 79 anos de idade e ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação

**Proporção de especialistas que se graduaram no ano, segundo cadastros CFM, CNRM e AMB, em relação ao total de egressos no mesmo ano, segundo cadastro do Inep.

***Tempo médio, em anos, entre o ano da graduação e o ano de titulação.

****Relação entre o número de especialistas do sexo feminino e de especialistas do sexo masculino.

Gráfico 1. Número de egressos, especialistas e percentual de especialistas titulados, segundo ano da graduação. Brasil, 1991 a 2015

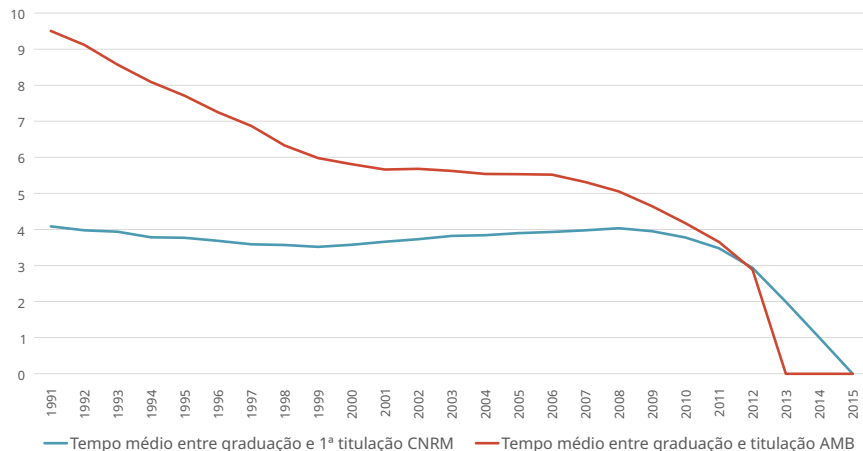


Fonte: elaboração própria a partir do CNEM/MS⁷ e do CES/Inep⁸.

Relativamente ao tempo médio entre a graduação e a titulação, verificam-se padrões diferentes entre as vias CNRM e AMB. Os pro-

fissionais que se formaram entre 1991 e 2015 levaram, em média, 3,8 anos para obter uma credencial via Residência Médica e 6,3 anos via concursos das Sociedades (*tabela 6 e gráfico 2*). A diferença entre elas, porém, reduziu. Enquanto os profissionais formados em 1991 levaram, em média, 9,5 anos para se titularem pela via AMB, os que se graduaram em 2007 levaram 5,3 anos. A redução do tempo médio provavelmente reflete uma maior demanda por especialistas, assim como uma maior estruturação das Sociedades para receber novos membros por meio dos exames de título. No caso da titulação via Residência, o tempo médio se manteve em torno de 4 anos durante toda a série, até porque não houve mudanças curriculares significativas que justificassem uma alteração.

Gráfico 2. Tempo médio entre graduação e 1ª titulação CNRM e titulação AMB, em anos, segundo ano da graduação. Brasil, 1991 a 2015



Fonte: elaboração própria a partir do CNEM/MS⁷ e do CES/Inep⁸.

As especialidades com o menor tempo médio entre a graduação e a titulação pela via da Residência Médica são aquelas de maior oferta, isto é, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (*tabela 7*). Elas apresentaram médias iguais ou infe-

riores ao tempo médio global de 3,8 anos. As com maior tempo médio, superior a 5 anos, foram Medicina do Tráfego, Homeopatia, Endoscopia, Neurocirurgia, Cirurgia Plástica, Angiologia e diversas subespecialidades Cirúrgicas (Mão, Pediátrica, Cabeça e Pescoço, Aparelho Digestivo e Cardiovascular). Os demais casos observam tempos médios entre 4 e 5 anos. Considerando o tempo médio entre a graduação até a titulação via AMB, os menores tempos, em torno de 5 anos, foram vistos para Ortopedia, Anestesiologia, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Pediatria. Já as especialidades Cirurgia Cardiovascular, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego e Medicina Legal e Perícia, Homeopatia e Acupuntura Médica registraram, em média, em torno de 10 anos ou mais.

Acompanhando a tendência de feminilização da população médica total, também houve aumento da participação feminina entre especialistas. Entre os que concluíram a graduação em 1991, havia 84 mulheres para cada 100 homens. Já em 2007, a razão passou para 103 mulheres para cada 100 homens (*tabela 6*). Embora não tenha sido possível acompanhar de forma adequada a dinâmica de titulação/registro dos que se graduaram a partir de 2008, é provável que a tendência à feminização tenha continuado.

As especialidades com maior crescimento da população de mulheres foram Cirurgia Vascular, Endoscopia, Mastologia e diversas subespecialidades Cirúrgicas; entretanto, todas elas apresentaram maior participação masculina no período, com razões entre os sexos inferiores a 1,0 (*tabela 7*). As especialidades de maioria feminina são Dermatologia, Pediatria, Endocrinologia, Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia, Hematologia, Patologia, Geriatria, Infectologia, Imunologia, Reumatologia, entre outras. Por outro lado, especialidades como Ortopedia, Urologia, Neurocirurgia, e diversas subespecialidades Cirúrgicas permaneceram como especialidades de

maioria absoluta masculina, embora tenham mostrado expressivo crescimento da população feminina.

De maneira geral, a tendência para todas as especialidades foi de crescimento do número de especialistas a cada ano. Considerando a comparação entre o estoque inicial de títulos/registros em 1990 e o de novos títulos/registros gerados no período 1991 e 2015, as especialidades que mais cresceram foram Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia Oncológica, Medicina Nuclear, Cirurgia de Mão, Radioterapia, Infectologia e Clínica Médica (*tabela 7*). As que menos cresceram foram Angiologia, Medicina Física e Reabilitação, Nutrologia, Patologia Clínica Laboratorial e o conjunto das outras especialidades (exceto Genética Médica). Algumas especialidades tiveram tendência de redução, caso de Angiologia, Pneumologia, Acupuntura, Homeopatia, Medicina do Trabalho, Medicina Legal e Perícia Médica e Medicina Preventiva e Social. Outras especialidades ficaram estáveis ao longo do período, cenário de Alergia e Imunologia, Gastroenterologia, Medicina Intensiva, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Nutrologia e Medicina do Tráfego.

Tabela 7. Indicadores gerais da tendência de titulação e registros em especialidades médicas, por complexos médico-assistenciais e especialidades médicas. Brasil, 1991 a 2015

Nº de títulos	Estoque de títulos e registros* em 1990	Títulos e registros* emitidos de 1 991 a 2015	Taxa crescimento**	Tendência	Tempo médio até a 1ª titulação CNRM***	Tempo médio até a titulação AMB***	Razão entre os sexos****	Taxa crescimento pop. feminina
Total	134.373	220.882	7,1	Crescimento	3,8	6,3	0,97	8,9
1. Atenção Primária								
Medicina de Família e Comunidade	915	3.621	17,2	Crescimento	4,1	7,9	1,32	15,3
Clínica Médica	9.170	25.769	12,2	Crescimento	3,3	6,5	1,06	19
2. Especialidades Clínicas								
Alergia e Imunologia	644	785	5,3	Manutenção	5	6,5	1,63	8,3

Nº de títulos	Estoque de títulos e registros* em 1990	Títulos e registros* emitidos de 1991 a 2015	Taxa crescimento**	Tendência	Tempo médio até a 1ª titulação CNRM***	Tempo médio até a titulação AMB***	Razão entre os sexos****	Taxa crescimento pop. feminina
Angiologia	643	302	2	Redução	5,5	9,3	0,22	3,8
Cardiologia	6.749	9.234	5,9	Crescimento	4,4	6,4	0,39	7,6
Dermatologia	2.728	6.233	9,9	Crescimento	4,5	5,9	3,15	10,2
Endocrinologia e Metabologia	1.491	3.752	10,9	Crescimento	4,2	5,9	2,07	12,7
Gastroenterologia	1.975	2.453	5,4	Manutenção	4,3	8,3	0,71	9,5
Geriatria	496	1.189	10,4	Crescimento	4,2	6,9	1,24	15
Infectologia	677	1.924	12,4	Crescimento	4,9	7,6	1,25	14,3
Medicina Física e Reabilitação	501	373	3,2	Crescimento	4,9	5,5	0,79	4,1
Medicina Intensiva	2.295	3.408	6,5	Manutenção	4,7	9	0,46	8,7
Nefrologia	1.545	2.725	7,7	Crescimento	4,2	5,8	0,92	8,3
Neurologia	1.673	2.564	6,7	Crescimento	4,5	8	0,63	8,2
Oncologia Clínica	789	1.842	10,2	Crescimento	4,6	7,7	0,84	16,4
Pediatria	16.220	23.180	6,2	Crescimento	3,3	5,1	2,65	7,2
Pneumologia	1.544	1.722	4,8	Redução	4,2	7,1	0,83	5,2
Psiquiatria	4.277	5.830	5,9	Crescimento	4,1	6,5	0,76	7,1
Reumatologia	886	1.669	8,2	Crescimento	4,2	5,5	1,29	9,4
3. Especialidades Cirúrgicas								
Cirurgia Cardiovascular	637	625	4,3	Redução	5,3	11,2	0,09	6,6
Cirurgia da Mão	174	533	13,3	Crescimento	8,8	8	0,17	26,4
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	278	671	10,5	Crescimento	5,4	6,8	0,2	28,4
Cirurgia do Aparelho Digestivo	798	1.687	9,2	Crescimento	5,2	7,4	0,11	32,8
Cirurgia Geral	8.685	19.747	9,9	Crescimento	3,4	7,2	0,24	24,6
Cirurgia Oncológica	245	901	16	Crescimento	4,8	7,8	0,14	19,7
Cirurgia Pediátrica	708	720	4,4	Manutenção	5,8	7,3	0,61	8,7
Cirurgia Plástica	2.245	4.313	8,4	Crescimento	5,4	7,1	0,29	9,9
Cirurgia Torácica	404	525	5,7	Manutenção	4,7	9,5	0,09	13
Cirurgia Vascular	1.280	3.110	10,6	Crescimento	4,7	7,9	0,26	24,5
Coloproctologia	676	1.323	8,5	Crescimento	4,9	7,9	0,4	18,6
Ginecologia e Obstetrícia	13.807	19.554	6,2	Crescimento	3,8	5	1,19	7,9
Mastologia	582	1.407	10,5	Crescimento	4,7	6,8	0,85	18,3
Neurocirurgia	1.348	2.270	7,3	Crescimento	5,8	7,2	0,1	9,9
Oftalmologia	4.613	10.246	9,7	Crescimento	4,1	5,2	0,64	12,2
Ortopedia e Traumatologia	4.454	10.160	9,9	Crescimento	4,4	4,9	0,06	19,4
Otorrinolaringologia	2.300	5.172	9,8	Crescimento	4,2	5	0,55	14,2

Nº de títulos	Estoque de títulos e registros* em 1990	Títulos e registros* emitidos de 1991 a 2015	Taxa crescimento**	Tendência	Tempo médio até a 1ª titulação CNRM***	Tempo médio até a titulação AMB***	Razão entre os sexos****	Taxa crescimento pop. feminina
Urologia	2.231	3.979	7,8	Crescimento	4,6	7,4	0,02	10,3
4. Medicina Diagnóstica e Terapêutica								
Anestesiologia	6.356	12.743	8,7	Crescimento	4,2	4,9	0,57	8,9
Endoscopia	527	1.162	9,6	Crescimento	6	9	0,45	20
Hematologia e Hemoterapia	974	1.534	6,8	Crescimento	4,3	8	1,48	7,7
Medicina Nuclear	182	585	14	Crescimento	4,5	5,5	0,57	16,4
Nutrologia	644	496	3,3	Manutenção	4	8,7	0,87	5,6
Patologia	847	1.381	7,1	Crescimento	4,7	5,8	1,22	7
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	728	348	2,1	Redução	4,5	5,8	0,63	2,1
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	3.770	8.169	9,4	Crescimento	4,4	6,2	0,56	11,6
Radioterapia	200	585	12,7	Crescimento	4,6	5,7	0,49	16,4
5. Outras Especialidades								
Acupuntura	2.047	1.186	2,5	Redução	4,6	9,6	1,02	2,9
Genética Médica	89	206	10,1	Crescimento	4,5	5,9	2,09	7,9
Homeopatia	2.067	318	0,7	Redução	7,7	9,9	1,23	0,8
Medicina de Emergência	0	9	-	-	.	.	1,25	-
Medicina do Trabalho	10.380	3.997	1,7	Redução	4,2	10,4	0,46	3,1
Medicina do Tráfego	2.565	1.538	2,6	Manutenção	9	10,5	0,41	4
Medicina Esportiva	426	338	3,4	Manutenção	4,9	8,3	0,19	3,8
Medicina Legal e Perícia Médica	829	306	1,6	Redução	4,4	12,9	0,29	2,8
Medicina Preventiva e Social	1.059	463	1,9	Redução	3,8	7,5	0,98	2,1

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNEM/MS⁷ e do CES/Inep⁸.

*Títulos ou registros de médicos com até 79 anos de idade e ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação. ** Comparação entre o estoque de títulos/registros em 1991 e de novos títulos/registros emitidos entre 1991 e 2015. ***Tempo médio, em anos, entre o ano da graduação e o ano de titulação. **** Relação entre o número de especialistas do sexo feminino e de especialistas do sexo masculino.

Dimensionamento dos efetivos de especialistas

O dimensionamento da demanda efetiva de médicos, isto é, daqueles que estavam ocupados em postos de trabalho em medicina proporcionados pelas empresas, instituições e governos, não é possível de ser feito a partir das bases de dados disponíveis no Brasil. Porém, é possível fazê-lo relativamente aos serviços de assistência direta à saúde prestados em estabelecimentos de saúde – o principal segmento do mercado de trabalho em saúde geral e do mercado de trabalho médico em particular, localizado no Núcleo do Macrosetor Saúde. Para tanto, considera-se a totalidade dos médicos ocupados nesses serviços que, segundo o CNES, exercem alguma especialidade médica denotada por um código ocupacional descrito segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)¹³. Considerando a disponibilidade das bases de dados do CNES, neste tópico, apresentaremos o dimensionamento para o ano de 2018, sendo que, em alguns casos, os dados são recuados até o ano de 2010.

A *tabela 8* apresenta os efetivos de especialistas segundo o CNES, comparando com a oferta total de médicosⁱ. Em 2010, o efetivo em questão era de 276.802 especialistas, o correspondente a 77,8% da oferta; em 2015, eram 348.036 (81,2%); e, em 2018, 386.654 (85,4%). Note-se que a demanda efetiva cresceu um pouco mais do que a oferta, em 4,3% ao ano, contra 3,1% ao ano.

Buscando qualificar o dimensionamento da demanda efetiva, é interessante analisar os quantitativos de especialistas ocupados

i A informação sobre a oferta total de médicos foi coletada do Censo Demográfico de 2010¹⁴ e do *site* do CFM para 2015 e 2018¹⁵. Os dados devem ser lidos como uma aproximação, tendo em vista derivarem de fontes com diferentes períodos de coleta e atualização. Mesmo que o exercício da medicina em estabelecimentos de saúde (e em qualquer outro) só possa ser realizado após registro no conselho profissional, não é possível afirmar que os períodos de cada fonte de informação (Censo Demográfico, cadastro CFM e CNES) sejam correspondentes.

em termos de ETI. Essa medida é calculada a partir da carga horária semanal dedicada à especialidade, seja aquela contratada sob um regime de assalariamento, seja aquela efetivamente despendida para a realização de um procedimento, tarefa, pacote de consultas etc. Para o cálculo, o montante de horas semanais é dividido por 40 horas, representando o número que equivaleria a um profissional ocupado em tempo integral. No período analisado, o ETI variou de 335.568, em 2010, a 429.501, em 2018, tendo apresentado um crescimento semelhante ao da oferta, de 3,1% ao ano (*tabela 8*). Nesse sentido, ainda que um número relativamente maior de médicos tenha entrado na composição da demanda, em comparação à oferta, a disponibilidade efetiva de trabalho medida por meio do ETI foi menor e acompanhando esta última.

Tabela 8. Número de médicos e taxa de crescimento. Brasil, 2010, 2015 e 2018

		2010	2015	2018	Cresc.
Total de médicos*	N	355.583	428.580	452.801	3,10%
Médicos ocupados em especialidades**	N	276.802	348.036	386.654	4,30%
	%	77,8	81,2	85,4	.
Médicos ocupados em especialidades, em ETI***	N	335.568	379.077	429.501	3,10%

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS⁹, Censo Demográfico do IBGE¹⁴ e CFM¹⁵.

* O valor de 2010 é do número de médicos residentes no País de acordo com o Censo Demográfico do IBGE; e os de 2015 e 2018, de acordo com o número de médicos ativos no CFM.

** Médicos com pelo menos um vínculo ativo em estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES de dezembro de 2010, dezembro de 2015 e junho de 2018.

*** Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho equivalem a um profissional.

Distribuição dos efetivos por especialidade

Relativamente à distribuição dos efetivos por especialidade, verifica-se que a Clínica Médica possuía o maior número de vínculos e de profissionais ocupados, sendo 233.421 e 148.334 respectivamente

(tabela 9). Apesar disso, o valor em ETI era de 84.783, indicando que a ocupação na especialidade, em geral, ocorre em tempo parcial. A razão apresentada foi de 40,66 clínicos, em ETI, por 100 mil habitantes. Na sequência, as especialidades com os maiores efetivos eram Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia Geral, sendo ainda expressivos os valores de Ortopedia e Traumatologia, Medicina de Família e Comunidade, Anestesiologia, Cardiologia, Oftalmologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Psiquiatria.

Por outro lado, as especialidades com os menores efetivos eram Angiologia, Cirurgia de mão, Cirurgia de cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Genética Médica, Medicina de Emergência, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Esportiva, Medicina Legal e Perícia Médica, Medicina Nuclear e Radioterapia. Tais números não indicam necessariamente escassez de profissionais, pois se referem a áreas com menor demanda, pelo menos em serviços de assistência direta à saúde prestados em estabelecimentos de saúde.

Tabela 9. Número de vínculos de médicos, profissionais ocupados, ETI e razão por 100 mil habitantes, por complexos médico-assistenciais e especialidades médicas. Brasil, 2018

	Vínculos	Profissionais Ocupados	ETI*	Razão/100 mil hab.**
Total de médicos	1.098.155	386.654	429.501	206
1. Atenção Primária	283.721	180.259	133.259	63,91
Medicina de Família e Comunidade	50.280	48.851	48.476	23,25
Clínica Médica	233.441	148.334	84.783	40,66
2. Especialidades Clínicas	295.468	134.442	104.007	49,88
Alergia e Imunologia	2.401	1.570	866	0,42
Angiologia	5.931	3.121	1.352	0,65
Cardiologia	48.963	20.661	15.072	7,23
Dermatologia	18.994	10.302	7.318	3,51
Endocrinologia e Metabologia	12.154	6.405	4.225	2,03
Gastroenterologia	13.799	7.686	3.933	1,89
Geriatria	3.993	2.590	1.376	0,66

	Vínculos	Profissionais Ocupados	ETI*	Razão/100 mil hab.**
Infectologia	6.643	3.428	2.583	1,24
Medicina Física e Reabilitação	1.239	725	486	0,23
Medicina Intensiva	16.640	12.941	6.742	3,23
Nefrologia	12.074	4.786	4.263	2,04
Neurologia	18.059	7.813	5.575	2,67
Oncologia Clínica	10.925	5.575	3.052	1,46
Pediatria	89.204	43.317	34.231	16,42
Pneumologia	8.241	4.053	2.560	1,23
Psiquiatria	21.149	10.549	8.689	4,17
Reumatologia	5.059	2.532	1.685	0,81
3. Especialidades Cirúrgicas	353.206	119.158	106.779	51,21
Cirurgia Cardiovascular	9.403	4.938	2.292	1,1
Cirurgia da Mão	315	233	74	0,04
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	3.283	1.349	780	0,37
Cirurgia do Aparelho Digestivo	4.536	2.934	1.045	0,5
Cirurgia Geral	60.661	34.907	16.034	7,69
Cirurgia Oncológica	3.767	2.631	823	0,39
Cirurgia Pediátrica	4.684	1.924	1.398	0,67
Cirurgia Plástica	12.343	5.457	3.504	1,68
Cirurgia Torácica	3.192	1.267	761	0,36
Cirurgia Vascular	11.039	4.815	2.899	1,39
Coloproctologia	5.030	2.273	1.276	0,61
Ginecologia e Obstetrícia	86.176	33.981	28.840	13,83
Mastologia	5.528	2.513	1.388	0,67
Neurocirurgia	10.228	3.681	2.956	1,42
Oftalmologia	40.286	14.805	14.454	6,93
Ortopedia e Traumatologia	54.278	17.282	17.200	8,25
Otorrinolaringologia	19.345	6.841	5.976	2,87
Urologia	19.112	5.718	5.081	2,44
4. Medicina Diagnóstica e Terapêutica	120.357	51.980	40.285	19,32
Anestesiologia	49.065	20.740	16.579	7,95
Endoscopia	7.399	4.298	2.040	0,98
Hematologia e Hemoterapia	7.787	3.025	2.497	1,2
Medicina Nuclear	1.464	755	549	0,26
Nutrologia	1.056	729	336	0,16
Patologia	5.732	2.613	2.163	1,04
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	2.394	1.511	893	0,43

	Vínculos	Profissionais Ocupados	ETI*	Razão/100 mil hab.**
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	43.792	19.542	14.562	6,98
Radioterapia	1.601	871	643	0,31
Medicina Hiperbárica***	67	64	23	0,01
5. Outras Especialidades	11.233	9.032	4.455	2,14
Acupuntura	2.031	1.619	764	0,37
Genética Médica	455	264	181	0,09
Homeopatia	1.575	1.301	593	0,28
Medicina de Emergência	.	.	.	.
Medicina do Trabalho	6.045	5.106	2.366	1,13
Medicina do Tráfego	296	276	116	0,06
Medicina Esportiva	.	.	.	.
Medicina Legal e Perícia Médica	72	69	33	0,02
Medicina Preventiva e Social	750	673	399	0,19
Medicina Antroposófica***	9	8	3	0
6. Residência Médica***	34.170	30.542	40.715	19,53

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS⁹ e Estimativa Populacional do IBGE¹⁰.

* Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho equivalem a um profissional.

** Quociente entre o número de especialistas em ETI e a população estimada pelo IBGE em 2018.

*** Não compõem o rol de especialidades reconhecidas pelo CFM.

Entre 2010 e 2018, houve um incremento de 93.932 especialistas, em ETI, em estabelecimentos de saúde (*tabela 10*). A maioria das especialidades recebeu novos especialistas, sendo que os quantitativos mais numerosos foram observados em Clínica Médica (que recebeu 18.321 médicos a mais) e Medicina de Família e Comunidade (12.531). Em termos relativos, o crescimento foi de, respectivamente, 3,09% e 3,81% ao ano. No primeiro caso, o volume de novos efetivos se explica porque a clínica médica é a porta de entrada de diversas especialidades; e no segundo, devido às políticas de expansão da Estratégia Saúde da Família, em particular, o Programa Mais Médicos.

Outras especialidades que mais aumentaram seus efetivos no período 2010 a 2018, em termos absolutos, são aquelas que já apresentavam participação elevada no conjunto da força de trabalho médica,

a saber, Oftalmologia (3.770 novos médicos, em ETI), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (3.473), Ortopedia e Traumatologia (3.065), Cardiologia (2.061), Anestesiologia (2.379) e Dermatologia (2.279). As especialidades Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, porém, não figuram entre as que mais ampliaram efetivos. Em termos relativos, as especialidades que mais cresceram foram Cirurgia Oncológica (6,46% ao ano), Medicina do Trabalho (6,37%), Cirurgia Vascular (6,07%), Dermatologia (4,76%), Geriatria (4,57%) e Endocrinologia e Metabologiaⁱⁱ (4,17%). Cabe destacar ainda as especialidades que perderam profissionais: Medicina Física e Reabilitação, Cirurgia Pediátrica, Patologia, Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, Homeopatia, Medicina Legal e Perícia Médica e Medicina Preventiva e Social.

Tabela 10. Evolução do número de especialistas em ETI, saldo do período* e incremento anual**, por complexos médico-assistenciais e especialidades médicas. Brasil, 2010 a 2018***

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Saldo	Incr. (%)
Total de médicos	335.568	319.061	334.385	353.405	370.285	379.077	394.314	409.319	429.501	93.932	3,13
1. Atenção Primária	102.407	96.123	100.464	106.877	116.465	118.091	122.610	126.902	133.259	30.852	3,35
Medicina de Família e Comunidade	35.944	35.199	36.612	38.385	44.092	44.510	45.502	46.524	48.476	12.531	3,81
Clínica Médica	66.462	60.924	63.852	68.493	72.373	73.580	77.108	80.378	84.783	18.321	3,09
2. Especialidades Clínicas	88.986	84.961	87.399	90.949	92.659	93.588	95.622	98.837	104.007	15.021	1,97
Alergia e Imunologia	674	666	693	732	777	772	789	814	866	192	3,18
Angiologia	1.241	1.166	1.194	1.240	1.268	1.278	1.257	1.280	1.352	111	1,07
Cardiologia	12.470	11.727	12.117	12.683	12.942	13.354	13.660	14.240	15.072	2.601	2,4
Dermatologia	5.044	5.060	5.394	5.727	6.002	6.288	6.600	6.825	7.318	2.274	4,76
Endocrinologia e Metabologia	3.048	3.010	3.159	3.403	3.528	3.629	3.756	3.926	4.225	1.177	4,17

ii Algumas especialidades apresentaram incrementos mais significativos, porém, relativamente a números absolutos baixos, caso de Cirurgia de Mão, Medicina do Tráfego, Nutrologia e Medicina Hiperbárica.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Saldo	Incr. (%)
Gastroenterologia	3.275	3.171	3.312	3.440	3.485	3.500	3.607	3.687	3.933	658	2,31
Geriatria	963	938	1.019	1.108	1.157	1.182	1.207	1.309	1.376	414	4,57
Infectologia	2.274	2.192	2.276	2.326	2.410	2.464	2.458	2.493	2.583	309	1,6
Medicina Física e Reabilitação	518	484	508	498	500	490	470	484	486	-31	-0,78
Medicina Intensiva	5.013	4.814	5.111	5.527	5.796	5.848	5.918	6.259	6.742	1.729	3,77
Nefrologia	3.496	3.314	3.393	3.613	3.727	3.733	3.814	4.002	4.263	767	2,51
Neurologia	4.729	4.473	4.566	4.778	4.882	4.873	4.981	5.151	5.575	846	2,08
Oncologia Clínica	2.633	2.483	2.550	2.545	2.573	2.667	2.746	2.883	3.052	419	1,86
Pediatria	32.452	30.725	31.057	31.899	31.927	31.713	32.279	33.148	34.231	1.779	0,67
Pneumologia	2.530	2.411	2.422	2.486	2.509	2.468	2.512	2.501	2.560	30	0,15
Psiquiatria	7.305	7.037	7.264	7.538	7.737	7.876	8.037	8.260	8.689	1.384	2,19
Reumatologia	1.321	1.290	1.365	1.407	1.439	1.453	1.530	1.574	1.685	364	3,09
3. Especialidades Cirúrgicas	93.878	88.515	89.913	93.223	95.073	95.522	97.773	100.851	106.779	12.901	1,62
Cirurgia Cardiovascular	2.257	2.018	2.008	2.067	2.087	2.116	2.127	2.184	2.292	36	0,2
Cirurgia da Mão	.	.	11	27	43	42	61	63	74	62	36,28
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	658	620	614	627	649	673	688	720	780	122	2,15
Cirurgia do Aparelho Digestivo	904	871	855	856	875	925	954	962	1.045	140	1,82
Cirurgia Geral	15.885	14.444	14.552	14.897	15.196	14.843	15.006	15.490	16.034	149	0,12
Cirurgia Oncológica	499	476	520	542	573	602	684	736	823	324	6,46
Cirurgia Pediátrica	1.462	1.338	1.331	1.312	1.285	1.310	1.332	1.312	1.398	-64	-0,56
Cirurgia Plástica	2.775	2.662	2.754	2.869	2.993	3.046	3.145	3.248	3.504	729	2,96
Cirurgia Torácica	677	639	645	662	657	672	676	695	761	83	1,46
Cirurgia Vascular	1.809	1.824	1.917	2.101	2.270	2.382	2.480	2.642	2.899	1.089	6,07
Coloproctologia	1.013	993	995	1.046	1.091	1.089	1.135	1.182	1.276	263	2,93
Ginecologia e Obstetrícia	28.052	26.403	26.492	27.086	27.087	26.820	27.015	27.676	28.840	788	0,35
Mastologia	1.089	1.020	1.051	1.102	1.157	1.202	1.256	1.321	1.388	299	3,08
Neurocirurgia	2.471	2.324	2.356	2.459	2.508	2.576	2.611	2.733	2.956	485	2,27
Oftalmologia	10.684	10.400	10.869	11.597	12.155	12.355	13.024	13.475	14.454	3.770	3,85
Ortopedia e Traumatologia	14.136	13.416	13.723	14.365	14.621	14.826	15.328	16.011	17.200	3.065	2,48
Otorrinolaringologia	5.041	4.850	4.942	5.184	5.307	5.384	5.510	5.603	5.976	934	2,15
Urologia	4.467	4.217	4.277	4.423	4.519	4.658	4.739	4.798	5.081	614	1,62

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Saldo	Incr. (%)
4. Medicina Diagnóstica e Terapêutica	33.975	32.149	32.976	34.509	35.005	35.857	36.744	38.103	40.286	6.310	2,15
Anestesiologia	14.200	13.301	13.702	14.400	14.409	14.558	15.056	15.690	16.579	2.379	1,95
Endoscopia	1.746	1.659	1.650	1.730	1.795	1.845	1.886	1.914	2.040	294	1,96
Hematologia e Hemoterapia	2.252	2.158	2.138	2.180	2.254	2.323	2.346	2.397	2.497	245	1,3
Medicina Nuclear	528	505	515	509	512	520	512	527	549	21	0,5
Nutrologia	151	159	182	198	225	241	267	292	336	185	10,5
Patologia	3.463	3.272	2.020	2.099	2.106	2.111	2.118	2.128	2.163	-1.300	-5,72
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	.	.	1.184	1.137	1.072	1.017	948	904	893	-290	-4,58
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	11.089	10.570	11.046	11.700	12.037	12.641	12.997	13.619	14.562	3.473	3,46
Radioterapia	546	526	537	554	587	591	600	616	643	98	2,08
Medicina Hiperbárica	.	.	2	3	9	12	16	16	23	21	52,42
5. Outras Especialidades	3.727	3.705	3.834	4.011	3.968	4.079	4.126	4.191	4.455	621	2,26
Acupuntura	590	588	615	654	672	701	729	726	764	174	3,28
Genética Médica	156	152	155	155	155	156	171	171	181	25	1,9
Homeopatia	614	604	619	622	603	627	608	596	593	-21	-0,43
Medicina de Emergência	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	-
Medicina do Trabalho	1.444	1.464	1.584	1.751	1.875	1.953	2.011	2.134	2.366	922	6,37
Medicina do Tráfego	31	43	51	55	58	67	70	76	116	85	17,91
Medicina Esportiva	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	-
Medicina Legal e Perícia Médica	135	138	126	117	48	35	35	33	33	-102	-16,27
Medicina Preventiva e Social	757	715	684	658	557	540	501	452	399	-358	-7,68
Medicina Antroposófica	.	.	.	.	.	.	.	3	3	0	-
6. Residência Médica	12.596	13.609	19.800	23.835	27.115	31.940	37.439	40.435	40.715	28.119	15,8

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS⁹.

*Diferença entre o efetivo de Equivalente de Tempo Integral em 2018 e em 2010.

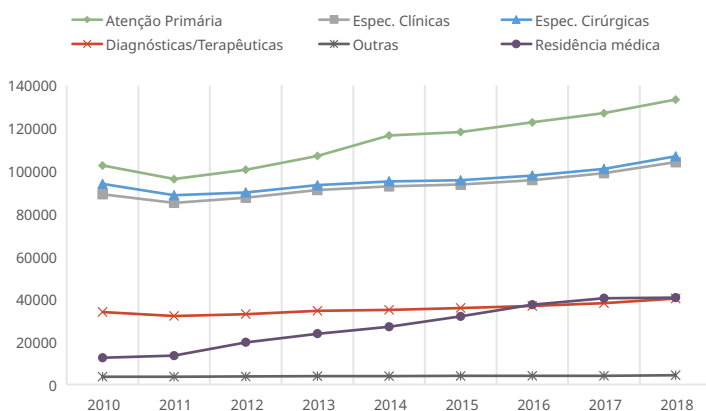
**Incremento geométrico anual em percentual.

***Os dados se referem ao mês de junho de cada ano, com exceção de 2010 que se refere ao mês de dezembro.

Todos os grupos de especialidade cresceram no período de 2010 a 2018, sendo mais significativo entre as especialidades de atenção primária (Clínica Médica e Saúde da Família), com incremento de 3,35% ao ano (gráfico 3 e tabela 10) e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica (sobretudo em função da Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Anestesiologia), com incremento de 2,15% ao ano. Os grupos de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas tiveram um crescimento moderado, 1,97% e 1,62% ao ano respectivamente. O número de residentes aumentou de 12.596 para 40.715 (15,8% ao ano). Mesmo considerando que os vínculos de Residência costumam ter mais do que 40 horas semanais, que é o valor de referência do cálculo do ETI, pode-se afirmar que o crescimento foi significativoⁱⁱⁱ.

Em 2018, o efetivo de especialidades em atenção primária representava 31% do total; ao passo que em Especialidades Clínicas, 24,2%; em Especialidades Cirúrgicas, 24,9%; e em Medicina de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, 9,4%. As outras especialidades somavam 1%; e as Residências Médicas, 9,5%.

Gráfico 3. Nº de especialistas em ETI*, por complexos médico-assistenciais. Brasil, 2010 a 2018**



Fonte: elaboração própria a partir do CNES/MS⁹.

* Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas semanais na especialidade equivalem a um profissional.

**Os dados se referem ao mês de junho de cada ano, com exceção de 2010 que se refere ao mês de dezembro.

iii O número efetivo de residentes pode ser maior, uma vez que alguns registros de médicos residentes são feitos a partir da CBO respectiva à especialidade em formação.

Relação entre oferta de especialistas e demanda efetiva

Neste tópico, os dados de dimensionamento da oferta de especialistas titulados (com Residência Médica ou certificado das Sociedades de Especialistas) são confrontados com os de demanda efetiva (ocupados em estabelecimentos de saúde). Trata-se de uma comparação entre o número de titulados identificados nos registros CFM, CNRM e AMB e o de ocupados, em ETI, identificados no CNES. Os especialistas podem ou não exercer a especialidade no mercado de trabalho. Aqueles que exercem, podem ou não ser encontrados nos estabelecimentos de saúde que mantêm seu registro atualizado no Ministério da Saúde. Ademais, os especialistas podem, ainda, exercer outras especialidades que não aquelas de titulação/registo.

Das 53 especialidades identificadas tanto nos dados de titulação/registo (CFM, CNRM e AMB) quanto nos dados ocupacionais (CNES)^{iv}, 33 apresentaram oferta de especialistas superior à demanda efetiva de ocupados em estabelecimentos de saúde (*tabela 11*). As especialidades com os maiores desequilíbrios, nessa conjuntura, são aquelas praticadas majoritariamente ou em grande proporção em atividades indiretas da saúde^v, por isso, registraram poucos casos no CNES, já que essa fonte se limita aos estabelecimentos de assistência direta – Medicina do Tráfego, Medicina Legal e Perícia Médica, Medicina do Trabalho, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Preventiva e Social e Alergia e Imunologia. Nesse grupo,

iv Foi utilizada a mesma correspondência taxonômica apresentada na Nota Técnica nº 01. Do total de 55 especialidades reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades, duas não apresentaram correspondência na CBO.

v Por exemplo, universidades e institutos de pesquisa, clubes de desporto, clínicas de medicina laboral, institutos médicos legais e clínicas conveniadas aos departamentos de trânsito.

também se incluem as especialidades da chamada ‘outra saúde’, a saber, Acupuntura e Homeopatia. Já as especialidades de Cirurgia da Mão, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Vascular, Nutrologia e Genética Médica, provavelmente, destacam-se por estar concentradas em serviços assistenciais privados, os quais são sub-registrados no CNES.

As especialidades em que o número de médicos mais se aproximou do de ocupados, em ETI, foram Cardiologia, Infectologia, Nefrologia, Oncologia Clínica, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Anestesiologia, Hematologia e Hemoterapia e Radioterapia (*tabela 11*). Outras especialidades que poderiam ser incluídas nesse grupo são Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Psiquiatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Medicina Nuclear. A situação de equilíbrio entre oferta e demanda sugerida pela comparação entre os quantitativos em questão pode indicar um exercício profissional no mercado de trabalho mais dependente da titulação/registro.

Tabela 11. Demanda efetiva em Equivalente de Tempo Integral* e de especialistas**, saldo e razão, por complexos médico-assistenciais e especialidades médicas. Brasil, 2015

Especialidade	ETI*	Especialistas**	Saldo	Razão
Total de médicos	347.137	239.934	107.203	0,69
1. Atenção Primária	118.091	38.457	79.634	0,33
Medicina de Família e Comunidade	44.510	4.241	40.269	0,1
Clínica Médica	73.580	34.443	39.137	0,47
2. Especialidades Clínicas	93.588	93.721	-133	1
Alergia e Imunologia	772	1.367	-595	1,77
Angiologia	1.278	941	337	0,74
Cardiologia	13.354	13.131	223	0,98
Dermatologia	6.288	7.177	-889	1,14
Endocrinologia e Metabologia	3.629	4.308	-679	1,19
Gastroenterologia	3.500	4.022	-522	1,15

Especialidade	ETI*	Especialistas**	Saldo	Razão
Geriatria	1.182	1.470	-288	1,24
Infectologia	2.464	2.455	9	1
Medicina Física e Reabilitação	490	789	-299	1,61
Medicina Intensiva	5.848	5.323	525	0,91
Nefrologia	3.733	3.599	134	0,96
Neurologia	4.873	3.709	1.164	0,76
Oncologia Clínica	2.667	2.494	173	0,94
Pediatria	31.713	33.971	-2.258	1,07
Pneumologia	2.468	2.807	-339	1,14
Psiquiatria	7.876	8.868	-992	1,13
Reumatologia	1.453	1.992	-539	1,37
3. Especialidades Cirúrgicas	95.522	94.424	1.098	0,99
Cirurgia Cardiovascular	2.116	1.159	957	0,55
Cirurgia da Mão	42	626	-584	14,95
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	673	766	-93	1,14
Cirurgia do Aparelho Digestivo	925	2.285	-1.360	2,47
Cirurgia Geral	14.843	27.949	-13.106	1,88
Cirurgia Oncológica	602	1.019	-417	1,69
Cirurgia Pediátrica	1.310	1.241	69	0,95
Cirurgia Plástica	3.046	5.245	-2.199	1,72
Cirurgia Torácica	672	851	-179	1,27
Cirurgia Vascular	2.382	3.719	-1.337	1,56
Coloproctologia	1.089	1.664	-575	1,53
Ginecologia e Obstetrícia	26.820	26.877	-57	1
Mastologia	1.202	1.784	-582	1,48
Neurocirurgia	2.576	2.753	-177	1,07
Oftalmologia	12.355	11.634	721	0,94
Ortopedia e Traumatologia	14.826	12.222	2.604	0,82
Otorrinolaringologia	5.384	5.749	-365	1,07
Urologia	4.658	4.636	22	1
4. Medicina Diagnóstica e Terapêutica	35.857	32.022	3.835	0,89
Anestesiologia	14.558	15.518	-960	1,07
Endoscopia	1.845	1.653	192	0,9
Hematologia e Hemoterapia	2.323	2.197	126	0,95
Medicina Nuclear	520	600	-80	1,15
Nutrologia	241	1.129	-888	4,69
Patologia	2.111	2.032	79	0,96
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1.017	953	64	0,94

Especialidade	ETI*	Especialistas**	Saldo	Razão
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	12.641	9.661	2.980	0,76
Radioterapia	591	578	13	0,98
5. Outras Especialidades	4.079	25.546	-21.467	6,26
Acupuntura	701	3.206	-2.505	4,57
Genética Médica	156	238	-82	1,53
Homeopatia	627	2.384	-1.757	3,8
Medicina de Emergência***	-	9	-	-
Medicina do Trabalho	1.953	14.355	-12.402	7,35
Medicina do Tráfego	67	4.103	-4.036	61,1
Medicina Esportiva***	-	743	-	-
Medicina Legal e Perícia Médica	35	1.132	-1.097	32,41
Medicina Preventiva e Social	540	1.520	-980	2,81

Fonte: elaboração própria a partir do CNEM/MS⁷, CES/Inep⁸ e CNES/MS⁹.

* Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas semanais na especialidade equivalem a um profissional.

**Médicos com título/registo na especialidade, com até 79 anos de idade e ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

***Especialidades não disponíveis na classificação ocupacional do CNES.

Por outro lado, nas especialidades em que a oferta de especialistas é inferior à demanda efetiva, tem-se uma situação em que o exercício da especialidade é fortemente realizado por profissionais não titulados/registrados na especialidade correspondente ou sem qualquer titulação/registo. São os casos de Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Angiologia, Neurologia, Cirurgia Cardiovascular, Ortopedia e Traumatologia e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (*tabela 11*). Nos quadros das especialidades da atenção primária, há menores barreiras ao seu exercício, pois são áreas que podem ser entendidas como de Medicina Geral. No caso das outras especialidades citadas, é possível que especialistas de áreas próximas compartilhem a prática, por exemplo, cardiologistas se ocupando em Angiologia; e neurocirurgiões, em Neurologia. Embora a tendência seja à afiliação em uma única especialidade, do ponto de vista ocupacional, o exercício de um número maior

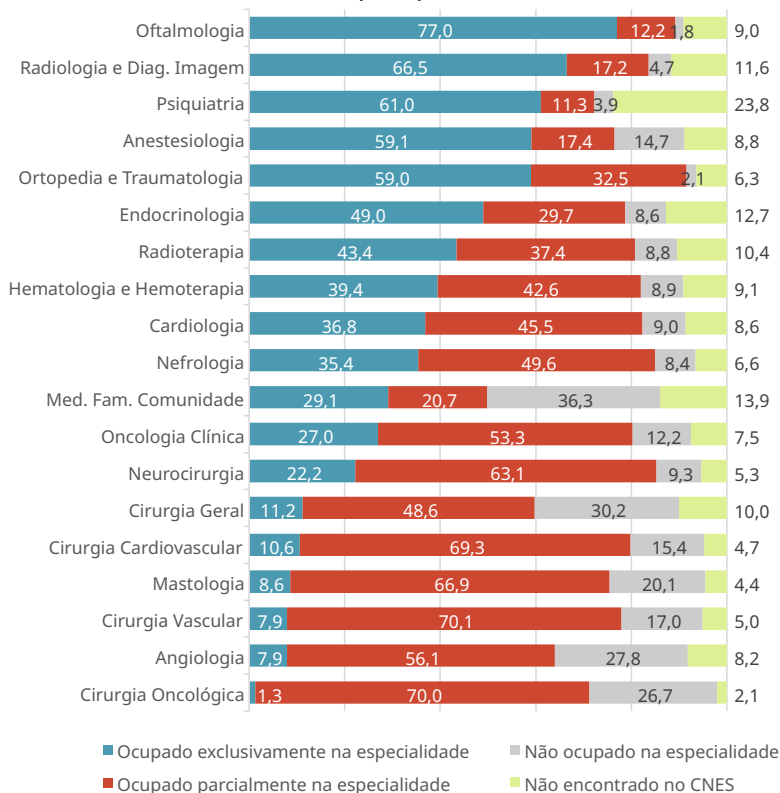
de especialidades é expressivo. Isso ocorre porque a prática médica no mercado de trabalho é menos rígida do que as trajetórias de titulação/registo – apesar de o mercado adotar práticas de fechamento baseadas na lógica da obtenção de credenciais.

Se analisarmos a oferta de especialistas em cada especialidade segundo a condição de ocupação do profissional (se ocupado exclusivamente na especialidade, se ocupado parcialmente, se não ocupado ou se o profissional não foi encontrado no CNES), observamos que 77% dos especialistas em Oftalmologia se ocupavam exclusivamente na especialidade, a maior proporção encontrada entre as 19 especialidades selecionadas (*gráfico 4*). A dedicação exclusiva à especialidade de titulação/registo também ocorria para a maioria dos especialistas em Radiologia, Psiquiatria, Anestesiologia e Ortopedia. Em todas as demais especialidades, essa condição não perfaz a maioria. Em alguns casos o padrão encontrado é de exercício combinado com outra especialidade, com destaque para Cirurgia Oncológica e Cirurgia Vascular, em que 70% dos especialistas se encontravam nessa situação. Destaca-se ainda que 36% dos titulados em Medicina de Família e Comunidade, 30,2% em Clínica Médica, 27,8% em Angiologia e 26,7% em Cirurgia Vascular não estavam ocupados na especialidade, embora se ocupassem de outra forma. Alguns casos ainda merecem evidência pela significativa proporção de profissionais que não possuíam qualquer registro no CNES, como Psiquiatria, Medicina de Família e Comunidade e Endocrinologia.

Na distribuição da demanda efetiva de profissionais ocupados, em ETI, segundo a condição de titulação/registo do profissional (se o profissional ocupado na especialidade tem título correspondente, se tem título em especialidade diferente, se não tem qualquer titulação e se não foi encontrado no CFM), tem-se, mais uma vez, a Oftalmologia com destaque, pois 82,1% do ETI era de especialistas com titulação correspondente (*gráfico 5*). Outras especialidades aparecem com parti-

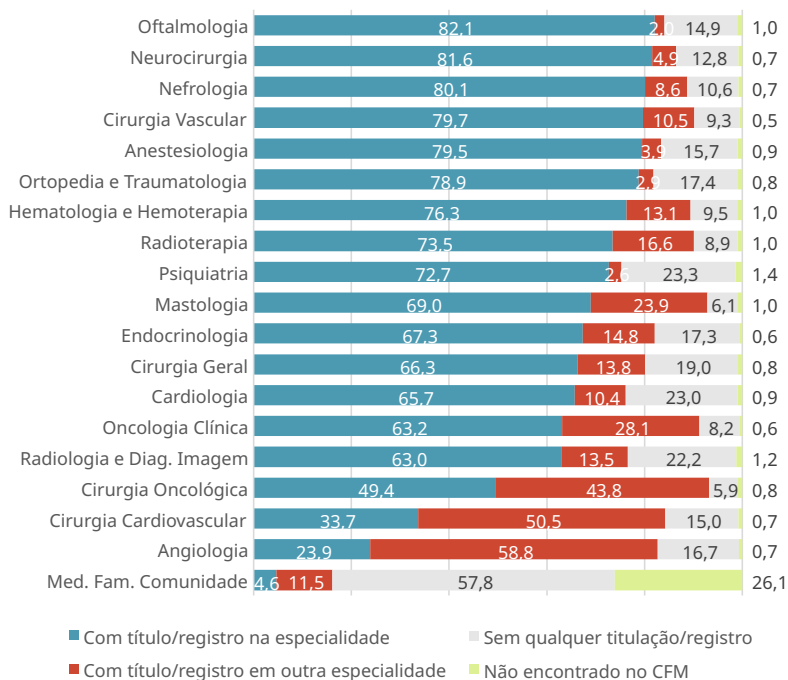
cipação de titulados em torno de 80%, como Neurocirurgia, Nefrologia, Cirurgia Vascular, Anestesiologia e Ortopedia. Em Cirurgia Oncológica e Angiologia, a maioria da demanda se dá a partir de especialistas em especialidades diferentes. A proporção de especialistas em outras especialidades também era significativa em Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica e Mastologia. Em medicina de família e comunidade, quase 60% do ETI se referia a médicos sem qualquer titulação, situação que também era significativa em Psiquiatria, Cardiologia, Radiologia e Cirurgia Geral.

Gráfico 4. Distribuição da oferta de especialistas* segundo condição de ocupação do profissional em estabelecimentos de saúde, por especialidade selecionada. Brasil, 2015



Fonte: elaboração própria a partir do CNEM/MS7, CES/Inep⁸ e CNES/MS⁹. *Médicos com título/registro na especialidade, com até 79 anos de idade e ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

Gráfico 5. Distribuição da demanda efetiva de profissionais ocupados em Equivalente de Tempo Integral* segundo condição de titulação do profissional, por especialidade selecionada**



Fonte: elaboração própria a partir do CNEM/MS⁷, CES/Inep⁸ e CNES/MS⁹.

*Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas semanais na especialidade equivalem a um profissional.

**Médicos com título/registro na especialidade, com até 79 anos de idade e ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência entre a data de nascimento e a data de formação na graduação.

Relativamente à observação das iniquidades distributivas, verifica-se que a oferta está concentrada na região Sudeste, que detém mais da metade dos especialistas titulados e dos títulos/registros, em torno de 55% do total (*tabela 12*). Somente o estado de São Paulo possui cerca de 30% dos casos, nas duas medidas. Em seguida, aparecem a região Sul, com 17%, e o Nordeste, com 15%. Neste último, as maiores ofertas estão na Bahia, em Pernambuco e no Ceará; e as menores, no Piauí, em Sergipe e no Maranhão. A região Centro-Oeste tem participação de 8% na oferta, sendo que

o Distrito Federal e Goiás apresentam os maiores quantitativos. A região Norte representa em torno de 3% da oferta, a qual está concentrada no Amazonas e no Pará. Um número residual de casos ocorre no Amapá, em Roraima e no Acre.

Em todo o Brasil, 47,7% dos títulos derivam de uma Residência (CNRM); e 30,1%, dos exames das Sociedades (AMB); ao passo que 22,1% são de RQE sem correspondência. Em alguns estados, a participação dos títulos de Residência é maior do que a observada no País, contexto de Pernambuco (com 57,9%), Piauí, Roraima, Distrito Federal, Ceará, Rio Grande do Norte, Maranhão, Acre, São Paulo e Rondônia. No caso dos títulos da AMB, há maior participação do que a do Brasil nos estados de São Paulo (com 34,7%), Tocantins, Paraná, Rondônia, Mato Grosso do Sul e Acre. Quanto ao RQE sem correspondência, tem-se Alagoas (com 41,2%), Paraíba, Espírito Santo, Sergipe, Pará, Minas Gerais e Mato Grosso (*tabela 12*).

Tabela 12. Número de especialistas, títulos/registros, distribuição por fonte e indicadores de relação entre oferta de demanda, por região e UF. Brasil, 2015

Região/UF*	Especialistas**	Títulos/Registros	Títulos/registros por fonte (%)			% de especialistas exclusivos****	% de ETI ocupado por especialistas*****
			CNRM	AMB	RQE***		
<i>Brasil</i>	<i>239.934</i>	<i>355.254</i>	<i>47,7</i>	<i>30,2</i>	<i>22,1</i>	<i>45,2</i>	<i>44,9</i>
<i>Norte</i>	<i>8.228</i>	<i>11.726</i>	<i>45,4</i>	<i>30,1</i>	<i>24,5</i>	<i>49,6</i>	<i>37,6</i>
RO	877	1.295	48	31,9	20,2	53,9	37,7
AC	371	513	49,7	31	19,3	42	37,7
AM	2.120	3.076	46,9	29,5	23,5	53,2	38,7
RR	346	484	55	25,8	19,2	52,6	39,2
PA	3.366	4.670	42,4	29,2	28,4	47,1	36
AP	307	428	45,3	30,8	23,8	52,8	38,3
TO	841	1.260	44,3	34,2	21,5	46,4	39,2
<i>Nordeste</i>	<i>37.345</i>	<i>55.232</i>	<i>47,9</i>	<i>28,1</i>	<i>24</i>	<i>46,1</i>	<i>39</i>
MA	2.187	3.196	51,3	23,6	25,1	50,3	31,1
PI	1.877	2.818	56	27,9	16,1	46,7	35,9

Região/UF*	Especialistas**	Títulos/Registros	Títulos/registros por fonte (%)			% de especialistas exclusivos****	% de ETI ocupado por especialistas*****
			CNRM	AMB	RQE***		
CE	6.328	9.737	52,2	26,9	20,9	44	40,8
RN	2.398	3.481	52	29,9	18,1	49	39
PB	3.141	4.505	38,5	22,2	39,3	47,2	41,9
PE	6.948	10.034	57,9	26,1	16	47,5	36,9
AL	2.482	3.576	30,7	28,1	41,2	48,6	47,4
SE	1.991	3.080	39,1	30	30,9	41,5	42,7
BA	9.993	14.805	44	32,2	23,8	44,8	39
Sudeste	132.952	195.623	48,3	31,2	20,4	45,7	44,6
MG	25.907	37.926	42,7	29,8	27,5	43,2	48,5
ES	5.544	8.617	41,2	25,7	33,1	53,4	54,1
RJ	29.761	41.690	52	24,8	23,2	45,6	41
SP	71.740	107.390	49,5	34,7	15,8	46	43,8
Sul	41.337	61.916	45,7	29,6	24,7	40,1	52
PR	13.956	21.529	43,4	32,2	24,4	40,1	51,5
SC	8.542	13.122	46,5	29,7	23,8	40,4	55,1
RS	18.839	27.265	47,2	27,4	25,4	40	51
Centro-Oeste	19.626	30.158	48,4	28,1	23,6	48,8	52,3
MS	2.793	4.294	43,2	31,4	25,5	37,7	50,2
MT	2.576	3.926	43,5	30	26,5	45,8	49,3
GO	6.464	9.740	45,6	29,2	25,2	50,6	46,3
DF	7.793	12.198	54	25,3	20,6	52,3	61,3
S/Inf.	446	599	-	-	-	-	-

Fonte: elaboração própria a partir do CNEM/MS⁷, do CES/Inep⁸ e do CNES/MS⁹.

*UF de inscrição primária do profissional, exceto para o indicador de percentual de ETI ocupado por especialista, que utiliza a UF do estabelecimento de saúde. **Médicos com título/registro na especialidade, com até 79 anos de idade e ativos no CFM em 2015, exclusive profissionais sem informação de sexo e idade e com inconsistência. ***Registros no CFM cuja correspondência não foi encontrada nos cadastros CNRM e AMB. ****Médico com título/registro de especialista que estava ocupado exclusivamente na especialidade. *****Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas semanais de profissionais titulados/registros na especialidade equivalem a um profissional.

Quase metade dos especialistas do País (45,2%) desempenha exercício exclusivo da especialidade, ou seja, dedica 100% da carga horária na especialidade correspondente ao título. Na região Norte, a proporção é maior, de 49,6%, sendo que os estados que mais

contribuem para isso são Rondônia, Amazonas, Roraima e Amapá, nos quais a maioria dos médicos é exclusivo à sua especialidade. Em seguida, a região Centro-Oeste apresenta 48,8%, impulsionada pelo Distrito Federal e por Goiás. Note-se que, em Mato Grosso do Sul, o valor é de apenas 37,7%, o menor do País. O Nordeste tem 46,1% de especialistas exclusivos, com destaque para Maranhão, Rio Grande do Norte, Alagoas, Pernambuco e Paraíba. O Sudeste tem uma proporção semelhante à do Brasil, com ênfase para o Espírito Santo, com 53,4%. Na região Sul, a proporção fica em torno de 40% nos três estados (*tabela 12*).

Ao se analisar a parcela da demanda, em ETI, que é ocupada por médicos com titulação correspondente à especialidade, verifica-se uma proporção de 44,9% no Brasil. Todos os estados do Norte e quase todos do Nordeste apresentam valores inferiores a esse, destacando um cenário de desequilíbrio expressivo já que quase dois terços da demanda nesses locais é ocupada por médicos sem titulação correspondente. Ocorre maior correspondência entre oferta e demanda no Distrito Federal (com 61,3%), em Santa Catarina (55,1%), no Espírito Santo (54,1%), no Paraná (51,5%), no Rio Grande do Sul (51%) e em Mato Grosso do Sul (50,2%) (*tabela 12*). Ao se comparar a ocupação da demanda com o percentual de especialistas exclusivos, nota-se que as situações em que há menor oferta de especialistas em relação à demanda são aquelas nas quais há maior frequência de médicos titulados se dedicando de forma exclusiva à especialidade.

Referências

1. Girardi SN. O perfil do “emprego” em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 1986; 2(4):423-439.
2. Girardi SN, coordenador. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2009. [acesso em 2021 abr 12]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20nacional%20da%20demanda%20de%20m%C3%A9dicos%20especialistas.pdf.
3. Girardi SN, coordenador. Monitoramento da demanda por residências e especialidades médicas no Brasil. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2012. [acesso em 2021 abr 12]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Monitoramento%20da%20demanda%20por%20especialidades%20e%20residencias%20medicas%20no%20Brasil.pdf.
4. Girardi SN, coordenador. Dimensionamento da força de trabalho de especialidades médicas no Brasil. (Meta 2 da Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil) Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2017.
5. Girardi SN, coordenador. Dimensionamento da demanda e diversidade de escopos de prática das especialidades médicas no Brasil. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2018. [acesso em 2021 abr 12]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Dimensionamento%20da%20demanda%20e%20diversida-

de%20dos%20escopos%20de%20pr%C3%A1tica%20das%20 especialidades%20m%C3%A9dicas%20no%20Brasil.pdf.

6. Hall T. Why plan human resources for health. *Hum. Res. Health Devel. J.* 1998; 77-86.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Microdados do Cadastro Nacional de Especialistas. Brasília, DF: MS; SGTES; 2016.
8. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Microdados do Censo da Educação Superior. [acesso em 2022 jul 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/ acesso-a-informacao/dados-abertos/microdados/censo-da-educacao-superior>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Microdados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: MS; DATASUS; 2018.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População. [acesso em 2021 abr 12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
11. Pong RW. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: a study of policy implementation over 35 years. *Hum. Resourc. Health.* 2008; 6(1):1-9.
12. Hall T, Meija A. Health Manpower Planning: principles, methods, issues. Geneva: World Health Organization; 1978.
13. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2010. 3. ed. Brasília, DF: MTE; SPPE; 2010.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados da Amostra do Censo Demográfico de 2010. [acesso em 2012 abr 27]. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/Microdados/.
15. Conselho Federal de Medicina. Número de Médicos. [acesso em 2022 jul 19]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/numero-de-medicos/>.

Sinais do mercado de trabalho e emprego das especialidades médicas no setor saúde

Jackson Freire Araujo, Lucas Wan Der Maas, Sabado Nicolau Girardi

Este capítulo apresenta um panorama do mercado de trabalho e emprego dos médicos. Inicialmente, apresentamos uma análise do mercado de trabalho formal da saúde por meio da análise setorial¹ e ocupacional² dos dados da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Previdência (Rais/MTP)³. Em seguida, é feita uma investigação da absorção dos médicos pelo mercado de trabalho formal mediante cotejamento dos dados da Rais com dados do Censo da Educação Superior (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/Ministério da Educação – Inep/MEC)⁴. Por fim, apresentamos alguns resultados de um estudo específico⁵ sobre as dificuldades de contratação de médicos especialistas, realizado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (Etac) com estabelecimentos de saúde de todo o País.

O recorte dos mercados setoriais e profissionais/ocupacionais

Do ponto de vista descritivo, foram utilizados dois recortes básicos: o recorte do mercado setorial (tornando o setor e o Macrosetor de atividade econômica saúde) e o dos mercados ocupacionais e profissionais. As análises de mercado de trabalho setoriais se prestam, em geral, para comparações intersetoriais no que tange à capacidade de geração de empregos, níveis de salários e massa de rendimentos gerados, perfil da força de trabalho empregada etc. No presente caso, cotejamos os dados do emprego no setor de serviços de saúde com os dados do setor de ensino, da administração pública e do conjunto da economia.

A análise dos mercados profissionais, por seu turno, tem como característica básica o conhecimento de aspectos relevantes do emprego e salários das ocupações e profissões da saúde, não só no setor de serviços de saúde como também nos demais setores da economia e no agregado das atividades produtivas. Nesse caso, torna-se necessária uma definição prévia do que sejam as profissões e as ocupações de saúde. Em geral, trata-se de ocupações regulamentadas naquilo que se refere a requisitos educacionais e territórios de prática (ou jurisdição de trabalho), guardando uma relação técnica com o conceito de função saúde.

Neste tipo de análise, procura-se identificar, além de atributos relacionados com os empregados (sexo, idade, escolaridade, ocupação/profissão etc.), os atributos do emprego (regime e emprego, salários oferecidos, jornadas de trabalho, tipo de instituição empregadora e outros). Esse tipo de análise se presta ao conhecimento das formas como as profissões e as ocupações de uma determinada área conservam e recriam seus mercados, dentro e fora do setor

específico de atividade econômica. Por outro lado, a hipótese que está como que subjacente a este tipo de análise é que algumas das especificidades ‘descobertas’ na análise dos mercados dos profissionais de saúde, inclusive diferenças quanto à dinâmica do conjunto do setor específico, responderiam àquele segundo traço distintivo do setor, qual seja, o seu ‘profissionalismo’. Mostrando-se funcionalmente interligados, entretanto, os fenômenos que se observam no mercado de trabalho setorial influenciam os mercados profissionais e vice-versa.

Buscaremos também, desde o enfoque setorial, ampliar nosso campo de observações, por intermédio da apropriação da ideia de Macrossetor Saúde⁶. Essa ampliação é fundamental quando se quer uma aproximação relativamente àquele terceiro traço distintivo que apontamos no que diz respeito ao setor, qual seja, o fato de ele se situar na fronteira entre os sistemas de bem-estar social e de inovação técnica (melhor seria dizer invadir estas fronteiras). Com efeito, o conceito de Macrossetor Saúde, da forma como o apropriamos a Zaeyen et al.⁷, inclui: a) o núcleo de serviços de saúde – composto por serviços de saúde e assistência social; b) o segmento industrial de fornecedores de insumos e equipamentos – subdivididos em atividades produtoras de medicamentos, insumos equipamentos para o setor; c) o segmento de atividades de comércio atacadista e varejista de medicamentos e insumos; d) o segmento de financiamento, constituído de atividades de terceiras partes pagadoras como seguros públicos e privados e planos de saúde; e) o segmento de atividades estratégicas de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) e ensino em saúde (no qual se incluem a universidade e grande parte do sistema de inovação técnica).

A análise em termos de Macrossetor tem o sentido de visualizar aspectos relativos a outros agentes econômicos com vinculações

econômicas e interesses mais ou menos articulados ao setor de serviços da saúde. Existiria uma dupla vantagem em trabalhar com a ideia. Em primeiro lugar, ela permite visualizar, de maneira mais abrangente, um conjunto maior de interesses e atores articulados economicamente em torno à malha da saúde, atores esses mais ou menos capazes de realizar coalizões e influenciar o desenho e a implementação de políticas específicas na área. Em segundo lugar, e talvez de maneira mais importante, a ideia de Macrossetor leva-nos a refletir sobre a responsabilidade da gestão governamental do setor saúde para toda uma série de atividades, além das atividades diretamente relacionadas com a atenção à saúde, atividades que interferem na qualidade dos serviços finais. Da perspectiva da reforma da administração do estado e das instituições do setor saúde, a ideia de Macrossetor permitiria superar a questão mais ou menos naturalmente colocada nessas ocasiões dos cones de força de trabalho na administração pública da saúde. Uma visão mais coetânea do papel da gestão governamental da saúde incluiria na agenda reformista o objetivo da construção de capacidade de estado para a regulação, a provisão de informações e a cooperação técnica relativamente a todo esse conjunto não homogêneo de atividades (por exemplo, fornecedores de insumos industriais, equipamentos, medicamentos; comercialização de insumos e produtos; P&D e ensino; seguros etc.). A partir daí, permite-se vislumbrar, em todas as esferas do governo na saúde, desde o nível da administração federal até as prefeituras, o desenvolvimento de estratégias de requalificação profissional, reconversão e realocação de pessoal nessas funções, desde as mais tradicionais que já fazem parte do cardápio da gestão setorial até aquelas funções estratégicas emergentes, passando, naturalmente, pelo abandono (difícil) de funções que, a contar do prisma da nova gestão setorial, poderiam ser tidas como anacrônicas.

Restaria introduzir a noção de função saúde, que, de certa forma, toma aspectos comuns de cada uma das noções anteriormente apresentadas. Conforme uma definição original de Nogueira e Girardi⁴⁽⁶⁾, a função saúde parte da ideia da função produtiva em saúde e abarcaria “a somatória da capacidade de trabalho existente na economia que está alocada em benefício da saúde”. Esta poderia ser definida, em uma primeira aproximação, como “o conjunto das atividades econômicas e não econômicas, as quais, de forma específica, contribuem para a preservação e a recuperação da saúde e para lidar com as enfermidades e com as deficiências da saúde”. Temos inferido que o conjunto das atividades econômicas que estão comprometidas com a função saúde constitui o Macrossetor Saúde na forma como o definimos. No entanto, o emprego da noção de função de saúde traz outras implicações. Conforme se pode deduzir, ela inclui atividades econômicas, geradoras de renda e emprego, mas também atividades não estritamente econômicas, como diversas formas de autocuidado e provisão familiar de cuidados à saúde. Ela inclui, igualmente, todo o conjunto de atividades heterônomas de prestação de cuidados localizadas no setor informal, alargando, inclusive, as dimensões deste para além das definições usuais, conforme veremos.

Algumas considerações sobre o uso da Rais na análise do mercado de trabalho de médicos

O estudo do mercado de trabalho por meio da Rais/MTP deve levar alguns pontos em consideração.

Os dados da Rais Vínculos se referem ao número de vínculos empregatícios formais informados pelos empregadores no período de referência (31 de dezembro do ano a ser declarado). Dois limites

mais gerais devem ser observados na interpretação dos dados da Rais. Em primeiro lugar, só são informados vínculos empregatícios formais, o que significa que as situações que envolvem relações de trabalho que não constituem vínculos de emprego não são computadas, a exemplo de autônomos, cooperados e informais. Em segundo lugar, na Rais Vínculos, são computados todos os vínculos, o que significa que o empregado será contado tantas vezes quanto for o número de vínculos informados.

Essas duas ‘limitações’ da Rais sugerem redobrada cautela na análise do mercado de trabalho, do emprego e dos salários de categorias ocupacionais como os médicos, que têm um grande contingente de profissionais que trabalham e prestam serviços sob formatos diferentes da relação típica de emprego/assalariamento (por exemplo, autônomos, cooperados, pessoas jurídicas etc.) e ao mesmo tempo detêm dois ou mais vínculos de emprego. Tal limitação é maior nos municípios de menor porte e tão mais evidente quanto rarefeita a frequência dos eventos contados (o estoque de empregos).

Especificamente com relação ao dado de empregos de médicos especialistas (estoque e remuneração), uma dose adicional de cautela na interpretação dos dados deve ser tomada. Em geral, a especialidade informada pelo ‘empregador’ na Rais é aquela registrada na carteira de trabalho do empregado (para vínculo na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), ou a que consta no cargo, emprego ou função pública ocupada (servidores efetivos estatutários e cargos comissionados), ou a do contrato temporário. Assim, é importante ter em mente que não existe correspondência inequívoca entre a especialidade informada no registro da Rais e a especialidade efetivamente praticada. Isso significa que o empregado pode ser um especialista em Endocrinologia e exercer essa especialidade no estabelecimento, mas se em sua carteira de trabalho ele estiver

registrado como médico clínico ou o cargo que ocupa for esse, ele será computado como ‘médico clínico’. Em razão disso, conforme as tabelas demonstram mais à frente, enquanto os estoques de empregos de ‘Médico Clínico Geral’ estão superdimensionados, a maior parte das especialidades terá seus estoques subestimados. Caso especial é aquele constituído pelas especialidades médicas que são identificadas no cargo ou no emprego, como é o caso do ‘Médico do Trabalho’. Dessa forma, o fato de não haver registro em um determinado município ou região, por exemplo, de ‘Médico Endocrinologista’ não deve ser interpretado de forma categórica.

Quanto à remuneração, cabe lembrar que a informação é limitada à remuneração do vínculo de emprego médico, e não à remuneração total do indivíduo médico. Conforme é sabido, na maior parte, a remuneração dos médicos advém do trabalho e de serviços não constituídos como vínculo de trabalho assalariado. Isso é mais relevante ainda em municípios de pequeno porte.

Análise setorial

A *tabela 1* traz algumas informações úteis para o dimensionamento do emprego em saúde na economia nacional. Conforme pode-se observar, as atividades de Saúde Humana e Serviços Sociais detinham, em dezembro de 2018, aproximadamente 205 mil estabelecimentos com cerca de 2,3 milhões de vínculos formais de emprego, uma média de 11,6 vínculos por estabelecimento.

O número de vínculos nas atividades de Saúde Humana e Serviços Sociais representava 5% do total da economia, apresentando um crescimento bruto de 77% com relação a 2006. Foi o terceiro maior crescimento observado, ficando atrás somente das Atividades Imobiliárias e das Atividades Profissionais, Científicas e Técnicas

(117,1% e 92,4% respectivamente). A economia teve um crescimento de 32,6% no número de vínculos formais no mesmo período. Como pode ser observado, o tamanho do setor saúde é bem maior, uma vez que grande parte dos seus vínculos está registrada na seção de atividades Administração Pública, Defesa e Seguridade Social.

Tabela 1. Número de estabelecimentos e vínculos formais de emprego por seção de atividade econômica. Brasil, 2006 e 2018

Seção de atividade econômica CNAE	2006						2018						Cresc. Bruto (%) 2006/18	
	Estabelec.		Vínc./estab		Vínc./estab.	Estabelec.		Vínculos		Vínc./estab.				
	n	%	n	%		n	%	n	%		Vínc.	Estab.		
	Administração Pública, Defesa e Seguridade Social	15.246	0,5	7.749.359	22	508,3	18.156	0,5	9.128.919	19,6	502,8	19,1	17,8	
Agríc., Pecuária, Prod. Florestal, Pesca e Aquicultura	310.588	11	1.409.226	4	4,5	322.155	8,3	1.497.914	3,2	4,6	3,7	6,3		
Água, Esgoto, Ativ. de Gestão de Resíduos e Descont.	6.126	0,2	258.183	0,7	42,1	10.519	0,3	344.212	0,7	32,7	71,7	33,3		
Alojamento e Alimen- tação	147.320	5,2	1.135.596	3,2	7,7	268.027	6,9	1.920.330	4,1	7,2	81,9	69,1		
Artes, Cultura, Esporte e Recreação	21.075	0,7	180.439	0,5	8,6	35.426	0,9	264.880	0,6	7,5	68,1	46,8		
Ativ. Administrativas e Serviços Complemen- tares	210.037	7,4	2.886.208	8,2	13,7	306.562	7,9	4.409.910	9,5	14,4	46	52,8		
Ativ. Financeiras, de Seguros e Serviços Relacionados	42.578	1,5	688.443	2	16,2	58.633	1,5	888.501	1,9	15,2	37,7	29,1		
Atividades Imobiliárias	13.756	0,5	69.363	0,2	5	32.655	0,8	150.607	0,3	4,6	137,4	117,1		
Atividades Profis- sionais, Científicas e Técnicas	81.669	2,9	555.833	1,6	6,8	155.026	4	1.069.321	2,3	6,9	89,8	92,4		
Com., Reparação de Veíc. Automotores e Motoc.	1.124.326	39,7	6.336.024	18	5,6	1.452.124	37,6	9.150.769	19,6	6,3	29,2	44,4		
Construção	109.426	3,9	1.438.713	4,1	13,1	197.667	5,1	1.977.182	4,2	10	80,6	37,4		
Educação	51.876	1,8	1.291.799	3,7	24,9	88.454	2,3	2.105.299	4,5	23,8	70,5	63		

Seção de atividade econômica CNAE	2006					2018					Cresc. Bruto (%) 2006/18	
	Estabelec.		Vínc./estab		Vínc./estab.	Estabelec.		Vínculos		Vínc./estab.		
	n	%	n	%		n	%	n	%		Vínc.	Estab.
	Eletricidade e Gás	2.566	0,1	108.982	0,3	42,5	3.151	0,1	125.897	0,3	40	22,8
Indústrias de Transformação	270.130	9,5	6.253.684	17,8	23,2	326.021	8,4	6.741.497	14,5	20,7	20,7	7,8
Indústrias Extrativas	7.777	0,3	183.188	0,5	23,6	7.946	0,2	212.629	0,5	26,8	2,2	16,1
Informação e Comunicação	43.364	1,5	625.199	1,8	14,4	53.411	1,4	837.822	1,8	15,7	23,2	34
Org. Intern. e Outras Instituições Extraterritoriais	336	0,01	7.846	0,02	23,4	302	0	3.211	0	10,6	-10,1	-59,1
Outras Atividades de Serviços	117.035	4,1	1.016.049	2,9	8,7	155.894	4	1.082.752	2,3	6,9	33,2	6,6
Saúde Humana e Serviços Sociais	141.112	5	1.341.861	3,8	9,5	205.474	5,3	2.378.915	5,1	11,6	45,6	77,3
Serviços Domésticos	9.482	0,3	10.610	0,03	1,1	1.401	0	2.565	0	1,8	-85,2	-75,8
Transporte, Armazenagem e Correio	107.742	3,8	1.608.644	4,6	14,9	167.254	4,3	2.337.983	5	14	55,2	45,3
Total	2.833.567	100	35.155.249	100	12,4	3.866.258	100	46.631.115	100	12,1	36,4	32,6

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Em 2018, a força de trabalho ocupada no Macrossetor Saúde correspondia a 13,5% do total de ocupados no mercado formal, totalizando 6.352 milhões de vínculos (*tabela 2*). Destes, 71% estavam ocupados em serviços de saúde, e 11% estavam em atividades de comercialização de produtos.

Tabela 2. Macrossetor Saúde. Brasil, 2018

Segmentos do Macrossetor Saúde	Nº total de vínculos	
	n	%
I – Serviços de saúde	4.528.213	71,28
II – Atividades industriais de produção de insumos	165.776	2,61
III – Atividades de comercialização de produtos	711.132	11,19
IV – Atividades de financiamento	104.174	1,64

Segmentos do Macrosetor Saúde	Nº total de vínculos	
	n	%
V – Atividades de saneamento	311.465	4,90
VI – Atividades de Ensino, P&D	160.433	2,53
VII – Profissionais de saúde em outras atividades	371.666	5,85
Total do Macrosetor Saúde	6.352.859	100,00
Total da Economia	46.631.115	
% Macrosetor Saúde		13,5

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Maiores detalhes sobre a distribuição dos empregos nos diversos segmentos do Macrosetor Saúde podem ser vistos na *tabela A1* do Apêndice. Resumidamente, apresentamos as principais informações observadas:

- A administração pública respondia por 34% dos empregos no Macrosetor Saúde;
- As atividades de atenção à saúde humana respondiam por 33% dos empregos do Macrosetor;
- As atividades de atenção hospitalar absorviam, aproximadamente, 19% dos empregos do Macrosetor;
- O comércio varejista de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinário detinham 7,8% do emprego no Macrosetor;
- As atividades industriais de produção de remédios e insumos para os serviços de saúde respondiam por 2,6% do emprego;
- Dos profissionais de saúde, 5,9% se empregavam em atividades da indústria, do comércio ou dos serviços, não relacionadas diretamente ao Macrosetor Saúde.

Dimensões e características institucionais do setor saúde

O número de estabelecimentos do núcleo do setor saúde informados na Rais para 2018 era superior a 193 mil. As Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos representavam 67% dos estabelecimentos e apenas 17,5% dos vínculos, enquanto as Atividades de atendimento hospitalar significavam 5% dos estabelecimentos e 57% dos vínculos, com uma média de 128 vínculos por estabelecimento.

As classes de atividade que apresentaram estabelecimentos de maior porte, com relação à média de empregados, foram as Atividades de Atendimento Hospitalar, notadamente a subclasse de Atividades de Atendimento em Pronto-Socorro e Unidades Hospitalares para Atendimento a Urgências, com uma média de 136 empregados. Os menores estabelecimentos, com relação ao porte de emprego, correspondem às Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos, especificamente a subclasse de Atividade médica ambulatorial restrita a consultas, com média de 2,5 vínculos por estabelecimento, e as Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos, com média de 3,7 vínculos por estabelecimento.

Tabela 3. Número de estabelecimentos e de vínculos nas Atividades de Atenção à Saúde Humana segundo classes e subclasses de atividade econômica. Brasil, 2018

Classe/Subclasse	Estabelec.		Vínculos		Vínc./estab.
	n	%	n	%	
Atividades de Atendimento Hospitalar	9.405	4,9	1.209.375	57,4	128,6
<i>Ativ. de atend. hosp, exceto pronto-socorro e unidades para atend. a urgências</i>	7.403	3,8	936.658	44,5	126,5
<i>Ativ. de atend. em pronto-socorro e unidades hosp. para atend. a urgências</i>	2.002	1,0	272.717	13,0	136,2

Classe/Subclasse	Estabelec.		Vínculos		Vínc./estab.
	n	%	n	%	
Ativ. de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos	129.702	66,9	367.648	17,5	2,8
<i>Ativ. médica amb. com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos</i>	8.290	4,3	40.924	1,9	4,9
<i>Ativ. médica amb. com recursos para realização de exames complementares</i>	11.046	5,7	72.233	3,4	6,5
<i>Ativ. médica amb. restrita a consultas</i>	46.125	23,8	117.439	5,6	2,5
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	273	0,1	10.219	0,5	37,4
Serviços de Remoção de Pacientes, exceto os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	189	0,1	2.178	0,1	11,5
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	24.238	12,5	257.941	12,2	10,6
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	21.734	11,2	80.478	3,8	3,7
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	1.147	0,6	93.378	4,4	81,4
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente	7.161	3,7	84.567	4,0	11,8
Total	193.849	100,0	2.105.784	100,0	10,9

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

A *tabela 4* traz informações acerca do porte dos estabelecimentos dos diversos segmentos de atividade que compõem o núcleo do Macrosetor Saúde, de acordo com a concentração de empregados.

Tabela 4. Distribuição percentual de estabelecimentos e de vínculos nas Atividades de Atenção à Saúde Humana por porte dos estabelecimentos segundo classes e subclasses de atividade econômica⁷. Brasil, 2018

Classe/subclasse	% estabelecimentos							% vínculos						
	0 vínc.	De 1 a 4 vínc.	De 5 a 9 vínc.	De 10 a 49 vínc.	De 50 a 99 vínc.	De 100 a 249 vínc.	250 vínc. ou mais	Estab. com. de 1 a 4	Estab. com. de 5 a 9	Estab. com. de 10 a 49	Estab. com. de 50 a 99	Estab. com. de 100 a 249	Estab. com. de 250 ou mais	
Atividades de Atend. Hospitalar	5,1	35,9	9,1	21,0	8,5	8,3	12,1	0,5	0,5	4,1	4,7	10,5	79,8	
Ativ. de atend. hosp. exceto pronto-socorro e unidades para atend. a urgências	4,8	35,3	9,7	22,0	8,6	7,8	11,7	0,5	0,5	4,3	4,8	10,0	79,8	

Classe/subclasse	% estabelecimentos							% vínculos						
	0 vínc.	De 1 a 4 vínc.	De 5 a 9 vínc.	De 10 a 49 vínc.	De 50 a 99 vínc.	De 100 a 249 vínc.	250 vínc. ou mais	Estab. com. de 1 a 4	Estab. com. de 5 a 9	Estab. com. de 10 a 49	Estab. com. de 50 a 99	Estab. com. de 100 a 249	Estab. com. de 250 ou mais	
Ativ. de atend. em pronto-socorro e unidades hosp. para atend. a urgências	6,5	38,0	6,9	17,4	7,8	9,9	13,4	0,4	0,3	3,2	4,2	11,9	79,9	
Ativ. de atenção ambulatorial. exec. por médicos e odontólogos	8,8	81,9	6,2	2,8	0,2	0,1	0,1	44,4	13,8	16,8	4,5	4,6	15,9	
Ativ. médica amb. com recursos para realização de proced. cirúr.	7,0	76,4	8,9	6,6	0,6	0,3	0,2	25,9	11,4	24,3	8,0	8,6	21,9	
Ativ. médica ambulat. com recursos para realização de exames compl.	6,6	72,7	11,6	7,6	0,8	0,5	0,2	19,6	11,5	20,7	8,6	12,3	27,4	
Ativ. médica ambulatorial restrita a consultas	7,2	84,7	5,4	2,6	0,1	0,0	0,0	50,5	13,3	17,8	3,7	2,6	12,1	
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências	8,8	38,8	9,5	29,7	5,5	3,7	4,0	2,2	1,7	17,7	10,0	18,0	50,4	
Serv. de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências	10,1	49,7	13,2	21,7	3,7	1,6	0,0	9,5	7,7	40,1	18,5	24,3	0,0	
Ativ. de Serv. de Complementação Diagnóstica e Terapêutica	5,6	51,0	20,2	19,6	2,4	0,9	0,2	10,2	12,5	36,9	15,4	12,3	12,7	
Ativ. de Prof. da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos	9,9	79,2	6,9	3,6	0,2	0,1	0,1	32,6	11,9	17,1	4,1	5,8	28,5	
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	9,5	55,4	7,6	13,8	4,1	5,6	4,0	1,0	0,6	3,9	3,6	10,9	79,9	
Ativ. de Atenção à Saúde Humana não Espec. Anteriormente	9,0	75,2	7,4	5,8	1,2	0,8	0,6	9,8	4,1	10,3	7,1	10,6	58,1	
Total	8,4	75,0	8,2	6,1	0,9	0,7	0,7	11,0	4,9	11,2	6,0	9,6	57,4	

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Os estabelecimentos de maior porte (com 100 empregos ou mais) são os que concentram a maior oferta de empregos nas atividades de Atenção hospitalar (90,3% dos empregos); de Apoio à Gestão de Saúde (90,8% dos empregos) e nos Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (68,4% dos empregos).

É interessante constatar a proporção relativamente exagerada de estabelecimentos de pequeno porte: em todas as classes de atividade do setor saúde, 50% ou mais dos estabelecimentos possuíam o máximo de nove empregados, chegando a 97% dos estabelecimentos de Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos.

Formas institucionais do segmento de atividades de atenção à saúde humana

A *tabela 5* mostra as formas institucionais de maior preponderância no que diz respeito à propriedade de estabelecimentos e à demanda por empregos no segmento das atividades de atenção à saúde humana no Brasil.

Observamos que 44% dos estabelecimentos de atividades hospitalares se constituíam como sociedades privadas por cotas limitadas, absorvendo cerca de 16% dos vínculos formais de empregos existentes no segmento. Por outro lado, 23% dos estabelecimentos hospitalares são de natureza privada não lucrativa e respondem por mais da metade dos vínculos empregatícios, 56,7%, o que demonstra a relevância dos hospitais filantrópicos na saúde do País.

É importante ressaltar a participação das pessoas físicas nas atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e enfermeiros: 39,3% dos estabelecimentos da classe e 31% do total dos estabelecimentos do setor saúde.

Tabela 5. Distribuição percentual de estabelecimentos e vínculos empregatícios por classe de atividade econômica segundo a natureza jurídica do estabelecimento empregador. Brasil, 2018

Classe CNAE 2.0		Púb.	Soc. Quota Ltda	Firma Mercantil Indiv.	Soc. Anôn. Fechada	Soc. Simples Ltda	Outros Priv. lucr.	Priv. não lucr.	Pessoas físicas	Org. inter-nac.
Ativ. de Atendimento Hospitalar	% estab.	1,6	43,1	5,5	3,1	9,9	8,0	24,1	4,6	0,01
	% vínc.	10,0	16,6	0,1	10,8	1,5	4,6	56,4	0,1	0
Serviços Móveis de Atend. a Urgências	% estab.	2,2	67,0	8,4	0	6,2	13,2	1,5	1,5	0
	% vínc.	14,2	53,3	0,6	0	13,7	15,7	2,5	0	0
Serv. de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências	% estab.	0	60,8	16,4	0	5,3	13,8	0,5	3,2	0
	% vínc.	0	64,8	7,4	0	13,1	14,4	0,0	0,3	0
Ativ. de Aten. Ambulat. Exec. por Médicos e Odontólogos	% estab.	0,1	27,4	14,0	0,1	10,8	9,3	1,0	37,1	0,03
	% vínc.	4,5	36,5	7,0	1,2	11,5	9,9	13,7	15,7	0,01
At. de Serv. de Complem. Diagn. e Terapêutica	% estab.	0	64,0	8,2	1,0	13,4	10,5	1,3	1,7	0
	% vínc.	0,8	59,8	2,4	4,5	10,7	17,9	3,7	0,3	0
At. de Prof. da área de Saúde, exc. Médicos e Odontólogos	% estab.	0,1	37,4	15,6	0,1	13,1	8,4	1,1	24,2	0,02
	% vínc.	1,8	51,4	6,1	0,6	10,8	8,4	13,4	7,6	0
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde	% estab.	4,2	29,9	10,4	2,2	9,3	7,6	17,6	18,8	0
	% vínc.	54,4	5,2	0,3	2,9	0,5	2,3	34,2	0,3	0
At. de Atenção à Saúde Humana não Espec. Anteriormente	% estab.	1,3	19,8	13,2	0,2	13,3	5,9	7,0	39,3	0,01
	% vínc.	26,9	11,1	1,5	1,8	5,3	5,4	43,8	4,1	0
Total das Atividades de atenção à saúde humana	% estab.	0,2	33,7	13,0	0,4	11,4	9,2	2,5	29,6	0,02
	% vínc.	10,2	26,2	1,9	7,2	4,9	7,3	39,0	3,3	0

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

O mercado de trabalho médico

Estrutura do mercado de trabalho

O cálculo do número de médicos é frequentemente feito a partir de um conjunto de bases de dados, buscando minimizar as dificuldades de contar os profissionais que estão efetivamente disponíveis para o trabalho na assistência à saúde ou em atividades com ela relacionadas. O Censo Demográfico Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE)⁸ se destaca, *a priori*, como a fonte que fornece o número total de médicos, estejam eles ocupados, desocupados ou não economicamente ativos.

No último levantamento, foi encontrada uma população médica de 388.895ⁱ indivíduos, dos quais 359.320 estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados) na semana de referência do Censo. Dados mais atualizados mostram que o número de médicos ativos no Conselho Federal de Medicina (CFM)⁹ era de 470.955 em março de 2019 (*tabela 6*). Do total de médicos, pode-se utilizar como estimativa do número de profissionais ocupados na assistência direta à saúde o dado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS)¹⁰ que, para dezembro de 2018, informava 389.675 pessoas, o que representava 82,7% dos médicos ativos inscritos no CFM.

Tabela 6. Número de médicos no Brasil, *circa* 2018

Número de médicos - Indicador/fonte	N
Médicos residentes no País/2010 (Censo IBGE)	388.895
<i>Médicos residentes economicamente ativos (Censo IBGE)</i>	<i>359.320</i>
Médicos ativos (CFM)*	470.955
Médicos ocupados em estabelecimentos de saúde (CNES/MS)	389.675
<i>% de médicos ocupados em relação aos ativos</i>	<i>82,7</i>
Número de vínculos de médicos	
Vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde (CNES/MS)	1.122.903
<i>Média de vínculos por médicos</i>	<i>2,8</i>
Empregos** de médicos em estabelecimentos de saúde (CNES/MS)	346.933
<i>% de empregos em relação ao total de vínculos em estabelecimentos de saúde</i>	<i>30,9</i>
Empregos de médicos na economia formal (Rais/ME)	263.862
Empregos de médicos no Núcleo do Macrossetor Saúde (Rais/ME)	236.782
<i>% de empregos no Núcleo em relação ao total da economia formal</i>	<i>89,70%</i>

Fonte EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³, Censo IBGE⁸, CFM⁹ e CNES/MS¹⁰

*Dados retirados do *site* do CFM em Mar/2019⁹. **Vínculos do tipo estatutário, emprego público, cargo comissionado, celetista e Contrato Temporário com a Administração Pública (CTAP).

i Pessoas que declararam possuir graduação em Medicina ou que estavam ocupados no trabalho principal da semana de referência como médicos, sendo as duas condições não excludentes.

Analisando a evolução dos indicadores, no intervalo 2003-2011, o número de vínculos formais de médicos apresenta crescimento e atinge o maior número de vínculos já observado – 282 mil vínculos. Entre 2011 e 2018, por outro lado, esse número oscila e chega a, aproximadamente, 264 mil vínculos. Considerando a natureza jurídica dos estabelecimentos empregadores, o maior número de vínculos no setor público é observado em 2009, e no setor privado, em 2014 – 205 mil e 82 mil vínculos respectivamente. Em 2018, a maioria dos vínculos (72%) estava no setor público (*tabela 7*).

Tabela 7. Número de vínculos formais de emprego de médicos, distribuição percentual dos vínculos e crescimento bruto anual por ano segundo a natureza jurídica. Brasil, 2003 a 2018

Ano	Total	Públicos		Privados	
	n	n	%	n	%
2003	203.787	154.941	76	48.846	24
2004	210.733	158.810	75,4	51.923	24,6
2005	226.021	170.229	75,3	55.792	24,7
2006	235.191	174.638	74,3	60.553	25,7
2007	254.056	189.358	74,5	64.698	25,5
2008	261.558	192.373	73,5	69.185	26,5
2009	277.440	205.651	74,1	71.789	25,9
2010	280.426	204.226	72,8	76.200	27,2
2011	282.127	203.540	72,1	78.587	27,9
2012	277.309	197.265	71,1	80.044	28,9
2013	269.106	188.727	70,1	80.379	29,9
2014	270.040	187.375	69,4	82.665	30,6
2015	272.507	190.050	69,7	82.457	30,3
2016	263.558	183.238	69,5	80.320	30,5
2017	266.956	188.411	70,6	78.545	29,4
2018	263.862	189.418	71,8	74.444	28,2
Incr. Bruto 2003/18	29,5%	22,3%		52,4%	

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

É importante assinalar a tendência ao aumento da participação feminina no mercado de trabalho da profissão médica. Apesar de os homens ainda deterem a maioria dos empregos de médicos, sua participação relativa vem diminuindo progressivamente ao longo do tempo. Com efeito, conforme observado a partir dos dados da Rais, em 2003, as mulheres detinham 38% dos empregos da categoria, ao passo que, em dezembro de 2018, o índice de participação feminina subiu para 46,7% (*tabela 8*), ou seja, perfazem quase a metade do total de vínculos formais de empregos na categoria médica.

Tabela 8. Distribuição dos vínculos formais de emprego de médicos e incremento anual segundo o sexo. Brasil, 2003 a 2018

Ano	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
2003	125.294	61,5	78.493	38,5
2004	126.965	60,2	83.768	39,8
2005	136.139	60,2	89.882	39,8
2006	138.911	59,1	96.280	40,9
2007	150.004	59	104.052	41
2008	153.338	58,6	108.220	41,4
2009	161.858	58,3	115.582	41,7
2010	163.436	58,3	116.990	41,7
2011	162.414	57,6	119.713	42,4
2012	157.712	56,9	119.597	43,1
2013	149.701	55,6	119.405	44,4
2014	150.260	55,6	119.780	44,4
2015	149.679	54,9	122.828	45,1
2016	143.047	54,3	120.511	45,7
2017	144.041	54	122.915	46
2018	140.629	53,3	123.233	46,7
Incr. Bruto 2003/18	12,2%		57,0%	

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Observando a distribuição dos vínculos de médicos segundo os segmentos do Macrossetor Saúde, observa-se que a maioria dos vínculos, aproximadamente 58%, encontrava-se na classe de atividade Administração Pública. De fato, como mencionado anteriormente, os empregados do setor público tendem a ser declarados na Rais como pertencentes à administração pública federal, estadual ou municipal, e não àquelas classes de atividade em que realmente atuam, como atividades de atendimento hospitalar, por exemplo. Assim, vemos que menos de um terço dos empregos médicos encontram-se nas Atividades de saúde humana (*tabela 9*).

Tabela 9. Distribuição dos vínculos formais de emprego de médicos ativos em 31 de dezembro por segmentos do Macrossetor Saúde. Brasil, 2018

Atividades	N	%
<i>I - Núcleo do setor</i>	234.630	88,9
Atividades de Atenção à Saúde Humana	82.342	31,2
Atividades de atendimento hospitalar	53.762	20,4
Serviços móveis de atendimento a urgências	348	0,1
Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências	24	0,01
Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos	9.274	3,5
Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	1.091	0,4
Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos	1.756	0,7
Atividades de apoio à gestão de saúde	10.572	4,0
Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente	5.515	2,1
Administração Pública, Defesa e Seguridade Social	152.278	57,7
Atividades veterinárias	10	0,0
<i>II - Atividades Complementares</i>	12.895	4,9
Atividades de Atenção à Saúde Humana Integradas com Assistência Social, Prestadas em Residências Coletivas e Particulares	2.162	0,8
Atividades de assistência a idosos, deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes prestadas em residências coletivas e particulares	1.061	0,4
Atividades de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio	67	0,0

Atividades	N	%
Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química	987	0,4
Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares	47	0,0
Atividades de manutenção do físico corporal	12	0,0
Atividades de condicionamento físico	4	0,0
Atividades esportivas não especificadas anteriormente	8	0,0
Educação	10.721	4,1
III - Atividades industriais de produção de insumos	103	0,0
Fabricação de produtos farmoquímicos	1	0,0
Fabricação de medicamentos para uso humano	84	0,0
Fabricação de medicamentos para uso veterinário	3	0,0
Fabricação de preparações farmacêuticas	2	0,0
Fabricação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação	1	0,0
Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos	12	0,0
IV - Atividades de comercialização de produtos	67	0,0
Comércio atacadista de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinário	35	0,0
Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, ortopédico e odontológico	4	0,0
Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odonto-médico-hospitalar	1	0,0
Comércio varejista de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinário	23	0,0
Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos	4	0,0
Comércio varejista de artigos de óptica	0	0,0
V - Atividades de financiamento	2.392	0,9
Seguros-saúde	262	0,1
Previdência complementar fechada	58	0,0
Previdência complementar aberta	3	0,0
Planos de saúde	2.055	0,8
Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde	13	0,0
Atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente	1	0,0
VI - Atividades de saneamento	130	0,0
Captação, tratamento e distribuição de água	68	0,0
Gestão de redes de esgoto	2	0,0

Atividades	N	%
Atividades relacionadas a esgoto, exceto a gestão de redes	1	0,0
Coleta de resíduos não-perigosos	53	0,0
Coleta de resíduos perigosos	0	0,0
Tratamento e disposição de resíduos não-perigosos	6	0,0
Tratamento e disposição de resíduos perigosos	0	0,0
VII - Profissionais de saúde em outras classes de atividade	13.645	5,2
Total da economia	263.862	100,0

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Os vínculos empregatícios predominantes em 2018 foram o Estatutário e o Celetista, praticados para 49,6% e 37,1% dos médicos respectivamente (*tabela 10*).

Analisando a distribuição do emprego médico segundo o tamanho do estabelecimento, observa-se que 97% do total dos vínculos encontra-se em empresas de grande porte, com 100 ou mais empregados. É interessante ressaltar que 54% dos vínculos médicos em ‘atividade médica ambulatorial restrita a consultas’ estão em estabelecimentos com mais de mil empregados (*tabela 11*).

Tabela 10. Distribuição dos vínculos formais de emprego de médicos segundo o tipo de vínculo empregatício. Brasil, 2018

Tipo de Vínculo	N	%
Estatutário	130.794	49,6
Cargo comiss.	20.609	7,8
CLT	97.901	37,1
CTAP	12.206	4,6
Temporários	2.273	0,9
Outros	79	0,03
Total	263.862	100

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Tabela 11. Número de vínculos formais de emprego de médicos por classe de atividade econômica segundo o porte do estabelecimento empregador. Brasil, 2018

CNAE 2.0 Subclasse																				
	Total	De 1 a 4 em-preg.		De 5 a 9 em-preg.		De 10 a 19 em-preg.		De 20 a 49 em-preg.		De 50 a 99 em-preg.		De 100 a 249 empreg.		De 250 a 499 empreg.		De 500 a 999 empreg.		1000 ou mais empreg.		
		N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total da economia	263.862	510	0,19	664	0,25	1.105	0,42	2.772	1,05	3.935	1,49	12.887	4,88	16.707	6,33	25.046	9,49	200.236	75,89	
Atividades de atenção à saúde humana	82.342	332	0,40	383	0,47	583	0,71	1.388	1,69	1.849	2,25	5.148	6,25	5.030	6,11	9.164	11,13	58.465	71,00	
Atividades de atendimento hospitalar	53.762	37	0,07	33	0,06	112	0,21	479	0,89	737	1,37	2.390	4,45	3.776	7,02	6.423	11,95	39.775	73,98	
Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências	37.982	21	0,06	28	0,07	66	0,17	315	0,83	550	1,45	1.268	3,34	2.595	6,83	4.190	11,03	28.949	76,22	
Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências	15.780	16	0,10	5	0,03	46	0,29	164	1,04	187	1,19	1.122	7,11	1.181	7,48	2.233	14,15	10.826	68,61	
Serviços móveis de atendimento a urgências	348	3	0,86	1	0,29	3	0,86	36	10,34	59	16,95	34	9,77	123	35,34	89	25,57	0	0,00	
Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências	24	2	8,33	0	0,00	2	8,33	16	66,67	4	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos	9.274	183	1,97	195	2,10	285	3,07	490	5,28	557	6,01	1.187	12,80	368	3,97	1.048	11,30	4.961	53,49	
Ativ. médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos	1.035	13	1,26	14	1,35	42	4,06	66	6,38	48	4,64	249	24,06	83	8,02	104	10,05	416	40,19	
Ativ. médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares	2.779	43	1,55	67	2,41	104	3,74	166	5,97	198	7,12	676	24,33	145	5,22	327	11,77	1.053	37,89	
Atividade médica ambulatorial restrita a consultas	2.608	110	4,22	102	3,91	112	4,29	232	8,90	236	9,05	236	9,05	32	1,23	131	5,02	1.417	54,33	

CNAE 2.0 Subclasse	Total	De 1 a 4 empreg.		De 5 a 9 empreg.		De 10 a 19 empreg.		De 20 a 49 empreg.		De 50 a 99 empreg.		De 100 a 249 empreg.		De 250 a 499 empreg.		De 500 a 999 empreg.		1000 ou mais empreg.	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Outras atividades de atenção ambulatorial	2.852	17	0,60	12	0,42	27	0,95	26	0,91	75	2,63	26	0,91	108	3,79	486	17,04	2.075	72,76
Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	1.091	42	3,85	69	6,32	100	9,17	213	19,52	197	18,06	185	16,96	84	7,70	42	3,85	159	14,57
Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos	1.756	38	2,16	58	3,30	44	2,51	39	2,22	32	1,82	113	6,44	82	4,67	101	5,75	1.249	71,13
Atividades de apoio à gestão de saúde	10.572	6	0,06	4	0,04	9	0,09	17	0,16	81	0,77	675	6,38	290	2,74	1.093	10,34	8.397	79,43
Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente	5.515	21	0,38	23	0,42	28	0,51	98	1,78	182	3,30	564	10,23	307	5,57	368	6,67	3.924	71,15

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

O setor público é o maior empregador formal de médicos, com 67% dos vínculos, percentual inferior ao observado em 2006, quando o setor respondia por 73,7% dos vínculos. Entre os públicos, o setor público federal apresentou uma redução de -13,5%, passando de 8,8% dos vínculos em 2008 para 6,8% em 2018. Já o setor público municipal apresentou crescimento de 13,9%, passando de 40,5% dos vínculos em 2006 para 41,2% em 2018. O setor privado não lucrativo apresentou crescimento de 45%, passando de 16,2% em 2006 para 21,7% dos vínculos formais de médicos em 2018 (*tabela 12*).

Tabela 12. Evolução do número de vínculos formais de emprego de médicos segundo a natureza jurídica do estabelecimento empregador. Brasil, 2006 a 2018

	Setor Público (total)		Púb. Federal		Púb. Estadual		Púb. Municipal		Outros públicos		Privados lucrativos		Privados não lucrativos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	173.419	73,7	20.806	8,8	57.245	24,3	95.368	40,5	1.219	0,5	22.389	9,5	38.164	16,2
2007	188.162	74,1	28.670	11,3	58.971	23,2	100.521	39,6	1.196	0,5	22.626	8,9	42.072	16,6
2008	191.028	73,0	26.909	10,3	58.837	22,5	105.282	40,3	1.345	0,5	23.587	9	45.598	17,4
2009	204.298	73,6	27.358	9,9	65.360	23,6	111.580	40,2	1.353	0,5	23.928	8,6	47.861	17,3
2010	202.582	72,2	25.075	8,9	68.345	24,4	109.162	38,9	1.644	0,6	22.620	8,1	53.580	19,1
2011	201.410	71,4	26.240	9,3	62.934	22,3	112.236	39,8	2.130	0,8	22.026	7,8	56.561	20
2012	184.228	66,4	25.546	9,2	57.611	20,8	101.071	36,4	13.037	4,7	19.518	7	60.526	21,8
2013	185.029	68,8	23.482	8,7	49.488	18,4	112.059	41,6	3.698	1,4	20.843	7,7	59.536	22,1
2014	183.645	68,0	22.582	8,4	54.503	20,2	106.560	39,5	3.730	1,4	20.617	7,6	62.048	23
2015	182.391	66,9	21.431	7,9	53.694	19,7	107.266	39,4	7.659	2,8	21.422	7,9	61.035	22,4
2016	174.649	66,3	21.199	8	52.465	19,9	100.985	38,3	8.589	3,3	20.780	7,9	59.540	22,6
2017	178.307	66,8	19.365	7,3	52.597	19,7	106.345	39,8	10.104	3,8	19.050	7,1	59.495	22,3
2018	177.818	67,4	17.996	6,8	51.233	19,4	108.589	41,2	11.600	4,4	18.974	7,2	55.470	21
Incr. Bruto 2006/18	2,5		-13,5		-10,5		13,9		851,6		-15,3		45,3	

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

Dinâmica do mercado de trabalho médico

A *tabela 13* traz a evolução do número de admissões de médicos no mercado formal e a distribuição percentual das admissões por faixa etária. O total de médicos admitidos passou de 39 mil em 2003 para 68 mil em 2017, um crescimento de 72,5% das admissões no período. Observa-se que a maioria das admissões está na faixa compreendida entre os 30 e os 39 anos, variando de 38% das admissões em 2003 a 43% em 2017, um incremento bruto de 93%. Somando os

intervalos etários de até 29 anos e de 30 a 39 anos, tem-se mais de 60% das admissões concentradas nesses grupos, chegando a 69% em 2017.

Embora represente uma parcela menor das admissões, a contratação de médicos com 65 anos ou mais foi a que mostrou o maior crescimento no período, 511%, passando de 1,3% a 4,7% das admissões, o que certamente se relaciona com o fenômeno de aumento da expectativa de vida experimentado pelo País nos últimos anos.

Comportamento semelhante é observado nas admissões por primeiro emprego (*tabela 9*): 74,5% dos admitidos tinham até 39 anos, sendo que 40% estavam entre 30 e 39 anos. O aumento das admissões por primeiro emprego de profissionais com 65 anos ou mais foi ainda maior no período, 852%, passando de 1% a 4,6% dessas admissões.

Tabela 13. Número de admissões de médicos e distribuição percentual de admitidos por ano segundo faixa etária. Brasil, 2003 a 2018

Ano	Total de admissões	Até 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 64 anos	65 anos ou mais
2003	39.461	25,0	38,4	20,4	14,8	1,3
2004	43.969	26,5	38,1	19,0	15,1	1,3
2005	55.944	24,7	37,0	19,3	17,2	1,8
2006	59.019	26,9	37,2	18,3	16,0	1,6
2007	61.639	26,5	36,0	18,3	17,4	1,8
2008	67.749	26,0	37,8	17,2	17,2	1,9
2009	74.454	25,6	37,5	16,4	17,8	2,7
2010	75.070	26,0	39,1	15,8	16,8	2,3
2011	71.625	27,5	39,2	15,3	15,2	2,7
2012	72.702	28,7	40,9	14,3	13,4	2,7
2013	83.375	26,9	38,7	14,8	15,6	3,9
2014	65.397	28,3	40,7	13,9	13,5	3,6
2015	64.878	27,7	41,4	13,7	13,2	4,0
2016	58.429	29,4	42,5	12,7	11,8	3,6

Ano	Total de admissões	Até 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 64 anos	65 anos ou mais
2017	68.084	26,5	42,9	13,9	11,9	4,7
2018	62.265	27,4	45,0	13,8	9,9	4,0
Inc. bruto 2003-2018	57,8	9,4	17,1	-32,3	-33,3	205,9

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

Tabela 14. Número de admissões por primeiro emprego de médicos e distribuição percentual de admitidos por ano segundo faixa etária. Brasil, 2003 a 2018

Ano	Total de adm. por 1º empr.	Até 29 anos	De 30 a 39 anos	De 40 a 49 anos	De 50 a 64 anos	65 anos ou mais
2003	10.650	36,5	34,0	17,5	11,1	1,0
2004	12.050	39,4	35,2	13,2	11,1	1,0
2005	15.345	36,5	35,3	13,9	12,7	1,5
2006	15.943	40,0	33,4	13,4	11,8	1,3
2007	15.286	41,3	33,8	12,3	11,3	1,3
2008	17.865	38,8	37,1	11,8	11,0	1,3
2009	21.645	36,9	35,6	11,9	13,3	2,3
2010	19.361	38,4	36,2	11,3	12,1	2,0
2011	18.722	40,2	35,4	11,2	11,0	2,1
2012	20.213	41,4	37,4	10,1	8,9	2,2
2013	23.068	38,0	35,1	11,5	11,9	3,5
2014	17.673	39,4	37,3	10,3	9,8	3,1
2015	17.355	40,5	37,4	9,6	9,1	3,5
2016	16.191	40,3	38,4	9,0	8,7	3,5
2017	21.219	34,5	40,0	11,4	9,6	4,6
2018	19.879	36,8	41,7	10,5	7,3	3,7
Inc. bruto 2003-2018	86,7	0,8	22,7	-40,2	-34,4	273,8

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

As admissões de médicos ocorrem em maior número na administração pública e nas atividades de atendimento hospitalar, que respondem por 57% e 31% das admissões respectivamente (*tabela 15*).

Tabela 15. Admissões de médicos segundo atividades econômicas. Brasil, 2018

Divisão / Classe de atividade econômica	N	%
Atividades de atenção à saúde humana	19.253	30,9
Atividades de atendimento hospitalar	10.471	54,4
Serviços móveis de atendimento a urgências	199	1,0
Serv. de remoção de pacientes, ex. os serv. móveis de atend. a urgências	10	0,1
Ativ. de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos	3.543	18,4
Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	200	1,0
Ativ. de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos	267	1,4
Atividades de apoio à gestão de saúde	3.032	15,7
Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente	1.531	8,0
Administração Pública	35.725	57,4
Educação	1.402	2,3
Outras atividades econômicas	5.885	9,5
Total	62.265	100,0

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

O Cadastro Geral de Estabelecimentos Empregadores (Caged/MTP)¹¹ indicava o fechamento de 240 postos de trabalho celetistas de médicos em outubro de 2019 contra a criação de 32 novos postos em outubro do ano anterior. Entretanto, considerando o período de janeiro a outubro de 2019, o saldo é positivo: foram criados 293 novos postos de trabalho (*tabelas 16 e 17*).

Tabela 16. Número de admitidos, desligados e saldo de empregos de médicos em regime CLT por mês. Brasil, outubro/2018 a outubro/2019

Mês/ano	Admitidos	Desligados	Saldo
Out./18	1.826	1.794	32
Nov./18	1.791	1.627	164
Dez./18	1.355	1.939	-584
Jan./19	1.653	1.700	-47
Fev./19	1.708	2.189	-481
Mar./19	2.179	2.382	-203

Mês/ano	Admitidos	Desligados	Saldo
Abr./19	2.216	1.863	353
Maio/19	1.993	1.799	194
Jun./19	2.057	2.190	-133
Jul./19	2.421	2.292	129
Ago./19	2.062	1.543	519
Set./19	1.908	1.706	202
Out./19	1.675	1.915	-240

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do Caged/MTP¹¹.

Tabela 17. Número de admitidos, desligados e saldo de empregos de médicos em regime CLT por ano. Brasil, 2004 a 2019

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo
2004	17.382	14.438	2.944
2005	22.011	17.280	4.731
2006	23.606	19.053	4.553
2007	23.397	20.098	3.299
2008	27.685	22.738	4.947
2009	28.045	24.775	3.270
2010	31.791	25.790	6001
2011	30.391	27.344	3.047
2012	30.840	27.599	3241
2013	30.666	30.663	3
2014	27.911	26.184	1.727
2015	26.884	26.144	740
2016	24.470	23.810	660
2017	22.522	23.586	-1064
2018	23.090	23.274	-184
Jan-out 2019	19.872	19.759	293

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do Caged/MTP¹¹.

Panorama salarial

As tabelas 18, 19 e 20 apresentam valores referentes à remuneração dos médicos no mercado formal.

Observa-se que a remuneração média praticada no mercado formal era de R\$ 9.749,26 em 2018. Valores muito próximos a esse são observados nos setores público e privado, R\$ 9.814 e R\$ 9.582 respectivamente. A remuneração média por hora de trabalho era de R\$ 92,72 em 2018, com o setor privado pagando, aproximadamente, R\$ 18,00 a mais que o público.

Na série histórica analisada, a remuneração média das mulheres sempre se mostrou inferior àquela paga aos homens: em 2003, as mulheres recebiam o equivalente a 91% do salário dos homens e, embora essa diferença venha diminuindo ao longo dos anos, em 2018, elas recebiam o equivalente a 94% da remuneração paga aos homens. Analisando os salários médios por hora de trabalho, observa-se o mesmo comportamento, com os homens recebendo, em média, R\$ 6,00 por hora a mais que as mulheres em 2018.

O setor público federal praticava os maiores salários em 2018, R\$ 12.653,92; já os menores salários foram observados no setor privado lucrativo, R\$ 7.934,00.

Tabela 18. Evolução da remuneração média, em Reais, de médicos com vínculos formais de emprego, total, por natureza jurídica e por sexo. Brasil, 2003 a 2018

Ano	Total	Públicos	Privados	Masculino	Feminino
2003	2.295,16	2.243,54	2.459,00	2.373,59	2.169,96
2004	2.531,76	2.476,78	2.700,00	2.613,92	2.407,24
2005	2.785,00	2.719,48	2.985,00	2.868,89	2.657,92
2006	3.106,61	3.070,99	3.209,00	3.205,75	2.963,58
2007	3.402,21	3.391,84	3.433,00	3.514,86	3.239,81
2008	3.856,22	3.835,58	3.914,00	3.978,78	3.682,58
2009	4.336,17	4.286,58	4.478,00	4.472,61	4.145,10

Ano	Total	Públicos	Privados	Masculino	Feminino
2010	4.943,02	4.901,94	5.053,00	5.079,82	4.751,90
2011	5.573,03	5.530,16	5.684,00	5.726,69	5.364,55
2012	6.210,93	6.157,35	6.343,00	6.368,01	6.003,79
2013	7.045,93	7.017,16	7.113,00	7.245,59	6.795,61
2014	7.962,70	8.020,34	7.832,00	8.147,45	7.730,94
2015	8.520,28	8.546,19	8.461,00	8.710,68	8.288,27
2016	9.089,87	9.146,88	8.960,00	9.302,54	8.837,44
2017	9.486,66	9.525,99	9.392,00	9.709,77	9.225,21
2018	9.749,26	9.814,99	9.582,02	9.990,58	9.473,88

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

Tabela 19. Evolução da remuneração média por hora trabalhada, em Reais, de médicos com vínculos formais de emprego, total, por natureza jurídica e por sexo

Ano	Total	Públicos	Privados	Masculino	Feminino
2003	21,25	20,50	23,67	22,01	19,99
2004	23,44	22,51	26,03	24,18	22,08
2005	26,78	25,41	29,57	27,17	25,22
2006	28,76	28,11	32,08	29,97	27,76
2007	31,50	30,71	34,38	32,61	30,09
2008	35,71	35,23	39,54	37,34	34,80
2009	40,15	38,64	45,44	41,45	38,56
2010	45,77	44,78	52,04	47,69	45,02
2011	51,60	49,39	59,11	53,10	50,05
2012	62,11	58,86	67,22	62,70	59,00
2013	67,75	64,33	76,64	69,55	65,17
2014	76,56	74,56	83,85	78,97	74,83
2015	81,93	78,79	91,64	84,41	79,65
2016	87,40	84,32	98,42	90,41	85,40
2017	91,22	86,18	104,35	93,37	87,79
2018	92,72	88,44	106,10	95,52	89,55

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

Tabela 20. Evolução da remuneração média, em Reais, de médicos com vínculos formais de emprego por natureza jurídica do estabelecimento empregador. Brasil, 2006 a 2018

Ano	Total	Público Federal	Público Estadual	Público Municipal	Outros Públicos	Privados lucrativos	Privados não lucrativos
2006	3.106,61	3.403,31	2.854,89	3.093,29	2.854,89	2.866,96	3.410,21
2007	3.402,21	4.104,66	3.075,57	3.340,71	3.075,57	3.038,65	3.644,38
2008	3.856,22	4.760,98	3.465,61	3.768,88	3.465,61	3.498,57	4.128,34
2009	4.336,17	5.821,06	3.759,60	4.182,00	3.758,82	3.991,44	4.721,61
2010	4.943,02	7.202,93	4.312,88	4.688,94	4.332,38	4.365,57	5.343,38
2011	5.573,03	8.398,96	4.771,63	5.229,49	4.794,39	4.978,56	5.958,76
2012	6.210,93	8.415,52	5.287,97	5.970,83	5.338,66	5.099,66	6.743,91
2013	7.045,93	9.000,30	6.774,38	6.590,89	6.779,34	5.977,26	7.511,27
2014	7.962,70	9.744,96	8.653,46	7.221,57	8.602,08	6.535,59	8.262,85
2015	8.520,28	10.411,85	9.175,43	7.726,49	9.102,16	7.106,49	8.935,81
2016	9.089,87	10.920,73	9.481,95	8.382,48	9.409,71	7.644,76	9.418,79
2017	9.486,66	12.412,05	9.816,40	8.582,35	9.724,23	7.800,05	9.902,18
2018	9.749,26	12.653,92	10.167,27	8.839,48	10.078,54	7.934,00	10.145,74

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

O salário médio de admissão de médicos em regime CLT foi de pouco mais de R\$ 7 mil em outubro de 2019, com um incremento bruto de 9% em relação ao mesmo mês do ano anterior. O salário médio por hora, entretanto, apresentou um incremento menor, de 6,4% (*tabela 21*).

Comparando os salários dos médicos com os de outras profissões de saúde de nível superior, observa-se que a segunda maior remuneração, paga aos veterinários e zootecnistas, é de pouco mais de 50% daquela praticada aos médicos. Os biólogos recebem a terceira melhor remuneração, à frente dos cirurgiões-dentistas, mas estes recebem mais por hora trabalhada. É importante salientar que todas as ocupações analisadas apresentaram índice salarial inferior ao observado em 2006 (*tabela 22*).

Tabela 21. Salários médios de admissão, mensal e por hora trabalhada, de médicos em regime CLT por ano. Brasil, outubro de 2018 a outubro de 2019

Mês/ano	Salário médio admissão	Sal./hora Admissão
Out./18	6.544,31	73,90
Nov./18	6.856,71	74,73
Dez./18	7.053,79	75,81
Jan./19	7.062,23	75,02
Fev./19	6.538,13	74,37
Mar./19	6.815,45	74,19
Abr./19	6.740,25	76,06
Mai./19	6.817,84	73,45
Jun./19	7.265,65	79,55
Jul./19	7.018,02	78,05
Ago./19	7.502,22	81,36
Set./19	6.706,42	75,68
Out./19	7.131,82	78,63
Inc. bruto %	9,0	6,4

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do Caged/MTP⁸.

Tabela 22. Remuneração média mensal, remuneração média por hora de trabalho e índice salarial (considerando o salário/hora do médico igual a 100) de ocupações de saúde de nível superior selecionadas. Brasil, 2006-2018

Ocupação	2006			2018		
	Remuneração média	Rem méd./ hora	Índice salarial (Rem./hora médico = 100)	Remuneração média	Rem méd./ hora	Índice salarial (Rem./hora médico = 100)
Médicos	3.106,61	29,07	100	9.749,26	92,72	100
Cirurgiões-Dentistas	2.166,27	18,85	64,9	5.464,50	45,78	49,4
Veterinários e Zootecnistas	2.897,60	19,23	66,2	6.987,89	48,66	52,5
Farmacêuticos	1.739,63	11,05	38	4.206,44	26,94	29,1
Enfermeiros	2.360,92	15,99	55	4.930,22	33,25	35,9
Fisioterapeutas	1.564,19	12,54	43,2	3.464,09	28,57	30,8
Biólogos	2.366,13	16,25	55,9	5.762,17	39,24	42,3
Nutricionistas	1.656,24	10,78	37,1	3.485,07	23,59	25,4
Fonoaudiólogos	1.482,65	12,1	41,6	3.430,42	27,29	29,4
Psicólogos e Psicanalistas	1.804,44	13,32	45,8	3.839,62	28,93	31,2

Ocupação	2006			2018		
	Remuneração média	Rem méd./ hora	Índice salarial (Rem./hora médico = 100)	Remuneração média	Rem méd./ hora	Índice salarial (Rem./hora médico = 100)
Assistentes Sociais	2.017,93	13,76	47,4	4.258,90	32,02	34,5
Educadores Físicos	1.124,18	8,75	30,1	2.177,72	18,85	20,3
Biomédicos	ND	ND	ND	3.700,02	23,86	25,7
Terapeutas Ocupacionais	ND	ND	ND	3.624,93	31,24	33,7

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Especialidades médicas

Aproximadamente 65% dos vínculos são identificados como sendo de médicos clínicos, um número superdimensionado, como explicado anteriormente, seguidos pelos médicos pediatras, com pouco mais de 5% dos vínculos.

As maiores remunerações foram observadas sendo praticadas ao médico neurofisiologista clínico (R\$ 19.671,86), ao patologista clínico (R\$ 13.740,24) e ao médico legista (R\$ 13.192,36).

Entretanto, se considerarmos as remunerações por hora de trabalho, o neurofisiologista clínico continua com a maior remuneração (R\$ 146,76), mas é seguido pelos médicos geneticistas, radiologistas e intensivistas, com remuneração por hora de trabalho de, aproximadamente, R\$ 121,00. Já as menores remunerações observadas foram pagas aos médicos alergistas e imunologistas (R\$ 6.046,19), aos acupunturistas (R\$ 5.888,67) e aos antroposóficos (R\$ 4.603,40).

Tabela 23. Número de vínculos, média semanal de horas contratuais, remuneração média mensal e remuneração média por hora de trabalho de médicos segundo a especialidade. Brasil 2018

Especialidades médicas	Freq.	%	Horas/ sem.	Rem média	Rem méd./hora
Médico (Total)	263.862		26	9.749,26	92,72
Médico Acupunturista	104	0,04	26	8.186,83	80,17
Médico Alergista e Imunologista	139	0,05	25	5.765,68	57,57

Especialidades médicas	Freq.	%	Horas/ sem.	Rem média	Rem méd./hora
Médico Anatomopatologista	152	0,06	30	8.181,46	67,25
Médico Anestesiologista	3.901	1,48	25	11.075,24	112,58
Médico Angiologista	594	0,23	24	6.315,28	64,57
Médico Antroposófico	2	0,00	30	4.080,85	34,01
Médico Cancerologista Cirúrgico	37	0,01	23	9.510,66	102,53
Médico Cancerologista Pediátrico	1.208	0,46	22	12.517,05	143,70
Médico Cardiologista	2.864	1,09	24	8.980,90	95,33
Médico Cirurgião Cardiovascular	703	0,27	25	9.836,57	97,69
Médico Cirurgião da Mão	18	0,01	28	6.285,32	55,68
Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço	92	0,03	23	9.390,11	100,22
Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo	58	0,02	27	13.305,17	121,95
Médico Cirurgião Geral	9.911	3,76	23	8.308,98	92,06
Médico Cirurgião Pediátrico	354	0,13	25	10.112,07	100,88
Médico Cirurgião Plástico	509	0,19	24	10.395,93	108,58
Médico Cirurgião Torácico	162	0,06	25	11.135,29	110,43
Médico Citopatologista	25	0,01	30	4.990,26	41,64
Médico Clínico	166.195	62,99	26	9.715,03	92,46
Médico Coloproctologista	399	0,15	33	7.619,99	58,59
Médico da Estratégia Saúde da Família	4.320	1,64	36	12.804,62	88,02
Médico de Família e Comunidade	5.144	1,95	35	13.475,94	95,03
Médico dermatologista	870	0,33	24	6.471,06	67,86
Médico do Trabalho	9.378	3,55	27	8.943,56	81,95
Médico em Cirurgia Vascular	320	0,12	21	8.629,92	101,99
Médico em Endoscopia	312	0,12	23	9.730,82	105,67
Médico em Medicina de Tráfego	319	0,12	26	7.742,92	74,71
Médico em Medicina Intensiva	3.281	1,24	24	11.401,58	118,43
Médico em Medicina Nuclear	49	0,02	26	7.929,66	74,95
Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem	1.961	0,74	26	12.023,80	116,11
Médico Endocrinologista e Metabologista	702	0,27	22	7.652,90	87,58
Médico Fisiatra	121	0,05	24	8.876,21	91,48
Médico Gastroenterologista	451	0,17	24	9.300,29	96,83
Médico Generalista	4.107	1,56	29	10.057,00	86,15
Médico Geneticista	112	0,04	26	13.765,24	134,34
Médico Geriatra	309	0,12	25	7.188,99	71,23
Médico Ginecologista e Obstetra	7.908	3,00	24	9.025,77	93,38
Médico Hematologista	544	0,21	25	10.870,37	110,14

Especialidades médicas	Freq.	%	Horas/ sem.	Rem média	Rem méd./hora
Médico Hemoterapeuta	180	0,07	29	10.302,36	88,36
Médico Hiperbarista	2	0,00	30	8.648,02	72,07
Médico Homeopata	101	0,04	30	9.837,03	82,91
Médico Infectologista	891	0,34	25	8.840,48	86,90
Médico Legista	1.876	0,71	36	14.125,58	98,49
Médico Mastologista	209	0,08	23	8.373,53	89,78
Médico Nefrologista	862	0,33	26	10.033,15	97,53
Médico Neurocirurgião	659	0,25	26	10.463,56	99,36
Médico Neurofisiologista Clínico	65	0,02	33	17.454,85	131,62
Médico Neurologista	1.421	0,54	22	8.694,89	99,92
Médico Nutrologista	59	0,02	26	8.873,69	85,21
Médico Oftalmologista	1.346	0,51	23	7.466,20	81,46
Médico Oncologista Clínico	1.451	0,55	35	11.291,63	80,72
Médico Ortopedista e Traumatologista	4.332	1,64	24	9.654,08	102,05
Médico Otorrinolaringologista	875	0,33	23	7.615,48	83,94
Médico Patologista	1.447	0,55	33	8.160,01	62,04
Médico Patologista Clínico / Medicina Laboratorial	261	0,10	35	12.998,87	91,92
Médico Pediatra	13.767	5,22	25	9.695,95	98,54
Médico Pneumologista	469	0,18	25	9.925,53	100,24
Médico Psiquiatra	3.400	1,29	24	8.151,55	86,11
Médico Radioterapeuta	127	0,05	27	10.678,64	100,64
Médico Reumatologista	288	0,11	22	7.926,19	91,46
Médico Sanitarista	1.300	0,49	30	7.566,82	62,75
Médico Urologista	839	0,32	23	8.561,29	92,86

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Distribuição regional

As tabelas 24 a 28 apresentam dados relativos ao emprego formal de médicos segundo Regiões Geográficas e Unidades da Federação.

O Sudeste concentra 55,8% dos vínculos formais de médicos no País, seguido pelo Nordeste (18,8%) e pelo Sul (11,4%). O setor

público apresenta-se mais presente na região Norte, onde responde por 89% dos vínculos, chegando a 97% em Roraima.

Os estados do Pará, de Pernambuco, do Rio de Janeiro e o Distrito Federal são os únicos onde há prevalência de vínculos femininos, a saber: 51,7%, 51,5%, 53,6% e 51,9%. Piauí e Ceará, por outro lado, são os estados com a menor participação feminina, 36,9% e 37,7% respectivamente.

Considerando a distribuição setorial, nos estados da região Norte, predominam os vínculos na classe de atividade Administração Pública, chegando a 96,8% dos vínculos no Amapá e 94,7% no Tocantins. Os estados de Sergipe e Rio Grande do Sul e o Distrito Federal são aqueles com menor número de vínculos alocados na Administração Pública, respectivamente, 28%, 32,2% e 42,9%.

As regiões Nordeste e Centro-Oeste foram as únicas que apresentaram saldos positivos entre admissões e desligamentos. No Nordeste, todos os estados apresentaram um saldo positivo. As maiores remunerações pagas em 2018 foram observadas no Distrito Federal (R\$ 13.838), seguido pelos estados do Rio Grande do Sul, de Tocantins e de Santa Catarina, com remunerações médias pouco acima dos R\$ 12 mil.

O estado de Alagoas foi o único onde as mulheres recebiam remuneração superior à dos homens, com elas recebendo pouco mais de R\$ 300,00 a mais. Considerando a remuneração média por hora trabalhada, as mulheres recebem pouco mais que os homens nos estados do Ceará, de Pernambuco, de Alagoas e da Bahia, todos na região Nordeste. De fato, essa é a região que apresenta as menores diferenças entre os salários, tanto na média mensal quanto na média por hora.

Tabela 24. Vínculos formais de emprego de médicos por Unidade da Federação segundo a natureza jurídica do estabelecimento empregador e o sexo. Brasil, 2018

Região/UF	Vínculos ativos		Setor Público		Setor Privado		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	13.357	5,1	11.933	89,3	1.424	10,7	7.204	53,9	6.153	46,1
RO	1.096	0,4	1.041	95,0	55	5,0	678	61,9	418	38,1
AC	927	0,4	795	85,8	132	14,2	557	60,1	370	39,9
AM	2.701	1,0	2.519	93,3	182	6,7	1.472	54,5	1.229	45,5
RR	342	0,1	333	97,4	9	2,6	186	54,4	156	45,6
PA	5.436	2,1	4.526	83,3	910	16,7	2.624	48,3	2.812	51,7
AP	410	0,2	393	95,9	17	4,1	223	54,4	187	45,6
TO	2.445	0,9	2.326	95,1	119	4,9	1.464	59,9	981	40,1
Nordeste	49.655	18,8	37.106	74,7	12.549	25,3	26.804	54,0	22.851	46,0
MA	2.170	0,8	1.980	91,2	190	8,8	1.317	60,7	853	39,3
PI	3.008	1,1	2.814	93,6	194	6,4	1.899	63,1	1.109	36,9
CE	6.471	2,5	4.716	72,9	1.755	27,1	4.032	62,3	2.439	37,7
RN	3.185	1,2	3.005	94,3	180	5,7	1.878	59,0	1.307	41,0
PB	4.047	1,5	3.235	79,9	812	20,1	2.166	53,5	1.881	46,5
PE	15.004	5,7	10.356	69,0	4.648	31,0	7.276	48,5	7.728	51,5
AL	1.478	0,6	1.269	85,9	209	14,1	760	51,4	718	48,6
SE	2.897	1,1	2.389	82,5	508	17,5	1.671	57,7	1.226	42,3
BA	11.395	4,3	7.342	64,4	4.053	35,6	5.805	50,9	5.590	49,1
Sudeste	147.238	55,8	98.320	66,8	48.918	33,2	77.031	52,3	70.207	47,7
MG	28.935	11,0	22.623	78,2	6.312	21,8	15.996	55,3	12.939	44,7
ES	5.478	2,1	4.433	80,9	1.045	19,1	2.793	51,0	2.685	49,0
RJ	40.915	15,5	27.509	67,2	13.406	32,8	18.970	46,4	21.945	53,6
SP	71.910	27,3	43.755	60,8	28.155	39,2	39.272	54,6	32.638	45,4
Sul	30.007	11,4	21.879	72,9	8.128	27,1	17.098	57,0	12.909	43,0
PR	9.575	3,6	7.832	81,8	1.743	18,2	5.695	59,5	3.880	40,5
SC	8.274	3,1	6.821	82,4	1.453	17,6	4.892	59,1	3.382	40,9
RS	12.158	4,6	7.226	59,4	4.932	40,6	6.511	53,6	5.647	46,4
Centro-Oeste	23.605	8,9	20.180	85,5	3.425	14,5	12.492	52,9	11.113	47,1
MS	2.621	1,0	2.098	80,0	523	20,0	1.523	58,1	1.098	41,9
MT	1.700	0,6	1.531	90,1	169	9,9	998	58,7	702	41,3
GO	5.676	2,2	4.052	71,4	1.624	28,6	3.426	60,4	2.250	39,6
DF	13.608	5,2	12.499	91,9	1.109	8,1	6.545	48,1	7.063	51,9
Brasil	263.862	100,0	189.418	71,8	74.444	28,2	140.629	53,3	123.233	46,7

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

Tabela 25. Vínculos formais de emprego de médicos por Unidade da Federação segundo a classe de atividade econômica (CNAE). Brasil, 2018

Região/UF	Adm. Púb.		Educação		At. Atenção à Saúde		At. Aten. à Saúde integr. com Assis. Soc.		Assis. Soc. sem alojam		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	10.416	78,0	309	2,3	2.141	16,0	4	0,0	2	0,0	485	3,6
RO	1.026	93,6	27	2,5	16	1,5	0	0,0	0	0,0	27	2,5
AC	786	84,8	8	0,9	127	13,7	0	0,0	0	0,0	6	0,6
AM	2.096	77,6	128	4,7	352	13,0	0	0,0	1	0,0	124	4,6
RR	310	90,6	13	3,8	13	3,8	0	0,0	0	0,0	6	1,8
PA	3.485	64,1	46	0,8	1.605	29,5	4	0,1	1	0,0	295	5,4
AP	397	96,8	1	0,2	6	1,5	0	0,0	0	0,0	6	1,5
TO	2.316	94,7	86	3,5	22	0,9	0	0,0	0	0,0	21	0,9
Nordeste	31.700	63,8	1.959	3,9	13.151	26,5	91	0,2	68	0,1	2.686	5,4
MA	1.856	85,5	39	1,8	174	8,0	1	0,0	1	0,0	99	4,6
PI	1.949	64,8	134	4,5	834	27,7	2	0,1	1	0,0	88	2,9
CE	3.760	58,1	97	1,5	2.182	33,7	5	0,1	14	0,2	413	6,4
RN	2.767	86,9	230	7,2	50	1,6	17	0,5	0	0,0	121	3,8
PB	3.049	75,3	228	5,6	599	14,8	1	0,0	38	0,9	132	3,3
PE	9.193	61,3	947	6,3	4.452	29,7	52	0,3	7	0,0	353	2,4
AL	1.238	83,8	32	2,2	108	7,3	0	0,0	1	0,1	99	6,7
SE	812	28,0	20	0,7	1.926	66,5	3	0,1	5	0,2	131	4,5
BA	7.076	62,1	232	2,0	2.826	24,8	10	0,1	1	0,0	1.250	11,0
Sudeste	81.576	55,4	7.165	4,9	46.836	31,8	1.986	1,3	325	0,2	9.350	6,4
MG	19.128	66,1	1.102	3,8	6.841	23,6	42	0,1	77	0,3	1.745	6,0
ES	4.256	77,7	37	0,7	909	16,6	1	0,0	3	0,1	272	5,0
RJ	24.961	61,0	1.747	4,3	9.594	23,4	793	1,9	90	0,2	3.730	9,1
SP	33.231	46,2	4.279	6,0	29.492	41,0	1.150	1,6	155	0,2	3.603	5,0
Sul	15.645	52,1	851	2,8	11.152	37,2	31	0,1	29	0,1	2.299	7,7
PR	5.424	56,6	530	5,5	2.653	27,7	11	0,1	15	0,2	942	9,8
SC	6.305	76,2	57	0,7	1.288	15,6	10	0,1	2	0,0	612	7,4
RS	3.916	32,2	264	2,2	7.211	59,3	10	0,1	12	0,1	745	6,1
Centro-Oeste	12.941	54,8	437	1,9	9.062	38,4	50	0,2	51	0,2	1.064	4,5
MS	1.903	72,6	168	6,4	438	16,7	1	0,0	2	0,1	109	4,2
MT	1.475	86,8	28	1,6	68	4,0	0	0,0	1	0,1	128	7,5
GO	3.722	65,6	140	2,5	1.192	21,0	38	0,7	7	0,1	577	10,2
DF	5.841	42,9	101	0,7	7.364	54,1	11	0,1	41	0,3	250	1,8
Brasil	152.278	57,7	10.721	4,1	82.342	31,2	2.162	0,8	475	0,2	15.884	6,0

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

Tabela 26. Admissões total e por primeiro emprego, desligamentos e saldo de vínculos formais de emprego de médicos por Unidade da Federação. Brasil, 2018

Região/UF	Admitidos	Desligados	Saldo	Adm. 1º empr.	% adm. 1º empr./total adm.
Norte	2.882	2.892	-10	1.360	47,2
RO	229	245	-16	161	70,3
AC	140	161	-21	63	45,0
AM	384	385	-1	138	35,9
RR	70	18	52	59	84,3
PA	1.294	1.574	-280	314	24,3
AP	74	22	52	31	41,9
TO	691	487	204	594	86,0
Nordeste	14.164	11.535	2.629	6.834	48,2
MA	583	419	164	317	54,4
PI	575	407	168	393	68,3
CE	2.254	2.024	230	1.337	59,3
RN	1.328	1.043	285	854	64,3
PB	1.618	1.056	562	651	40,2
PE	3.191	2.774	417	1.152	36,1
AL	504	294	210	395	78,4
SE	883	773	110	684	77,5
BA	3.228	2.745	483	1.051	32,6
Sudeste	31.282	34.278	-2.996	7.954	25,4
MG	8.785	9.258	-473	2.420	27,5
ES	1.591	1.840	-249	544	34,2
RJ	9.535	10.070	-535	2.897	30,4
SP	11.371	13.110	-1.739	2.093	18,4
Sul	7.479	7.884	-405	2.434	32,5
PR	1.758	2.080	-322	291	16,6
SC	3.032	2.741	291	1.559	51,4
RS	2.689	3.063	-374	584	21,7
Centro-Oeste	6.458	4.107	2.351	1.297	20,1
MS	1.864	1.964	-100	360	19,3
MT	754	656	98	356	47,2
GO	1.038	961	77	490	47,2
DF	2.802	526	2.276	91	3,2
Brasil	62.265	60.696	1.569	19.879	31,9

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

Tabela 27. Remuneração média de vínculos formais de emprego de médicos por Unidade da Federação segundo a natureza jurídica do estabelecimento empregador e o sexo. Brasil, 2018

UF	Total		Públicos		Privados		Masculino		Feminino	
	Rem. méd.	Rem./h	Rem. méd.	Rem./h	Rem. méd.	Rem./h	Rem. méd.	Rem./h	Rem. méd.	Rem./h
Norte	10.207,49	79,07	10.272,58	78,76	9.661,99	81,87	10.636,14	81,91	9.705,62	75,69
RO	10.311,19	76,25	10.422,83	76,71	8.198,19	66,66	10.646,31	77,67	9.767,62	73,87
AC	14.114,98	111,98	14.292,88	117,76	13.043,51	84,56	14.254,84	114,47	13.904,42	108,34
AM	9.190,86	75,49	9.255,32	75,89	8.298,73	69,82	9.480,76	77,38	8.843,65	73,20
RR	10.438,76	97,99	10.532,70	98,97	6.963,00	63,17	11.299,11	103,14	9.412,96	91,46
PA	9.370,48	75,41	9.223,93	73,14	10.099,39	87,76	9.563,70	77,34	9.190,18	73,62
AP	6.377,15	47,28	6.324,79	46,53	7.587,52	68,32	6.858,40	51,47	5.803,25	42,40
TO	12.273,46	82,61	12.603,20	83,38	5.828,19	59,28	12.829,71	86,06	11.443,32	77,41
Nordeste	9.035,42	79,44	9.092,00	75,08	8.868,12	96,42	9.190,37	79,59	8.853,66	79,25
MA	8.485,58	74,83	7.997,69	71,58	13.569,91	103,71	8.869,19	77,88	7.893,30	70,08
PI	10.964,09	101,63	11.288,18	103,76	6.263,10	66,05	11.270,78	104,53	10.438,91	96,67
CE	9.929,87	85,91	9.542,73	79,27	10.970,20	106,85	9.944,97	85,12	9.904,90	87,26
RN	9.753,09	73,53	9.901,23	74,04	7.279,97	63,60	9.897,95	75,44	9.544,94	70,85
PB	7.811,26	57,99	8.133,97	54,32	6.525,58	87,36	7.952,78	60,15	7.648,29	55,60
PE	9.029,42	78,97	9.338,04	72,54	8.341,80	101,39	9.055,47	77,45	9.004,90	80,48
AL	9.119,73	68,45	9.308,16	67,80	7.975,67	73,46	8.973,70	66,69	9.274,31	70,36
SE	9.352,23	79,63	9.996,47	80,87	6.322,53	71,45	9.514,71	81,09	9.130,78	77,63
BA	8.273,65	85,01	7.668,05	79,34	9.370,69	95,08	8.395,48	82,99	8.147,13	87,28
Sudeste	9.116,47	92,40	8.817,43	85,07	9.717,52	109,62	9.325,64	95,84	8.886,97	88,73
MG	8.944,92	88,04	9.118,65	87,71	8.322,23	89,35	9.072,71	90,75	8.786,92	84,81
ES	7.717,27	78,34	7.566,97	75,01	8.354,89	94,48	7.821,52	79,45	7.608,84	77,19
RJ	7.749,38	68,63	7.375,70	60,25	8.516,18	91,12	7.835,75	70,10	7.674,73	67,37
SP	10.069,93	112,65	9.694,79	105,40	10.652,92	124,80	10.255,32	115,04	9.846,85	109,80
Sul	12.013,57	119,80	12.956,79	125,82	9.474,61	101,87	12.273,54	123,58	11.669,23	114,91
PR	11.476,45	121,47	12.491,95	129,74	6.913,37	80,06	11.735,52	124,38	11.096,19	117,21
SC	12.097,89	120,67	12.572,56	122,01	9.869,56	113,20	12.352,41	125,93	11.729,72	113,44
RS	12.379,19	118,05	13.823,29	125,46	10.263,41	105,72	12.684,87	121,28	12.026,74	114,35
Centro-Oeste	12.060,24	100,38	12.327,74	98,42	10.484,11	116,42	12.310,83	103,62	11.778,55	96,82
MS	11.360,10	111,43	11.539,63	109,92	10.639,90	118,53	11.762,28	112,59	10.802,24	109,72
MT	10.733,62	99,48	10.897,14	102,28	9.252,28	76,97	11.478,29	106,87	9.674,95	89,08
GO	8.519,71	91,03	8.641,37	86,39	8.216,17	105,98	8.806,12	92,85	8.083,62	88,18
DF	13.837,59	101,55	13.830,33	99,41	13.919,50	133,92	14.399,97	105,56	13.316,46	97,83
Brasil	9.749,26	92,72	9.814,99	88,44	9.582,02	106,10	9.990,58	95,52	9.473,88	89,55

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir da Rais/MTP³.

Tabela 28. Índice salarial (%)* de médicos por Unidade da Federação. Brasil, 2018

UF	Total	Públicos	Privados	Masculino	Feminino
Norte	85,28	89,06	77,16	85,75	84,52
RO	82,24	86,74	62,83	81,31	82,49
AC	120,77	133,16	79,70	119,84	120,97
AM	81,42	85,82	65,81	81,01	81,74
RR	105,69	111,90	59,54	107,98	102,12
PA	81,33	82,70	82,72	80,97	82,21
AP	50,99	52,62	64,39	53,89	47,35
TO	89,09	94,28	55,87	90,09	86,44
Nordeste	85,68	84,89	90,87	83,33	88,49
MA	80,71	80,94	97,75	81,53	78,25
PI	109,61	117,33	62,25	109,43	107,94
CE	92,66	89,63	100,70	89,11	97,44
RN	79,30	83,72	59,94	78,98	79,11
PB	62,55	61,42	82,34	62,97	62,09
PE	85,18	82,03	95,56	81,08	89,86
AL	73,83	76,66	69,24	69,81	78,57
SE	85,88	91,44	67,34	84,89	86,69
BA	91,68	89,71	89,62	86,88	97,46
Sudeste	99,65	96,19	103,32	100,33	99,08
MG	94,96	99,18	84,21	95,00	94,70
ES	84,50	84,81	89,05	83,18	86,19
RJ	74,02	68,13	85,89	73,39	75,23
SP	121,50	119,18	117,63	120,43	122,61
Sul	129,21	142,26	96,01	129,37	128,31
PR	131,01	146,70	75,46	130,21	130,88
SC	130,14	137,96	106,69	131,83	126,68
RS	127,32	141,86	99,65	126,96	127,69
Centro-Oeste	108,26	111,29	109,73	108,48	108,11
MS	120,18	124,29	111,72	117,87	122,52
MT	107,29	115,65	72,54	111,88	99,47
GO	98,18	97,68	99,89	97,20	98,46
DF	109,53	112,40	126,22	110,51	109,24
Brasil	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³.

*Considerando a remuneração média por hora do Brasil igual a 100.

Absorção de médicos no mercado de trabalho formal

Uma questão que se coloca em relação à expansão da oferta de vagas em Cursos de Medicina – e, consequentemente, de novos médicos – é a capacidade de o mercado de trabalho absorver essa mão de obra. Ainda que boa parte dos médicos venha a trabalhar como autônomos, a análise do mercado de trabalho formal contribui para aumentar as evidências sobre o dinamismo do mercado de trabalho médico. Uma forma de responder essa questão está na construção de indicadores que levem em consideração a evolução do número de novos médicos em comparação com os empregos gerados na economia formal.

Para esta análise, consideramos os egressos de Medicina ano a ano e as admissões no mercado formal de trabalho nos anos posteriores, a partir de dados do Inep e da Rais respectivamente. Partindo-se do pressuposto de que os médicos recém-graduados em um determinado ano poderão ser empregados no ano seguinte, a comparação entre essas duas informações poderá sinalizar se existiu déficit ou superávit de empregos em relação aos novos médicos.

Buscando alcançar maior aproximação dos dados de empregos com os recém-graduados, foram consideradas apenas as admissões de primeiro emprego, que correspondem à primeira assinatura na carteira ou nomeação em cargo público na vida laboral do profissional.

Antes de analisar, é preciso, no entanto, considerar, pelo menos, duas limitações. Em primeiro lugar, a oferta de novos profissionais é calculada apenas pelo número de pessoas que concluiu o Curso de Medicina, ou seja, não se incluem os médicos que estão retornando à atividade, após terem deixado o exercício da profissão, tampouco os imigrantes de outros países. Ainda que esses quantita-

tivos sejam residuais, esses profissionais poderiam ocupar postos de trabalho formalizados pela primeira vez. Em segundo lugar, deve-se ponderar que parte (provavelmente muito pequena) dos recém-formados já pode ter se empregado pela primeira vez antes de se tornarem médicos e que outra parte, talvez mais significativa, não se ocupará no mercado formal ou frequentará pós-graduação em residência médica. A *tabela 29* apresenta o evolutivo dos números de egressos de Medicina, das admissões por primeiro emprego no ano posterior e a razão entre ambos, no período entre 1993/94 e 2010/11.

Durante o período entre 1993 e 2010, observou-se crescimento sustentado do número de egressos, de 7.228 a 12.982. As admissões por primeiro emprego avançaram de 5.482, em 1994 para 21.645 em 2011, com recuos entre 1996 e 1999 e nos dois últimos anos da série. A comparação mostra que, entre 1994 e 2001, o número de primeiros empregos esteve abaixo do de egressos e, a partir de 2002, este último foi ultrapassado, gerando superávit, mesmo nos dois últimos anos de recuo.

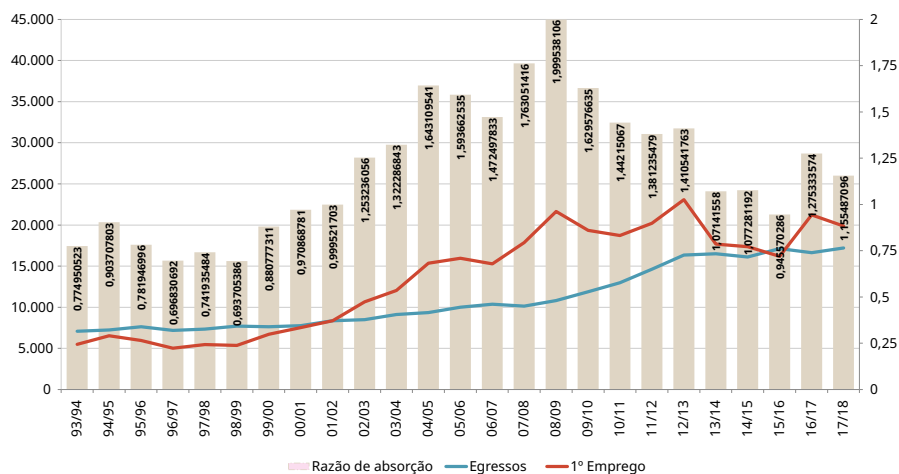
O período 2008/09 foi o que listou a maior razão, com registro de duas admissões para cada 65 egressos. O acumulado do período foi de 203.249 primeiros empregos para 161.993 egressos, diferença de 41.256. Em suma, os dados sugerem que o crescimento da oferta de novos profissionais provenientes das graduações de Medicina acompanhou o aumento da demanda de novos empregos formais durante os anos 1990. A partir de 2002, a demanda superou a oferta indicando que houve absorção de novos profissionais no mercado de trabalho. Em outras palavras, a demanda por empregos foi suficiente para absorver os recém-graduados, assim como profissionais ativos ou não, que também se empregaram pela primeira vez no mercado formal (*tabela 29 e gráfico 1*).

Tabela 29. Número de egressos de medicina e de admissões por 1º emprego de médicos no mercado formal no ano seguinte. Brasil, 1993/94-2017/18

Ano	Egressos	Adm. 1º empr.	Razão
1993/1994	7.074	5.482	0,77
1994/1995	7.228	6.532	0,90
1995/1996	7.622	5.960	0,78
1996/1997	7.194	5.013	0,70
1997/1998	7.347	5.451	0,74
1998/1999	7.705	5.345	0,69
1999/2000	7.616	6.708	0,88
2000/2001	7.758	7.532	0,97
2001/2002	8.363	8.359	1,00
2002/2003	8.498	10.650	1,25
2003/2004	9.113	12.050	1,32
2004/2005	9.339	15.345	1,64
2005/2006	10.004	15.943	1,59
2006/2007	10.381	15.286	1,47
2007/2008	10.133	17.865	1,76
2008/2009	10.825	21.645	2,00
2009/2010	11.881	19.361	1,63
2010/2011	12.982	18.722	1,44
2011/2012	14.634	20.213	1,38
2012/2013	16.354	23.068	1,41
2013/2014	16.495	17.673	1,07
2014/2015	16.110	17.355	1,08
2015/2016	17.123	16.191	0,95
2016/2017	16.638	21.219	1,28
2017/2018	17.204	19.879	1,16

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³ e do Inep/MEC⁴.

Gráfico 1. Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2017/18



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir da Rais/MTP³ e do Inep/MEC⁴.

*Razão entre o número de egressos no ano e o número de admissões por primeiro emprego no ano seguinte.

Dificuldades de contratação de especialistas

Buscando complementar o quadro sobre o mercado de trabalho das especialidades médicas e ampliando o escopo para dimensões não cobertas pelo CNES e pela Rais, realizou-se um estudo específico sobre dificuldades de contratação de especialistas por meio de Etac⁵. O estudo foi feito a partir de uma amostra de estabelecimentos de saúde que, *a priori*, tinham maior probabilidade de contratar médicos nas especialidades selecionadas, sendo: hospitais com mais de 100 leitos, hospitais com mais de 50 até 100 leitos, hospitais com até 50 leitos em municípios com até 20 mil habitantes, policlínicas com mais de 20 médicos e clínicas especializadas/ambulatórios com mais de 20 médicos. Ao todo, 395 estabelecimentos responderam ao inquérito da Etac.

Perfil da amostra

Dos estabelecimentos pesquisados, a maioria é de natureza privada não lucrativa (48%), seguidos por estabelecimentos públicos (33%) (*tabela 30*). Entre os respondentes privados não lucrativos que se identificaram como associação ou fundação privada (n = 160), 75,6% possuem a qualificação de entidade beneficente ou filantrópica, 12,5% são Organizações Sociais (OS) e 6,9% são Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) (*tabela 31*). Entre os estabelecimentos privados (n = 256), 50% são conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), 61% têm convênios com seguros ou planos de saúde, 51% atendem por desembolso direto e apenas 13% possuem planos de saúde próprios (*tabela 32*). Dos estabelecimentos privados que responderam ser uma sociedade (n = 60), 28% são associados em rede, e apenas um estabelecimento declarou ser parte de uma franquia (*tabela 33*). Com relação às clínicas e policlínicas privadas, em 31% delas, o quadro de médicos é formado apenas por profissionais contratados ou credenciados; 10%, apenas por sócios e proprietários; e em 6% delas, o quadro é composto por médicos sócios e proprietários e por médicos contratados e/ou credenciados (*tabela 34*).

Tabela 30. Respondentes segundo a natureza jurídica do estabelecimento ou do ente mantenedor. Brasil, 2020

Natureza jurídica	N	%
<i>Públicos</i>	<i>131</i>	<i>33,2</i>
Administração Pública Federal	6	1,5
Administração Pública Estadual	29	7,3
Administração pública Municipal	81	20,5
Autarquia	1	0,3
Fundação Pública	7	1,8
Consórcio Público	7	1,8

Natureza jurídica	N	%
<i>Privados não Lucrativos</i>	191	48,4
Cooperativa	3	0,8
Fundação Privada	70	17,7
Associação Privada	90	22,8
Entidade sem fins lucrativos	28	7,1
<i>Privados Lucrativos</i>	65	16,5
Sociedade Anônima	10	2,5
Sociedade Empresária	41	10,4
Sociedade Simples	14	3,5
<i>Não sabe/não resposta</i>	8	2,0
Total	395	100,0

Fonte: Girard⁵.

Tabela 31. Estabelecimentos respondentes que declararam ser Fundação ou Associação privada segundo posse de qualificação. Brasil, 2020

Qualificação	n	%
Entidade beneficente (ou filantrópica)?	121	75,6
Organização Social (OS)	20	12,5
Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)?	11	6,9
Não sabe/não resposta	8	5,0
Total (fundações e associações privadas)	160	100,0

Fonte: Girard⁵.

Tabela 32. Estabelecimentos respondentes que declararam ser privados segundo características de atendimento. Brasil, 2020

O estabelecimento:	Sim	%
É contratado ou conveniado com o SUS?	129	50,4
Tem plano de saúde próprio?	34	13,3
Tem convênio com seguros ou planos de saúde?	156	60,9
Atende desembolso direto/particular?	131	51,2
Total (estabelecimentos privados)	256	100

Fonte: Girard⁵.

Tabela 33. Estabelecimentos respondentes que declararam ser Sociedade segundo associação em rede e participação em franquias. Brasil, 2020

N = 60	Sim		Não	
	n	%	n	%
É associado em rede?	17	28,3	43	71,7
É participante de franquia?	1	1,7	59	98,3

Fonte: Girard⁵.

Tabela 34. Policlínicas ou Clínicas respondentes que declararam ser Privadas segundo formação do quadro de médicos do estabelecimento. Brasil, 2020

N = 48	n	%
Apenas por profissionais contratados ou credenciados	15	31,3
Apenas por sócios e proprietários (ou cooperados, se for o caso)	5	10,4
Ambos os casos	3	6,3

Fonte: Girard⁵.

A maioria dos estabelecimentos pesquisados, 83%, realiza contratação direta de médicos. A forma de contratação mais utilizada por esses estabelecimentos é a contratação de autônomo, pessoa jurídica, forma utilizada em 64,4% dos estabelecimentos (*tabela 35*). A contratação indireta era praticada por 27,6% dos estabelecimentos, com essas contratações sendo intermediadas por Organizações Não Governamentais (ONG) em 51% dos casos, por OS em 17,4%, e por Cooperativas em 16,5% (*tabela 36*). Apenas 24% dos estabelecimentos disseram praticar o credenciamento de médicos (*tabela 37*).

Tabela 35. Estabelecimentos respondentes segundo a prática de contratação direta de médicos e as formas de contratação utilizadas. Brasil, 2020

	n	%
<i>Sim</i>	329	83,3
Estatutário	21	6,4
Emprego público	17	5,2

	n	%
Contrato Temporário com a Administração Pública	44	13,4
Cargo Comissionado	0	0,0
CLT por tempo indeterminado	71	21,6
CLT por tempo determinado	28	8,5
Autônomo, Pessoa Física	78	23,7
Autônomo, Pessoa Jurídica	212	64,4
Outra	9	2,7
Não	68	16,7
Total	395	100,0

Fonte: Girard⁵.

Tabela 36. Estabelecimentos respondentes segundo a prática de terceirização/ intermediação para contratação de médicos e organizações que realizam a contratação. Brasil, 2020

	n	%
Sim	109	27,6
Organização Social (OS)	19	17,4
Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)	4	3,7
Organização Não Governamental (ONG)	56	51,4
Entidade privada lucrativa	3	2,8
Entidade filantrópica	15	13,8
Cooperativa	18	16,5
Outra	7	6,4
Não	286	72,4
Total	395	100,0

Fonte: Girard⁵.

Tabela 37. Estabelecimentos respondentes segundo a prática de credenciamento de médicos por planos e seguros de saúde. Brasil, 2020

	n	%
Sim	95	24,1
Não	261	66,1
Não sabe/Não resposta	39	9,9
Total	395	100,0

Fonte: Girard⁵.

Os sistemas de remuneração mais utilizados para pagamento de médicos especialistas são o plantão, praticado por 55,4% dos estabelecimentos, seguido pelo pagamento por produção ou procedimento e por salário fixo baseado em tempo, 47,1% e 37,5% respectivamente. Analisando segundo o tipo do estabelecimento, o plantão é a forma mais adotada nos estabelecimentos hospitalares, enquanto nas clínicas e policlínicas, predomina o pagamento por produção ou procedimento (*tabela 38*).

Tabela 38. Estabelecimentos respondentes por estratos da amostra segundo o sistema de remuneração utilizado para pagamento dos médicos especialistas. Brasil, 2020.

Sistema de remuneração	Total		Hosp. com mais de 100 leitos		Hosp. com mais de 50 até 100 leitos		Hosp. com até 50 leitos		Policlínicas com mais de 20 médicos		Clínicas espec./ amb. com mais de 20 méd.	
	N = 395		N = 102		N = 104		N = 81		N = 54		N = 54	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Salário fixo, baseado em tempo	148	37,5	55	53,9	29	27,9	21	25,9	24	44,4	19	35,2
Por produção ou procedimento	186	47,1	43	42,2	49	47,1	25	30,9	38	70,4	31	57,4
Plantão	219	55,4	62	60,8	69	66,3	64	79,0	11	20,4	13	24,1
Pacote fechado	39	9,9	12	11,8	15	14,4	9	11,1	2	3,7	1	1,9
Outro	15	3,8	4	3,9	6	5,8	0	0,0	4	7,4	1	1,9

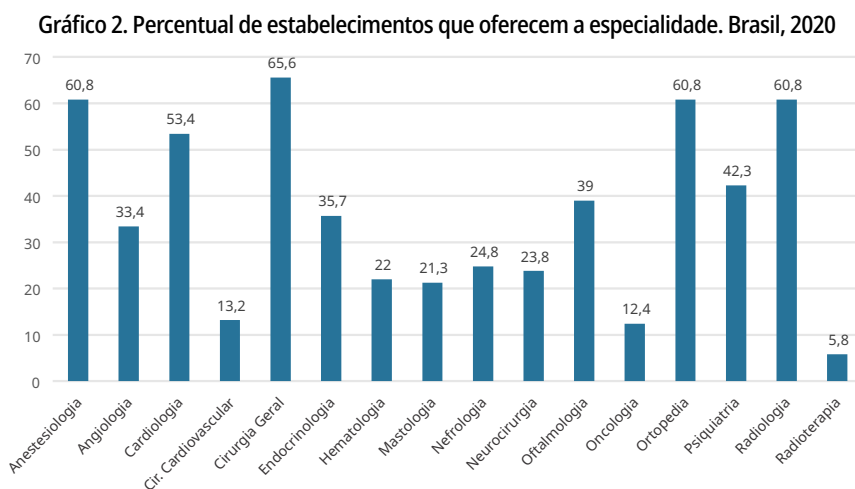
Fonte: Girard⁵.

Panorama de dificuldade de contratação de especialistas

OFERTA DA ESPECIALIDADE E PRESENÇA DO PROFISSIONAL NO QUADRO ATUAL

A análise da distribuição de serviços médicos na totalidade dos estabelecimentos que participaram da pesquisa revela diferenças por especialidade. Apenas 5 das 16 especialidades incluídas na pesquisa são oferecidas por mais de 50% dos estabelecimentos, são elas: Ci-

rurgia Geral (65,6%), Anestesiologia, Ortopedia e Radiologia (60,8%) e Cardiologia (53,4%). Já as especialidades Cirurgia Cardiovascular, Oncologia e Radioterapia são oferecidas por apenas 13,7%, 12,4% e 5,8% dos estabelecimentos pesquisados respectivamente (gráfico 2).



Fonte: Girard⁵.

EXISTÊNCIA E NÍVEL DE DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO

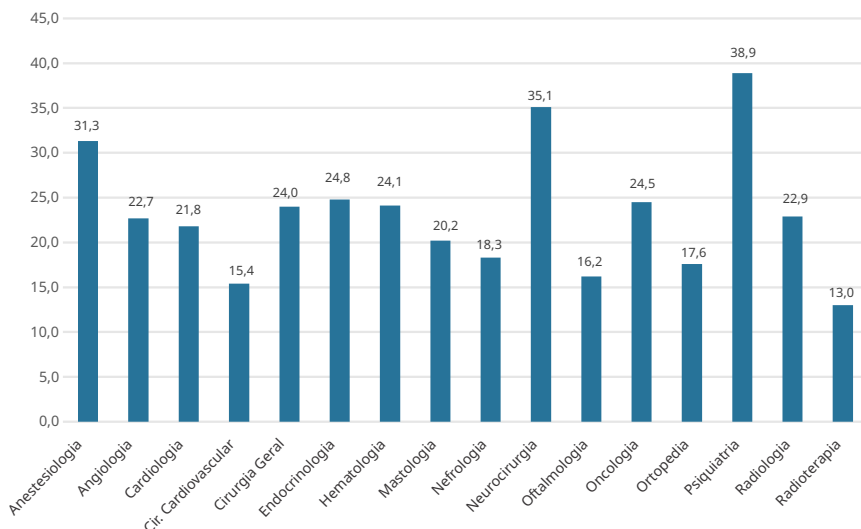
Foi perguntado aos gestores sobre o nível de dificuldade para contratação das especialidades médicas. As opções de resposta foram ‘Muita’, ‘Pouca’, ‘Nenhuma’ e ‘Não Sabe’. A análise a seguir considerou como existência de dificuldade de contratação a soma das respostas ‘Muita’ e ‘Pouca’ dificuldade de contratação.

O maior percentual para a existência de dificuldade de contratação foi verificado para a Psiquiatria (38,9%), seguida pela Neurocirurgia (35,1%) e pela Anestesiologia (31,3%). Outras especialidades que também apresentaram percentuais elevados, superiores a 50%, são Medicina Intensiva (64,9%) e Neurologia (51,8%). Na outra ponta, a Radioterapia, a Cirurgia Cardiovascular e a Oftalmologia são as

especialidades com menor dificuldade de contratação: apenas 13%, 15,4% e 16,2%, respectivamente, dos estabelecimentos ofertantes dessas especialidades declaram ter dificuldade para contratá-las (gráfico 3).

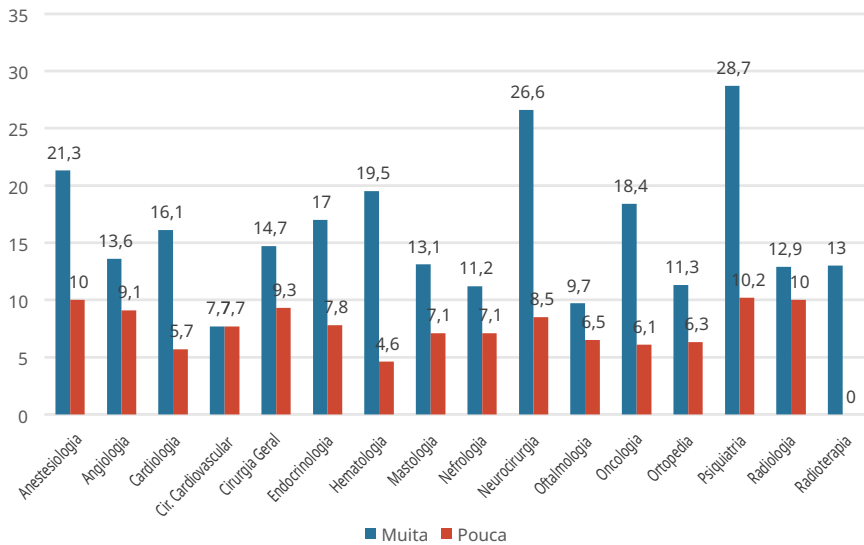
Quanto ao nível da dificuldade, se muita ou pouca, entre os gestores que enfrentam o problema, a grande maioria relata ter muita dificuldade para contratar psiquiatras (28,7%), neurocirurgiões (26,6%) e anestesiológicos (21,3%) (gráfico 4).

Gráfico 3. Percentual de estabelecimentos que oferecem o serviço e que declararam dificuldade para contratar o especialista. Brasil, 2020



Fonte: Girard⁵.

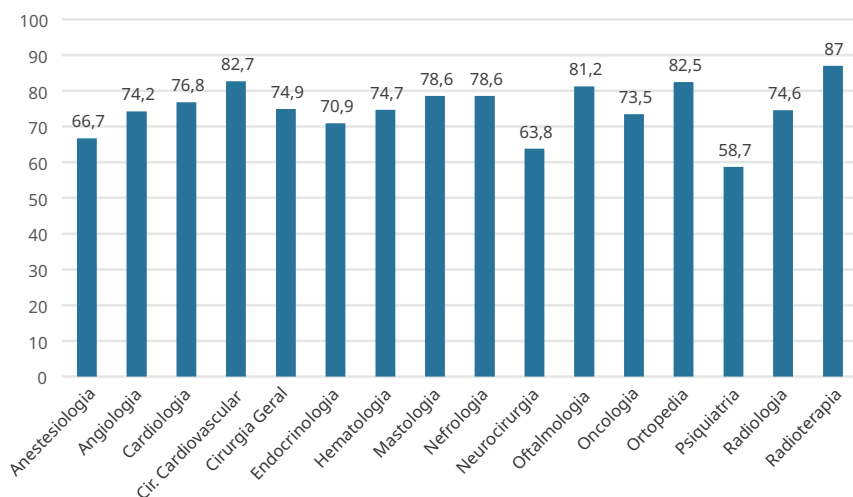
Gráfico 4. Nível percebido de dificuldade de contratação do especialista entre os estabelecimentos ofertantes do serviço, por especialidade – Brasil, 2020



Fonte: Girard⁵.

Considerando os estabelecimentos que disseram não ter nenhuma dificuldade para a contratação do médico especialista, todas as especialidades tiveram percentuais superiores a 60%. A única exceção foi a Psiquiatria, mesmo assim com, aproximadamente, 59% dos respondentes declarando não ter nenhuma dificuldade para a sua contratação (*gráfico 5*).

Gráfico 5. Percentual de estabelecimentos que declaram não ter dificuldade de contratação do especialista. Brasil, 2020



Fonte: Girard⁵.

RAZÕES PARA A DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO

Para os gestores que informaram enfrentar dificuldade para contratar os profissionais de cada especialidade, foi perguntado o nível de importância que eles atribuíam a diferentes razões que causavam esse problema. Foram elencados os seguintes fatores como relacionados com a dificuldade de contratação: “O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais”, “os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais”, “falta de perspectiva e progressão na carreira”, “insatisfação com o horário de trabalho exigido”, “Dificuldade de acesso ao local do trabalho/distância”, “falta de segurança no local de trabalho”, “Dificuldade de acesso a exames, medicamentos, equipamentos etc.”, “Os profissionais consideram a infraestrutura existente inadequada”, “as formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais”, “Inexistência de outras oportunidades de trabalho próximo

ao estabelecimento”, *“Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB”* e *“Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho”*. Todos esses fatores foram apontados pela literatura e por pesquisas anteriormente desenvolvidas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/Nescon/FM/UFMG). Foi deixado também um campo aberto, para o respondente, caso desejasse, relatar algum outro fator para a sua dificuldade em contratar determinado especialista.

Verificaram-se os seguintes resultados:

- O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais: razão avaliada como importante com percentuais superiores a 50% para 5 das 16 especialidades médicas, com destaque de 57,1% em Ortopedia e Traumatologia.
- Os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais: razão avaliada como importante com percentuais superiores ou iguais a 10%, encontrados para 7 das especialidades, chegando a 19% para ortopedistas.
- Falta de perspectiva e progressão na carreira: razão considerada como importante para a contratação de cardiologistas (11%), e percentuais inferiores a 10% para as demais especialidades.
- Insatisfação com o horário de trabalho exigido: razão considerada como importante para a contratação de oftalmologistas (24%), de ortopedistas (21,4%) e de oncologistas (16,7%), e com percentuais inferiores a 13% para as demais especialidades.
- Dificuldade de acesso ao local do trabalho/distância: razão atribuída como importante, com percentuais superiores

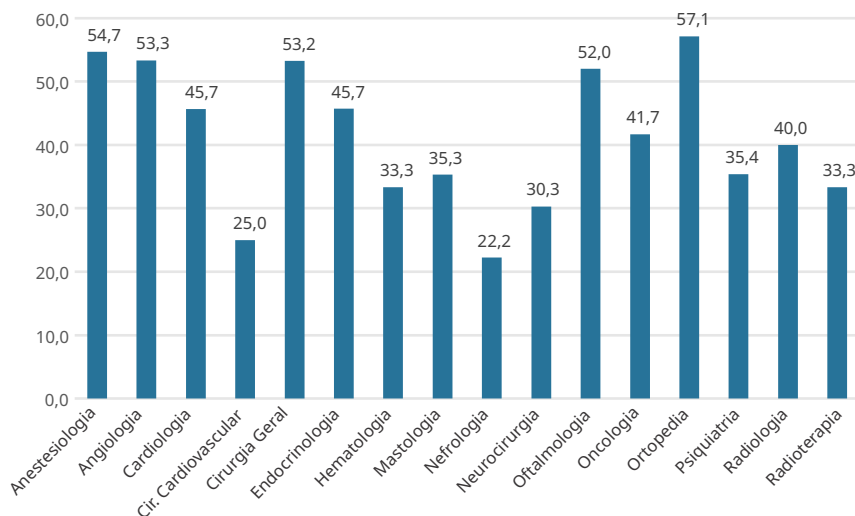
a 23% para cinco das especialidades, chegando a 33% em Radioterapia.

- As formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais: razão considerada como importante com percentuais superiores a 10% em cinco das especialidades, chegando a 17,6% na Mastologia.
- Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB: verificaram-se percentuais acima de 30% para dez das especialidades médicas pesquisadas. Destaque para Radioterapia (66,7%) e Cirurgia Cardiovascular (50%).
- Falta de profissionais com a experiência requerida para o trabalho: razão avaliada como importante com percentuais iguais ou acima de 20% para 9 especialidades, sendo os maiores valores observados para Hematologia e Hemoterapia e Radioterapia, ambas com 33,3%, e Oftalmologia, com 32%.

As razões *“Dificuldade de acesso a exames, medicamentos, equipamentos etc.”*, *“As formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais”* e *“Inexistência de outras oportunidades de trabalho próximo ao estabelecimento”* tiveram percentuais pouco expressivos na importância da dificuldade de contratação de médicos especialistas. A *“Falta de segurança no local de trabalho”* não foi considerada como importante por nenhum dos respondentes.

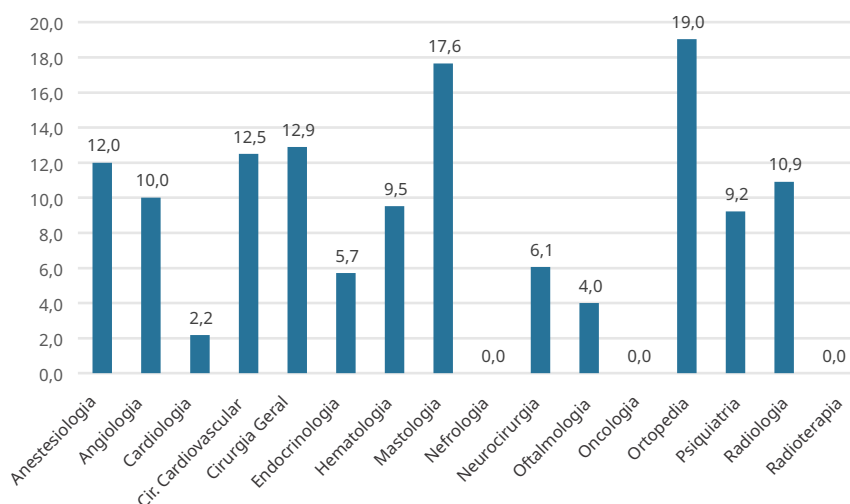
Observa-se que as principais razões atribuídas pelos gestores como importantes para a dificuldade de contratação de especialistas foram, respectivamente: remuneração praticada pela instituição é considerada baixa pelos profissionais, a falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB; e a falta de profissionais com a experiência requerida para o trabalho (*gráficos 6 a 16*).

Gráfico 6. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais', por especialidade. Brasil, 2020



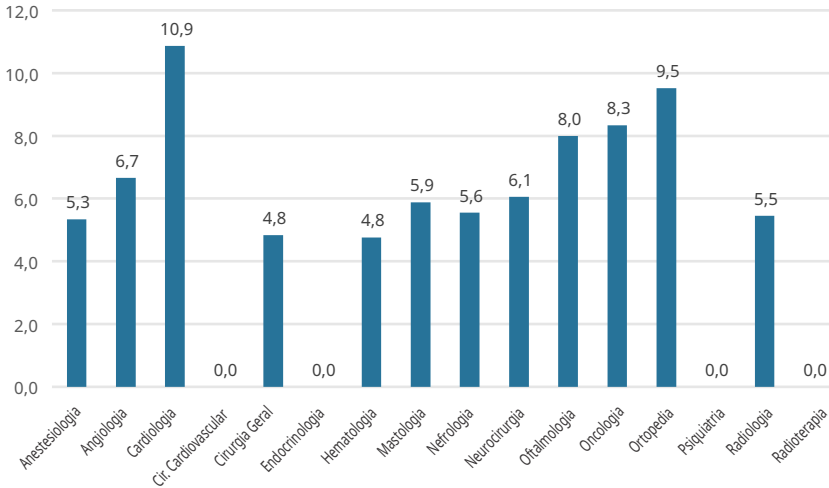
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 7. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais', por especialidade. Brasil, 2020



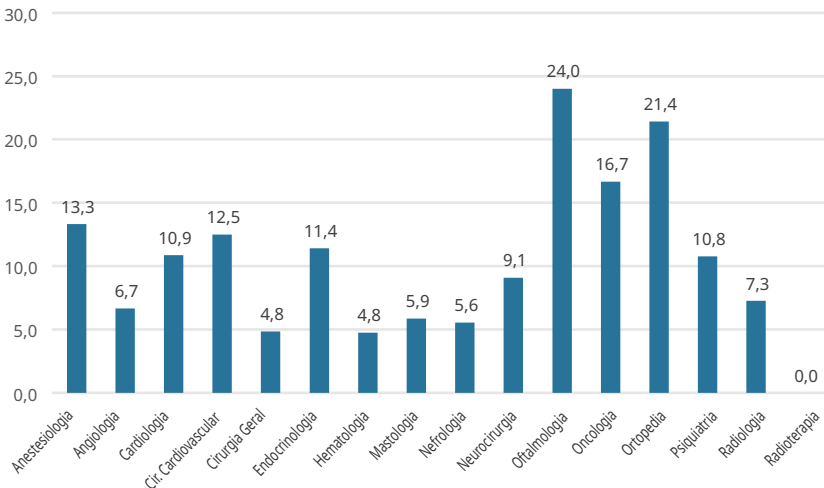
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 8. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'falta de perspectiva e progressão na carreira', por especialidade. Brasil, 2020



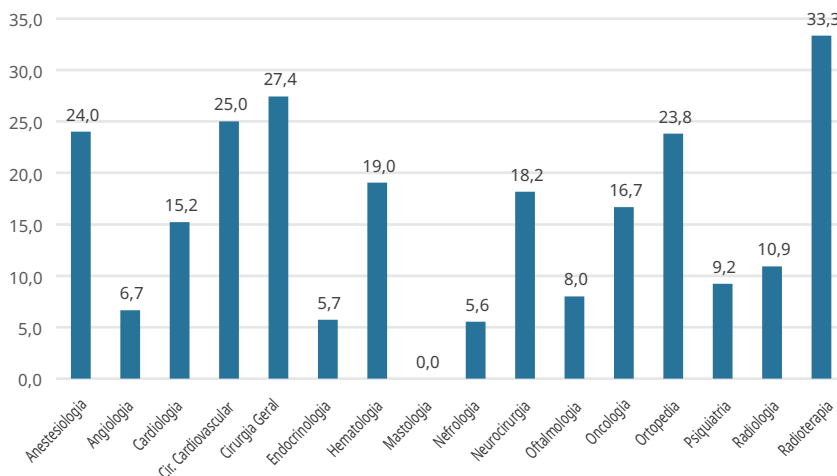
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 9. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'insatisfação com o horário de trabalho exigido', por especialidade. Brasil, 2020



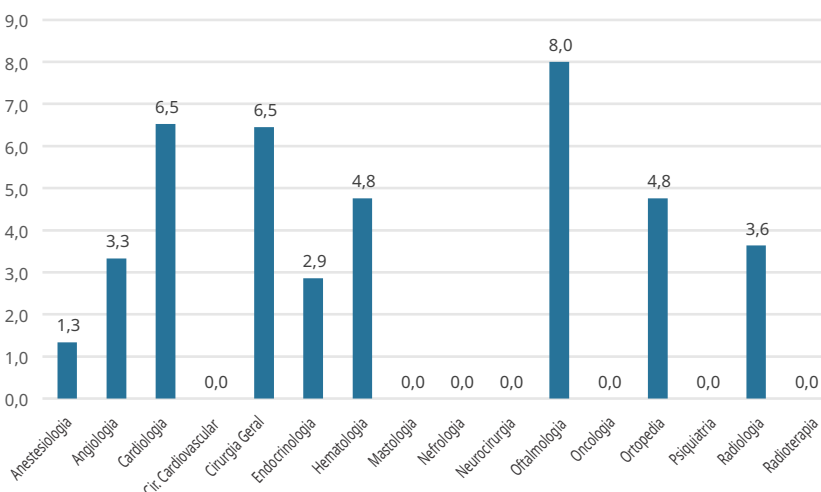
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 10. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'dificuldade de acesso ao local do trabalho/ distância', por especialidade. Brasil, 2020



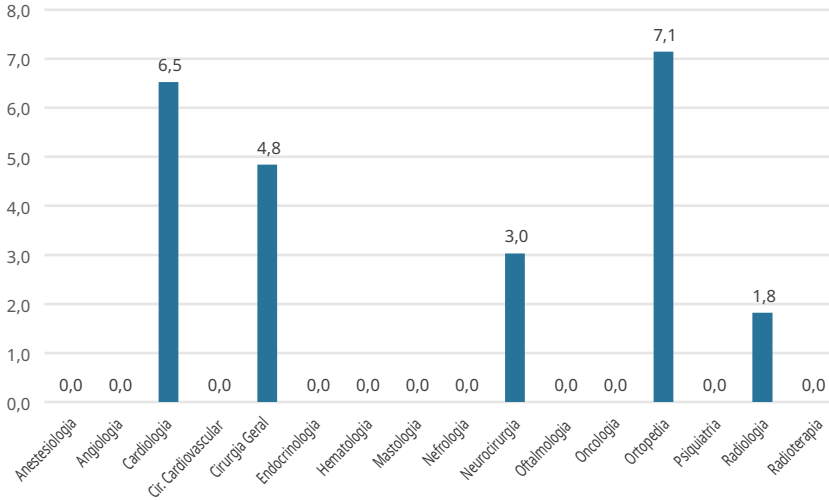
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 11. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'dificuldade de acesso a exames, medicamentos, equipamentos etc.', por especialidade. Brasil, 2020



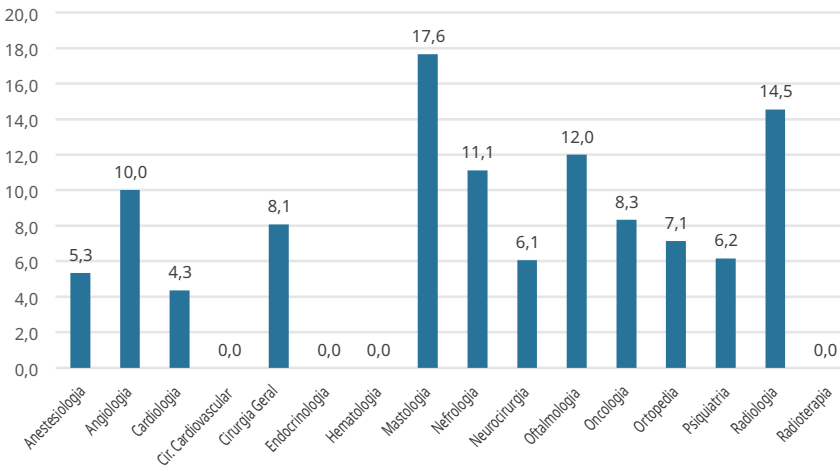
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 12. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'os profissionais consideram a infraestrutura existente inadequada', por especialidade. Brasil, 2020



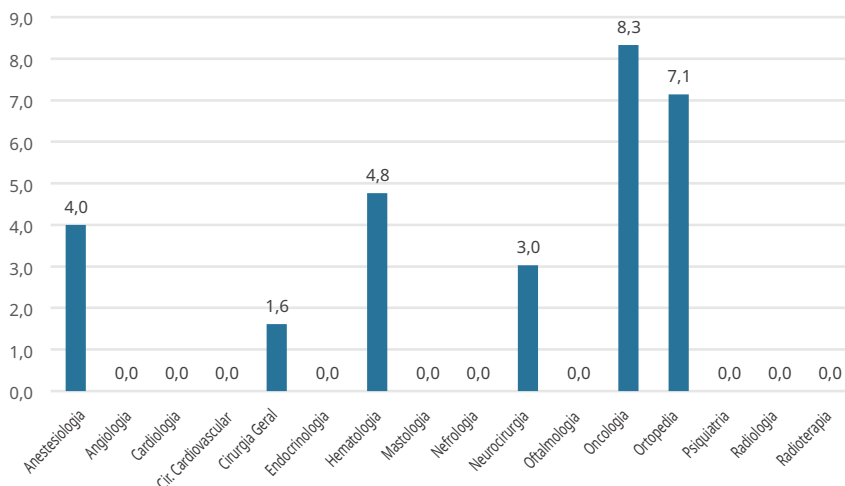
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 13. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'as formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais', por especialidade. Brasil, 2020



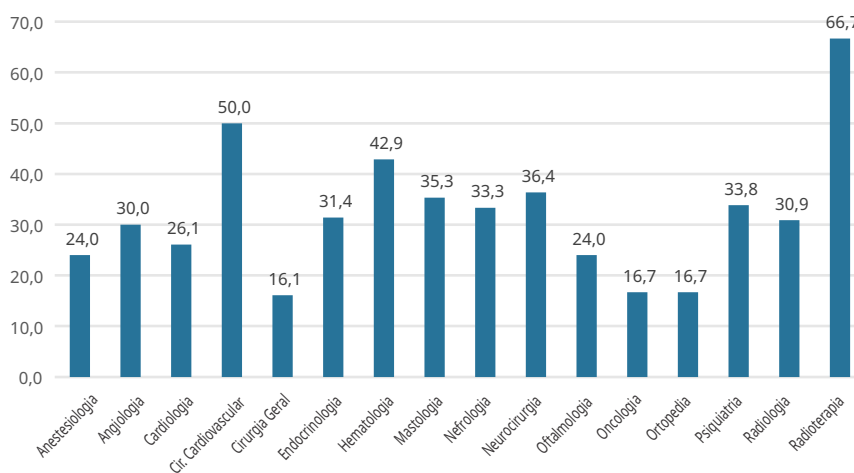
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 14. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'inexistência de outras oportunidades de trabalho próximo ao estabelecimento', por especialidade. Brasil, 2020



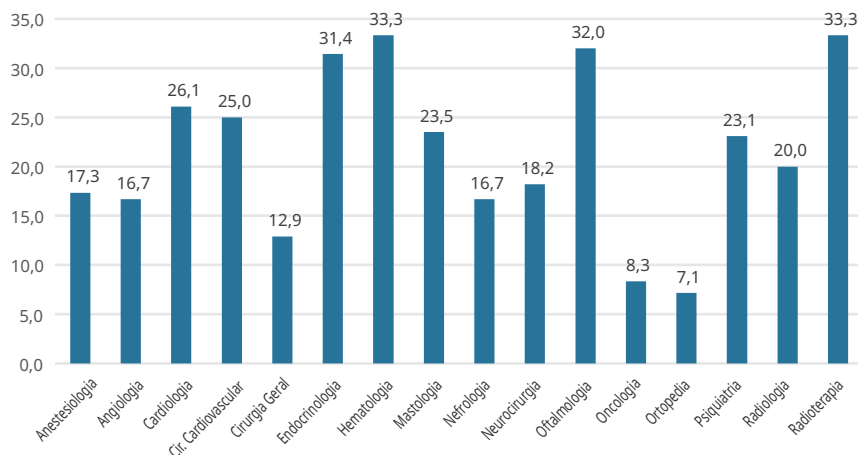
Fonte: Girard⁵.

Gráfico 15. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão 'falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB', por especialidade. Brasil, 2020



Fonte: Girard⁵.

Gráfico 16. Percentual de estabelecimentos que enfrentam dificuldade de contratar o especialista e que avaliaram como um fator importante a razão ‘falta de profissionais com a experiência requerida para o trabalho’, por especialidade. Brasil, 2020

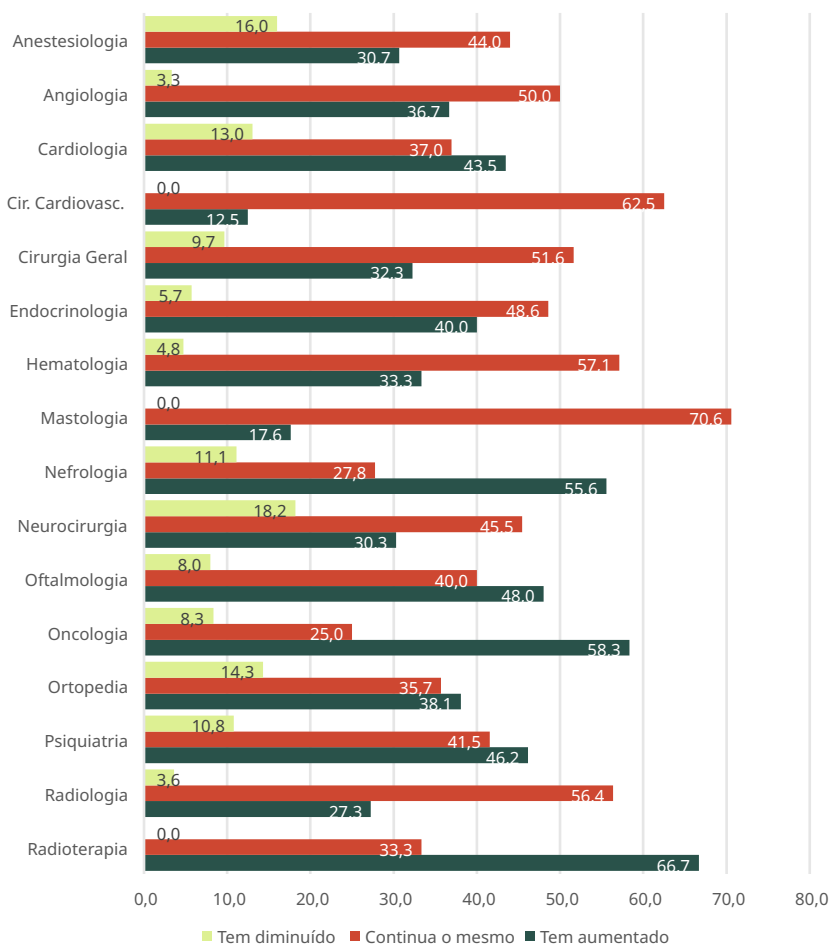


Fonte: Girard⁵.

TENDÊNCIA DE DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS

Aos gestores que informaram enfrentar dificuldade de contratação, perguntou-se sobre a tendência percebida para o problema nos últimos dois anos, para cada especialidade. As opções de resposta foram ‘tem aumentado’, ‘continua a mesma’, ou ‘tem diminuído’. As maiores proporções de entrevistados que consideraram que a dificuldade tem aumentado nos últimos dois anos foram registradas para as seguintes especialidades: Radioterapia (66,7%), Oncologia (58,3%) e Nefrologia (55,6%). A diminuição da dificuldade é percebida pelos gestores em maior percentual na Mastologia (70,6%) e na Cirurgia Cardiovascular (62,5%) (gráfico 17).

Gráfico 17. Tendência da dificuldade de contratação nos últimos dois anos percebida pelos gestores que enfrentam esse problema, por especialidade. Brasil, 2020



Fonte: Girard⁵.

POSTOS VAGOS

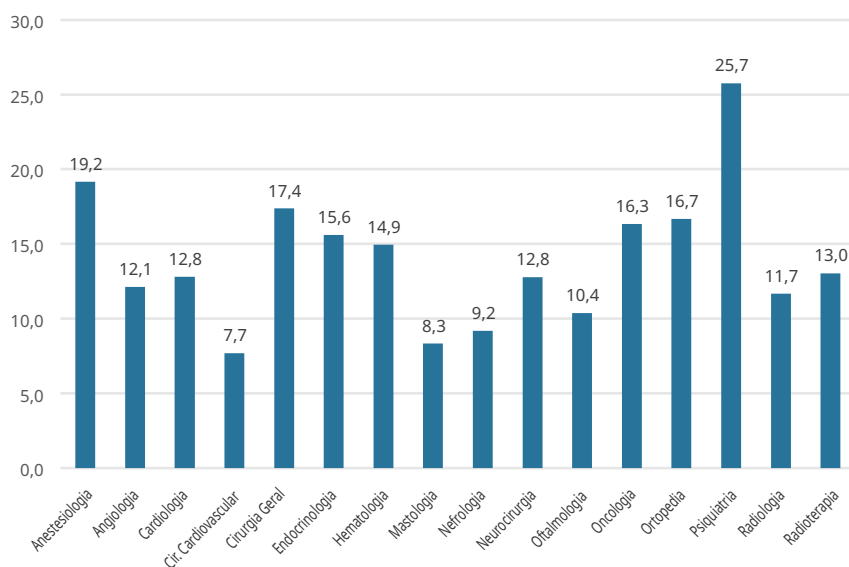
Entre os estabelecimentos ofertantes de cada serviço especializado, a pesquisa levantou informação sobre a existência de postos vagos e o tempo médio para preenchimento do posto, para cada especialidade.

A Psiquiatria é a especialidade com maior número de postos vagos: 25,7% dos estabelecimentos entrevistados que ofertam o serviço possuíam, ao menos, uma vaga descoberta para a especialidade (*gráfico 18*).

Também foi investigado o tempo médio para o preenchimento de postos vagos. Para a grande maioria das especialidades, as medianas verificadas foram de um mês. As poucas variações encontradas foram de medianas inferiores, sendo o menor tempo para a Oncologia, de 0,5 mês (*gráfico 19*).

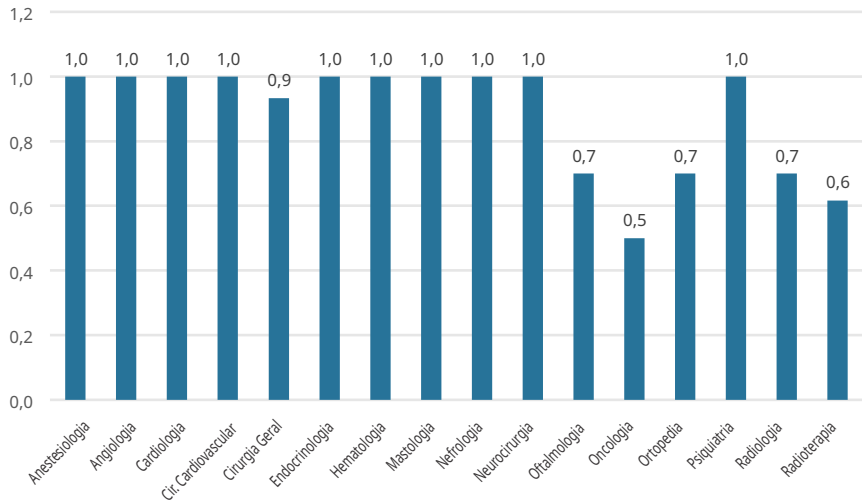
Quando perguntados qual o procedimento adotado pelo estabelecimento para suprir a falta de uma determinada especialidade, 48,2% dos estabelecimentos deixam de ofertar o serviço (*tabela 39*).

Gráfico 18. Percentual de estabelecimentos que possuem postos vagos para a especialidade, por especialidade. Brasil, 2020



Fonte: Girard⁵.

Gráfico 19. Mediana do tempo médio, em meses, para preenchimento de postos vagos por especialidade, entre os estabelecimentos que oferecem o serviço. Brasil, 2020



Fonte: Girard⁵.

Tabela 39. Procedimento adotado pelo estabelecimento quando há posto vago para alguma especialidade. Brasil, 2020

Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito?	n	%
O estabelecimento deixa de ofertar o serviço	169	42,8
Utiliza os serviços de um especialista de outra área	66	16,7
Especialistas da mesma área dividem os casos	137	34,7
Médicos clínicos ou cirurgiões gerais realizam o primeiro atendimento	117	29,6
Outro	30	7,6
Não sabe	13	3,3

Fonte: Girard⁵.

Referências

1. Comissão Nacional de Classificação. Classificação Nacional de Atividades Econômicas – versão 2.0. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007.
2. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010. 3. ed. Brasília, DF: MTE; SPPE; 2010.
3. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência. Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Brasília, DF: MTP; 2020.
4. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Microdados do Censo da Educação Superior. [acesso em 2022 jul 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/microdados/censo-da-educacao-superior>.
5. Girardi SN, coordenador. Estudo sobre Formação, Exercício e Alocação de Médicos Especialistas no Brasil – Etapa II: Dificuldades de Contratação de Médicos Especialistas. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2020.
6. Nogueira RP, Girardi SN. O perfil do emprego na Função Saúde. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999.
7. Zaeyen A, Silva ABO, Sobral CCB, et al. Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. Texto para Discussão nº 370. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1995. [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1707?locale=pt_BR.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados da Amostra do Censo Demográfico de 2010. [acesso em 2012 abr

- 27]. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/Microdados/.
9. Conselho Federal de Medicina (CFM). [acesso em 2019 mar 22]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/numero-de-medicos/>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Microdados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: MS; DATASUS; 2018.
11. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência. Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). Brasília, DF: MTP; 2020.

Apêndice

Tabela A1. Número de vínculos formais de emprego segundo segmento do Macrosetor Saúde. Brasil, 2018

Segmentos do Macrosetor Saúde	Nº total de vínculos	
	n	%
<i>I - Serviços de Saúde</i>	4.528.213	71,28
Atividades de Atenção à Saúde Humana	2.105.784	33,15
Atividades de atendimento hospitalar	1.209.375	19,04
Serviços móveis de atendimento a urgências	10.219	0,16
Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências	2.178	0,03
Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos	367.648	5,79
Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	257.941	4,06
Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos	80.478	1,27
Atividades de apoio à gestão de saúde	93.378	1,47
Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente	84.567	1,33

Segmentos do Macrossetor Saúde	Nº total de vínculos	
	n	%
Atividades de Atenção à Saúde Humana Integradas com Assistência Social, Prestadas em Residências Coletivas e Particulares	123.322	1,94
Atividades de assistência a idosos, deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes prestadas em residências coletivas e particulares	63.329	1,00
Atividades de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio	16.631	0,26
Ativ. de assist. psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dep. química	16.715	0,26
At. de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares	26.647	0,42
Administração Pública, Defesa e Seguridade Social	2.169.206*	34,15
Atividades de manutenção do físico corporal	115.246	1,81
Atividades veterinárias	14.655	0,23
II - Atividades industriais de produção de insumos	165.776	2,61
Fabricação de produtos farmoquímicos	4.966	0,08
Fabricação de medicamentos para uso humano	83.280	1,31
Fabricação de medicamentos para uso veterinário	10.072	0,16
Fabricação de preparações farmacêuticas	3.392	0,05
Fab. de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equip. de irradiação	5.492	0,09
Fab. de instrum. e materiais para uso médico e odonto. e de artigos ópticos	58.574	0,92
III - Atividades de comercialização de produtos	711.132	11,19
Comércio atacadista de prod. farmacêuticos para uso humano e veterinário	69.231	1,09
Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, ortopédico e odontológico	44.447	0,70
Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odonto-médico-hospitalar	10.147	0,16
Com. varejista de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinário	493.580	7,77
Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos	20.027	0,32
Comércio varejista de artigos de óptica	73.700	1,16
IV - Atividades de financiamento	104.174	1,64
Seguros-saúde	5.993	0,09
Planos de saúde	98.181	1,55
V - Atividades de saneamento	311.465	4,90
Captação, tratamento e distribuição de água	132.172	2,08
Gestão de redes de esgoto	5.640	0,09
Atividades relacionadas a esgoto, exceto a gestão de redes	7.349	0,12
Coleta de resíduos não-perigosos	126.946	2,00
Coleta de resíduos perigosos	6.315	0,10
Tratamento e disposição de resíduos não-perigosos	28.084	0,44
Tratamento e disposição de resíduos perigosos	4.959	0,08

Segmentos do Macrosetor Saúde	Nº total de vínculos	
	n	%
VI - Atividades de Ensino, P&D	160.433	2,53
Pessoal de saúde ocupados em atividades de Ensino	160.433	2,53
VII - Profissionais de saúde em outras atividades**	371.666	5,85
Pessoal de saúde ocupados em outras classes de atividade econômica	371.666	5,85
Total do Macrosetor Saúde	6.352.859	100,00
Total da Economia	46.631.115	
% Macrosetor Saúde		13,5

Fonte: Girard⁵.

*Valor estimado a partir da proporção de pessoal de saúde e não saúde nas Atividades de Atenção à Saúde Humana. **Ocupações de saúde em atividades de ensino.

Arranjos de prática dos médicos especialistas

Sabado Nicolau Girardi, Lucas Wan Der Maas, Joana Natalia Cella

Os arranjos de prática dos médicos especialistas são definidos por uma combinação de atributos estruturais e relacionais que caracterizam as formas e condições nas quais o trabalho médico é realizado e remunerado. Os atributos fundamentais de um arranjo de prática incluem: i) o tipo de estabelecimento no qual ele atua – um hospital, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um consultório isolado, uma clínica de uma ou mais especialidades, uma unidade de urgência e emergência, um serviço diagnóstico, de forma independente ou associados em grupos de uma ou mais especialidades, integrados horizontalmente ou verticalmente às organizações etc.; ii) a estrutura de propriedade do estabelecimento – privada individual ou coletiva, lucrativa ou não lucrativa; pública federal, estadual ou municipal, ou mista; iii) a situação na ocupação e modalidade de vinculação laboral, ou seja, se o médico é proprietário, empregado ou independente (autônomo); e, por fim, iv) o tamanho da prática, definido pelo número de médicos que trabalham no local.

A caracterização dos arranjos de prática foi feita a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹ do Ministério da Saúde, dos meses de dezembro de 2010 e junho de

2018. O recorte dessa fonte permite dimensionar os médicos ocupados em especialidadesⁱ em estabelecimentos de saúde do País, não estando representados os serviços assistenciais de estabelecimentos cuja atividade econômica principal não é da saúde, tampouco aqueles de relação indireta com a saúde, como entidades de ensino e pesquisa, produção e comercialização de produtos de saúde, entre outros. Foram considerados os médicos vinculados diretamente ao estabelecimento ou por intermediação de outra entidade, em vínculos empregatícios e em formas de vinculação autônomas e/ou esporádicas, como plantões, procedimentos, unidades e pacotes de consulta, entre outrosⁱⁱ.

Foram utilizadas as seguintes medidas e métricas: i) Número de vínculos: registro de vínculos de médicos ou postos de trabalho em estabelecimentos de saúde na especialidade correspondente; ii) Número de indivíduos: médicos ocupados com, pelo menos, um vínculo em estabelecimento de saúde na especialidade correspondente, sendo que os médicos com vínculos em mais de uma especialidade são contados em cada uma delas, e aqueles com mais de um vínculo em uma mesma especialidade são contados uma única vez; e iii) Equivalente de Tempo Integral (ETI). O uso de ETI a 40 horas de carga de trabalho visa comparabilidade à medida usada internacionalmente, o Full Time Equivalent (FTE), apesar das diferenças observadas entre os países e da necessidade de padronização mais adequada⁴. Aqui a métrica é utilizada para dimensionar a demanda efetiva de trabalho na especialidade considerando como unidade de medida 40 horas de exercício declarado na especialidade. Para o cálculo, o montante de carga horária na especialidade, ou massa de

i Especialidades identificadas por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)² e compatibilizadas com a Resolução CFM nº 2.162/2017³, de reconhecimento de especialidades.

ii Foram desconsiderados os estabelecimentos não assistenciais com registro no CNES.

horas de trabalho, é dividido por 40 horas, representando o número que equivaleria a um profissional ocupado em tempo integral.

Para operacionalização, foi considerado um conjunto de variáveisⁱⁱⁱ descritivas dos quatro atributos listados na definição de arranjos de prática, sendo: i) o tipo de prática conforme classificação do *quadro 1*; ii) a estrutura de propriedade, considerada pela variável de natureza jurídica (Pública; Privada não lucrativa; Privada empresarial; Autônomo equiparado a Pessoa Jurídica – PJ) – note-se que a natureza jurídica é uma *proxy* para estrutura de propriedade, pois não é possível identificar, por meio do CNES, se o médico é proprietário ou sócio do estabelecimento^{iv}; iii) o tipo de vínculo do médico com o estabelecimento, que caracteriza a situação de emprego (Proprietário; Empregado; Autônomo; Residente; Bolsista/Estagiário; Outro); e iv) o tamanho da prática, mensurado a partir do número de médicos no estabelecimento (1; De 2 a 5; De 6 a 10; De 11 a 30; Mais de 30)^v.

Quadro 1. Descrição dos tipos de arranjos de prática médica

Tipo	Descrição
1. Consultório isolado/ prática individual	Profissional em prática individual realizada em sala isolada destinada à prestação de assistência médica.
2. Grupo privado de uma especialidade	Grupo médico de, pelo menos, dois profissionais, organizado em sala isolada ou clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade. Inclui somente estabelecimentos de natureza jurídica privada.
3. Grupo privado de múltiplas especialidades	Grupo médico de, pelo menos, dois profissionais, organizado em sala isolada, clínica especializada ou policlínica destinada à assistência ambulatorial em mais de uma especialidade. Inclui apenas estabelecimentos de natureza jurídica privada.

iii As variáveis foram alteradas em relação ao formato original em que foram coletadas, seja por meio da agregação de categorias, pela combinação de variáveis e/ou compatibilização das classificações de cada ano utilizado (2010 e 2018).

iv Embora exista uma categoria de proprietário na variável, tipo de vínculo, essa se confunde com a opção de autônomo PJ, levando ao sub-registro daquela categoria.

Tipo	Descrição
4. Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista	Unidade de natureza jurídica pública para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. Inclui Unidade Mista que, além dos atendimentos de atenção básica, pode dispor de urgência/emergência, unidade de internação e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) básico ou de rotina.
5. Ambulatório público (Clínica/Policlínica)	Unidade de natureza jurídica pública destinada à assistência ambulatorial realizada por, pelo menos, dois profissionais médicos em apenas uma ou em mais de uma especialidade, organizada em sala isolada, clínica especializada ou policlínica. Inclui Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Centro de Apoio à Saúde da Família. As policlínicas podem ou não oferecer Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Pronto atendimento 24 Horas.
6. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Unidade isolada onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente. Podem ser de natureza jurídica pública ou privada.
7. Cooperativa	Unidade administrativa que disponibiliza seus profissionais cooperados para prestarem atendimento em estabelecimento de saúde. Pode incluir estabelecimentos próprios destinados à prestação de assistência médica.
8. Pronto atendimento	Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato, podendo ter ou não internação. Inclui Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Não inclui unidade móvel de nível pré-hospitalar. Podem ser de natureza jurídica pública ou privada.
9. Hospital	Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de média complexidade. Pode ser Hospital Geral, Hospital Especializado ou Hospital Dia isolado. Podem ser de natureza jurídica pública ou privada.
10. Outro	Unidade Móvel Fluvial; Farmácia; Centro de Parto Normal – Isolado; Unidade de Atenção à Saúde Indígena; Polo Academia da Saúde; Telessaúde; Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (<i>Home Care</i>); Unidade de Atenção em Regime Residencial; Oficina ortopédica; Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde; Central de Abastecimento; Centro de Imunização; e Unidades não assistenciais (gestão, regulação, vigilância, saúde pública).

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹.

Nota: Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Tendências dos arranjos de prática médica de 2010 a 2018

Neste tópico, realiza-se uma análise geral das tendências dos arranjos de prática médica segundo tipo de prática. A *tabela 1* apresenta a distribuição de médicos em número e percentual de

indivíduos, ETI e vínculos, e variação bruta entre os anos de 2010 e 2018, por tipo de prática. Os estabelecimentos hospitalares seguem representando em torno de 70% dos indivíduos e entre 50% dos vínculos e do número de médicos em ETI com larga hegemonia, haja vista sua pequena redução no período em prol de outros cenários de prática. Observa-se um aumento geral do número de médicos, de 281 mil para 385 mil, um incremento bruto de 36,8% ao longo do período, ou de 4,6% ao ano. Embora de forma variável, verificou-se crescimento em todos os cenários e arranjos de prática. Os estabelecimentos de pronto atendimento foram os que mais cresceram, registrando variação de 68,8%. Em seguida, aparecem as práticas de grupo privadas; entre estas últimas, o grupo de uma especialidade cresceu 51,5%, e o grupo de múltiplas especialidades, 49,4%. Nos demais cenários, a ampliação se deu abaixo da média geral, sendo as menores variações verificadas em UBS e ambulatorios públicos, 11% e 18,6% respectivamente^v.

Essas diferenças em termos de ritmos de crescimento se refletem no peso e na composição dos tipos de prática no conjunto dos serviços. A proporção de médicos em pronto atendimento e grupos médicos cresceu, ao passo que diminuiu a participação proporcional em UBS e ambulatorios públicos. A participação proporcional do segmento dos hospitais também reduziu, de 74,5% para 69,3%, embora este tenha permanecido como o principal cenário de atuação de médicos. Em suma, no período, ocorreu um aumento das práticas de organização do trabalho médico em estabelecimentos com menor grau de institucionalização ou formalização, isto é, em

v É preciso dizer que os estabelecimentos que foram classificados como tipo de prática 'Outro' (ver *quadro 1*) praticamente triplicaram o número de profissionais e da ocupação (vínculos) de médicos. No entanto, deve-se ressaltar que seu peso é praticamente irrisório, e mesmo com esse crescimento, não chegam a 1% dos profissionais.

consultórios, clínicas e policlínicas privadas. Por outro lado, os cenários mais institucionalizados, sobretudo no setor público (UBS e ambulatorios) e hospitais, perderam espaço no conjunto da prática médica, ainda que com registro de crescimento.

Percebe-se comportamento semelhante quando se analisa o número de médicos em ETI, porém, nesse caso, o crescimento se mostra ainda mais significativo nos arranjos do tipo grupo médico – 74% com relação aos grupos de uma especialidade e 67,6% nos de múltiplas especialidades. Nos consultórios isolados, também se registra um incremento maior do que aquele observado no número de médicos, 49,8% contra 31,8%. Portanto, além da ampliação da presença de médicos nesses cenários, da mesma forma, ocorreu uma maior disponibilidade desses profissionais em termos de tempo de trabalho dedicado. Quanto ao número de vínculos, igualmente, passa-se basicamente o mesmo, mas com uma diferença importante que foi a redução do número de vínculos em UBS, de 113 mil, em 2010, para 108 mil, em 2018. Nota-se que ocorreu no período um processo gradativo de substituição de vínculos convencionais de tempo parcial, por vínculos da Estratégia Saúde da Família (ESF), que, em geral, são do tipo integral de 40 horas. Por isso, reduziu o número de vínculos, mas cresceram os efetivos em ETI. Em contrapartida, há que se ter em conta que o número de vínculos de médicos da Medicina de Família e Comunidade (MFC) cresceu de forma sustentada ao longo de todo o período, com um incremento bruto de 37%, observando-se, em contrapartida, uma redução dos vínculos de médicos nos códigos de médicos clínicos gerais, pediatras, ginecologistas/obstetras, entre outras Especialidades Médicas.

Tabela 1. Distribuição de médicos em número e percentual de indivíduos, ETI* e vínculos, e variação bruta no período por tipo de prática. Brasil, 2010 e 2018

Medidas/ Métricas	Tipo de prática	N		%		Var.
		2010	2018	2010	2018	(%)
Indivíduos	Consultório isolado/prática individual	51.082	67.335	18,2	17,5	31,8
	Grupo privado de uma especialidade	21.832	33.065	7,8	8,6	51,5
	Grupo privado de múltiplas especialidades	56.804	84.849	20,2	22,0	49,4
	Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista	77.489	85.995	27,5	22,3	11,0
	Ambulatório público (clínica/policlínica)	36.577	43.371	13,0	11,3	18,6
	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	16.004	19.921	5,7	5,2	24,5
	Cooperativa	16.438	22.334	5,8	5,8	35,9
	Pronto atendimento	25.284	42.692	9,0	11,1	68,8
	Hospital	209.663	266.579	74,5	69,3	27,1
	Outro	727	2.689	0,3	0,7	269,9
	Total	281.355	384.833	100,0	100,0	36,8
ETI*	Consultório isolado/prática individual	20.008	29.965	6,0	7,1	49,8
	Grupo privado de uma especialidade	8.081	14.064	2,4	3,3	74,0
	Grupo privado de múltiplas especialidades	20.035	33.571	6,0	7,9	67,6
	Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista	65.655	71.029	19,7	16,7	8,2
	Ambulatório público (clínica/policlínica)	18.574	20.632	5,6	4,9	11,1
	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	7.663	9.425	2,3	2,2	23,0
	Cooperativa	4.379	5.614	1,3	1,3	28,2
	Pronto atendimento	13.846	22.991	4,2	5,4	66,0
	Hospital	174.449	215.424	52,4	50,8	23,5
	Outro	312	1.403	0,1	0,3	349,7
	Total	333.001	424.118	100,0	100,0	27,4
Vínculos	Consultório isolado/prática individual	59.564	79.828	6,6	7,3	34,0
	Grupo privado de uma especialidade	24.952	38.407	2,8	3,5	53,9
	Grupo privado de múltiplas especialidades	76.627	117.226	8,6	10,8	53,0
	Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista	112.720	108.213	12,6	10,0	-4,0
	Ambulatório público (clínica/policlínica)	45.068	53.400	5,0	4,9	18,5
	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	23.566	28.956	2,6	2,7	22,9
	Cooperativa	24.024	31.892	2,7	2,9	32,8
	Pronto atendimento	31.440	54.253	3,5	5,0	72,6
	Hospital	497.165	570.738	55,5	52,5	14,8
	Outro	793	3.190	0,1	0,3	302,3
	Total	895.919	1.086.103	100	100	21,2

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Os *gráficos 1 e 2* apresentam a distribuição do número de médicos em ETI das Especialidades Médicas selecionadas segundo tipo de prática no ano de 2018. O primeiro gráfico faz uma separação entre práticas em estabelecimentos com regime de internação (hospital e pronto atendimento) e sem internação (consultório, grupo médico, UBS, ambulatório público, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT), cooperativa e outro tipo). Entre as Especialidades Cirúrgicas, a maior parte dos efetivos está em estabelecimentos com regime de internação, com exceção da Oftalmologia, em que 40,3% dos efetivos da especialidade estão nesses arranjos. As maiores participações do segmento com internação são verificadas para Cirurgia Oncológica (84,9%), Cirurgia Geral (83%) e Neurocirurgia (77,1%). As Especialidades Clínicas, no entanto, estão mais presentes em cenários sem regime de internação, com destaque para MFC (com 99,6% do ETI), Endocrinologia (70,1%), Angiologia (67,9%) e Psiquiatria (67,3%). Entre as Especialidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Anestesiologia e Radioterapia têm prática mais localizada no segmento com regime de internação; e Radiologia, em estabelecimentos sem internação. Os efetivos de Mastologia, por seu turno, estão quase que igualmente distribuídos entre os dois cenários.

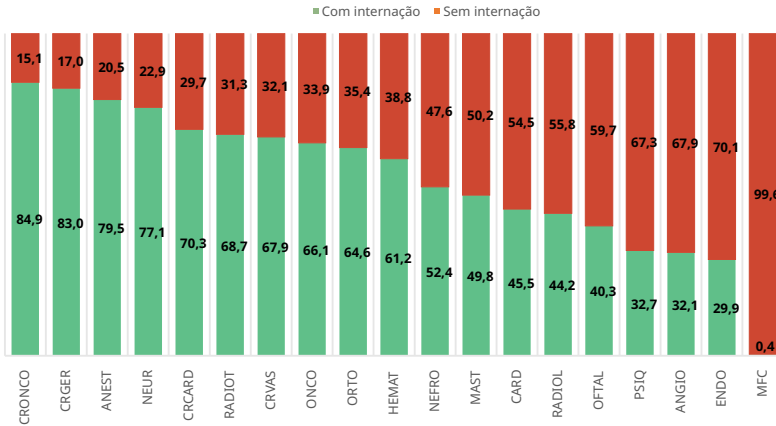
O gráfico seguinte considera a distribuição dos efetivos em ETI apenas em estabelecimentos sem regime de internação. A tendência geral é de concentração em práticas privadas com menores graus de institucionalização, seja a prática individual, seja em grupo. A prática individual realizada em consultórios particulares é mais comum entre as Especialidades Clínicas, com destaque para Endocrinologia, Angiologia, Cardiologia e Psiquiatria. Porém, também pode ser observada entre as Espe-

cialidades Cirúrgicas, sobretudo Neurocirurgia, Oftalmologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardiovascular. A prática privada em grupo de uma especialidade é mais comum para Oftalmologia, Nefrologia e Anestesiologia. Já a prática em grupo privado com mais de uma especialidade é mais frequente para Oncologia, Cirurgia Oncológica, Radioterapia e Nefrologia.

A MFC é a especialidade cuja prática destoa das demais, uma vez que quase 100% dos efetivos estão em UBS, configurando-se como uma prática essencialmente institucionalizada, vinculada à ESF em estabelecimentos públicos. Outro padrão identificado é o correspondente às especialidades de Radiologia e Hematologia, em que quase a metade dos efetivos está em SADT, não sendo desprezível também a participação em ambulatorios públicos (em torno de 10%), na comparação com as demais especialidades. Note-se que esse padrão não se repete para a Radioterapia, que tem maior participação na prática de grupo com múltiplas especialidades. Finalmente, destaque deve ser dado à Anestesiologia, na qual 51,5% do ETI em práticas sem regime de internação se dá em cooperativas. Ainda com relação à prevalência da organização em cooperativas, outras especialidades com presença expressiva nessa forma jurídico-organizacional, ainda que abaixo de 20%, são a Cirurgia Geral, a Cirurgia Oncológica e a Cirurgia Cardiovascular.

Nos cenários de prática da rede pública, nota-se predominância de Especialidades Clínicas. Nas UBS, além da MFC, a Psiquiatria também tem uma participação expressiva, de 12,2% do efetivo da especialidade, bem como grande participação nos ambulatorios públicos, de 44,4%. Nesse cenário, de forma similar, aparece a Mastologia, com 31,8%. Citam-se ainda com quase 20% de efetivos nos ambulatorios públicos: Endocrinologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia e Angiologia.

Gráfico 1. Distribuição (%) do número de médicos em ETI* segundo regime de internação e especialidade. Brasil, 2018**

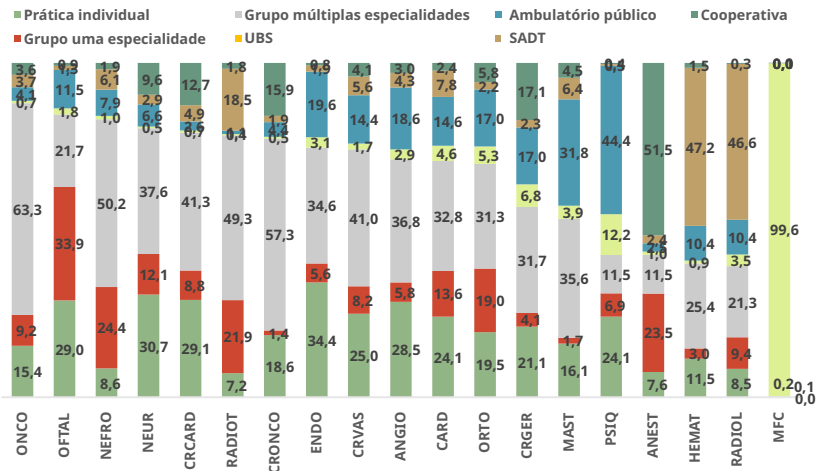


Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional.

**Com internação inclui hospitais e pronto atendimentos, e sem internação, os demais tipos (consultório, grupos médicos, UBS, ambulatório público, SADT, cooperativas e outro). Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Gráfico 2. Distribuição (%) do número de médicos em ETI* em práticas sem regime de internação segundo tipo de prática e especialidade. Brasil, 2018



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional.

UBS = Unidade Básica de Saúde; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Regimes de propriedade e natureza jurídica

Neste tópico, apresentam-se dados sobre a distribuição dos médicos segundo regimes de propriedade da prática inferidos a partir da natureza jurídica do estabelecimento. Conforme a *tabela 2*, quase 70% dos médicos se ocupam em estabelecimentos públicos. Em seguida, em torno de 45% aparecem no segmento privado empresarial (lucrativo); e 40%, no privado não lucrativo. Aproximadamente 15% se ocupam em estabelecimentos classificados quanto à sua natureza jurídica como ‘autônomo equiparado a Pessoa Jurídica’, uma ficção jurídica criada pela razão tributária-fiscal. Entre 2010 e 2018, todos os segmentos apresentaram crescimento no número de médicos, sendo o maior verificado no privado não lucrativo, seguido do público, privado lucrativo e autônomo equiparado a PJ. Quando se observa em efetivos de ETI, porém, o principal aumento ocorreu no tipo privado empresarial, e o menor, do setor público. Essa tendência corrobora o contexto analisado no tópico anterior de aumento da prática em grupos privados e de redução em UBS e ambulatorios públicos. Em termos de número de vínculos, fica mais claro o crescimento significativo do setor privado não lucrativo, o que provavelmente deve refletir uma maior participação de hospitais filantrópicos no conjunto da prática médica.

O *gráfico 3* ilustra a distribuição dos efetivos das especialidades selecionadas por natureza jurídica em 2018. Com exceção de Cirurgia Geral, Psiquiatria e MFC, entre as quais a atuação principal ocorre no segmento público – 50,6%, 58,2% e 99,6% respectivamente –, os principais cenários de prática das demais especialidades ocorrem em espaços de natureza privada. Outras especialidades com expressiva presença em serviços públicos são Neurocirurgia, Hematologia, Anestesiologia, Ortopedia, Mastologia e Cirurgia Vas-

cular. A especialidade com a menor participação nesse segmento é a Oftalmologia, que também é aquela com maior frequência no segmento privado lucrativo.

Depois da Oftalmologia, aquela com maior presença no setor privado lucrativo é a Radiologia, o que se explica pela atuação em SADT. Na sequência, aparecem Nefrologia, Cardiologia e Angiologia, que têm importante participação nos arranjos de grupos médicos. Já as especialidades com maior presença no setor privado não lucrativo são aquelas cujo principal cenário de prática ocorre em hospitais – Cirurgia Oncológica, Cirurgia Cardiovascular, Anestesiologia e Radioterapia. Por fim, no segmento autônomo equiparado a PJ, aparecem com maior relevância as especialidades com prática individual mais acentuada: Endocrinologia, Angiologia, Psiquiatria, Cardiologia e Oftalmologia.

Tabela 2. Distribuição de médicos em número e percentual de indivíduos, ETI* e vínculos, e variação bruta no período por natureza jurídica do estabelecimento. Brasil, 2010 e 2018

Medidas/ Métricas	Natureza jurídica	N		%		Var. (%)
		2010	2018	2010	2018	
Indivíduos	Pública	192.174	251.503	68,3	65,4	30,9
	Privada não-lucrativa	113.386	162.322	40,3	42,2	43,2
	Privada empresarial (lucrativa)	130.572	164.293	46,4	42,7	25,8
	Autônomo equiparado a PJ**	45.257	52.377	16,1	13,6	15,7
	Total	281.355	384.833	100,0	100,0	36,8
ETI*	Pública	192.216	229.878	57,7	54,2	19,6
	Privada não-lucrativa	62.724	86.627	18,8	20,4	38,1
	Privada empresarial (lucrativa)	61.388	86.916	18,4	20,5	41,6
	Autônomo equiparado a PJ	16.672	20.696	5,0	4,9	24,1
	Total	333.001	424.118	100,0	100,0	27,4
Vínculos	Pública	372.623	424.718	41,6	39,1	14,0
	Privada não-lucrativa	235.386	321.996	26,3	29,6	36,8

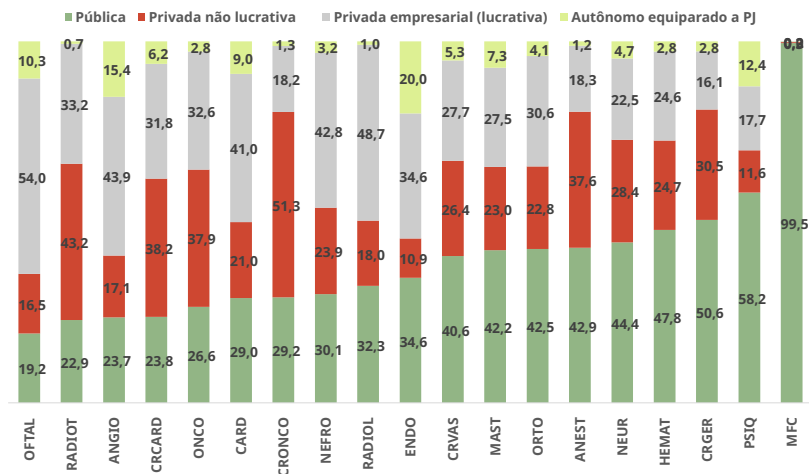
Medidas/ Métricas	Natureza jurídica	N		%		Var. (%)
		2010	2018	2010	2018	
Vínculos (cont.)	Privada empresarial (lucrativa)	237.282	280.966	26,5	25,9	18,4
	Autônomo equiparado a PJ	50.628	58.423	5,7	5,4	15,4
	Total	895.919	1.086.103	100	100	21,2

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

**Pessoa Jurídica.

Gráfico 3. Distribuição (%) do número de médicos em ETI* segundo natureza jurídica e especialidade. Brasil, 2018



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹ de junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Situação de emprego (tipo de vínculo)

Este tópico analisa a situação de emprego, ou modalidades de vinculação laboral dos profissionais com os estabelecimentos de saúde. A *tabela 3* apresenta o quadro geral para o total da força

de trabalho médica em torno de categorias menos desagregadas de tipo de vínculo, as quais buscam refletir a compatibilização entre as classificações dos diferentes anos em análise. De 2010 para 2018, ocorreu um movimento de precarização, explicado por um maior crescimento do número de médicos em relações não empregatícias, em especial, os residentes (com incremento bruto de 264,8%) e os bolsistas (167,4%), mas também de forma expressiva os autônomos (46,5%). Os dois primeiros casos refletem as políticas do período que trouxeram ampliação das vagas de residência e do provimento de profissionais na ESF, em particular, o Programa Mais Médicos (PMM).

O caso dos autônomos reflete o crescimento de todo o mercado privado, seja nas práticas lucrativas organizadas em grupo, seja no segmento não lucrativo. Acompanhando essa última tendência, assistiu-se à redução do número de médicos vinculados como proprietários. Apesar da tendência de precarização, o segmento empregatício também cresceu, mas apenas em 16,4%. Como se pode observar pela contagem dos efetivos em ETI, houve redução da vinculação empregatícia, que passou de 57,7% para 44,1% do total. Verifica-se, da mesma forma, o fechamento de postos de trabalho, ainda que residual^{vi}.

A *tabela 4* mostra a evolução dos tipos de vínculo por tipo de prática. Percebe-se que a participação da vinculação empregatícia caiu em todos os cenários, ao passo que a vinculação autônoma cresceu em quase todos. Esta só não ocorreu em hospitais, por causa do incremento de residentes (que passaram de 6,6% para 21,2% do total dos efetivos do arranjo), e em UBS, em razão dos bolsistas (que passaram a representar 17,6%). Não obstante as tendências

vi Outra redução observada na tabela 3 é a dos outros tipos de vínculo, que agregam os casos informais e os tipos mal definidos. Essa redução ocorreu pela melhoria na classificação do CNES, o que resultou na limpeza de casos.

observadas, manteve-se o quadro geral de maiores proporções de emprego nos arranjos mais institucionalizados (UBS, ambulatorios públicos, pronto atendimento e hospitais) e de maiores proporções de autônomos nos demais (prática individual, grupos médicos, SADT e cooperativas).

Tabela 3. Distribuição de médicos em número e percentual de indivíduos, ETI* e vínculos, e variação bruta no período por tipo de vínculo. Brasil, 2010 e 2018

Medidas/ Métricas	Tipo de vínculo	N		%		Var. (%)
		2010	2018	2010	2018	
Indivíduos	Proprietário	17.113	10.007	6,1	2,6	-41,5
	Empregado	196.767	228.940	69,9	59,5	16,4
	Autônomo	171.026	250.594	60,8	65,1	46,5
	Residente	9.596	35.003	3,4	9,1	264,8
	Bolsista/Estagiário	5.861	15.672	2,1	4,1	167,4
	Outro	33.654	8.646	12,0	2,2	-74,3
	Total	281.355	384.833	100,0	100,0	36,8
ETI*	Proprietário	7.956	4.694	2,4	1,1	-41,0
	Empregado	192.279	187.085	57,7	44,1	-2,7
	Autônomo	110.506	166.261	33,2	39,2	50,5
	Residente	11.841	47.832	3,6	11,3	304,0
	Bolsista/Estagiário	6.936	14.948	2,1	3,5	115,5
	Outro	3.483	3.297	1,0	0,8	-5,3
	Total	333.001	424.118	100,0	100,0	27,4
Vínculos	Proprietário	19.980	11.473	2,2	1,1	-42,6
	Empregado	401.310	389.809	44,8	35,9	-2,9
	Autônomo	409.212	617.861	45,7	56,9	51,0
	Residente	14.033	40.926	1,6	3,8	191,6
	Bolsista/Estagiário	7.230	16.367	0,8	1,5	126,4
	Outro	44.154	9.667	4,9	0,9	-78,1
	Total	895.919	1.086.103	100,0	100,0	21,2

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Tabela 4. Distribuição (%) do número de médicos em ETI* nos tipos de vínculo, por tipo de prática e ano. Brasil, 2010 e 2018

Tipo de prática	Ano	Proprietário	Empregado	Autônomo	Residente	Bolsista/ Estagiário	Outro	Total
Consultório isolado/prática individual	2010	21,8	11,9	65,8	0	0	0,5	100
	2018	6,9	8,2	83,8	0	0	1	100
Grupo médico privado de uma especialidade	2010	15,7	20	62,1	0	0	2,2	100
	2018	7	13,2	77,9	0,2	0,1	1,7	100
Grupo médico privado de múltiplas especialidades	2010	7,8	28,9	60,8	0,5	0	1,8	100
	2018	3,4	18,9	74,9	0,3	0,1	2,4	100
Unidade Básica de Saúde e Unidade Mista	2010	0,1	91,5	7,6	0,1	0	0,7	100
	2018	0	74,1	6,3	1,7	17,6	0,2	100
Ambulatório público (clínica/policlínica)	2010	0	88,8	9,8	0,7	0,3	0,5	100
	2018	0	83,4	14	1,9	0,4	0,3	100
Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	2010	6	43	49,9	0	0	1,1	100
	2018	3,1	30	64,9	0,6	0	1,3	100
Cooperativa	2010	0	5,5	94,4	0	0	0	100
	2018	0,7	2,9	96,1	0	0	0,2	100
Pronto atendimento	2010	0,2	80,6	17,9	0,1	0,4	0,9	100
	2018	0,1	68,7	28,7	1,5	0	1	100
Hospital	2010	0,1	52,1	36	6,6	3,9	1,2	100
	2018	0	40,5	36,7	21,2	1	0,6	100
Outros	2010	0,6	79,9	17,9	0	0	1,6	100
	2018	0,7	46,4	39,1	0,5	12,2	1,2	100
Total	2010	2,4	57,7	33,2	3,6	2,1	1	100
	2018	1,1	44,1	39,2	11,3	3,5	0,8	100

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

A *tabela 5* mostra, para o ano de 2018, a distribuição dos vínculos empregatícios em torno de uma classificação mais detalhada. Em função da incompatibilidade entre as classificações do CNES, a análise não pode ser feita temporalmente. Do total de médicos com esse tipo de vinculação, quase 90% possuem, pelo menos, um vínculo em que é empregado direto, e quase 20% pos-

suem, no mínimo, um vínculo em que é intermediado por outra entidade. O principal tipo de vínculo é o estatutário, seguido do temporário direto. Em seguida, aparece de forma expressiva o tipo celetista (dividido em empregado público, celetista direto e celetista intermediado).

A *tabela 6* mostra os vínculos autônomos detalhados. Do total de médicos com esse tipo de vinculação, 85,4% possuem, pelo menos, um vínculo direto, e 34,6%, no mínimo, um vínculo intermediado por outra entidade. Analisando os efetivos em ETI e o número de vínculos, são 77% de contratação direta e 23% de intermediação. Na contratação direta, o vínculo preferencial é como Pessoa Física (PF), seguido por PJ e cooperado. Na contratação intermediada, os tipos PJ e cooperado são mais frequentes do que PF.

Na *tabela 7*, tem-se a distribuição do ETI, detalhada por tipo de vínculo, segundo tipo de prática. Nos arranjos privados de prática individual e de grupos médicos, a distribuição é muito semelhante, com predominância dos vínculos autônomos. À medida que o cenário fica mais complexo, porém, aumenta a proporção de celetistas e temporários. Verifica-se também que há maior presença de autônomos PJ nos grupos médicos, em comparação à prática individual. Os cenários com participação exclusiva ou majoritária do setor público são aqueles com maior frequência de vínculos estatutários (principalmente nos ambulatórios públicos) e temporários (particularmente em UBS). Os cenários mais diversificados em termos de composição das modalidades de vinculação são os SADT e os hospitais.

Tabela 5. Distribuição de médicos em número e percentual de indivíduos, ETI* e vínculos, por tipo de vínculo empregatício e segundo tipo de vínculo detalhado. Brasil, 2018

Tipo de vínculo empregatício	Tipo de vínculo detalhado	Indivíduos		ETI*		Vínculos	
		N	%	N	%	N	%
Direto	Total Direto	204.072	89,1	161.359	86,2	330.298	84,7
	Estatutário	92.541	40,4	66.551	35,6	128.253	32,9
	Empregado público	23.407	10,2	14.514	7,8	30.466	7,8
	Celetista	34.761	15,2	17.332	9,3	44.428	11,4
	Temporário	86.448	37,8	62.961	33,7	127.151	32,6
Intermediado	Total Intermediado	39.002	17	20.951	11,2	49.224	12,6
	Empregado público	3.877	1,7	2.241	1,2	4.482	1,1
	Celetista	28.290	12,4	15.647	8,4	35.583	9,1
	Temporário	7.834	3,4	3.064	1,6	9.159	2,3
Outro		8.542	3,7	4.775	2,6	10.287	2,6
Total Geral		228.940	-	187.085	100	389.809	100

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Tabela 6. Distribuição de médicos em número e percentual de indivíduos, ETI* e vínculos, por tipo de vínculo de autônomos e segundo tipo de vínculo detalhado. Brasil, 2018

Tipo de vínculo de autônomo	Tipo de vínculo detalhado	Indivíduos		ETI*		Vínculos	
		N	%	N	%	N	%
Direto	Total Direto	214.051	85,4	129.442	77,9	477.116	77,2
	Pessoa Física	159.654	63,7	83.351	50,1	311.189	50,4
	Pessoa Jurídica	72.350	28,9	34.392	20,7	115.262	18,7
	Cooperado	20.122	8	4.412	2,7	23.753	3,8
	Sem descrição	20.523	8,2	7.288	4,4	26.912	4,4
Intermediado	Total Intermediado	86.632	34,6	36.819	22,1	140.745	22,8
	Pessoa Física	18.295	7,3	6.320	3,8	23.187	3,8
	Pessoa Jurídica	28.631	11,4	13.248	8	38.729	6,3
	Cooperado	19.434	7,8	6.460	3,9	35.324	5,7
	Sem descrição	30.870	12,3	10.791	6,5	43.505	7
Total Geral		250.594	-	166.261	100	617.861	100

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Tabela 7. Distribuição (%) do número de médicos em ETI* nos tipos de vínculo detalhado, por tipo de prática. Brasil, 2018

Tipo de prática	Proprietário	Empregado							Autônomo				Residente Bolsista/Estagiário Outro Total			
		Estatutário	Empregado público	Comissionado	Celetista	Temporário	S/ descrição	Pessoa Física	Pessoa Jurídica	Cooperado	S/ descrição					
		Consultório/prática individual	6,9	0	0	0	2,3	3,9	1,9	58,6	19,1	0,1	12,9	0	0	1
Grupo de uma especialidade	7	0	0	0	6	5,3	1,8	42	29,6	0,8	12,5	0,2	0,1	1,7	100	
Grupo múltiplas especialidades	3,4	0	0	0	8,7	8,4	1,8	42,4	23,5	1,7	10,7	0,3	0,1	2,4	100	
UBS	0	23,1	5,3	0,7	6,6	37,8	0,5	2,1	2,8	1,1	0,3	1,7	17,6	0,2	100	
Ambulatório público	0	43,5	7,2	0,6	5,9	25,3	1	4,4	7,4	1,6	0,6	1,9	0,4	0,3	100	
SADT	3,1	5,7	0,8	0,1	10,2	10,1	3,1	35,5	22,3	0,5	9,7	0,6	0	1,3	100	
Cooperativa	0,7	0	0	0	0,5	0,9	1,4	8,1	25,5	61,3	1,9	0	0	0,2	100	
Pronto atendimento	0,1	22	6,4	0,6	13,7	25,5	0,6	9,4	13,9	3,8	1,6	1,5	0	1	100	
Hospital	0	16,4	4,6	0,1	8,5	10,2	0,6	20,1	11,2	2,2	3,3	21,2	1	0,6	100	
Outros	0,7	8	4,2	0,2	8,2	24,1	1,6	18,6	16,3	0,9	4	0,5	12,2	1,2	100	
Total	1,1	15,7	4	0,2	7,8	15,6	0,9	21,1	12,3	2,6	4,3	11,3	0,3	0,8	100	

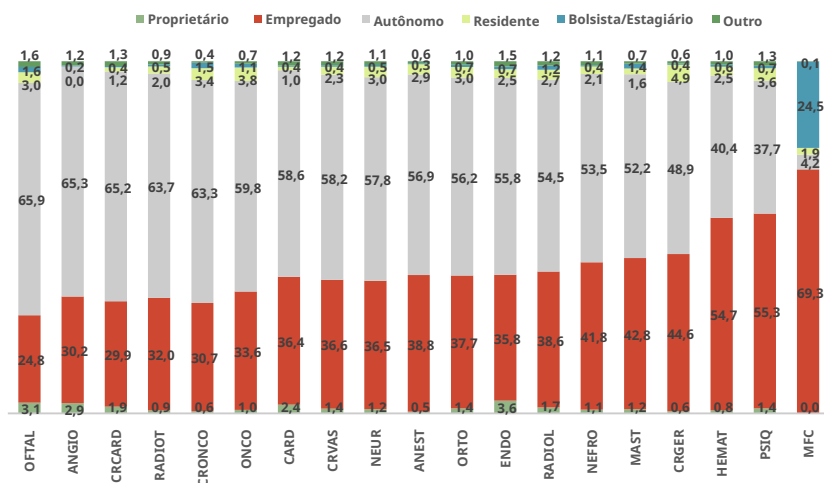
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

O *gráfico 4* ilustra a distribuição dos efetivos em ETI por tipo de vínculo nas especialidades selecionadas em 2018. Nota-se uma composição que reflete a participação de cada especialidade nos arranjos de prática públicos e privados. Assim, quanto maior é a participação no segmento público, maior é a proporção de vinculação empregatícia, o que ocorre principalmente para MFC, Psiquiatria e Hematologia. No caso da MFC, deve-se considerar, ainda, que um quarto do efetivo representa os bolsistas contratados pelo PMM. Do lado oposto, as especialidades com maior participação de vínculos autônomos são Oftalmologia, Angiologia,

Cirurgia Cardiovascular, Radioterapia e Cirurgia Oncológica. As maiores proporções de proprietários são vistas em Endocrinologia, Oftalmologia, Angiologia e Cardiologia.

Gráfico 4. Distribuição (%) do número de médicos em ETI* segundo tipo de vínculo e especialidade. Brasil, 2018



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Tamanho da prática

Neste tópico, analisa-se um último atributo de caracterização dos arranjos de prática que é o tamanho, definido a partir do número de médicos no estabelecimento. Segundo a *tabela 8*, de 2010 a 2018, aumentou o número de indivíduos, ETI e vínculos em todos os cenários, sobretudo em estabelecimentos de pequeno (com 1 ou de 2 a 5 médicos) e grande porte (mais de 30). O crescimento na faixa de 1 médico, obviamente, está relacionado com a prática individual. Na faixa de 2 a 5 médicos, é correspondente à evolução dos grupos privados de uma ou múltiplas especialidades. Na faixa

de mais de 30, é condizente com o aumento das práticas em pronto atendimento e em grupos de múltiplas especialidades, bem como com o incremento do segmento privado não lucrativo.

O *gráfico 5* ilustra, para o ano de 2018, a distribuição por tamanho de prática dos efetivos em ETI das Especialidades Médicas selecionadas. No cômputo geral, a distribuição respeita a participação de cada especialidade por tipo de prática. Assim, as especialidades que mais se concentram na faixa de mais de 30 médicos são aquelas de maior presença em hospitais, isto é, as Cirúrgicas (exceto Oftalmologia), de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (exceto Radiologia), e algumas Clínicas (Oncologia e Nefrologia). As demais especialidades estão mais distribuídas em arranjos com diferentes tamanhos, tendo em vista a maior presença em práticas individuais, de grupo e ambulatoriais, incluindo SADT no caso da Radiologia e UBS no caso da MFC.

O *gráfico 6* mostra a mesma distribuição, mas apenas para os efetivos em ETI em práticas de grupo (de uma ou de múltiplas especialidades). Para a maioria das especialidades, os principais cenários são em grupos de pequeno e médio porte. Aquelas em que a prática ocorre com mais frequência em grupos pequenos são Psiquiatria, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiovascular, Neurocirurgia e Endocrinologia. Por outro lado, as especialidades em que é mais comum a prática em grupos de médio e grande porte são Anestesiologia, Oncologia, MFC, Hematologia, Cirurgia Oncológica e Nefrologia.

Tabela 8. Distribuição de médicos em número e percentual de indivíduos, ETI* e vínculos, e variação bruta no período por tamanho da prática (em número de médicos). Brasil, 2010 e 2018

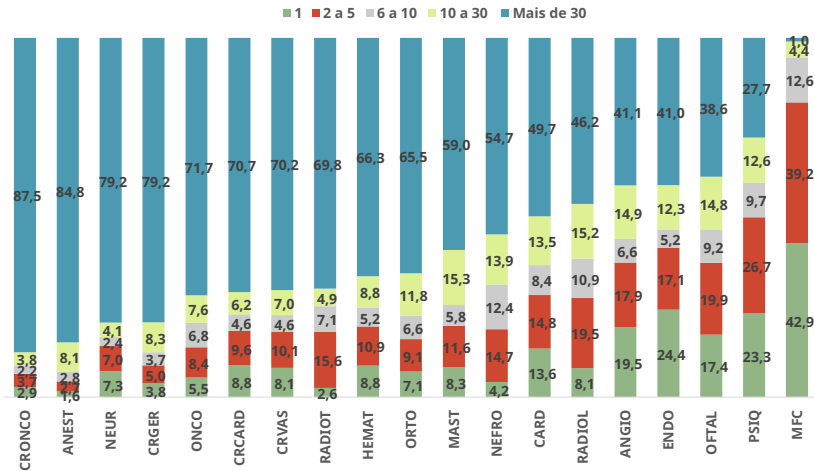
Medidas/ Métricas		N		%		Var. (%)
		2010	2018	2010	2018	
Indivíduos	Um	71.674	93.419	25,5	24,3	30,3
	2 a 5	76.718	106.421	27,3	27,7	38,7
	6 a 10	52.885	66.004	18,8	17,2	24,8

Medidas/ Métricas		N		%		Var. (%)
		2010	2018	2010	2018	
Indivíduos (cont.)	10 a 30	80.266	91.984	28,5	23,9	14,6
	Mais de 30	208.633	275.440	74,2	71,6	32,0
	Total	281.355	384.833	100,0	100,0	36,8
ETI*	Um	40.578	54.783	12,2	12,9	35,0
	2 a 5	43.397	61.843	13,0	14,6	42,5
	6 a 10	26.219	32.130	7,9	7,6	22,5
	10 a 30	41.690	43.484	12,5	10,3	4,3
	Mais de 30	181.118	231.879	54,4	54,7	28,0
	Total	333.001	424.118	100,0	100,0	27,4
Vínculos	Um	86.157	111.054	9,6	10,2	28,9
	2 a 5	104.755	138.142	11,7	12,7	31,9
	6 a 10	69.771	81.310	7,8	7,5	16,5
	10 a 30	121.854	123.938	13,6	11,4	1,7
	Mais de 30	513.382	631.659	57,3	58,2	23,0
	Total	895.919	1.086.103	100,0	100,0	21,2

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

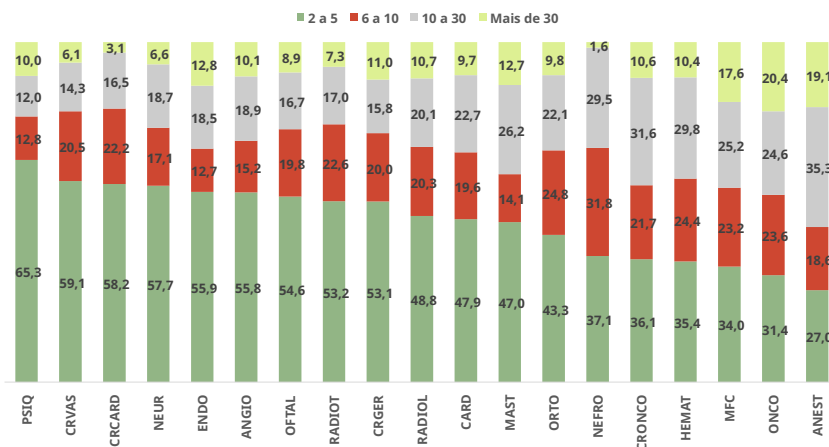
Gráfico 5. Distribuição (%) do número de médicos e m ETI* segundo tamanho da prática e especialidade. Brasil, 2018



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional. Não considera estabelecimentos não assistenciais.

Gráfico 6. Distribuição (%) do número de médicos em ETI* em arranjos do tipo grupo médico**, segundo tamanho da prática e especialidade. Brasil, 2018



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹ de dezembro de 2010 e junho de 2018.

*Equivalente em Tempo Integral = cada 40 horas de trabalho semanal equivalem a um profissional.

Não considera estabelecimentos não assistenciais. **Grupo médico de pelo menos dois profissionais, organizado em sala isolada ou clínica especializada destinada à assistência ambulatorial de uma ou de múltiplas especialidades. Inclui apenas estabelecimentos de natureza jurídica privada.

Considerações finais

Os dados analisados permitiram traçar um panorama das tendências dos arranjos de prática médica no período de 2010 a 2018. Observou-se um aumento da participação do mercado privado, sobretudo em tipos organizados em práticas individuais, em pequenos grupos de uma especialidade, em médios e grandes grupos de múltiplas especialidades e, em particular, no segmento privado não lucrativo. Todavia, ocorreu queda na participação do segmento público, caracterizada por um crescimento baixo do tipo ambulatorial e por fechamento de postos de trabalho em UBS. Uma tendência específica foi de crescimento expressivo do arranjo de pronto atendimento. Verificou-se ainda precarização das formas de

vinculação laboral, com o crescimento dos vínculos de residentes em hospitais, de bolsistas em UBS e de autônomos nos demais cenários, inclusive em ambulatórios públicos, ao passo que reduziram os efetivos de vínculos empregatícios e proprietários.

As diferenças na composição dos arranjos de prática em torno das especialidades selecionadas seguem um padrão que não respeita necessariamente a configuração dos complexos médicos e assistenciais selecionados. As diferenças estão mais relacionadas com o escopo geral da especialidade. Assim, verificou-se que as Especialidades Cirúrgicas e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico tendem a se localizar em cenários mais institucionalizados, sobretudo em hospitais e em grupos de múltiplas especialidades dos segmentos privados do mercado (empresarial e não lucrativo). Em contrapartida, as Especialidades Clínicas, que também estão fortemente presentes em hospitais, apresentam de forma mais acentuada a participação em prática individual (autônomo equiparado a PJ), em grupo de uma especialidade e em estabelecimentos públicos ambulatoriais. Em termos de modalidades de vinculação, observou-se que, quanto mais próximo de práticas no segmento público, maior a proporção de vínculos empregatícios. Pelo menos quatro casos devem ser destacados: i) a MFC, com quase 100% da prática em UBS, vinculada à ESF; ii) a Oftalmologia, que tem a maior presença no setor privado em prática individual ou em grupo; iii) a Psiquiatria, que possui uma prática essencialmente ambulatorial, dividida entre os segmentos público (ambulatórios e UBS) e privado (consultório e em grupos pequenos); e iv) a Radiologia e a Hematologia, com importante presença nos SADT.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Microdados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, DF: MS; DATA-SUS; 2018.
2. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. 3. ed. Brasília, DF: MTE; SPPE; 2010.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2162/2017. Homologa a Portaria CME nº 1/2017 que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União. 17 Jul 2017.
4. Girasek E, Kovács E, Aszalós Z, et al. Headcount and FTE data in the European health workforce monitoring and planning process. *Hum. Resour. Health*. 2016; 14(supl1):42.
5. American Medical Association. Updated Data on Physician Practice Arrangements: For the First Time, Fewer Physicians are Owners than Employees. *Policy Research Perspectives*, 2019. [acesso em 2020 maio 25]. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/system/files/2019-07/prp-fewer-owners-benchmark-survey-2018.pdf>.

Escopo de prática de médicos especialistas

Ana Cristina de Sousa van Stralen, Samuel Araujo Gomes da Silva,
Lucas Wan Der Maas, Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi

O presente capítulo aborda questões relativas aos escopos de prática de especialidades médicas. Inicialmente, faz uma pequena introdução a respeito do tema e, em seguida, apresenta resultado de dois estudos: o primeiro sobre a composição do exercício de especialidades médicas no Brasil a partir de dados secundários; e o segundo sobre a percepção de diferentes atores (médicos especialistas, gestores, representantes de sociedades e entidades médicas) sobre questões relativas aos escopos de práticas.

Introdução

Não há uma definição unívoca para conceituar ‘escopo de prática’. Esse termo tem aparecido tanto em publicações científicas, relatórios de pesquisa e documentos governamentais como em atos, tarefas, papéis, funções, competência, padrões de prática, domínios de prática, entre outros espaços¹. Segundo Girardi², o escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão. Define, em termos amplos, o que a profissão faz e como ela faz. Em uma acepção mais estreita,

a noção de escopo costuma ser utilizada administrativamente para descrever o conjunto de atividades e procedimentos que um profissional de saúde ‘é autorizado’ a exercer, com segurança, segundo sua formação, seu treinamento e sua competência profissional. Na verdade, muito frequentemente, os escopos de prática exercidos, na prática e conforme a demanda dos pacientes, costumam ir muito além daquilo que é estabelecido na lei e nos estatutos da profissão.

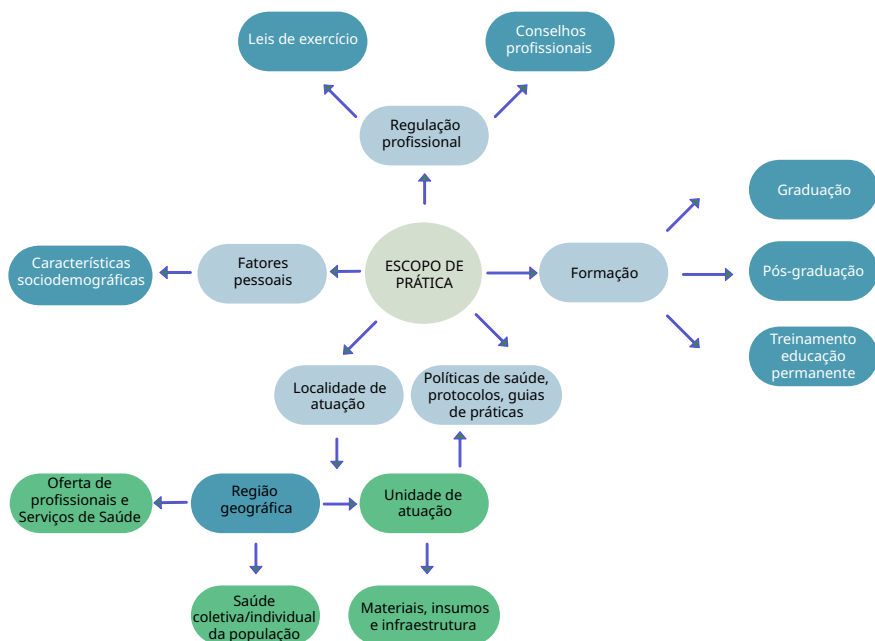
A maneira com que o escopo de prática é estabelecido e legalmente definido impacta diretamente na composição e na produtividade da força de trabalho em saúde, bem como na acessibilidade e na qualidade dos serviços prestados²⁻⁷. Quando estabelecido com campos de atividades exclusivos e privativos, de forma pouco flexível, pode limitar o acesso e aumentar os custos associados à saúde, ou ao contrário, se com maior flexibilidade e compartilhamento entre e intraprofissões, pode promover maior acessibilidade com menores custos dos serviços²⁻⁴.

Dower, Moore e Langelier⁷ fazem uma distinção entre escopo ‘profissional’ e ‘legal’. O profissional refere-se às atividades para as quais os profissionais são treinados/formados e têm competência para exercer, podendo mudar ao longo do tempo à medida que as profissões incorporam novas práticas clínicas e habilidades. Esse escopo também é frequentemente denominado de competência profissional⁸. Já o escopo legal define as atividades que podem e não podem ser exercidas, baseado em leis e regulamentações profissionais, e não necessariamente em competência. Embora ambos estejam relacionados, nem sempre caminham juntos⁷.

O escopo de prática, ao nível individual, pode sofrer influência de uma série de fatores⁹. Em se tratando de médicos, seu escopo de prática é conhecido como um fenômeno multidimensional, de difícil mensuração. A *figura 1* resume seus principais determinantes, que

incluem: i) a regulação profissional por meio das leis de exercício profissional; ii) a formação, que envolve desde a graduação, especialização, e outras formas de treinamento e capacitação; iii) o local de atuação, que diz respeito às características geográficas (distância e acesso), às condições de saúde e à demanda da população, à oferta de serviços e de outros médicos e profissionais de saúde, e à própria unidade de atuação em si (infraestrutura e disponibilidade de materiais, insumos, acesso a telemedicina etc.); iv) fatores pessoais, como as características sociodemográficas dos profissionais, como idade, sexo, naturalidade, nacionalidade; e v) as organizações e políticas de saúde, diretrizes, protocolos, guias de prática e afins¹⁰.

Figura 1. Principais determinantes de escopo de prática de profissionais de saúde do Brasil



Fonte: Stralen ACS¹⁰.

Reformas nos modelos de prestação de serviços de saúde, com maior flexibilidade e compartilhamento de atividades, são necessárias

para proporcionar equidade e qualidade ao sistema de saúde brasileiro². A revisão da regulação da força de trabalho e as reformas nos modelos de prestação de serviços de saúde têm sido apontadas como iniciativas importantes e necessárias para proporcionar e aprimorar o acesso, a equidade e a qualidade nos sistemas de saúde, visto que possuem um impacto direto da prática dos profissionais^{2,11}.

Iniciativas nesse sentido, no entanto, nem sempre têm sido uma tarefa fácil, devido às contínuas disputas por práticas exclusivas e privativas. Estas ocorrem não apenas entre as profissões de saúde, como infraprofissões, como na Medicina entre as especialidades médicas. No caso da Medicina, propostas de expansão da prática, principalmente de médicos da família e que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), têm sido bastante encorajadas. Diversos estudos têm revelado que o escopo de prática ampliado entre esses médicos contribui para uma maior resolutividade, redução de filas de espera nas atenções secundárias e terciárias, ampliação do acesso aos serviços de saúde e maior controle de custos associados a saúde⁵⁻⁷.

Apesar de a legislação brasileira não impor nenhuma barreira para a prática do médico, em quaisquer áreas ou especialidades, há evidências de que há profissionais de diferentes especialidades médicas que são subutilizados. Nesse contexto, existe um crescente interesse em busca de informações sobre o escopo de prática de médicos especialistas. A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) possui uma linha investigativa de coleta de dados primários sobre esse tema há mais de 10 anos^{9,12-14}.

Composição do exercício de especialidades no Brasil

No intuito de compreender como os profissionais realizam a composição da prática em torno das especialidades médicas, fizemos

um exercício de aproximação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) aos escopos de prática. Embora imperfeito, tendo em vista se tratar de um registro ocupacional, e não de ações, atividades e procedimentos, a observação de como os médicos combinam especialidades permite pressupor sobre a prática ampliada em torno aos escopos atinentes a mais de uma especialidade. O contrário também se aplica, isto é, a exclusividade de prática à volta dos escopos atinentes a uma única especialidade. Esta análise, a partir da observação agregada, permite identificar quais especialidades são mais ou menos fechadas, ou seja, quais são mais prováveis a que seus membros se limitem em atuar apenas na especialidade ou se são propensos a ultrapassar as fronteiras em direção a outras especialidades.

A *tabela 1* apresenta a distribuição dos médicos ocupados em estabelecimentos de saúde segundo o número de vínculos e o número de especialidades de atuação. A *tabela 2* e o *gráfico 1* apresentam, para cada especialidade, a distribuição dos médicos segundo o percentual de tempo dedicado à especialidade, sendo 100% quando a carga horária de todos os vínculos do profissional é na especialidade. As demais categorias indicam tempo de dedicação entre 50% e menos de 100% (o que ainda pode ser considerado como exercício predominante na especialidade) e dedicação de menos de 50% (o que indica ausência de predominância). Ressalta-se que os dados são derivados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) e que, portanto, não cobrem a totalidade do trabalho dos médicos ali cadastrados, pois estes podem possuir vínculos de trabalho não cobertos por essa fonte.

Conforme a *tabela 1*, os médicos ocupados em estabelecimentos de saúde em 2018 possuíam, em média, 2,84 vínculos, sendo que a maioria possuía mais de um vínculo – dividida em 24,3% com dois vínculos, 17% com três e 27,3% com quatro ou mais. Considerando

apenas os médicos com mais de um vínculo, a média era de 3,69. Do ponto de vista da composição da prática profissional nos vínculos que ocupavam nos estabelecimentos de saúde, 62,1% dos médicos atuavam em apenas uma especialidade; ao passo que 28%, em duas; 7,1%, em três; e 2,8%, em quatro ou mais. Em média, era 1,52 especialidade por profissional. Considerando apenas os médicos com mais de uma especialidade de atuação, a média era de 2,37.

Tabela 1. Médicos ocupados em estabelecimentos de saúde segundo distribuição e média do número de vínculos e número de especialidades de atuação. Brasil, 2018

	Vínculos		Especialidades	
	N	%	N	%
Um(a)	121.358	31,4	240.088	62,1
Dois(uas)	94.036	24,3	108.226	28
Três	65.553	17	27.511	7,1
Quatro ou mais	105.707	27,3	10.829	2,8
Total	386.654	100	386.654	100
Média de todos os médicos		2,84		1,52
Média dos médicos c/ + de um vínculo/especial.		3,69		2,37

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Segundo a *tabela 2*, verifica-se que a especialidade com a maior proporção de médicos que dedicam 100% da carga horária semanal ao seu exercício é a Oftalmologia (82,6%), seguida por Psiquiatria, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Ginecologia e Obstetrícia e Endocrinologia e Metabologia. Com exceção desta última, trata-se de especialidades com os maiores efetivos de especialistas. Outras especialidades com efetivos expressivos, mas que não se enquadram nessa categoria, são Cirurgia Geral (com 11,9% dos médicos dedicados 100%), Clínica Médica (30,6%) e Cardiologia (39,7%). Outras especialidades que se aproximam desse padrão, pois

apresentam altas proporções de exercício com predominância (de 50% a menos de 100% da carga horária), são as de Medicina de Família e Comunidade (MFC), Cardiologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Urologia, entre outras. Por outro lado, entre as especialidades em que a tendência é de exercício sem predominância (menos de 50% de dedicação), destacam-se Angiologia, Medicina Intensiva, Cirurgia Geral, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Mão, Cirurgia Oncológica, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Mastologia e Endoscopia.

Tabela 2. Distribuição dos médicos em estabelecimentos de saúde segundo percentual de tempo dedicado à especialidade. Brasil, 2018

	100%	De 50% a menos de 100%	Menos de 50%
1. Atenção Primária			
Medicina de Família e Comunidade	56,59	32,52	10,89
Clínica Médica	30,58	15,14	54,28
2. Especialidades Clínicas			
Alergia e Imunologia	38,54	16,66	44,8
Angiologia	8,9	18,86	72,25
Cardiologia	39,68	29,53	30,79
Dermatologia	68,32	13,45	18,23
Endocrinologia e Metabologia	53,01	20,44	26,54
Gastroenterologia	18,99	22,77	58,24
Geriatria	29,86	20,53	49,61
Infectologia	43,62	26,38	30
Medicina Física e Reabilitação	48,82	20,47	30,71
Medicina Intensiva	14,74	20,81	64,45
Nefrologia	38,57	34,89	26,55
Neurologia	40,35	23,44	36,21
Oncologia Clínica	19,24	22,02	58,73
Pediatria	55,61	19,31	25,07
Pneumologia	32,97	26,85	40,18
Psiquiatria	73,27	12,13	14,6
Reumatologia	45,09	23,52	31,39
3. Especialidades Cirúrgicas			
Cirurgia Cardiovascular	7,57	20,64	71,79
Cirurgia da Mão	3,86	9,87	86,27

	100%	De 50% a menos de 100%	Menos de 50%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	13,05	28,39	58,56
Cirurgia do Aparelho Digestivo	5,15	13,99	80,85
Cirurgia Geral	11,86	17,78	70,36
Cirurgia Oncológica	2,01	10,07	87,91
Cirurgia Pediátrica	24,01	32,8	43,19
Cirurgia Plástica	42,41	27,89	29,7
Cirurgia Torácica	12	29,04	58,96
Cirurgia Vascular	9,49	31,48	59,02
Coloproctologia	15,38	27,06	57,56
Ginecologia e Obstetrícia	53,05	24,95	21,99
Mastologia	11,16	27,53	61,31
Neurocirurgia	25,06	36,1	38,84
Oftalmologia	82,6	11,22	6,18
Ortopedia e Traumatologia	59,16	26,61	14,23
Otorrinolaringologia	66,5	21,81	11,69
Urologia	38,24	39,06	22,69
4. Especialidade Medicina Diagnóstica e Terapêutica			
Anestesiologia	60,97	13,1	25,94
Endoscopia	11,77	20,06	68,17
Hematologia e Hemoterapia	39,37	30,48	30,15
Medicina Nuclear	46,36	19,21	34,44
Nutrologia	23,59	18,79	57,61
Patologia	49,75	23,95	26,3
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	29	18,45	52,55
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	54,85	13,31	31,84
Radioterapia	39,61	26,41	33,98
Medicina Hiperbárica	6,25	15,63	78,13
5. Outras especialidades			
Acupuntura	30,09	13,25	56,66
Genética Médica	49,62	20,45	29,92
Homeopatia	37,82	9,05	53,13
Medicina do Trabalho	34,58	13,74	51,68
Medicina do Tráfego	19,2	15,22	65,58
Medicina Legal e Perícia Médica	15,94	24,64	59,42
Medicina Preventiva e Social	50,15	13,69	36,16
Medicina Antroposófica	12,5	12,5	75
6. Residência Médica	43,97	41,3	14,73

Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹⁰.

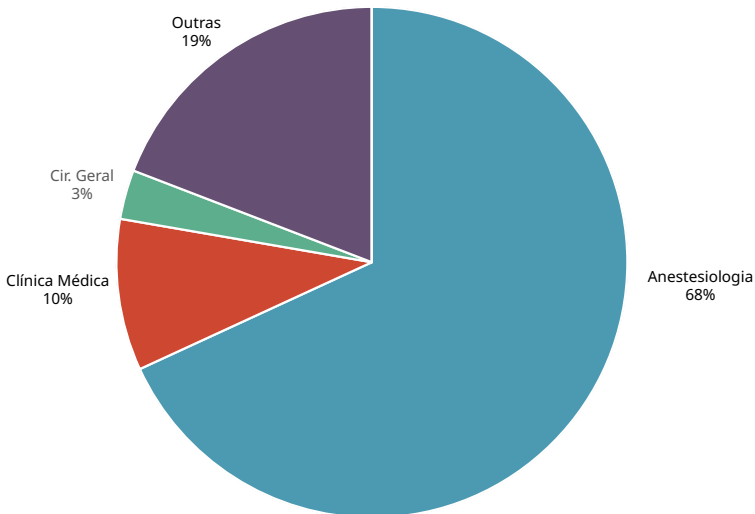
Os *gráficos 1 a 19* apresentam a distribuição do montante da carga horária dos especialistas por especialidade, em algumas especialidades selecionadas. Por exemplo, entre os médicos ocupados em Cirurgia Cardiovascular, apenas 33% do montante da carga horária semanal é dedicado ao exercício da especialidade, outros 18% são dedicados à Cardiologia; 16%, à Cirurgia Vascular; 9%, à Clínica Médica; 8%, à Angiologia, entre outras. Essa fragmentação também ocorre em especialidades como Oncologia (clínica e cirúrgica), Cirurgia Geral, Angiologia, Cirurgia Vascular e Mastologia. Por outro lado, entre os ocupados em Oftalmologia, 91% da carga horária é destinada à especialidade; 4%, à Clínica Médica; e 5%, a outras. O maior tempo de participação na própria especialidade também ocorre em Psiquiatria e Ortopedia e Traumatologia. As demais especialidades apresentam uma situação intermediária. Embora mais da metade da carga horária seja dedicada à especialidade, parte substantiva é direcionada a outras práticas. Por exemplo, o montante da carga horária dos ocupados em Neurocirurgia se distribui entre 58% na especialidade, 23% em Neurologia, 6% em Clínica Médica e o restante em outras, como Cirurgia Geral, Ortopedia e Radiologia.

Em síntese, o exercício conjunto de especialidades ocorre com as seguintes combinações (em ordem decrescente de acordo com a frequência observada):

- Anestesiologia: Clínica Médica, Cirurgia Geral etc.;
- Angiologia: Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiovascular, Clínica Médica, Cirurgia Geral etc.;
- Cardiologia: Clínica Médica, Cirurgia Cardiovascular, Medicina Intensiva etc.;
- Cirurgia Cardiovascular: Cardiologia, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Angiologia, Cirurgia Geral etc.;
- Cirurgia Geral: Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia etc.;

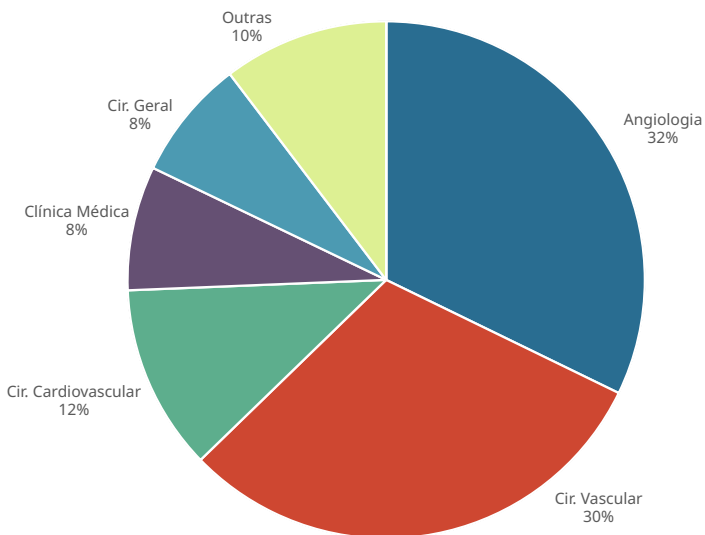
- Cirurgia Oncológica: Cirurgia Geral, Oncologia Clínica, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Urologia, Mastologia, Ortopedia e Traumatologia etc.;
- Cirurgia Vascular: Angiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Geral, Clínica Médica etc.;
- Endocrinologia e Metabologia: Clínica Médica, Oncologia Clínica, Pediatria, MFC etc.;
- Mastologia: Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Radiologia e Diagnóstico por Imagem etc.;
- MFC: Clínica Médica etc.;
- Nefrologia: Clínica Médica, Pediatria etc.;
- Neurocirurgia: Neurologia, Clínica Médica etc.;
- Oftalmologia: Clínica Médica etc.;
- Oncologia Clínica: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica, Hematologia e Hemoterapia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria etc.;
- Ortopedia e Traumatologia: Clínica Médica etc.;
- Psiquiatria: Clínica Médica etc.;
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem: Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia etc.;
- Radioterapia: Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Clínica Médica, Oncologia Clínica etc.

Gráfico 1. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Anestesiologia segundo especialidades de ocupação



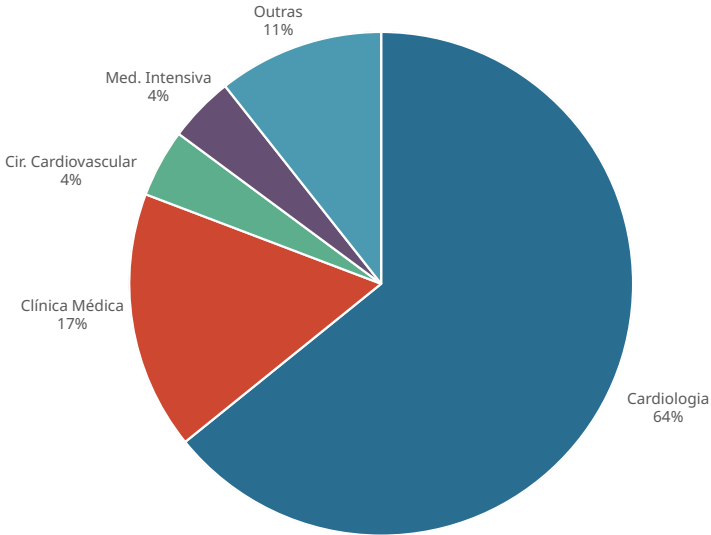
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 2. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Angiologia segundo especialidades de ocupação



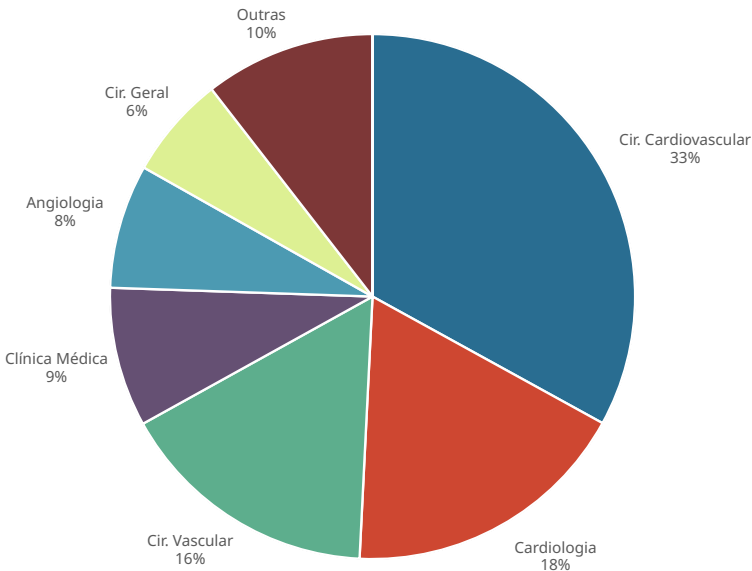
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 3. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Cardiologia segundo especialidades de ocupação



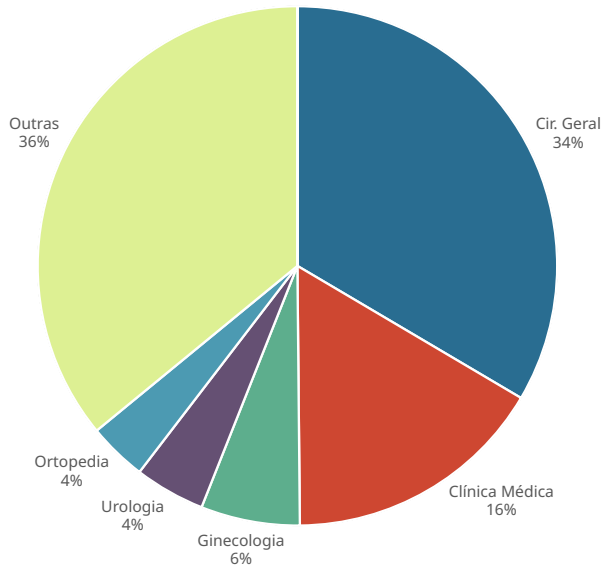
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 4. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Cirurgia Cardiovascular segundo especialidades de ocupação



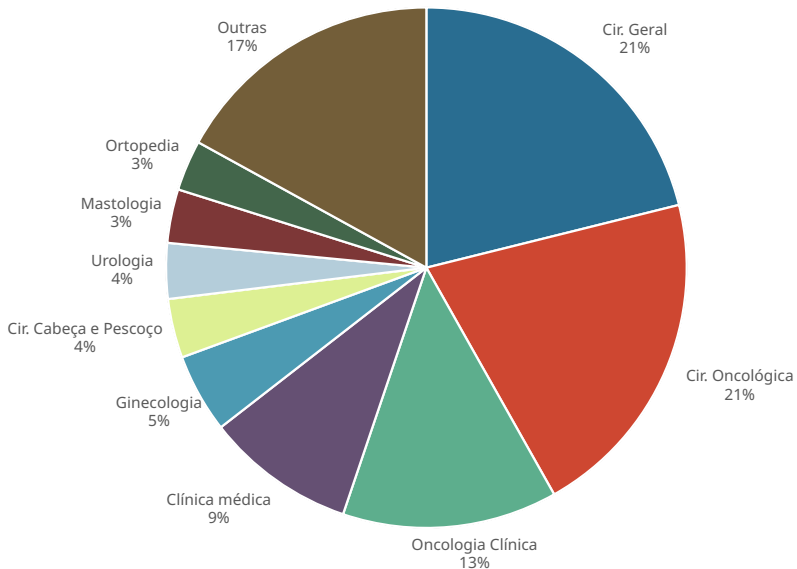
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 5. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Cirurgia Geral segundo especialidades de ocupação



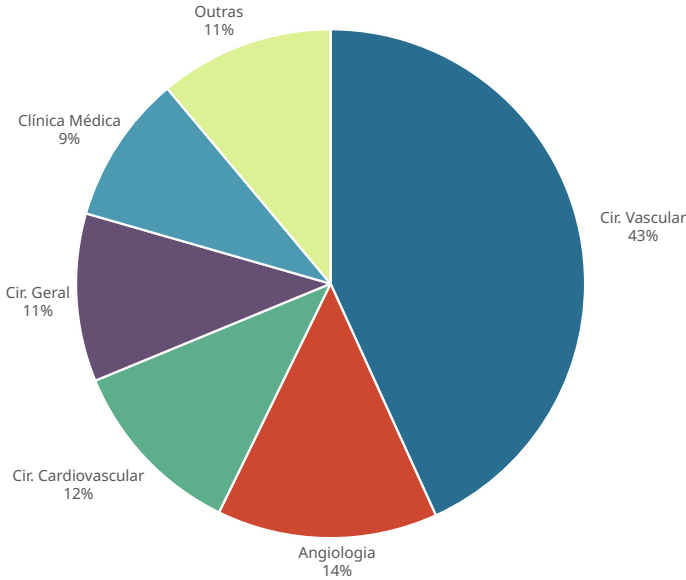
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 6. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Cirurgia Oncológica segundo especialidades de ocupação



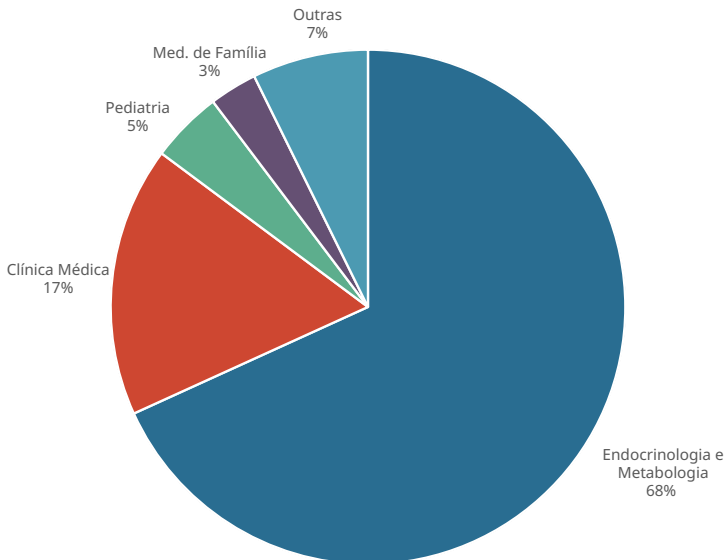
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 7. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Cirurgia Vascular segundo especialidades de ocupação



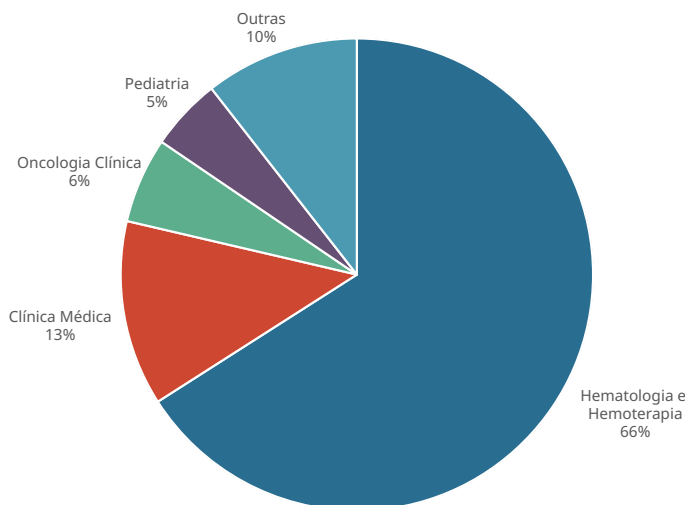
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 8. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Endocrinologia e Metabologia segundo especialidades de ocupação



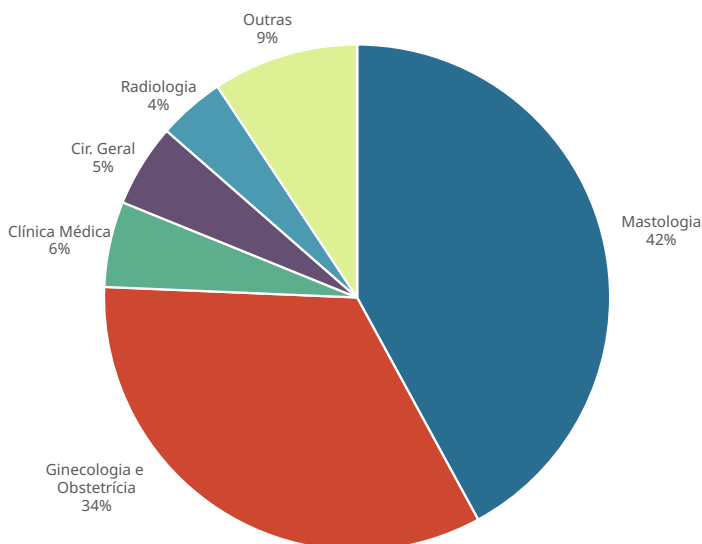
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 9. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Hematologia e Hemoterapia segundo especialidades de ocupação



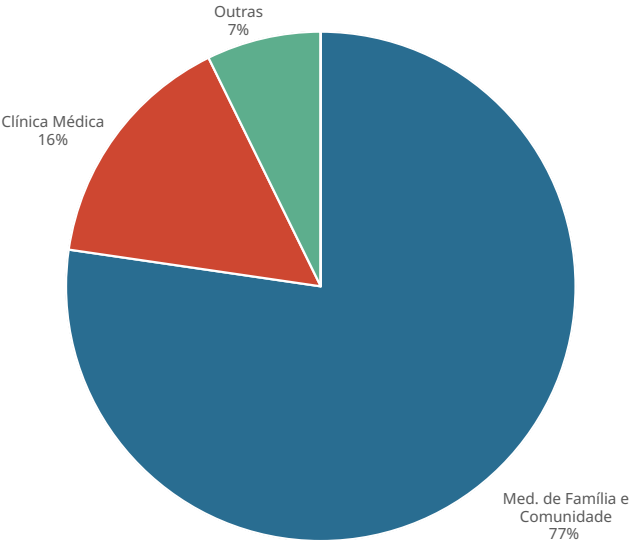
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 10. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Mastologia segundo especialidades de ocupação



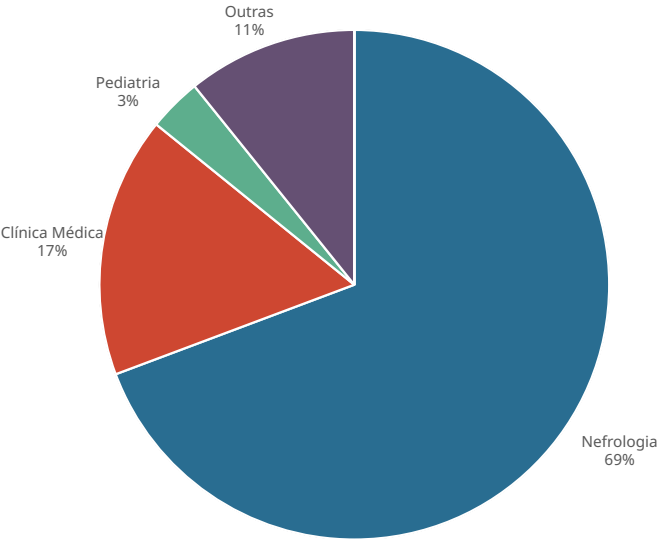
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 11. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Medicina de Família e Comunidade segundo especialidades de ocupação



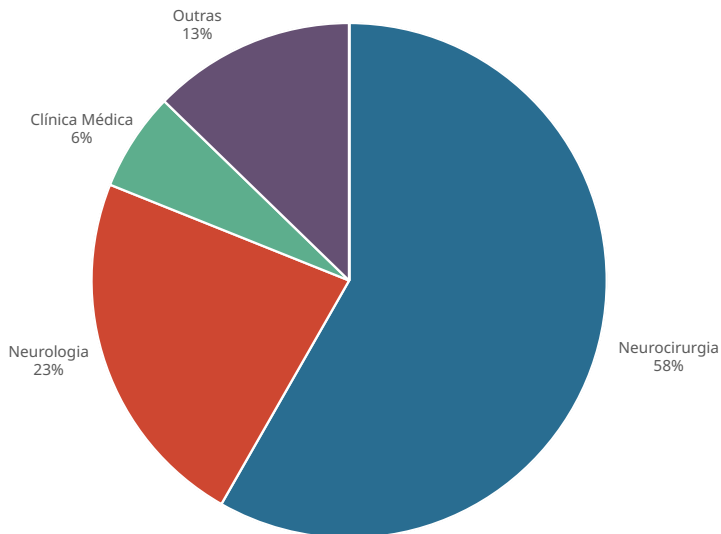
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 12. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Nefrologia segundo especialidades de ocupação



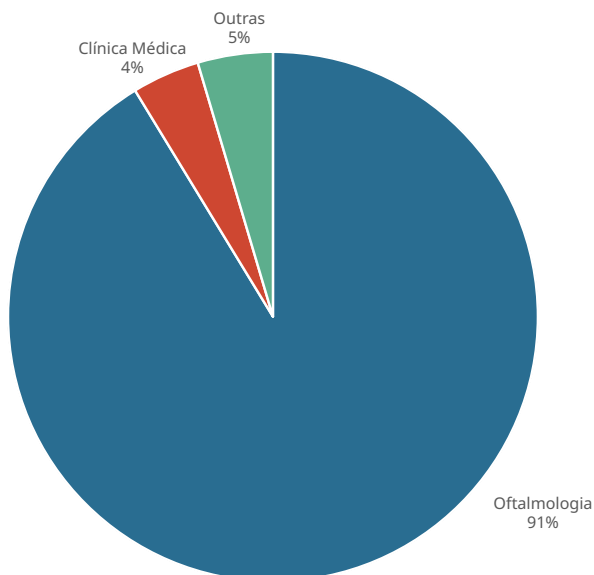
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 13. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Neurocirurgia segundo especialidades de ocupação



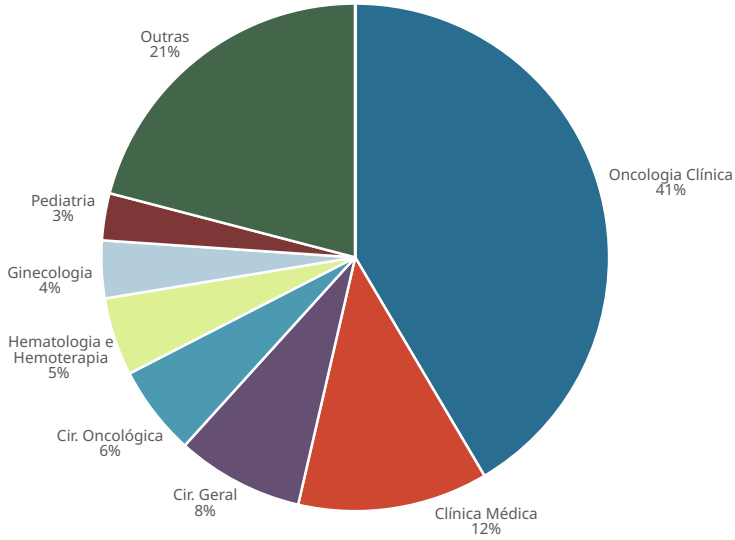
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 14. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Oftalmologia segundo especialidades de ocupação



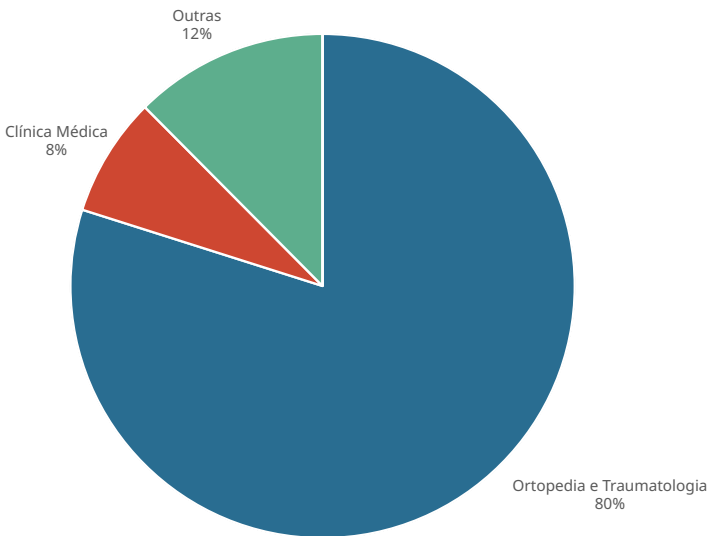
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 15. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Oncologia Clínica segundo especialidades de ocupação



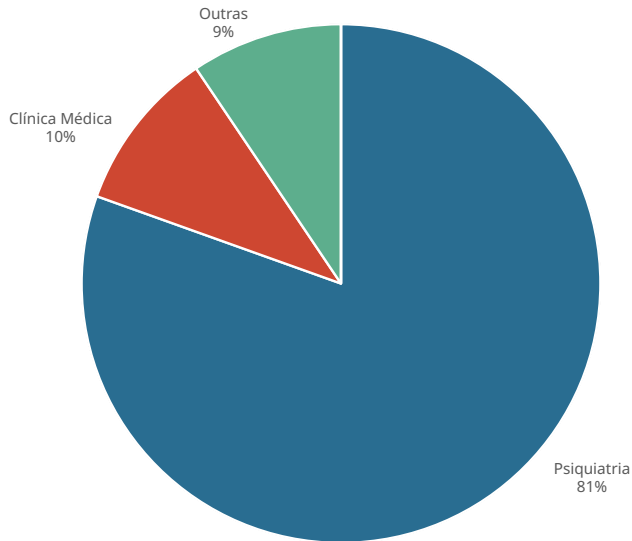
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 16. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Ortopedia e Traumatologia segundo especialidades de ocupação



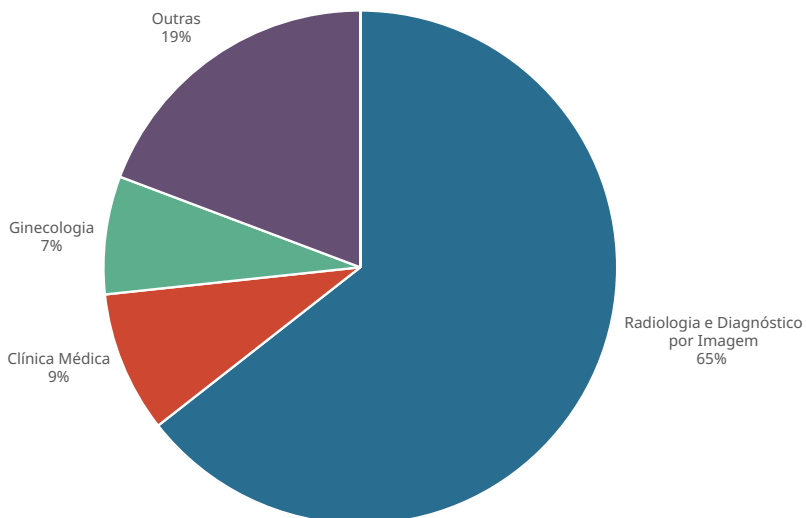
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 17. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Psiquiatria segundo especialidades de ocupação



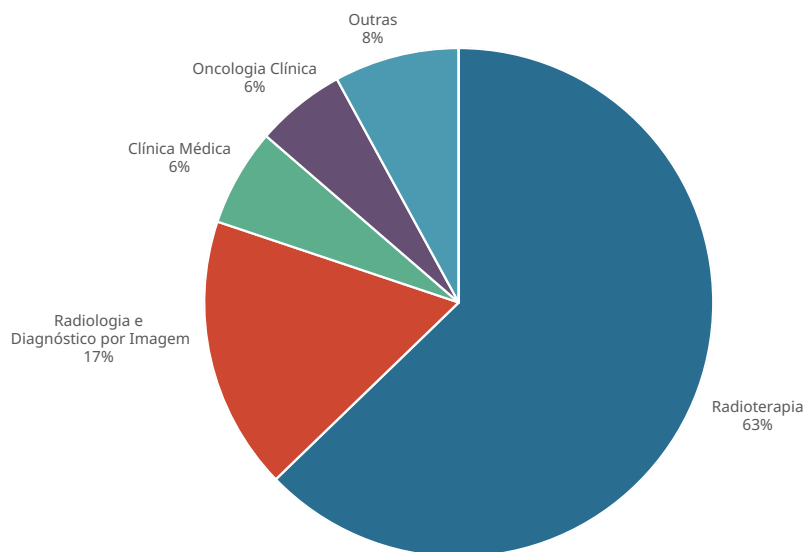
Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 18. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem segundo especialidades de ocupação



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFMG a partir do CNES/MS¹⁰.

Gráfico 19. Distribuição do montante da carga horária semanal dos médicos ocupados na especialidade de Radioterapia segundo especialidades de ocupação



Fonte: EPSM/Nescon/FM/UFGM a partir do CNES/MS¹⁰.

Note-se que as especialidades do Complexo Cardiovascular estão articuladas entre si, isto é, há uma tendência de composição da prática de Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular e Angiologia pelos mesmos profissionais. Também é muito comum que esses profissionais atuem em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, o que deve estar relacionado com a execução de procedimentos de imagem específicos da área, como Cardiologia Intervencionista, Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular – o que igualmente ocorre em outras áreas, como Neurorradiologia e Radioterapia. Outra prática comum é em Medicina Intensiva, o que deve se justificar pela continuidade dos cuidados em intervenções cardiovasculares por meio de terapia intensiva.

Os médicos ocupados em especialidades no Complexo de Prevenção e Controle do Câncer atuam em diversas áreas, o que provavelmente depende do tipo de câncer ou do perfil demográfico

dos pacientes, sendo mais comum a prática de Oncologia (clínica ou cirúrgica) por ginecologistas, urologistas e pediatras. Também é comum a relação com especialidades direcionadas a diagnósticos e/ou terapias específicas dos diversos tipos de câncer, caso da Mastologia, Hemoterapia e Radioterapia. Esta última, por sua vez, também se relaciona com o exercício em Neurocirurgia e Radiologia, entre outras. No caso específico da Mastologia, é interessante ressaltar que os especialistas dedicam apenas 42% da carga horária à especialidade, sendo que outros 34% são direcionados à Ginecologia. Caso semelhante ocorre entre neurocirurgiões, no Complexo Médico-Assistencial do Trauma, que dedicam 58% da carga horária semanal à especialidade e 23% à Neurologia.

As atuações em Clínica Médica e Cirurgia Geral são comuns a quase todas as especialidades, configurando-se como áreas primárias de exercício, o que está relacionado não só com os requisitos básicos adquiridos ao longo da formação em medicina, mas também com os primeiros anos de Residência (R1) de inúmeras especialidades, ao longo dos quais se obtém competência nessas áreas. Especialistas como oftalmologistas, psiquiatras e ortopedistas, aliás, quando diversificam sua prática, tendem a se acomodar na Clínica e Cirurgia Geral. Isso já não ocorre entre anesthesiologistas, médicos de família e comunidade e endocrinologistas, embora também sejam especialidades com maiores proporções de 100% de dedicação. No caso da MFC, podemos considerar o fato de que, assim como a Clínica Médica, trata-se de uma especialidade que já possui uma prática abrangente, perpassa por outras especialidades médicas. É interessante observar que esses dados revelam sinais de que médicos especialistas no Brasil indicam possuir um escopo de prática abrangente e compartilhado, considerando que realizam procedimentos de diferentes especialidades.

Entrevistas em profundidade sobre questões relativas aos escopos de práticas de médicos especialistas

Uma das etapas da investigação envolveu uma pesquisa de campo em que foram entrevistados em profundidade médicos especialistas, representantes de entidades médicas, gestores de serviços e gestores municipais de saúde.

Foram desenvolvidos roteiros semiestruturados para a condução das entrevistas, que perpassam questões relacionadas com formação/titulação; mercado de trabalho/arranjo de prática e escopo de prática. No presente capítulo, são apresentados os resultados das questões relativas aos escopos de prática que incluem o compartilhamento de escopo com outras especialidades médicas, casos que poderiam ser tratados no âmbito da APS, bem como por outros profissionais de saúde.

O projeto inicial previa a realização de quatro trabalhos de campo para realização das entrevistas, em: i) locais-sede das entidades médicas, incluindo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Sociedades de Especialistas das especialidades selecionadas; ii) os municípios de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, que, além de concentrarem grande parte das entidades médicas de interesse da pesquisa, também são localidades de referência nacional em serviços especializados e pós-graduação médica; iii) região de saúde de referência regional em serviços especializados e pós-graduação médica nas regiões Norte ou Nordeste; e iv) região de saúde de referência regional em serviços especializados e pós-graduação médica nas regiões Sul ou Centro-oeste. As regiões que haviam sido selecionadas para os dois últimos

campos foram a de Juazeiro (Bahia) e Petrolina (Pernambuco) e a de Rio Verde (Goiás).

A seleção dos atores a serem entrevistados teve como princípio entender a organização dos serviços médicos especializados, sem pretensão de estratificar a análise em cada uma das 19 especialidades médicas selecionadas. Portanto, para o entendimento de como os serviços médicos especializados se apresentavam em cada campo de interesse, foi realizado um levantamento de diferentes tipos de estabelecimentos (locais de prática médicas), que incluíram hospitais, clínicas especializadas, Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT isolado) e Centro de Atenção Psicossocial (Caps), com maior número de vínculos das especialidades médicas estudadas. Os agendamentos foram realizados com os atores selecionados, de acordo com a disponibilidade deles, a partir de contatos telefônicos. Aqueles cujo contato não foi efetivado foram substituídos por outros, enquadrados no mesmo critério de elegibilidade. Foram entrevistados representantes das Sociedades de Especialistas, entidades médicas, gestores de estabelecimentos de saúde, profissionais em serviço e pesquisadores de referência na área de Saúde Coletiva e Gestão em Saúde.

O trabalho de campo, que iniciou de forma presencial no final de 2019, passou a ser conduzido de maneira remota (por meio de plataformas digitais), a partir de meados de março de 2020, em decorrência da pandemia da Covid-19, que impôs a necessidade de regionalização da metodologia original. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE 10468019.9.000.5248. Número parecer 4.377.213).

Compartilhamento de atividades entre as especialidades médicas

O exercício das especialidades médicas, seus escopos de prática e competências foram um tema abordado na pesquisa qualitativa. Na prática, muitas vezes, não existe uma linha tênue que demarca os escopos de prática entre as especialidades médicas, podendo muitas práticas serem compartilhadas entre médicos de diferentes especialidades, níveis de atenção e entre outros profissionais de saúde. Ao serem indagados sobre a percepção acerca do compartilhamento de atividades entre as especialidades médicas, as respostas refletem que há disputas em torno de escopos exclusivos e reservas de mercado:

Entre as especialidades, você tem algumas disputas, uma área que tem uma disputa muito grande é na questão da imagem. Então o ginecologista se acha apto para fazer ultrassom da paciente, o cardiologista acha que quem tem que fazer eco é ele, mas o radiologista, por outro lado, diz que quem tem que fazer a imagem é ele [...]. Essas brigas são constantes. Isso é briga de mercado e briga de dinheiro. Nós, por exemplo, da cirurgia cardíaca, tivemos uma briga recente muito grande. Quem implanta o marca passo? O cirurgião cardíaco ou o eletrofisiologista. (Representante da AMB).

Endocrinologia é a especialidade que trabalha com hormônios e a nossa especialidade hoje está sendo invadida [...] por médicos que não fazem a formação em endocrinologia e inventam termos que vocês devem ver na mídia toda hora, 'anti aging', 'anti envelhecimento', medicina integra-

tiva, modulação hormonal, nenhum desses nomes existem, normalmente são médicos sem caráter e sem formação, são cursos de final de semana para médicos que querem se dizer endocrinologistas, e às vezes eles se dizem endocrinologistas, mas na verdade o que eles querem é colocar 'chip da beleza', prescrever anabolizantes [...] O simples fato de uma pessoa se dizer especialista em modulação hormonal, nutri endocrinologia, foi um termo que foi criado, 'anti aging', 'anti envelhecimento' [...] já é passível de punição pelo Conselho Regional de Medicina, isso já é uma infração ética [...] Você não vai ver essas pessoas dentro de Sociedades sérias, eles criam Sociedades, 'Sociedade do Envelhecimento Saudável', 'Sociedade do Anti Aging'. Isso é uma má prática muito grande. (Representante da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia).

Como a gente trabalha muito com a psiquiatria, muito com saúde mental, a gente tem muita proximidade com o grupo da psiquiatria. Quem não gosta da gente, acho que é mais fácil falar quem não gosta: ginecologista obstetra, clínico e pediatra, eles não gostam da gente, o pediatra fala: 'quem é para atender criança é pediatra, se não for pediatra, não pode atender criança', e o ginecologista obstetra fala que só eles podem colocar DIU e implantes. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – 1).

De fato, entre as especialidades médicas, existem domínios de espaços exclusivos, como exemplificado por um dos entrevistados sobre a medicina intensiva, que conquistou o espaço de ter um especialista por Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O que aconteceu na área de medicina intensiva? Toda UTI tem que ter 1 especialista. Eles conseguiram um treco, só para eles, porque eles estavam sob pressão de alguns especialistas, inclusive os anestesistas, os pneumologistas, os cardiologistas, agora têm que ter comprovante da Amib [Associação de Medicina Intensiva Brasileira] para assumir UTI. Isso foi bom? Só sei que não foi ruim. (Pesquisador 3).

Alguns respondentes justificam essa posição alegando a falta de conhecimento e treinamento que especialistas de diferentes áreas têm para assumir determinadas funções, podendo acarretar dano ao paciente e ainda ser passível de judicialização:

A área de atuação de ultrassonografia vascular, quem pode fazer ultrassom vascular, desde que seja habilitado é o ginecologista obstetra, radiologista, cardiologista, cirurgião vascular e angiologista. Se você me perguntar, nada contra a especialidade, mas o que um obstetra entende de vaso? [...] Você repara a diferença do laudo, quando a pessoa sabe da doença e quando a pessoa não sabe. (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

[...] o médico pode fazer tudo, qualquer médico pode fazer ultrassom, vou te dar um exemplo. O CTI lá do XXX tem um médico excelente que fez um curso de ultrassom [...]. Beleza, doente estava lá, doente estava com uma febre, duas horas da manhã, o médico que botou o cateter falou assim: 'Deixa eu olhar a barriga dele, ver se acho alguma coisa, de repente a gente acha a causa da febre', beleza. Aí ele foi

no rim, achou uma imagem: 'Isso é um abscesso renal'. Aí falou com a família, 'como que vai confirmar o diagnóstico de abscesso renal? Vai fazer tomografia'. Pega o doente do CTI, no respirador, desce pra tomografia, só que o doente estava em insuficiência renal, não podia fazer contraste, então não pode fechar o diagnóstico disso, volta o doente. Aí tem que fazer uma ressonância, pega o doente, desce o doente, faz uma ressonância, o que mostrou a ressonância? Um cisto de rim simples. Aí volta o doente, foi uma confusão danada, a família: 'Que história é essa gente?', aí uma médica radiologista que é quem faz os exames dos internados, foi fazer o exame nele. Aí depois veio falar que não tinha menor dúvida que era um cisto simples, não dava nem pra pensar num cisto complicado, que tivesse infecção. Não é, é um cisto simples, isso tudo é treinamento. (Representante da Sociedade Brasileira de Radiologia).

As pessoas fazem um montão de coisas, acham que podem fazer e fazem errado. E aí? Aí que Deus protege né? 90% das vezes não vai ter problema, 10% vai ter e esses 10% vão acabar em que? Judicialização. (Representante da Sociedade Brasileira de Radiologia).

Porque veja bem, você sabe que no Brasil médico, se eu formei medicina eu posso operar tua cabeça agora, você sabe né? Eu posso pegar você agora, levar no hospital da esquina e abrir tua cabeça, só que o que é seguinte, depois eu vou ser processado por imperícia, imprudência. (Representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia).

A tendência de subespecialização médica no Brasil também surgiu nas falas de alguns entrevistados enquanto um limitador para a prática, em que, dentro da própria especialidade, um médico que possui uma subespecialidade em determinada área pode não se sentir apto a assumir uma tarefa atribuída a outra subespecialidade, como, por exemplo, na elaboração de laudos médicos:

Eu sou médico patologista e isso não me habilita a liberar laudos de qualquer coisa. Se eu quiser ser patologista de rim, eu vou ter que fazer um curso de especialização em patologia renal. Hoje a gente não assume mais que as pessoas possam fazer coisas além da sua capacidade. (Representante da Comissão de Residência Médica – Coreme da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp).

Apesar das disputas de domínio de prática e mercado serem evidentes, em algumas entrevistas, foi possível observar um discurso mais favorável ao compartilhamento de escopo de prática entre especialidades. Além disso, algumas especialidades são caracterizadas por possuírem uma maior flexibilidade de escopos de prática, por exigirem um conhecimento integral de diversas áreas:

[especialidades que compartilham atividades] A oncologia é uma, a cardiologia, a cirurgia vascular, a área da hemostasia, ginecologia [...] A minha opinião é que isso tem que ser compartilhado mesmo, não existe reserva de mercado e nem deve existir. O que se deve entender é que quanto mais interação houver, o resultado do serviço prestado é melhor. (Representante da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia Celular).

[...] não é um especialista em um órgão ou um sistema, você tem que ter uma certa flexibilidade e saber um pouco de tudo. [...] [Mesmo não sendo] cardiologista, você tem que saber se virar em relação ao idoso, seja no paciente crítico ou num pronto socorro também. (Médico Geriatra).

Nesse contexto, existem algumas especialidades que possuem uma maior interface em relação a determinados exames ou atividades clínicas, como exemplificado por representante de curso de especialização:

Tem alguns exames, não são todas as residências, cada residência tem a sua particularidade, mas tem algumas residências de gastroenterologia, por exemplo, que os meninos saem fazendo endoscopia e colonoscopia, então sim, você acaba compartilhando um pouco, os meninos da proctologia também fazem colonoscopia, tem cirurgião que faz endoscopia, então eu acho que do ponto de vista de procedimentos, a gastroenterologia faz interface sim com algumas especialidades. Do ponto de vista clínico, talvez só a gastroenterologia com a proctologia, dentro das doenças inflamatórias intestinais, na minha opinião, fora isso eu não vejo mais nada que seja coincidente de outra especialidade não. (Representante Curso de Especialização – BH).

Há situações que exigem do especialista um treinamento adicional em determinada área para assumir funções de outra especialidade, como exemplificado por representante de Residência em Radiologia.

Por exemplo, o colega que é um intensivista ele pode adquirir a habilidade de fazer uma punção guiada por ultrassom, é importante para ele, vai ajudar no dia a dia reconhecer um líquido livre, mas ele vai ter que passar por esse momento de aprendizagem prática para adquirir essa habilidade, não tem jeito. E aí é uma discussão bem profunda, que tem a ver com as prerrogativas de atuação médica de cada uma das áreas, né [...] Eu sei que tem algumas habilidades, por exemplo, de realizar exames de ultrassom que requerem um tempo de aprendizagem prática que não pode ser superado. A residência oferece isso muito bem, então se o profissional sente que dominar este recurso é importante, ele também vai precisar passar por esse estágio da aprendizagem prática, aí ele pode sim adquirir essa habilidade. (Representante Residência Radiologia – Hospital das Clínicas – BH).

A importância de uma formação integral e integrada que aborda diversas áreas e especialidades é ressaltada por alguns dos entrevistados, que defendem que um especialista precisa saber transitar por diferentes especialidades para ser mais efetivo. As matrizes de competências para formação de especialistas podem favorecer esse processo. Além disso, o pré-requisito de formação em Clínica Médica para determinadas especialidades também contribui para um conhecimento mais abrangente do especialista.

O próprio dermatologista tem que saber muito da clínica, mas algumas subáreas, você vai fazer neurologia, neurocirurgia, você pode ir para um caminho mais direto. Mas a grande maioria, a formação de médico tem que passar por uma formação integral. O indivíduo tem que saber ser pediatra, ser clínico, saber

ser cirurgião e saber ser ginecologista e obstetra, e hoje nós temos a medicina de família que é uma área que eu acredito que veio para preencher muito bem. [...] Como o ortopedista, que quer ser ortopedista logo no começo, não quer saber do infarto, mas ele vai ter que atender em uma unidade de saúde e ele vai ter que saber pelo menos fazer um diagnóstico, para mandar o indivíduo adequadamente para o centro de referência. (Representante da AMB).

Tem residências que a gente diz que tem que ter pré-requisito, ou seja, para você fazer uma residência você tem que ter feito uma outra antes, cirurgia do aparelho digestivo, você tem que ter feito cirurgia geral antes, então eles acabam mesclando esses programas. Pneumologia, endocrinologia, nefrologia, cardiologia, são programas que você tem que ter feito clínica médica antes. Então os estágios são compartilhados entre residências. (Representante da Coreme – Hospital das Clínicas – BH).

[...] a formação generalista do cirurgião exige um conhecimento básico em urologia, em Coloproctologia, em cirurgia ginecológica, então eles acabam fazendo estágios nesses programas de residência, então isso pode ser um tipo de compartilhamento, agora outros programas, por exemplo, usam a clínica médica como base de uma forma muito mais intensa, como por exemplo a neurologia, outras especialidade de entrada direta mas que são eminentemente clínicas, ou que usam parte da formação do intensivista também, então existe esse compartilhamento mais intenso. (Representante Coreme, Felício Rocho – BH).

Alguns especialistas, outrossim, podem acabar assumindo atividades que outras especialidades deixam de realizar. Segundo o representante da Residência de Radiologia (Hospital das Clínicas – BH), há uma falta de interesse do radiologista em realizar procedimentos de inversão, como biópsias e drenagens, que são mais demoradas e envolvem mais risco, além de serem pouco remunerados. *“Algumas áreas são menos do interesse do radiologista e aí é natural que o colega assuma, né? É o que o falo muito aqui com nossa equipe, olha se a gente ficar cada vez menos fazendo procedimento, porque tem risco, não tem uma remuneração justa, alguém vai ter que fazer”*.

Foi relatada, inclusive, a ocorrência de compartilhamento de escopos de prática devido à escassez de uma determinada especialidade médica, como, por exemplo, entre a Angiologia e a Cirurgia Vascular, em que *“a maioria das doenças que a angiologia trataria, hoje em dia é o cirurgião vascular que acaba tratando até pela escassez de profissionais no mercado”* (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

A existência de situações de compartilhamento de escopos de prática entre os médicos também é influenciada pela própria organização local, como exposto por um dos gestores municipais entrevistados, que relatou que há diferenças dentro da rede municipal:

A gente tem na rede algumas experiências de compartilhamento muito interessantes e outras de aprisionamento total dentro do seu campo de ação, sem nenhum tipo de compartilhamento. Quando a gente vai estudar a fundo a impressão que dá é que o gerenciamento local é que dita isso. Unidades bem gerenciadas, com processo, com

colegiados gestores ativos, que dividem os processos, normalmente, têm boas relações entre os profissionais. (Gestor Municipal 2 – BH)

Compartilhamento de escopos de prática com outros profissionais de saúde

Em se tratando do compartilhamento de escopos de prática com outros profissionais de saúde, as entrevistas refletem uma posição ainda mais conservadora, com discursos que remetem para uma demarcação de território contra a ‘invasão’ de suas respectivas áreas de atuação e especialidades e em defesa do Ato Médico:

Enfermeiro pode fazer ultrassom? Não pode fazer ultrassom! Porque ultrassom é um ato médico, tem uma Lei Federal disso. Fisioterapeuta pode fazer ultrassom? Não, não pode fazer (Representante da Sociedade Brasileira de Radiologia).

Olha, se eu não segurar certas coisas na AMB tem guerra de foice, e você sabe qual é o maior problema hoje? Não é nem de especialidades [...] Mas hoje você tem muito nutricionista fazendo coisa de médico. Tem nutricionista prescrevendo e pedindo exame de laboratório. O laboratório não pode fazer, mas ele quer ganhar dinheiro. O indivíduo com CRN não pode pedir exame de sangue. Tem muito fisioterapeuta fazendo Botox. O pessoal fica em cima de mim, e esses casos que acontecem infelizmente, igual o que aconteceu no Rio de Janeiro, são profissionais não habilitados. Então, nessa área de plástica, de cosmetologia, de dermatologia, de acupuntura. Acupuntura é um ato médico. Um psicólogo

não pode aplicar acupuntura em ninguém, mesmo que você tenha tido treinamento. Você não é habilitado para isso. E isso está acontecendo todo dia. Os conselhos regionais de medicina recebem denúncias todo dia. Você tem que ficar dentro daquilo que você foi formado. Essa é a grande verdade. (Representante da AMB).

Então a gente julga, assim, não temos nenhum prurido de trabalhar em parceria, em equipe e tal, acho mais que tem que trabalhar. É fundamental o auxílio das equipes de enfermagem e tal, mas tem uma coisa que é do ato médico que eu, pessoalmente, julgo que não deve ser transferido. (Representante da Sociedade Brasileira de Oftalmologia).

Dentro da oftalmologia, que é uma coisa que a gente tem bastante dificuldade, que é a Figura do optometrista, que é o indivíduo técnico que não é oftalmologista e quer exercer a oftalmologia, faz isso avançando ao ato médico. (Representante da Sociedade Brasileira de Oftalmologia).

Sobre, por exemplo, a solicitação de exames por um fisioterapeuta, representante da Residência em Radiologia (Hospital das Clínicas – BH) enfatiza não ser possível, pois é um ato médico. *“Porque se a gente abre espaço para isso, a gente está praticamente abrindo mão da questão do ato médico, que é quem deve fazer toda a investigação e definir qual deve ser a propedêutica”.*

A falta de competência e de conhecimento dos profissionais de saúde não médicos como justificativa para não assumirem algumas funções também foi bastante enfatizada, principalmente em relação às possíveis complicações associadas a determinadas práticas e doenças.

[...] o que mais motiva o indivíduo a procurar o oftalmologista? Em geral é porque a visão não está boa. E esta é uma oportunidade para você eventualmente detectar um tumor, detectar um glaucoma. [...] Então a perda da oportunidade do paciente de fazer uma avaliação médica, com a hipótese de procurar óculos, é horrível em termos de prognóstico. [...] Toda vez que a gente entra nesse assunto: 'Nós somos corporativistas, estamos querendo defender nosso lado', infelizmente é assim, mas a gente realmente entende que é um ato médico. E dentro da consulta oftalmológica, o medir o grau dos óculos é um pedaço dela, mas se esses indivíduos [optometrist], veja bem, o indivíduo vai lá porque não está enxergando bem de perto ele vai embora e o resto? E se tiver qualquer doença, né? Tem muitas doenças dentro da uveíte e muitas delas são fatais, artrite reumatoide. (Representante da Sociedade Brasileira de Oftalmologia).

A frente primeira é defesa profissional, invasão de área, não-médico, essas coisas. É o tratamento da doença venosa, nas suas causas iniciais por não-médicos. Isso traz um problema muito sério, por quê? O que a gente está vendo é que existem profissionais de outras áreas da saúde se propondo a tratar a doença venosa na sua fase inicial, mas eles encaram isso como se fosse um corte de cabelo, isso está errado! Se você não cuidar direito da doença venosa no início, ela vai pegar nos pacientes. A chance de complicações aumenta, quando a pessoa tem uma complicação ela não sabe reconhecer a complicação, então ela deixa de tratar precocemente uma complicação, por exemplo, uma trombose. Então nós temos uma preocupação da defesa profissional, com a invasão da

nossa profissão. (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

Bom, a radiologia está ligada a diferentes especialidades, o conteúdo é muito extenso. A interpretação, a análise e interpretação das imagens não é um processo quantitativo, como é um exame de hemograma que o resultado sai ali, então ele requer, é bastante artesanal na questão da interpretação. Então você tem que trabalhar com padrões e bastante diagnóstico diferencial, você tem que elencar todo seu conhecimento para entender a semiologia daquele padrão que você está observando e elencar diferentes diagnósticos diferenciais e o que te dá isso é a faculdade de medicina, na minha opinião. (Representante Residência Radiologia – Hospital das Clínicas – BH).

Alguns respondentes apresentaram, no entanto, um discurso um pouco mais favorável, alegando que o compartilhamento de escopos de prática entre outros profissionais de saúde não médicos seria possível mediante necessidade e regulamentação.

Eu vou te dar um exemplo, até achei que é meio antigo. Houve um grupo [...] que submeteu uma aprovação ao Cofem que o enfermeiro pudesse fazer uma determinada prática, que é o botão anestésico, eu não sou técnica, mas é uma prática que na regulamentação da profissão o enfermeiro não poderia fazer e eles conseguiram submeter uma aprovação que o enfermeiro poderia fazer. O que quero falar é que aqui tem muito forte essa questão de seguir uma regulamentação e da qualidade

e segurança, mas se ele entende que pode existir um caminho alternativo em prol do paciente, para agilizar uma prática, ele vai atrás dessa permissão. É claro que isso é um caso específico, mas acho que a resposta da tua pergunta é a gente segue aquilo que regulação da profissão coloca. (Gestor de Serviço – Hospital Albert Einstein – SP).

É essencial, no entanto, que o profissional tenha competência para resolver qualquer intercorrência do procedimento realizado; e, para isso, é necessário adequar a formação.

Acho que têm atividades que são médicas, acho que elas têm que ser respeitadas. E tem outras que não são necessariamente médicas, acho que tem que definir bem as coisas. Porque a partir do momento que você realiza uma atividade, se ela der errado você tem que ter competência para resolver o problema do erro. Então eu acho que a questão da competência é saber o seguinte, se não der certo, eu vou conseguir resolver? Se eu não conseguir, na minha opinião, não sou um profissional adequado para fazer aquilo [...] acho que você tem que ter competência para solucionar um problema, o ato que você produziu, ser responsável por aquele problema. Aí é questão de mudança curricular, de formação e não simplesmente agora vai fazer isso. Eu não sou contra nenhum tipo de mudança, desde que ela seja bem estruturada e que seja feita de forma adequada para não haver prejuízo pra ninguém. (Representante Coreme – Santa Casa – BH).

De maneira geral, observa-se uma fala mais conservadora de representantes das sociedades e dos próprios médicos especialistas, sendo a visão de gestores de serviços, municipais e estaduais mais aberta para o compartilhamento de atividades entre especialidades médicas e entre profissionais não médicos.

Uma interlocução e um trabalho mais integrado e multiprofissional dentro do SUS, aumentaria a possibilidade do acesso da população, a resolubilidade e a satisfação do usuário com o sistema SUS, isso é uma convicção que eu tenho [...] Nós temos ainda um modelo estruturado em redes, pensando em redes de saúde, mas ainda centrado no profissional médico, e isso é uma questão cultural. A dona Maria que vai no PSF e não consulta com um médico, ela vai para fazer uma consulta e só é atendida pelo enfermeiro ou pelo nutricionista, ela pergunta: 'E eu não vou passar pelo médico?'. Então é uma cultura ainda que a gente precisa trabalhar, com educação em saúde, para que a gente possa mudar um pouco esse modelo centrado no médico. Nós sabemos a importância do profissional médico, acreditamos na importância do trabalho médico, mas também temos outros atores, outros profissionais que vão gerar saúde, que vão gerar qualidade de vida, vão gerar uma vida saudável para as pessoas. (Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – Cosems/MG).

Ademais, foram notáveis as diferenças nos posicionamentos em relação às especialidades, em que os respondentes da MFC, da Geriatria e da Psiquiatria apresentaram um discurso mais flexível em torno dessas questões. Um dos entrevistados representantes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

ênfatiza, inclusive, que os próprios profissionais de saúde devem se reinventar, avançar e conquistar novos espaços, em que cita o exemplo da Fisioterapia, que passou a dialogar com outras especialidades médicas para além do ortopedista, conquistando novos campos de atuação, valorizando-se enquanto profissão:

[...] ela conseguiu encontrar o seu caminho, ela não tenta fazer aquilo que não é dela, ela está extremamente ciente da sua atuação, de qual é o núcleo de atendimento dela, de uma forma mais ampla, e ela começa a fazer o seguinte, fazem bons diagnósticos, boas intervenções, e ao invés do médico fazer a aliança com a fisioterapia, ao invés dela ó com o ortopedista, que só pensa em operar, ela passou a conversar com as outras especialidades, mostrando os procedimentos que ela estava fazendo e estavam dando certo, que ela estava melhorando a qualidade de vida do paciente, coisa que o médico dialogar só não estava conseguindo dar resposta, então ela pega para ela a responsabilidade de lidar com essa dor crônica do paciente, por exemplo, então é uma área de atuação em saúde que conseguiu se reinventar, e está seguindo muito bem os passos dela a fundo, todos esses ramos da fisioterapia estão se reinventando. Isso são movimentos próprios das profissões, e eu acho que isso está faltando na enfermagem, que fica em um espaço de gestão, mas de uma gestão dura, mais de pessoal de RH, ela não se coloca ainda em uma gestão de processo amplo, fica naquela questão mais dura com os técnicos de enfermagem, então na minha opinião a enfermagem precisa avançar, assim como a odontologia. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – 3).

Apesar do tema do compartilhamento de escopos de prática ser polêmico, os respondentes ressaltaram a importância do trabalho em equipe e multidisciplinar.

Atendimento multiprofissional, por exemplo, atenção ao pé diabético, não adianta ter só um vascular, e não ter endocrinologista, não ter fisioterapeuta, não ter o fisiatra, não ter o podólogo (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

Não se faz Oncologia em alto nível se não for a partir de um trabalho em equipe. Isso é uma das condições para você poder oferecer uma magnitude de benefícios nos avanços de Oncologia para os seus pacientes. E quem compõe a equipe: Oncologista, Cirurgião, Radioncologista, Patologista, Médico Nuclear, Radiologista, Radiologista, Intervencionista, a intensivista, Emergencista. Ou seja, é uma rede extremamente complexa e que tem que trabalhar de forma integrada. (Representante da Sociedade Brasileira de Oncologia).

Na Medicina, acho que a neurologia é a área que tem mais interface. Em alguns países a relação é muito mais próxima né? Tem profissionais como; neuropsiquiatria, aqui no Brasil já houve mesmo essa formação. Mas hoje na prática psiquiátrica a gente tem visto muita necessidade de conversar com cardiologista, com o endocrinologista pra entender que o psiquiatra não pode ficar só na mente. Você cuida de uma pessoa que tem depressão, ela corre sério risco de problema cardiovascular. É importante que o psiquiatra converse e cuide do paciente como um todo. Transtorno

alimentar vai conversar muito com o nutrólogo e aí você tem algumas particularidades, psiquiatra infantil vai conversar muito com pediatra, pra ver a curva do desenvolvimento. Então de um modo geral, a meu ver, a neurologia é mais próxima, mas tem nuances que se for o caso tem que ser de geriatria e você vai criando várias possibilidades dentro da psiquiatria. (Médico Psiquiatra 1).

Equipe de saúde não tem que competir, tem que somar. Hoje em dia o atendimento é multiprofissional, não adianta eu querer fazer tudo, porque não vou conseguir. Eu não vou conseguir resolver o problema do paciente e vou criar um problema pra mim, é preferível dividir, porque tem gente que sabe mais do que eu, em outra área. O médico era o epicentro do cuidado, ele era tudo, hoje não é mais e não deve ser. Pode até ser o líder da equipe, mas ele não pode ser o todo poderoso. Tinha até o nome de prontuário médico, o prontuário é do paciente, faz mais sentido. (Representante Coreme – Santa Casa – BH).

Procedimentos e atividades médicas que poderiam ser realizadas na Atenção Primária à Saúde

A pesquisa buscou investigar também procedimentos e atividades que poderiam ser realizados na APS como possibilidade de aumentar a resolutividade e reduzir filas de espera nas atenções secundárias e terciárias. Os entrevistados citaram diversos exemplos nas suas respectivas especialidades, como rastreio de câncer, controle de casos de hipertensão, anemia, tireoide, diabetes, atenção ao pé diabético, tratamento de feridas, pequenas cirurgias, inser-

ção de DIU, redução de luxação, lavagem de ouvido, renovação de medicamentos, atividades pré-operatórias.

Se você tem um paciente com varizes, antes de você encaminhar para o cirurgião, eu acho que você poderia tomar uma série de medidas, que você poderia prepará-lo para o especialista (Gestor de Serviço – Ambulatório Médico de Especialidades – AME/SP).

Então eu acho que o grande papel da atenção básica é no rastreio sem nenhuma dúvida. [...] Às vezes o doente chega pra você só pra você avaliar os sintomas e não consegue tratar o paciente mais, ele perde status de performance muito rápido. Está cada vez mais demorado fazer o diagnóstico e mais lento. (Médico Residente – Oncologista).

Dentro da residência em si, a gente tem o ambulatório de hipertensão, que na grande maioria das vezes a gente vê que esse ambulatório são Quadros de hipertensão que seriam controlados facilmente na atenção básica. [...] Porque eu já trabalhei na atenção básica e junto com o agente comunitário, poderia tentar reduzir isso, sendo mais os casos de alta complexidade que deveriam ser encaminhados. (Médico Residente – Nefrologia).

[...] doenças de fácil tratamento como a intervenção ao diabetes que poderiam ter sido, ter tido um desfecho bem favorável, elas acabam levando à doença renal crônica e esse paciente já chega no hospital em estado terminal. (Representante Sociedade Brasileira Nefrologia).

Atenção ao pé diabético. Diagnóstico precoce de doença venosa e tratamento precoce, isso não envolve só intervenção. Pé diabético é preventivo, se você trabalhar junto com reeducação do paciente tabagista e diabético [...] Tratamentos de feridas, feridas complexas. [...] dá pra resolver problemas de varizes, atenção ao pé diabético, isso tudo dá para interiorizar, mas depende do grau de formação de cada um. (Representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular).

Claro, acho que sem dúvida. Principalmente procedimentos que demandam menor complexidade institucional. Então doenças benignas, por exemplo, anemia, o indivíduo pode ser tratado na atenção básica, ele não precisa ser encaminhado, necessariamente, para um especialista. (Representante da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia Celular).

Deveria dar conta de muitas coisas, porque a prevalência de transtorno mental atualmente, principalmente em São Paulo, ela não consegue ser atendida se for designada apenas para o especialista psiquiátrico, ela teria que ser sanada um transtorno depressivo leve, muitas coisas deveriam ser sanadas na atenção primária. (Médico Psiquiatra 2).

[...] você tem uma série de situações, uma série de coisas que você poderia fazer na atenção primária, por exemplo, na área de ginecologia, a inserção de DIU, não faz o menor sentido você não inserir DIU na atenção primária, um método de controle de natalidade importantíssimo que as mulheres da periferia sonham em ter um DIU para não ter que ficar

tomando pílula, mas não se faz na atenção primária, então você cria um funil que dificilmente você vai resolver essa questão, mas assim, unhas encravadas e todos os problemas que você tiver na unha você pode resolver na atenção primária. Outra coisa, que ou você aprende na prática ou você vai sempre encaminhar, é a parte de ortopedia, de você reduzir luxação, de saber avaliar se você pode fazer a redução ou não, às vezes você não pode pois pode ter uma fratura ali, enfim, tem algumas coisas ortopédicas que a gente deveria saber mais. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – 2).

Os entrevistados alertaram para o alto número de encaminhamentos desnecessários que sobrecarregam outros níveis de atenção.

A gente tem pacientes que são supersimples que poderiam ser acompanhados no posto de saúde porque eles precisam pedir o exame uma vez por ano, o sistema sempre devolve pra gente. A gente fica com o ambulatório inchado de casos que não precisam ser tratados no centro terciário. (Médico Endocrinologista).

A falta de conhecimento e treinamento foi citado entre os motivos que levam profissionais da atenção primária a encaminharem pacientes. “Na atenção primária [...] tireoide, diabetes eles teriam e deveriam dar conta, mas não dão muito não [...] Falta de conhecimento de treinamento” (Médico Endocrinologista). Essa falta de preparo é muito atrelada ao fato de o médico da atenção primária ser, em grande maioria, recém-formado, com pouca experiência e conhecimento técnico necessário sobre processo de trabalho da atenção primária, como pontuam alguns entrevistados.

A insegurança consequente da falta de formação e informação leva a um encaminhamento desnecessário. O médico, muitas vezes, não se sente capacitado para atender mesmos os casos de baixa complexidade, como foi relatado em algumas entrevistas.

Eu vejo alguns colegas que trabalham na atenção primária e sei que existe uma dificuldade muito grande de manejo e querendo ou não, um paciente com transtorno psiquiátrico, ele tem um corpo inteiro integrado em várias situações. Esse preconceito e desconhecimento, muitas vezes é por não ter acesso mesmo, acaba distanciando e criando um certo desconforto na atenção primária, [...]. Acho que o profissional da atenção primária deveria ter muito mais acesso ao que é transtorno psiquiátrico hoje [...] O problema que eu vejo é que, a formação em psiquiatria ainda é muito frágil e a maior parte dos que estão formando hoje, não se sentem capacitados para atender mesmo esses casos de baixa complexidade [...] suicídio é uma coisa muito importante e há um estigma enorme entre os profissionais que tem muito medo de como perguntar de como abordar essa pessoa nessa situação e suicídio é uma coisa que, toda pessoa que está atuando na rede de saúde tem que saber abordar, isso é uma urgência né! (Médico Psiquiatra 2).

Às vezes, levam dois anos para um paciente tratar uma tendinite, porque o clínico fala que não é a área dele e de certa razão não é, e isso atrapalha, uma coisa que leva dois anos pra chegar aqui, já chega com evoluções, já tá crônica a coisa [...]. O paciente tem artrose, artrose não tem cura, mas tem tratamento, então, mesmo o paciente não tendo

uma boa melhora e eu puder dar alta pra ele, ele volta para o posto de saúde para o clínico que não vai passar o remédio porque não é a área dele. Então assim, uma retaguarda para casos crônicos, mas que acompanhasse o caso, talvez não tratando com ortopedista, porque já está tratado o caso, e é só renovar a medicação, como já aconteceu aqui, paciente volta depois de dois anos porque foi para o posto de saúde que não deu a sequência de tratamento dizendo que é caso de ortopedista e muitas vezes volta para o zero. Ah! (Médico Ortopedista).

[porcentagem de casos referenciados sem necessidade]
Mais ou menos chute, não tão chute, mas vamos falar nuns 30%. É tudo muito moroso, é tudo muito dependente de análise de especialista. Eu sou clínico de formação, é raro eu indicar outro profissional, a gente resolve o problema, mas isso é quem trabalha. E muitos dos serviços são trocados mesmo, são colocados médicos muito novos, sem a formação adequada, sem experiência, sem a decisão que é necessária para o médico na ponta. Então, para chamar um neurologista porque está sentindo uma dor de cabeça e mesmo tomando remédio não melhora, mesmo com o paciente sem nenhum sinal clínico, aí tem que aguardar o neurologista, aguardar especialidade para tomar decisões que muitas vezes ele poderia tomar. (Gestor de Serviço – Santa Casa/BH).

Nesse sentido, iniciativas de matriciamento entre médicos da atenção primária e especialistas, bem como a oferta de treinamento e capacitação para médicos da atenção primária, podem contribuir para a redução do número de encaminhamentos.

Por exemplo, a gente teve uma capacitação aqui de colocar Implanon e Mirena, que são 2 métodos anticonceptivos de longa duração, eu coloco pelo menos um implante por semana, considerando os critérios específicos, como eu trabalho em uma alta vulnerabilidade, um dos critérios é alta vulnerabilidade, então o número de pessoas que eu deixei de encaminhar para o gineco/obstetra para colocar um implante, que é uma técnica ridícula, é mais fácil você colocar um implante do que você fazer uma punção venosa, é muito bom e ajuda bastante. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – 1).

Inclusive foi a minha proposta de trabalho, da gente trabalhar em todos os sentidos com matriciamento pra você qualificar os médicos da atenção primária, pra você fazer essa conexão mais fácil, colocar os dois, especialista e generalista mais em contato, inclusive para melhorar esse atendimento geral dos pacientes e diminuir encaminhamentos mesmo, as filas [...] eu acho que ele [o médico] tem uma atenção muito fracionada e é o olho do generalista, o olho do urologista, o olho do neurologista e não tem aquela proposta de uma gestão do cuidado na atenção primária com esses especialistas aqui dando apoio. E aí tem generalista que conhece bem da neuro, mas não consegue bem da cardio, então ele precisa de um apoio maior da cardio. [...] É claro que isso depende muito, sobretudo do especialista que tem um perfil matriciador e do desejo do generalista também, porque se ele acha que ele não tem essa dificuldade, também fica difícil. O que a gente tem tentado fazer é mostrar isso em números. (Gestor municipal 1 – BH).

A falta de infraestrutura e de materiais também foi apontada como motivo para não realização de atividade na atenção primária, principalmente entre os entrevistados da MFC.

Eu acho que existe uma série de pequenas cirurgias que podem ser feitas no âmbito da atenção primária e só não são feitas porque você não tem material adequado ou não tem para quem encaminhar, por exemplo, a retirada de uma pinta pequena, obviamente não estamos falando de um melanoma grande, você poderia retirar com margem suficiente e mandar o material para a biopsia, você não faz porque você não consegue fazer isso, drenagem de abscesso.
(Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – 2).

Foi relatado que existe uma tendência de culpar sempre o profissional da atenção primária para situações de encaminhamentos desnecessários e baixa resolutividade.

Está muito relacionado com os profissionais. Eu ouço muitas reclamações daquele profissional da atenção secundária que não dá contrarreferência ou que questiona demais tudo que vem da primária e vice-versa, aquele da primária que acaba mandando demais mesmo, por ser pouco qualificado.
(Gestor Municipal 1 – BH).

No entanto, há questões que fogem do controle do médico, como o fato de o paciente, muitas vezes, ir direto ao pronto atendimento, seja por alegar falta de profissional, seja por falta de gerenciamento da UBS.

Ele vem ao pronto socorro exclusivamente por sua comodidade. Esse discurso, 'Ah, a UBS não tem médico [...] não tem médico a hora que ele quer. A gente sabe quem tem convênio, você não vai no médico a hora que você quer. Você liga para o consultório e ele fala o senhor tem hora, e ele responde atendo agora. Isso não acontece. Agora ela vai para a porta do pronto-socorro. Ele tem uma patologia de urgência? Não tem. (Gestor de serviço – AME/SP)

Há pacientes que não precisam estar em determinado local, poderia estar resolvendo numa Unidade Básica e vai para um centro secundário ou terciário. Então eu acho que é gerenciamento a questão das UBS funcionar melhor, os pacientes reclamam muito que não tem um médico não tem um clínico e eles querem resolver os problemas aqui e aqui é um serviço secundário que a gente tenta fazer um diagnóstico, os casos graves enviados para o terciário e os casos não graves voltar para Unidade Básica. (Médico Gastroenterologista).

Há casos ainda de insistência, pressão e até mesmo ameaça do paciente em ser encaminhado para um especialista.

Não é porque o encaminhamento vinha porque o profissional da atenção básica fez absolutamente tudo e não conseguiu. Então a gente pegava paciente que efetivamente a gente percebia que ele estava sub medicado, porque o próprio paciente acabava forçando para que ele fizesse o encaminhamento. Ele não consegue finalizar um medicamento, ele passava para o segundo, para o terceiro, os exames não eram alterados, suficientemente alterados. (Gestor de serviço – AME/SP).

Eu, graças a Deus, tive poucos problemas, quase nenhuma, mas o único que eu tive de ameaça foi um paciente que um dia entrou e tirou uma arma e colocou assim: ‘Eu quero um ortopedista, você não vai me encaminhar?’. Como você não encaminha né? E são coisas que às vezes o especialista não para pra pensar mesmo, nessas dificuldades que a ponta tem. (Médico da Família e Comunidade).

Situações como essa são decorrentes de um modelo de atenção “*americanizado de procura direto ao especialista, de pular etapas, que consome recursos, distorce o cuidado, fragmenta o cuidado*” (Gestor – Hospital Felício Rocho, BH).

Limitações de ordem regulatória, como, por exemplo, impedimento da solicitação de exames de alto custo por parte dos médicos da atenção primária, também foram relatadas por representante da SBMFC enquanto um dos motivos para uma baixa resolutividade desse nível de atenção e sobrecarga de especialistas em outros níveis.

Um dos grandes fatores limitadores é o processo regulatório de Secretarias de Saúde, acho que isso é bastante limitante, por exemplo aqui em Ribeirão Preto, o médico de família não pode pedir o ecocardiograma, a gente tem uma demanda reprimida de ecocardiograma no município, isso é uma questão municipal, tem poucos médicos cardiologistas que fazem eco, e então para corrigir essa demanda reprimida eles deixaram só para o especialista focal fazer eco, no meu ponto de vista isso sobrecarrega o cardiologista, você resolve um problema e aumenta outro. Espirometria a gente também não pode pedir aqui, tomografia a gente também não pode

pedir aqui, eu acho que dependendo da organização do serviço você limita a resolutividade do médico de família e comunidade. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – 1)

Houve também aqueles respondentes que relataram que, para melhorar a resolutividade, é necessário inserir o médico especialista na atenção primária, e não ampliar o escopo de prática do médico que já atua nesse âmbito (por exemplo, generalista, MFC ou clínico), assumindo que este não ter a formação e a competência adequadas para assumir funções mais especializadas e, além disso, como forma de manter o domínio sobre a prática.

A ideia é inserir a oftalmologia na atenção básica, não colocar oftalmologia na atenção básica. Até porque nós acreditamos que é uma maneira de ocupar esse espaço, definitivamente em relação a optometria. [...] nós acreditamos que o desenvolvimento da inserção da oftalmologia na atenção básica seja mais adequado, né? E aí é questão de corporativismo, essas coisas geram muita discussão. Já se discutiu nesse projeto, de você fazer aí, de repente o indivíduo da medicina de saúde, alguma coisa nesse sentido, qualificar para fazer esse tipo de coisa, mas a gente sabe que isso nesse país vira uma festa. Ele vai ficar com uma formação inadequada, pedaço dela né? E depois se você que é médico, ninguém vai impedir você de exercer profissão, a gente não consegue impedir o optometrista, baseada em duas leis constitucionais! Imagina um médico? (Representante Sociedade Brasileira de Oftalmologia).

Porque numa unidade básica de saúde não tem [ortopedista]. E deveria ter. E não ter isso numa unidade básica, é complicado. O clínico faz a ponte, mas a ponte leva um ano para chegar. A especialidade tem que estar inserida na APS [...] É ter essa linha de frente pra não sobrecarregar a ponta e o paciente, como, às vezes leva dois anos para um paciente tratar uma tendinite, porque o clínico fala que não é a área dele e de certa razão não é, e isso atrapalha, uma coisa que leva dois anos pra chegar aqui, já chega com evoluções, já tá crônica a coisa. (Médico Ortopedista).

Dentro da gastroenterologia eu acho que não, dentro da cardiologia eu também acho que não. Muitos exames que nós fazemos hoje tem uma interpretação clínica, não é simplesmente pegar um aparelho e fazer o exame e emitir um laudo, o paciente tem a necessidade de uma interpretação clínica que deve ser feita baseada em um conhecimento específico, tanto que quem faz ecocardiograma é o cardiologista, por exemplo, não é qualquer médico que consegue avaliar bem a função cardíaca durante um exame de ecocardiograma, então eu acho que o médico de família não teria a capacidade de fazer bem muitos dos exames que temos hoje em dia, é impossível, a medicina chegou em um ponto que é difícil que o médico de família consiga abarcar todas as especialidades tão a fundo a ponto de realizar todos os exames que nós mandamos para as redes especializadas. (Representante Curso Especialização – BH).

Além da ampliação do escopo de prática de médicos da APS, foi enfatizado por representante da SBMFC que, para uma maior resolutividade, o médico rural necessita de um leque de habilidades e competências ampliado em relação aos seus pares que atuam em áreas urbanas.

No caso da medicina de família de medicina rural, é uma prática que tem uma série de especificidades que vão desde você ter a necessidade de uma maior resolutividade clínica, porque as localidades rurais e remotas não contam com uma série de elementos, acaba que o médico rural faz mais partos do que o médico urbano, faz mais procedimentos do que o médico urbano, ele assume uma série de competências, em termos de conhecimento, em termos de habilidades do que um médico urbano, que em geral encaminha para o especialista, mas o médico rural tem que assumir porque senão ele não consegue ser resolutivo. Outro elemento é a própria casuística das práticas do médico rural, que vai atender uma série de coisas que você não vai ver no meio urbano que vai desde quais doenças infectocontagiosas estão presentes no meio rural X urbano, passando por exemplo por questões do tipo, falando de Minas, berne, carrapatos, doenças relacionadas ao carrapato, coisas que a gente vê menos no meio urbano, passando por acidentes que são totalmente diferentes como coice, chifradas, físgadas de anzol, animais peçonhentos é uma coisa diferente também, e por aí vai. (Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – 2).

Considerações finais

Com os objetivos de compreender o exercício profissional e o escopo de prática das especialidades médicas no Brasil, o capítulo apresenta resultado de dois estudos: o primeiro envolveu a análise da composição do exercício das especialidades médicas no Brasil a partir de dados secundários (CNES); e o segundo buscou compreender a percepção de diferentes atores sobre questões relacionados com os escopos de prática a partir de entrevistas em profundidade com médicos especialistas, gestores e representantes de entidades e sociedades médicas.

Os resultados da análise da composição do exercício das especialidades médicas refletem que médicos, principalmente que atuam em especialidades do Complexo de Prevenção e Controle do Câncer e Cirúrgicas, atuam em diversas áreas, indicando a realização de procedimentos de diferentes especialidades e, portanto, um compartilhamento de escopos de prática. No entanto, é importante frisar que tratam de sinais levantados a partir de dados secundários, que devem ser mais a fundo investigados. A partir das entrevistas em profundidade, por exemplo, foi possível constatar certa resistência entre os profissionais médicos ao serem indagados sobre o compartilhamento de escopo de prática entre especialidades médicas, com discursos que revelam que há disputas em torno de escopos exclusivos e reservas de mercado. As justificativas para uma posição contrária ao compartilhamento de escopos, geralmente, dão-se no âmbito da falta de conhecimento e treinamento que especialistas de diferentes áreas têm para assumir determinantes funções e, também, a tendência de especialização médica.

Foi possível ainda identificar que algumas especialidades médicas são reconhecidas por possuírem uma maior flexibilidade

de escopos de prática, por exigirem um conhecimento mais geral e integral, como, por exemplo, Cardiologia, e Geriatria, Cirurgia Vascular, MFC e Oncologia. Isso vai de encontro aos achados na análise de dados do CNES no primeiro estudo apresentado.

A partir das entrevistas em profundidade, foi possível identificar uma visão ainda mais conservadora em se tratando do compartilhamento de escopos de prática entre médicos e outros profissionais de saúde, principalmente entre representantes de sociedades médicas e os médicos especialistas. Os discursos remetem a uma demarcação de território, à defesa da Lei do Ato Médico e à falta de competência e conhecimento de outros profissionais. Já os gestores (de serviços, municipais e estaduais) e os médicos das especialidades MFC, Geriatria e Psiquiatria entrevistados revelam serem mais abertos a esse compartilhamento.

Ainda considerando as entrevistas em profundidade, as análises demonstram que há diversos procedimentos que poderiam ser realizados na APS de forma a desafogar as filas das atenções secundárias e terciárias. Os entrevistados alertaram para o alto número de encaminhamentos desnecessários. Insegurança, falta de conhecimento/treinamento, falta de materiais e de infraestrutura adequada e o fato de o usuário exigir o encaminhamento para outros níveis de atenção foram citados entre os motivos para não realização de diferentes atividades e procedimentos na APS.

Os resultados dos estudos revelam que, apesar de haver indícios de escopos compartilhados entre as especialidades médicas no Brasil, há ainda diversas barreiras, preconceitos e resistências a serem quebrados. É necessário migrar de um modelo de regulação de escopos de prática caracterizado por atos privativos e exclusivos para um que seja mais flexível e caracterizado por atos compartilhados. O compartilhamento de escopos entre e intraprofissão mé-

dica tem se revelado importante para ampliação do acesso, maior resolutividade e redução de custos associados à saúde. Dessa forma, o estudo contínuo da prática do médico e de outros profissionais de saúde é importante para entender os fatores e os determinantes que afetam a sua prática, permitindo que planejadores de recursos humanos e de políticas de saúde possam desenvolver estratégias mais direcionadas para estimular um escopo de prática ampliado e contribuir para melhorar a prestação de serviços em saúde no Brasil.

Referências

1. Baranek PM. A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act. Toronto: Health Council of Canada; 2005.
2. Girardi SN. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusivista. *Rev Lat. Estud. del Trabalho*. 2002; 8(15):67-85.
3. Girardi SN. RH: SUS: Sinais de mercado e regulação institucional do trabalho em saúde no Brasil dos anos 90. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
4. Girardi SN. A Reforma Regulatória do Trabalho e das Profissões de Saúde: A política de Recursos Humanos que interessa para as Reformas Setorial e do Estado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da reforma do Estado: relatório final. Brasília, DF: OPAS; UnB; MS; 1998.
5. Neslon S, Turnbull J, Bainbridge L, et al. Optimizing Scopes of

- Practice: New Models for a New Health Care System. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences; 2014.
6. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, et al. More Comprehensive Care Among Family Physicians is Associated with Lower Costs and Fewer Hospitalizations. *Annals of Fam. Med.* 2015; 13(3):206-213.
 7. Dower C, Moore J, Langelier M. Is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32(11):1971-1976.
 8. Moore J. Regulação das profissões de saúde nos Estados Unidos. *Rev Direit. Sanit.* 2018; 19(2):131-155.
 9. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(09):2739-2748.
 10. Stralen ACS. Escopo de Prática de Médicos em Atenção Primária em Saúde no Brasil. Belo Horizonte. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2021.
 11. Pierantoni CR. Reformas da Saúde e Recursos Humanos: Novos Desafios x Velhos Problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
 12. Girardi SN, Stralen ACS, Lauar TV, et al. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2017; 17(supl1):S171-S184.

13. Girardi SN, organizador. Regulação do Trabalho e das Profissões de Saúde. Relatório de Pesquisa: 2018. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2018.
14. Girardi SN, organizador. Dimensionamento da demanda e diversidade dos escopos de prática das especialidades médicas no Brasil. Relatório de Pesquisa: 2018. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2018.

Pesquisa on-line sobre formação, exercício e alocação de médicos especialistas no Brasil

Jackson Freire Araujo, Samuel Araujo Gomes da Silva,
Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi

O presente capítulo apresenta os resultados do *survey* on-line conduzido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/FM/UFGM)¹ com médicos especialistas, o qual procurou aprofundar questões relativas aos arranjos de organização dos serviços especializados, formas de vinculação laboral, níveis e modalidades de remuneração. Ademais, em consequência do contexto pandêmico da Covid-19 durante a condução da pesquisa, investigou-se ainda sobre as consequências da pandemia em suas relações de trabalho e em suas práticas profissionais, bem como sobre o uso da telemedicina.

O estudo consistiu em um questionário on-line autoaplicável a médicos especialistas. O questionário foi dividido em cinco blocos: 1) questões sociodemográficas; 2) formação; 3) arranjos de prática; 4) impactos da pandemia; e 5) uso da telemedicina. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e o acesso ao questionário só era possível com o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo respondente.

Na indisponibilidade de um cadastro de *e-mails* de médicos, foi elaborado um plano de construção do cadastro, partindo do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de maio de 2020, para coleta de *e-mails* de estabelecimentos de saúde. Em função da natureza do registro do CNES, que não é um cadastro de médicos, mas sim de estabelecimentos de saúde, fez-se necessário avaliar a disponibilidade de *e-mails* e de qualificar as informações por meio de limpeza, validação e consolidação. Este trabalho, que envolveu diversas etapas, resultou em um cadastro com 111.287 *e-mails*. Adicionalmente, foram incluídos 19.259 *e-mails* de profissionais cadastrados da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (Unasus), de acordo com o Termo de Uso do Portal Unasus. O cadastro utilizado foi de outubro de 2015. O questionário foi então enviado ao total de *e-mails* levantados em ambos os cadastros.

Ao todo, houve 2.541 acessos ao questionário, dos quais 4,5% (128) não aceitaram o TCLE e, conseqüentemente, não responderam à pesquisa. As especialidades médicas dos participantes foram então agrupadas em cinco grupos: Especialidades de Atenção Primária, Especialidades Clínicas, Especialidades Cirúrgicas, Especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica e um grupo com outras especialidades que não se encaixavam em nenhum dos anteriores.

Foi realizada análises descritivas dos dados levantados de forma a sumarizar e explorar o comportamento dos dados. Estes foram descritos por meio de tabelas de frequências, gráficos e mapas.

Especialidades médicas de atuação

De forma a identificar a(s) especialidade(s) médicas dos respondentes, foi perguntado qual a sua especialidade principal e se eles exerciam uma segunda ou terceira especialidade, mesmo que sem a formação específica. As Especialidades Clínicas foram as mais citadas, cerca de 32% do total de citações, seguidas pelas Especialidades da Atenção Primária, com 30% do total. Entre as Especialidades da Atenção Primária, a Clínica Médica é a especialidade principal para 27,4% dos respondentes que atuam nessa especialidade, e secundária para 62,2%. Isso se explicaria devido a Residência em Clínica Médica ser pré-requisito para a formação em outras especialidades. O mesmo padrão é observado para a Cirurgia Geral (51,1%), mais citada também como especialidade secundária (*tabela 1*).

Um significativo número de respondentes declarou-se como médico generalista na especialidade principal. Por não ser uma especialidade médica formalmente reconhecida, foi feita uma investigação com esses respondentes, e o que se descobriu foi que, tendo ou não uma especialidade médica, esses profissionais atuam na Clínica Geral, identificando a si mesmos como médicos generalistas. Esses especialistas (7,2%) foram, então, agrupados na categoria da Atenção Primária (*tabela 1*).

No conjunto das Especialidades Clínicas, a maior participação relativa foi dos que atuam na Pediatria (7,6%), dos quais 76,1% a indicam como especialidade principal. Entre as Especialidades Cirúrgicas, a Ginecologia e Obstetrícia foi a com maior proporção de citações (4,4%), sendo essa a especialidade principal para 86,7%. O grupo de Medicina Diagnóstica e Terapêutica foi aquele com menor participação relativa (6,5%), sendo a Radiologia e Diagnóstico por Imagem a especialidade mais prevalente (1,8%), com 61,6% a

apontando como principal. No conjunto das outras especialidades, a Medicina do Trabalho foi a com maior número de citações (3,7%), sendo que apenas 25,7% desses a apontaram como principal (*tabela 1*).

Tabela 1. Respondentes segundo grupos de especialidades e especialidades médicas

	Total citações		Espec. principal		2a especialidade		3a especialidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	4.110	100	2.428	59,1	1.280	31,1	402	9,8
1. Atenção Primária	1.235	30,0	622	50,4	488	39,5	125	10,1
Clínica Médica	394	9,6	108	27,4	245	62,2	41	10,4
Medicina de Família e Comunidade	545	13,3	360	66,1	131	24,0	54	9,9
Generalistas	296	7,2	154	52,0	112	37,8	30	10,1
2. Especialidades Clínicas	1319	32,1	915	69,4	316	24,0	88	6,7
Alergia e Imunologia	36	0,9	21	59,5	14	37,8	1	2,7
Angiologia	21	0,5	7	33,3	14	66,7		
Cardiologia	97	2,4	76	78,4	15	15,5	6	6,2
Dermatologia	145	3,5	121	83,4	20	13,8	4	2,8
Endocrinologia e Metabologia	65	1,6	49	75,4	14	21,5	2	3,1
Gastroenterologia	54	1,3	30	55,6	20	37,0	4	7,4
Geriatria	60	1,5	27	45,0	26	43,3	7	11,7
Infectologia	76	1,8	58	76,3	12	15,8	6	7,9
Medicina Física e Reabilitação	20	0,5	16	80,0	1	5,0	3	15,0
Medicina Intensiva	98	2,4	18	18,4	56	57,1	24	24,5
Nefrologia	41	1,0	28	68,3	12	29,3	1	2,4
Neurologia	54	1,3	38	70,4	14	25,9	2	3,7
Oncologia Clínica	16	0,4	11	68,8	4	25,0	1	6,3
Pediatria	313	7,6	239	76,1	57	18,5	17	5,4
Pneumologia	46	1,1	30	65,2	13	28,3	3	6,5
Psiquiatria	145	3,5	122	84,1	16	11,0	7	4,8
Reumatologia	30	0,7	23	76,7	7	23,3		
3. Especialidades Cirúrgicas	791	19,2	608	76,9	147	18,6	36	4,6
Cirurgia Cardiovascular	1	0,0	1	100,0				
Cirurgia da Mão	9	0,2	6	66,7	3	33,3		
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	15	0,4	11	73,3	4	26,7		
Cirurgia do Aparelho Digestivo	18	0,4	9	50,0	6	33,3	3	16,7
Cirurgia Geral	135	3,3	44	32,6	69	51,1	22	16,3

	Total citações		Espec. principal		2a especialidade		3a especialidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cirurgia Oncológica	15	0,4	10	66,7	4	26,7	1	6,7
Cirurgia Pediátrica	8	0,2	7	87,5	1	12,5		
Cirurgia Plástica	32	0,8	31	96,9	1	3,1		
Cirurgia Torácica	9	0,2	9	100,0				
Cirurgia Vascular	50	1,2	42	84,0	6	12,0	2	4,0
Coloproctologia	19	0,5	19	100,0				
Ginecologia e Obstetrícia	180	4,4	156	86,7	22	12,2	2	1,1
Mastologia	16	0,4	8	50,0	6	37,5	2	12,5
Neurocirurgia	25	0,6	23	92,0	1	4,0	1	4,0
Oftalmologia	91	2,2	90	98,9	1	1,1		
Ortopedia e Traumatologia	71	1,7	57	80,3	14	19,7		
Otorrinolaringologia	68	1,7	60	88,2	7	10,3	1	1,5
Urologia	29	0,7	25	86,2	2	6,9	2	6,9
4. Medicina Diagnóstica e Terapêutica	266	6,5	156	58,6	79	29,7	31	11,7
Anestesiologia	59	1,4	51	86,4	5	8,5	3	5,1
Endoscopia	41	1,0	11	26,8	23	56,1	7	17,1
Hematologia e Hemoterapia	18	0,4	13	72,2	4	22,2	1	5,6
Medicina Nuclear	2	0,0	1	50,0	1	50,0		
Nutrologia	42	1,0	14	33,3	20	47,6	8	19,0
Patologia	15	0,4	10	66,7	4	26,7	1	6,7
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	9	0,2	7	77,8	1	11,1	1	11,1
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	73	1,8	45	61,6	20	27,4	8	11,0
Radioterapia	7	0,2	4	57,1	1	14,3	2	28,6
5. Outras especialidades	499	12,1	127	25,5	250	50,1	122	24,4
Acupuntura	59	1,4	23	39,0	29	49,2	7	11,9
Genética Médica	3	0,1	2	66,7	1	33,3		
Homeopatia	47	1,1	15	31,9	27	57,4	5	10,6
Medicina de Emergência	66	1,6	10	15,2	47	71,2	9	13,6
Medicina do Trabalho	152	3,7	39	25,7	63	41,4	50	32,9
Medicina do Tráfego	47	1,1	6	12,8	24	51,1	17	36,2
Medicina Esportiva	22	0,5	4	18,2	12	54,5	6	27,3
Medicina Legal e Perícia Médica	45	1,1	6	13,3	23	51,1	16	35,6
Medicina Preventiva e Social	58	1,4	22	37,9	24	41,4	12	20,7

Fonte: Girardi SN¹.

Dados sociodemográficos

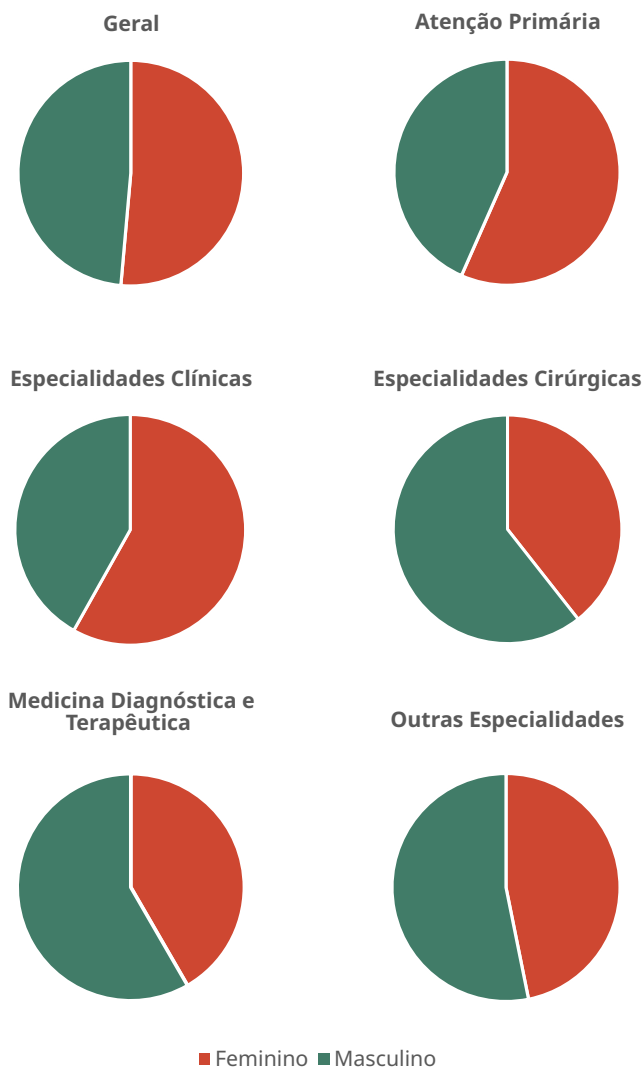
Em relação aos dados sociodemográficos, a *tabela 2* indica uma distribuição equitativa de respondentes do sexo feminino (51,4%) e masculino (48,6%). No entanto, as mulheres são grupo majoritário na Atenção Primária e nas Especialidades Clínicas, enquanto nas Especialidades Cirúrgicas e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica, prevalecem os profissionais do sexo masculino (*gráfico 1*). Revela-se, portanto, a existência de uma questão de gênero no exercício das especialidades médicas, na qual homens e mulheres tendem a exercer funções ainda muito atreladas aos aspectos peculiares de cada gênero.

Tabela 2. Respondentes segundo sexo

	n	%
Feminino	1.241	51,43
Masculino	1.172	48,57
Total	2.413	100

Fonte: Girardi SN¹.

Gráfico 1. Distribuição por sexo geral e por grupo de especialidades



Fonte: Girardi SN¹.

No que diz respeito à distribuição etária dos respondentes (*tabela 3 e gráfico 2*), observa-se uma concentração de profissionais que nasceram no decênio 1980-1989, ou seja, tinham entre 30 e 39 anos de idade na ocasião de participação na pesquisa. No cômputo geral,

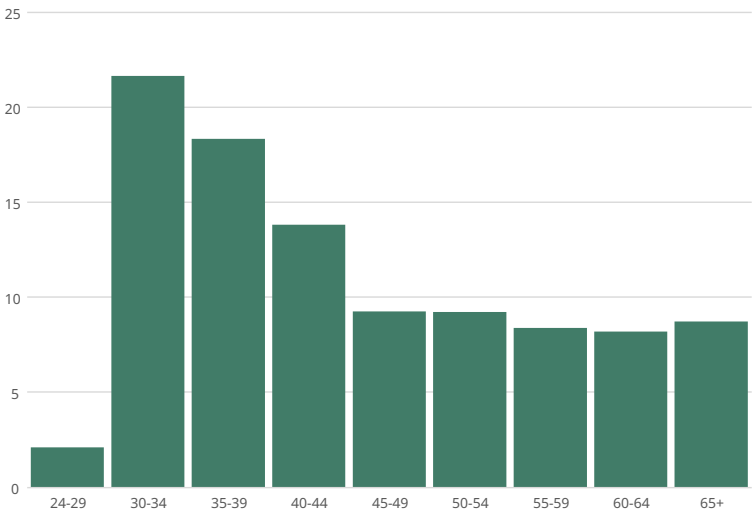
mais de 80% dos respondentes tinham entre 30 e 59 anos de idade – período classicamente categorizado como a adultícia –, estando então em menor quantidade os médicos jovens (recém-formados) e aqueles com mais de 60 anos.

Tabela 3. Respondentes segundo o ano de nascimento

Ano	n	%
Até 1939	6	0,25
1940-1949	56	2,32
1950-1959	302	12,49
1960-1969	423	17,49
1970-1979	531	21,96
1980-1989	988	40,86
1990-1999	109	4,55
2000-2004	2	0,08
Total	2.417	100,00

Fonte: Girardi SN¹.

Gráfico 2. Distribuição geral por grupo etário



Fonte: Girardi SN¹.

Mais da metade dos respondentes (54,2%) residia na região Sudeste na data em que respondeu à pesquisa. Outros 18,8% residiam na região Sul; 16,7%, na região Nordeste; 7,3%, no Centro-Oeste; e 3%, na região Norte. Essas proporções refletem a própria distribuição da força de trabalho médica no Brasil, demarcada por uma forte desigualdade distributiva (*tabela 4 e mapa 1*).

Tabela 4. Respondentes segundo região e Unidade da Federação (UF) de moradia no momento da pesquisa

	n	%
Região Norte	72	3,0
Acre (AC)	7	0,3
Amapá (AP)	1	0,0
Amazonas (AM)	15	0,6
Pará (PA)	30	1,2
Rondônia (RO)	7	0,3
Roraima (RR)	5	0,2
Tocantins (TO)	7	0,3
Região Nordeste	405	16,7
Alagoas (AL)	15	0,6
Bahia (BA)	110	4,5
Ceará (CE)	98	4,0
Maranhão (MA)	20	0,8
Paraíba (PB)	37	1,5
Pernambuco (PE)	84	3,5
Piauí (PI)	7	0,3
Rio Grande do Norte (RN)	21	0,9
Sergipe (SE)	13	0,5
Região Sudeste	1313	54,2
Espírito Santo (ES)	56	2,3
Minas Gerais (MG)	280	11,6
Rio de Janeiro (RJ)	330	13,6
São Paulo (SP)	647	26,7
Região Sul	454	18,8
Paraná (PR)	175	7,2
Rio Grande do Sul (RS)	170	7,0
Santa Catarina (SC)	109	4,5

	n	%
<i>Região Centro-Oeste</i>	<i>176</i>	<i>7,3</i>
Distrito Federal (DF)	81	3,3
Goiás (GO)	51	2,1
Mato Grosso (MT)	16	0,7
Mato Grosso do Sul (MS)	28	1,2
Total	2.420	100,0

Fonte: Girardi SN¹.

Mapa 1. Respondentes do *survey* segundo município de moradia



Fonte: Girardi SN¹.

Formação

O mesmo cenário de concentração regional observado no local de moradia é encontrado na localidade de formação dos médicos – Graduação e Residência Médica. Novamente, faz-se necessário

apontar que esses dados refletem a concentração regional do exercício da Medicina, fortemente associado à própria desigualdade na oferta de instituições de formação. Chama atenção o fato de mais de um terço (33,6%) dos respondentes ter realizado o curso de residência no estado de São Paulo, indicador que reflete a dimensão do problema da absorção demasiadamente focalizada da formação de médicos especialistas (*tabela 5 e mapa 2*)

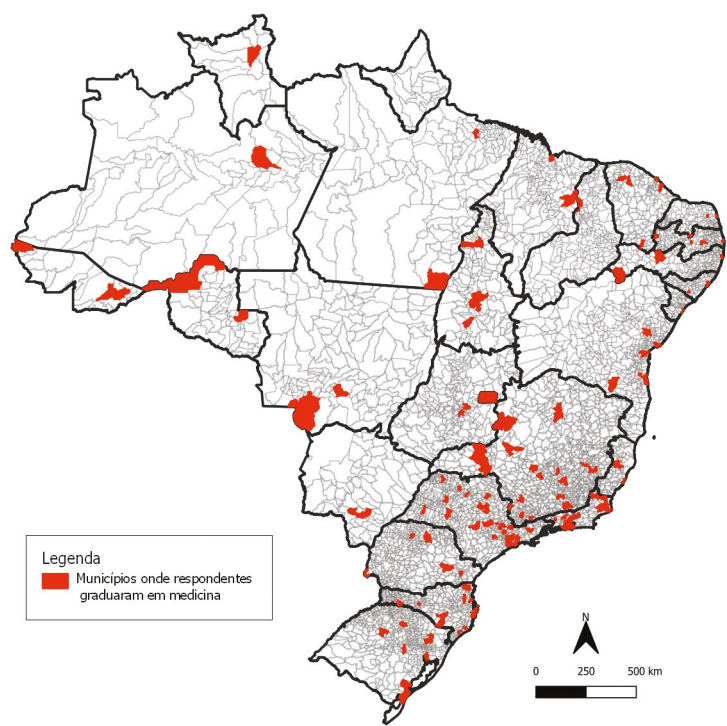
Tabela 5. Respondentes segundo região e Unidade da Federação (UF) onde se graduaram em Medicina e região e UF onde realizaram Residência Médica

	UF Graduação		UF Residência Médica	
	n	%	n	%
Região Norte	81	3,6	21	1,3
Acre (AC)	5	0,22	2	0,1
Amapá (AP)	0			
Amazonas (AM)	16	0,7	6	0,4
Pará (PA)	36	1,6	10	0,6
Rondônia (RO)	11	0,5	2	0,1
Roraima (RR)	1	0,0	1	0,1
Tocantins (TO)	12	0,5		
Região Nordeste	396	17,4	206	12,5
Alagoas (AL)	20	0,9	4	0,2
Bahia (BA)	78	3,4	46	2,8
Ceará (CE)	87	3,8	55	3,3
Maranhão (MA)	17	0,7	9	0,5
Paraíba (PB)	75	3,3	18	1,1
Pernambuco (PE)	80	3,5	54	3,3
Piauí (PI)	8	0,4	4	0,2
Rio Grande do Norte (RN)	18	0,8	12	0,7
Sergipe (SE)	13	0,6	4	0,2
Região Sudeste	1175	51,7	1052	63,9
Espírito Santo (ES)	64	2,8	16	1,0
Minas Gerais (MG)	328	14,4	186	11,3
Rio de Janeiro (RJ)	338	14,9	297	18,0
São Paulo (SP)	445	19,6	553	33,6

	UF Graduação		UF Residência Médica	
	n	%	n	%
<i>Região Sul</i>	389	17,1	283	17,2
Paraná (PR)	129	5,7	104	6,3
Rio Grande do Sul (RS)	191	8,4	140	8,5
Santa Catarina (SC)	69	3,0	39	2,4
<i>Região Centro-Oeste</i>	105	4,7	85	5,2
Distrito Federal (DF)	34	1,5	47	2,9
Goiás (GO)	33	1,5	24	1,5
Mato Grosso (MT)	17	0,7	4	0,2
Mato Grosso do Sul (MS)	21	0,9	10	0,6
Exterior	125	5,5	0	-
Total	2.271	100,0	1.647	100,0

Fonte: Girardi SN¹.

Mapa 2. Respondentes do *survey* segundo município de graduação em Medicina



Fonte: Girardi SN¹.

No que se refere ao ano de formação, mais da metade dos respondentes se formou depois dos anos 2000 (59,5%), sendo a maior parte desses (33,95%) formada entre 2010 e 2019 (*tabela 6*). Essa composição pode ser reflexo de um aumento na oferta do número de vagas na Graduação de Medicina nas últimas décadas no Brasil, resultado da abertura de novas Faculdade de Medicina pelo País nesse período.

Tabela 6. Respondentes segundo ano de graduação em Medicina

Ano	n	%
1960-1969	14	0,58
1970-1979	162	6,71
1980-1989	415	17,18
1990-1999	387	16,02
2000-2009	613	25,38
2010-2019	819	33,95
2020-2022	4	0,17
Total	2.414	100,00

Fonte: Girardi SN¹.

A principal modalidade de acesso às Especialidades Clínicas (48,50%), Cirúrgicas (50,66%) e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica (50,39%) é a Residência. Na Atenção Primária, observa-se a mesma proporção (43,40%) de médicos que fizeram Residência e que fizeram Especialização. Nas demais especialidades – aquelas que não são categorizadas dentro das quatro principais áreas de atuação –, predomina o acesso por meio dos cursos de especialização (59,03%). A formação pela modalidade *stricto sensu* foi realizada por apenas 11,12% dos respondentes, o que pode indicar pouca valorização do mercado para essa trajetória de pós-graduação entre profissionais da Medicina (*tabela 7*).

Tabela 7. Formação na especialidade principal por modalidade – total e por grupo de especialidades*

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Residência Médica	276	43,40	726	48,50	578	50,66	130	50,39	43	29,86	1753	47,69
Especialização	276	43,40	600	40,03	440	38,56	114	44,19	85	59,03	1515	41,19
Mestrado/ Doutorado	84	13,21	172	11,47	123	10,78	14	5,426	16	11,11	409	11,12
Total	636	100	1498	100	1141	100	258	100	144	100	3677	100

Fonte: Girardi SN¹.

O mercado de trabalho médico expressa uma tendência de os profissionais terem múltiplos vínculos, sendo necessário contemplar não somente a especialidade em exercício, mas, sobretudo, aquela que o entrevistado considera ser a principal. A vocação para atuação na especialidade foi o principal fator mencionado para considerá-la como sendo a principal (43,78%). A dedicação de tempo e a titulação também foram razões apontadas por uma proporção considerável de entrevistados – 27,79% e 20,36% respectivamente (*tabela 8*).

Tabela 8. Principal razão para considerar a especialidade citada como principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É a de maior prestígio	2	0,32	6	0,67	2	0,33	1	0,65	0	0	11	0,46
É a que corresponde ao maior grau de titulação	126	20,36	271	30,18	196	32,78	49	31,61	26	20,8	668	27,89
É a que melhor remunera	14	2,26	17	1,89	5	0,84	9	5,81	8	6,4	53	2,21
É a que te ocupa a maior parte do tempo	172	27,79	155	17,37	113	18,90	25	16,13	41	32,8	506	21,17

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É a sua especialidade de vocação	271	43,78	432	48,11	272	45,48	65	41,94	48	38,4	1088	45,43
É a única que tenho	5	0,81	5	0,56	4	0,67	1	0,65	0	0	15	0,63
Outro	29	4,68	11	1,22	6	1,00	5	3,23	2	1,6	53	2,21
Total	619	100	897	100	598	100	155	100	125	100	2394	100

Fonte: Girardi SN¹.

Arranjos de prática

Nos quatro grupos de especialidades definidas, a maior parte dos entrevistados (84%) dedica mais de 75% do tempo de trabalho ao exercício da especialidade principal, sendo que mais de 56% trabalham integralmente nessa especialidade. Quando analisamos por grupo de especialidades, essa tendência se mantém, sendo um pouco menor – 77,5% 41,67% respectivamente (*tabela 9*).

Tabela 9. Proporção do tempo de trabalho como médico(a) utilizado no exercício da especialidade principal – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
100%	326	57,7	484	55,49	331	57,67	83	57,24	50	41,67	1.274	56
75%	165	29,2	237	27,12	157	27,35	38	26,21	43	35,83	640	28,09
50%	59	10,44	103	11,78	64	11,15	17	11,72	19	15,83	262	11,5
25%	15	2,65	49	5,61	22	3,83	7	4,83	8	6,67	101	4,43
Total	565	100	873	100	574	100	145	100	120	100	2.277	100

Fonte: Girardi SN¹.

Mais da metade dos entrevistados (57,48%) exerce a especialidade principal em atividades assistenciais e no atendimento a pacientes. A atuação na área de docência e pesquisa foi declarada por 16,57% dos respondentes, seguida das atividades de gestão (13,11%), de consultoria (6,37%) e de vigilância em saúde (4,58%), tendência que se mantém na análise por grupos de especialidade. Os respondentes cuja especialidade principal foi classificada no grupo ‘outras especialidades’ são os que apresentam uma atuação mais heterogênea, chamando atenção a proporção de 20,09% que declararam atuar em atividades de gestão (*tabela 10*).

Tabela 10. Campos de atuação como médico(a) – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ativ. assistenciais no atendimento a pacientes	553	56,20	856	58,18	566	60,28	140	60,87	94	42,92	2209	57,48
Atividades de docência e pesquisa	166	16,87	261	17,79	157	16,72	29	12,61	23	10,50	636	16,57
Atividades de gestão de servi. de saúde, de coord., regulação	109	11,08	179	12,15	134	14,27	38	16,52	44	20,09	504	13,11
Atividades de consultoria	52	5,28	99	6,72	55	5,86	15	6,52	24	10,96	245	6,37
Ativ. de vigilância em saúde (epidem., sanitária, ambiental)	88	8,943	53	3,60	9	0,96	5	2,17	21	9,59	176	4,58
Outro	16	1,626	23	1,56	18	1,92	3	1,30	13	5,94	73	1,90
Total	984	100	1471	100	939	100	230	100	219	100	3843	100

Fonte: Girardi SN¹.

Entre aqueles que exercem a especialidade principal em atividades assistenciais, existe uma profusão de tipos de estabelecimentos nos quais atuam. Como esperado, as especialidades agrupadas na Atenção Primária estão mais concentradas nos estabelecimentos de atenção básica (63,67%), as Especialidades Cirúrgicas estão concen-

tradas nos estabelecimentos hospitalares (56,23%) e as Especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica, nos estabelecimentos de serviços de apoio diagnóstico-terapêutico (17,73%). As Especialidades Clínicas, por sua vez, encontram-se mais distribuídas pelos diversos tipos de estabelecimentos (*tabela 11*). A atuação na especialidade secundária é mais heterogênea, não sendo possível identificar tão facilmente um grupo de estabelecimentos característicos para essa atuação segundo a especialidade principal indicada (*tabela 12*).

Tabela 11. Tipos de estabelecimentos que exercem atividades assistenciais na especialidade principal – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialid. Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialid.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atenção Básica de Saúde de gestão pública	427	33,94	171	9,86	108	6,49	9	2,22	14	11,48	729	14,06
Atenção Básica de Saúde intermediado por OS	190	15,10	69	3,98	58	3,49	5	1,23	6	4,92	328	6,33
Atenção domiciliar pública	164	13,04	39	2,25	23	1,38	5	1,23	2	1,64	233	4,49
Caps	20	1,59	45	2,59	9	0,54	3	0,74	1	0,82	78	1,50
Rede de Urgência e Emergência Pública	90	7,15	80	4,61	122	7,34	13	3,20	7	5,74	312	6,02
Pronto atendimento privado	45	3,58	159	9,22	189	11,37	29	7,14	14	11,48	436	8,43
Policlínicas/Centro de especialidade/AMEs públicos	28	2,23	167	9,68	117	7,04	19	4,68	9	7,38	340	6,58
Hospital público SUS	72	5,72	225	12,97	217	13,05	55	13,55	9	7,38	578	11,15
Hospital público SUS intermediado por OS	29	2,31	82	4,73	71	4,27	32	7,88	3	2,46	217	4,19
Hospital público não SUS	23	1,83	40	2,31	53	3,19	21	5,17	3	2,46	140	2,70
Hospital privado não lucrativo com atendimento ao SUS (Filantrópicos)	25	1,99	107	6,17	126	7,58	34	8,37	3	2,46	295	5,69
Hospital Privado não lucrativo sem atendimento ao SUS (Inclui Unimed)	24	1,91	106	6,11	144	8,66	25	6,16	3	2,46	302	5,83
Hospital Privado lucrativo com atendimento ao SUS	13	1,03	61	3,52	88	5,29	24	5,91	4	3,28	190	3,67
Hospital Privado lucrativo sem atendim. SUS (inclui operadoras de saúde)	26	2,07	171	9,86	229	13,77	38	9,36	6	4,92	470	9,07

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialid. Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialid.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital de campanha ou serviço exclusivo para Covid-19	32	2,54	27	1,56	7	0,42	5	1,23	0	0,00	71	1,37
Serviços de Apoio Diagnóst. e Terapêutico	9	0,72	52	3,00	37	2,22	72	17,73	3	2,46	173	3,34
Outro estabelecimento	41	3,26	132	7,61	65	3,91	17	4,19	35	28,69	290	5,59
Total	1258	100	1733	100	1663	100	406	100	122	100	5182	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 12. Tipos de estabelecimentos que exercem atividades assistenciais nas outras especialidades – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atenção Básica de Saúde de gestão pública	39	9,97	70	11,80	42	9,25	15	10,64	18	18,56	184	10,98
Atenção Básica de Saúde intermediado por OS	23	5,88	33	5,56	22	4,85	8	5,67	11	11,34	97	5,79
Atenção domiciliar pública	21	5,37	27	4,55	15	3,30	6	4,26	4	4,12	73	4,36
Caps	15	3,84	12	2,02	14	3,08	4	2,84	3	3,09	48	2,86
Rede de Urgência e Emergência Pública	46	11,76	57	9,61	53	11,67	15	10,64	11	11,34	182	10,86
Pronto atendimento privado	33	8,44	52	8,77	40	8,81	9	6,38	9	9,28	143	8,53
Policlínicas/Centro de especialidade/AMEs públicos	24	6,14	24	4,05	20	4,41	8	5,67	7	7,22	83	4,95
Hospital público SUS	35	8,95	68	11,47	39	8,59	9	6,38	5	5,15	156	9,31
Hospital público SUS intermediado por OS	12	3,07	38	6,41	26	5,73	8	5,67	3	3,09	87	5,19
Hospital público não SUS	13	3,32	16	2,70	13	2,86	6	4,26	2	2,06	50	2,98
Hospital privado não lucrativo com atendimento ao SUS (Filantrópicos)	19	4,86	28	4,72	26	5,73	9	6,38	2	2,06	84	5,01
Hospital Privado não lucrativo sem atendimento ao SUS (Inclui Unimed)	14	3,58	29	4,89	26	5,73	8	5,67	2	2,06	79	4,71
Hospital Privado lucrativo com atendimento ao SUS	12	3,07	14	2,36	15	3,30	5	3,55	1	1,03	47	2,80

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital Privado lucrativo sem atendimento ao SUS												
(inclui operadoras de saúde)	16	4,09	50	8,43	36	7,93	8	5,67	4	4,12	114	6,80
Hospital de campanha ou serviço exclusivo para Covid-19	15	3,84	28	4,72	25	5,51	11	7,80	2	2,06	81	4,83
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	17	4,35	18	3,04	13	2,86	5	3,55	4	4,12	57	3,40
Outro estabelecimento	37	9,46	29	4,89	29	6,39	7	4,96	9	9,28	111	6,62
Total	391	100	593	100	454	100	141	100	97	100	1676	100

Fonte: Girardi SN¹.

Cerca de 70% dos respondentes declararam exercer atividades assistenciais na especialidade principal em clínicas e consultórios privados, percentual que chega a 83% das Especialidades Clínicas e 86% das Especialidades Cirúrgicas, caindo para 31% nas Especialidades da Atenção Primária (*tabela 13*).

Tabela 13. Exerce atividades assistenciais em clínicas e consultórios privados – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	403	69,48	153	17,39	81	13,89	47	31,54	52	43,33	736	31,83
Sim	177	30,52	726	82,61	502	86,11	102	68,46	68	56,67	1.575	68
Total	580	100	879	100	583	100	149	100	120	100	2.311	100

Fonte: Girardi SN¹.

Aos que responderam exercer atividades em clínicas e consultórios privados, foi feito um bloco específico de perguntas sobre o trabalho exercido nesses estabelecimentos. Com relação ao tipo de estabelecimento, 36% dos respondentes atuavam em consultórios

isolados, e 31% atuavam em centros ou clínicas de especialidades. Entre os grupos de especialidades, a maioria dos médicos da Atenção Primária e da Medicina Diagnóstica e Terapêutica declarou atuar nos centros ou clínicas de especialidades, enquanto a maioria dos médicos das Especialidades Clínicas e das Cirúrgicas atuava, em maior proporção, em consultórios isolados (*tabela 14 e 15*).

Tabela 14. Tipos de clínicas e consultórios privados que exercem atividades assistenciais na especialidade principal – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro de especialidades/ Clínicas de especialidades privadas	61	31,77	313	28,11	248	31,16	56	42,75	28	31,82	706	30,42
Consultório isolado	53	27,60	404	36,17	298	37,44	35	26,72	36	40,91	826	35,54
Clínica compartilhada privada	43	22,39	306	27,39	215	27,01	34	25,95	19	21,59	617	26,55
Atenção domiciliar privada	35	18,22	93	8,33	35	4,40	6	4,58	5	5,68	174	7,49
Total	192	100	1116	100	796	100	131	100	88	100	2323	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 15. Tipos de clínicas e consultórios privados que exercem atividades assistenciais nas outras especialidades – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialid. Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro de especialidades/ Clínicas de espec. privadas	43	32,09	55	27,78	38	26,03	9	26,47	8	23,53	153	28,02
Consultório isolado	38	28,35	63	31,82	50	34,25	13	38,24	13	38,24	177	32,42
Clínica compartilhada privada	37	27,61	52	26,26	44	30,14	6	17,65	8	23,53	147	26,92
Atenção domiciliar privada	16	11,94	28	14,14	14	9,59	6	17,65	5	14,71	69	12,64
Total	134	100	198	100	146	100	34	100	34	100	546	100

Fonte: Girardi SN¹.

Para todos os grupos de especialidades, prevalece o exercício de atividades assistenciais em estabelecimentos pequenos, com até quatro médicos, e em estabelecimentos com até quatro especialidades diferentes (*tabelas 16 e 17*).

Tabela 16. Quantidade de médicos(as) que trabalham no consultório ou clínica/policlínica privados em que atua na especialidade principal – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóst. e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
De 1 a 4	85	53,13	418	60,99	274	56,38	45	47,37	49	75,38	871	58,41
De 5 a 9	32	20	113	16,45	95	19,55	17	17,89	5	7,69	262	17,55
De 10 a 19	20	12,5	79	11,5	59	12,14	13	13,68	5	7,69	176	11,79
20 ou mais	23	14,37	76	11,06	58	11,93	20	21,05	6	9,23	183	12,26
Total	160	100	686	100	486	100	95	100	65	100	1.492	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 17. Quantidade de especialidades que atuam em consultório ou clínica/policlínica privados em que atua na especialidade principal atende – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
apenas a 1 especialidade	42	25,77	197	28,37	149	30,53	25	26,32	23	35,38	436	28,96
mais de 1 até 4 especialidades	60	36,81	269	38,54	197	40,37	35	36,84	29	44,62	590	39,10
mais de 4 até 10 especialidades	31	19,02	141	20,20	87	17,83	21	22,11	7	10,77	287	19,02
mais de 10 especialidades	30	18,40	90	12,89	55	11,27	14	14,74	6	9,23	195	12,92
Total	163	100	697	100	488	100	95	100	65	100	1508	100

Fonte: Girardi SN¹.

Outros médicos são os colegas de trabalho mais comuns para os respondentes nesses estabelecimentos privados (34,60%). Entre os outros profissionais de saúde de nível superior, os enfermeiros, os psicólogos, os nutricionistas e os fisioterapeutas são os mais comuns em todos os grupos de especialidade (*tabela 18*).

Tabela 18. Profissional(is) de saúde que trabalham em consultório ou clínica/policlínica privados – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico(a)	156	25,96	673	35,97	484	37,99	94	29,47	61	34,27	1468	34,60
Cirurgiã(o)-dentista	33	5,49	85	4,54	78	6,12	17	5,33	7	3,93	220	5,18
Enfermeiro(a)	72	11,98	161	8,59	114	8,95	43	13,48	11	6,18	401	9,44
Psicólogo(a)	85	14,14	233	12,43	117	9,18	24	7,52	29	16,29	488	11,49
Nutricionista	81	13,48	216	11,53	119	9,34	29	9,09	18	10,11	463	10,90
Fisioterapeuta	57	9,48	154	8,22	111	8,71	25	7,84	18	10,11	365	8,60
Fonoaudiólogo(a)	28	4,66	101	5,39	80	6,28	14	4,39	13	7,30	236	5,56
Biomédico(a)	10	1,66	35	1,87	26	2,04	20	6,27	2	1,12	93	2,19
T. Ocupacional	9	1,50	48	2,56	18	1,41	7	2,19	3	1,69	85	2,00
Técnicos e Aux. de Enfermagem	60	9,98	146	7,84	108	8,48	44	13,79	13	7,30	371	8,76
Outro	10	1,66	20	1,07	19	1,49	2	0,63	3	1,69	54	1,27
Total	601	100	1872	100	1274	100	319	100	178	100	4244	100

Fonte: Girardi SN¹.

Na *tabela 19*, observa-se que 21% dos respondentes identificaram os estabelecimentos como integrantes de uma rede, percentual que chega a 32% nos grupos da Atenção Primária e da Medicina Diagnóstica e Terapêutica. Apenas 6% dos estabelecimentos foram identificados como sendo uma franquia (*tabela 20*). Considerando os grupos de especialidades, esse percentual chega a 15,6% na Medicina Diagnóstica e Terapêutica.

Tabela 19. O consultório ou clínica/policlínica privado é uma rede – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	111	68,10	572	82,33	394	80,57	65	67,71	55	84,62	1.197	79
Sim	52	31,90	123	17,67	95	19,43	31	32,29	10	15,38	311	20,61
Total	163	100	695	100	489	100	96	100	65	100	1.508	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 20. O consultório ou clínica/policlínica privado é uma franquia – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	145	88,96	663	95,4	463	94,88	81	84,38	64	98,46	1.416	94
Sim	18	11,04	32	4,6	25	5,12	15	15,63	1	1,54	91	6,03
Total	163	100	695	100	488	100	96	100	65	100	1.507	100

Fonte: Girardi SN¹.

Vínculos

Considerando o total de respondentes, 39% declararam possuir apenas um vínculo de trabalho, e 31% possuíam dois vínculos. Analisando por grupos, 66% dos médicos da Atenção Primária possuíam apenas um vínculo. Nas Especialidades Clínicas, o maior percentual era de médicos com dois vínculos, seguido por aqueles com apenas um, 37,6% e 30,4% respectivamente. Nas Especialidades Cirúrgicas, 30% possuíam dois vínculos, e 25% declararam possuir três vínculos de trabalho (*tabelas 21 e 22*).

Tabela 21. Total de vínculos na especialidade principal – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

N	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	350	66,04	251	30,46	131	23,77	51	37,5	63	55,26	846	39,26
2	119	22,45	310	37,62	167	30,31	46	33,82	33	28,95	675	31,32
3	38	7,17	165	20,15	138	25,05	21	15,44	11	9,65	373	17,35
4	12	2,26	65	7,89	89	16,15	12	8,82	4	3,51	182	8,45
5	6	1,13	23	2,79	20	3,63	4	2,94	1	0,88	54	2,51
6	0	0	4	0,49	4	0,73	0	0	1	0,88	9	0,42
7	2	0,38	1	0,12	1	0,18	0	0	0	0	4	0,19
8	1	0,19	1	0,12	0	0	1	0,74	1	0,88	4	0,19
9	1	0,19	1	0,12	0	0	0	0	0	0	2	0,09
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	1	0,18	0	0	0	0	1	0,05
12	1	0,19	2	0,24	0	0	1	0,74	0	0	4	0,19
Total	530	100	823	100	551	100	136	100	114	100	2.154	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 22. Total de vínculos nas outras especialidades – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

N	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	115	66,09	167	57	108	58,06	25	62,5	33	68,75	448	60,46
2	30	17,24	76	25,94	42	22,58	11	27,5	8	16,67	167	22,54
3	14	8,05	30	10,24	18	9,68	3	7,5	2	4,17	67	9,04
4	4	2,3	11	3,75	9	4,84	1	2,5	2	4,17	27	3,64
5	0	0	2	0,68	2	1,08	0	0	2	4,17	6	0,81
6	2	1,15	2	0,68	0	0	0	0	0	0	4	0,54
7	3	1,72	1	0,34	1	0,54	0	0	0	0	5	0,67
8	1	0,57	2	0,68	0	0	0	0	0	0	3	0,4
9	2	1,15	0	0	1	0,54	0	0	0	0	3	0,4

N	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10	0	0	1	0,34	1	0,54	0	0	0	0	2	0,27
11	0	0	1	0,34	2	1,08	0	0	1	2,08	4	0,54
12	2	1,15	0	0	2	1,08	0	0	0	0	4	0,54
13	1	0,57	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,13
Total	174	100	293	100	186	100	40	100	48	100	741	100

Fonte: Girardi SN¹.

Considerando o total de respondentes, os vínculos autônomos Pessoa Jurídica (PJ) e Pessoa Física (PF) são os mais encontrados: respectivamente, 19,6% e 18,6%. Considerando os grupos de especialidades, essas duas formas são responsáveis por mais de 40% dos vínculos das Especialidades Clínicas e das Especialidades Cirúrgicas. No grupo da Atenção Primária, o vínculo mais observado foi o estatutário efetivo, 24% (*tabela 23 e 24*).

Tabela 23. Tipos de vínculos na especialidade principal – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras Especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatutário ocupante de cargo efetivo.	200	24,30	215	11,84	164	11,91	23	7,82	36	18,27	638	14,16
Empregado CLT de fundação ou empresa pública	89	10,81	121	6,66	66	4,79	26	8,84	10	5,08	312	6,92
Empregado CLT de empresa privada lucrativa ou não lucrativa	51	6,20	79	4,41	34	2,47	13	4,42	20	10,15	197	4,39
Contrato Temporário da Administração Pública	105	12,76	67	3,69	41	2,98	10	3,40	4	2,03	227	5,04
Contrato Temporário Entidade/empresa privada	22	2,67	43	2,37	20	1,45	14	4,76	4	2,03	103	2,29
Autônomo Pessoa Física	76	9,23	404	22,25	292	21,21	37	12,59	29	14,72	838	18,59

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras Especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Autônomo Pessoa Jurídica	65	7,90	390	21,48	302	21,93	84	28,57	43	21,83	884	19,61
Autônomo cooperado	40	4,86	198	10,90	206	14,96	30	10,20	15	7,61	489	10,85
Ocupante de cargo comissionado na adm. pública sem vínculo efetivo	5	0,61	12	0,66	3	0,22	2	0,68	1	0,51	23	0,51
Proprietário/ Sócio	22	2,67	236	13,05	202	14,67	43	14,63	28	14,21	531	11,80
Residente	10	1,22	26	1,43	29	2,11	7	2,38	3	1,52	75	1,66
Estagiário/ Bolsista	121	14,70	13	0,72	7	0,51	3	1,02	3	1,52	147	3,26
Outro	17	2,07	10	0,55	11	0,80	2	0,68	1	0,51	41	0,91
Total	823	100	1814	100	1377	100	294	100	197	100	4505	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 24. Tipos de vínculos nas outras especialidades – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatutário ocupante de cargo efetivo.	39	11,85	79	15,22	36	9,89	12	20,00	15	17,86	181	13,35
Empregado CLT de fundação ou empresa pública	18	5,47	48	9,25	32	8,79	3	5,00	5	5,95	106	7,82
Empregado CLT de empresa privada lucrativa ou não lucrativa	22	6,69	29	5,59	22	6,04	3	5,00	4	4,76	80	5,90
Contrato Temporário da Administração Pública	25	7,60	33	6,36	28	7,69	2	3,33	9	10,71	97	7,15
Contrato Temporário Entidade/empresa privada	14	4,26	18	3,47	11	3,02	2	3,33	1	1,19	46	3,39
Autônomo Pessoa Física	57	17,33	83	15,99	57	15,66	7	11,67	17	20,24	221	16,30
Autônomo Pessoa Jurídica	46	13,98	90	17,34	70	19,23	12	20,00	13	15,48	231	17,04
Autônomo cooperado	29	8,81	51	9,83	36	9,89	7	11,67	5	5,95	128	9,44
Ocupante de cargo comissionado na adm. pública sem vínculo efetivo	14	4,26	8	1,54	9	2,47	0	0,00	2	2,38	33	2,43
Proprietário/Sócio	24	7,29	54	10,40	42	11,54	10	16,67	9	10,71	139	10,25

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Residente	15	4,56	8	1,54	4	1,10	1	1,67	2	2,38	30	2,21
Estagiário/ Bolsista	13	3,95	13	2,50	8	2,20	0	0,00	1	1,19	35	2,58
Outro	13	3,95	5	0,96	9	2,47	1	1,67	1	1,19	29	2,14
Total	329	100,0	519	100	364	100,00	60	100	84	100	1356	100

Fonte: Girardi SN¹.

O salário fixo baseado em tempo/carga horária contratada é a principal forma de remuneração relatada por todas as categorias, exceto para o grupo de Especialidades Cirúrgicas, no qual a tabela de convênios, planos e seguros (consulta/procedimento/exame) aparece em primeiro lugar. Ressalta-se que, no grupo da Atenção Primária, o salário fixo foi reportado por 47% dos médicos. Nesse grupo de especialistas, merece destaque a remuneração por bolsa citada por 17% dos médicos do grupo. Uma possível razão para essa elevada proporção de bolsistas nesse grupo em comparação com outros é o fato de essa ser a modalidade de remuneração dos profissionais do Programa Mais Médicos (*tabela 25*).

Tabela 25. Formas de remuneração – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Salário fixo baseado em tempo/ carga horária contratada	394	47,36	412	25,59	250	19,72	60	22,99	66	36,26	1182	28,46
Rendimento variável por desempenho	62	7,45	264	16,40	214	16,88	49	18,77	23	12,64	612	14,74

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mix composto por uma base salarial fixa combinada e uma parte variável	33	3,97	76	4,72	55	4,34	14	5,36	11	6,04	189	4,55
Por plantão	102	12,26	193	11,99	154	12,15	46	17,62	19	10,44	514	12,38
Por desembolso direto (consulta/procedimento/exame)	36	4,33	245	15,28	175	13,80	22	8,43	17	9,34	495	11,94
Por tabela de convênios/planos/seguros (consulta/procedimento/exame)	48	5,77	324	20,19	313	24,68	44	16,86	31	17,03	759	18,32
Por bolsa	144	17,31	37	2,30	31	2,44	6	2,30	5	2,75	223	5,37
Por conjunto de procedimentos (pacote fechado, grupos de atos/procedimentos relacionados)	10	1,20	46	2,86	66	5,21	15	5,75	6	3,30	143	3,44
Outro	3	0,36	11	0,68	10	0,79	5	1,92	4	2,20	33	0,79
Total	832	100	1608	100	1268	100	261	100	182	100	4151	3821

Fonte: Girardi SN¹.

Questionados sobre qual dos vínculos era o responsável pela maior parcela dos seus rendimentos como médico na sua especialidade principal, 26% declararam ser o vínculo autônomo PJ. Considerando os grupos de especialistas, essa forma é a responsável pela maior parcela dos rendimentos dos médicos de Medicina Diagnóstica e Terapêutica (41%), médicos das Especialidades Cirúrgicas (33%) e médicos clínicos (30%). Para os médicos da Atenção Primária, o vínculo estatutário efetivo 28% era o responsável pela maior parcela da renda (*tabela 26*).

Tabela 26. Vínculos responsável pela maior parcela dos rendimentos – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatutário ocupante de cargo efetivo.	145	27,62	125	15,13	72	12,95	13	9,70	29	25,44	384	17,82
Empregado CLT de fundação ou empresa pública	66	12,57	64	7,75	25	4,50	12	8,96	5	4,39	172	7,98
Empregado CLT de empresa privada lucrativa ou não lucrativa	33	6,29	29	3,51	14	2,52	4	2,99	15	13,16	95	4,41
Contrato Temporário da Administração Pública	66	12,57	29	3,51	13	2,34	2	1,49	3	2,63	113	5,24
Contrato Temporário Entidade/empresa privada	5	0,95	12	1,45	5	0,90	2	1,49	0	0,00	24	1,11
Autônomo Pessoa Física	31	5,90	165	19,98	116	20,86	13	9,70	15	13,16	340	15,78
Autônomo Pessoa Jurídica	48	9,14	246	29,78	184	33,09	55	41,04	26	22,81	559	25,94
Autônomo cooperado	17	3,24	69	8,35	53	9,53	11	8,21	8	7,02	158	7,33
Ocupante de cargo comissionado na adm. pública sem vínculo efetivo	3	0,57	2	0,24	1	0,18	0	0,00	0	0,00	6	0,28
Proprietário/ Sócio	1	0,19	57	7,02	50	8,99	19	14,18	11	9,65	138	6,45
Residente	5	0,95	13	1,57	11	1,98	2	1,49	0	0,00	31	1,44
Estagiário/ Bolsista	97	18,48	8	0,97	5	0,90	1	0,75	1	0,88	112	5,20
Outro	8	1,52	6	0,73	7	1,26	0	0,00	1	0,88	22	1,02
Total	525	100	825	100	556	100	134	100	114	100	2154	100

Fonte: Girardi SN¹.

Os rendimentos recebidos com a especialidade principal são responsáveis por mais da metade dos rendimentos da maioria dos respondentes que atua em mais de uma especialidade, com percentuais variando de 33% entre os grupos de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas a 39% no grupo das outras especialidades (*tabela 27*).

Tabela 27. Participação dos rendimentos do trabalho obtidos com a especialidade principal em relação ao rendimento mensal regular – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos da metade	43	8,22	122	15,23	73	13,47	11	8,46	19	16,96	268	12,71
Mais da metade	180	34,42	265	33,21	181	33,39	47	36,15	44	39,29	717	34,06
Só atuou nessa especialidade	291	55,64	399	49,81	275	50,74	70	53,85	46	41,07	1.081	51,0
Outra	9	1,72	14	1,75	13	2,4	2	1,54	3	2,68	41	1,95
Total	523	100	800	100	542	100	130	100	112	100	2.107	100

Fonte: Girardi SN¹.

Impactos da pandemia

O impacto da pandemia de Covid-19 foi sentido de diferentes formas em todos os grupos de especialidades (*tabela 28*). Para os grupos de Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica, os maiores impactos foram a suspensão/adiamento de procedimentos eletivos e a diminuição do movimento nos consultórios. Outro impacto significativo para todos os grupos foi o deslocamento de suas atividades para o atendimento de casos de Covid-19.

Tabela 28. Impacto da pandemia de Covid-19 no campo de prática – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Não ocorreu nenhuma alteração nas minhas atividades provocadas pela Covid-19;

74	7,83	77	4,78	20	1,66	10	4,20	9	4,52	190	4,52
----	------	----	------	----	------	----	------	---	------	-----	------

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fui deslocado(a) das minhas atividades para atender Covid-19;	131	13,86	77	4,78	58	4,81	25	10,50	22	11,06	313	7,45
Acrescentei à minha agenda habitual novas atividades em Hospital de Campanha ou outro serviço criado para atender Covid-19;	98	10,37	99	6,14	34	2,82	17	7,14	11	5,53	259	6,17
Houve suspensão/adiamento de procedimentos eletivos;	153	16,19	282	17,49	400	33,14	79	33,19	34	17,09	948	22,57
O movimento do consultório diminuiu;	142	15,03	463	28,72	387	32,06	46	19,33	41	20,60	1079	25,68
Comecei a utilizar a Telemedicina;	158	16,72	313	19,42	123	10,19	22	9,24	37	18,59	653	15,54
Mudei de área de atuação da especialidade principal;	11	1,16	18	1,12	21	1,74	5	2,10	3	1,51	58	1,38
Comecei a trabalhar em novos estabelecimentos de saúde;	68	7,20	72	4,47	53	4,39	15	6,30	6	3,02	214	5,09
Perdi vínculos/fui desligado de estabelecimentos em que trabalhava	30	3,17	54	3,35	36	2,98	8	3,36	6	3,02	134	3,19
Me afastei de atividades assistenciais (ex. grupo de risco);	56	5,93	102	6,33	59	4,89	7	2,94	15	7,54	239	5,69
Outro	24	2,54	55	3,41	16	1,33	4	1,68	15	7,54	114	2,71
Total	945	100	1612	100	1207	100	238	100	199	100	4201	100

Fonte: Girardi SN¹.

Considerando o impacto da pandemia em suas práticas assistenciais, 18% dos médicos da Atenção Primária e 17% dos médicos da Medicina Diagnóstica e Terapêutica declararam ter passado a realizar atividades que geralmente eram executadas por outros profissionais médicos, e 35% das Especialidades Cirúrgicas passaram a efetuar menos tipos de atividades e procedimentos (*tabela 29*).

Tabela 29. Impactos da pandemia de Covid-19 na prática assistencial – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu passei a exercer atividades que geralmente eram realizadas por outros médicos generalistas e/ou de outras especialidades médicas;	120	18,69	109	12,53	82	13,60	25	17,48	19	14,96	355	14,88
Eu passei a exercer atividades que geralmente eram realizadas por outros profissionais não médicos;	45	7,01	21	2,41	13	2,16	4	2,80	6	4,72	89	3,73
Eu passei a delegar atividades da minha prática para médicos de outras especialidades;	21	3,27	27	3,10	5	0,83	3	2,10	3	2,36	59	2,47
Eu passei a delegar atividades da minha prática para outros profissionais não médicos;	28	4,36	10	1,15	2	0,33	2	1,40	1	0,79	43	1,80
Eu passei a realizar menos tipos de atividades e procedimentos clínicos;	142	22,12	228	26,21	208	34,49	29	20,28	28	22,05	635	26,62
Mudei minha prática devido a mudanças no protocolo de tratamento em relação a(s) minha(s) especialidade médica(s);	144	22,43	197	22,64	146	24,21	34	23,78	32	25,20	553	23,19
Não houve mudança na minha prática assistencial;	142	22,12	277	31,84	147	24,38	46	32,17	38	29,92	650	27,25
Outro	0	0,00	1	0,11	0	0	0	0	0	0	1	0,04
Total	642	100	870	100	603	100	143	100	127	100	2385	100

Fonte: Girardi SN¹.

O impacto na renda foi sentido em menor intensidade pelos médicos da Atenção Primária: para 63% destes, não houve nenhum impacto decorrente da pandemia em seus rendimentos. Já para as Especialidades Cirúrgicas, houve redução da renda para quase 80%

dos respondentes, sendo que, para 39% destes, a renda reduziu muito (*tabela 30*).

Tabela 30. Impacto da pandemia de Covid-19 na renda do trabalho – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Minha renda reduziu muito	43	8,48	197	25,39	201	38,88	38	30,40	30	27,27	509	25,01
Minha renda reduziu pouco	81	15,98	301	38,79	208	40,23	43	34,40	34	30,91	667	32,78
Não houve nenhum impacto da pandemia na minha renda	319	62,92	185	23,84	72	13,93	32	25,60	37	33,64	645	31,70
Minha renda aumentou pouco	9	1,78	20	2,58	7	1,35	3	2,40	2	1,82	41	2,01
Minha renda aumentou muito	55	10,85	73	9,41	29	5,61	9	7,20	7	6,36	173	8,50
Total	507	100	776	100	517	100	125	100	110	100	2.035	100

Fonte: Girardi SN¹.

Questionados sobre a alteração da percepção sobre as vantagens e desvantagens da estabilidade nas relações de trabalho e emprego e sobre as garantias de direitos trabalhistas e previdenciários, devido à pandemia de Covid-19, mais da metade dos entrevistados, em todas as categorias, declarou passar a valorizar mais os dois quesitos. Com relação à autonomia/flexibilidade para definição dos horários de trabalho, para todas as categorias, foi maior o percentual dos que passaram a valorizar mais esse fator, com exceção do grupo das outras especialidades: 51% desses profissionais não tiveram suas percepções alteradas pela pandemia (*tabelas 31, 32 e 33*).

Tabela 31. A pandemia de Covid-19 alterou a sua percepção sobre as vantagens e desvantagens da 'estabilidade' nas relações de trabalho e emprego – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não alterou minha percepção	170	35,64	295	39,81	177	36,2	41	33,88	44	43,14	727	37,67
Passei a valorizar mais	292	61,22	425	57,35	298	60,94	78	64,46	56	54,9	1.149	60
Passei a valorizar menos	15	3,14	21	2,83	14	2,86	2	1,65	2	1,96	54	2,8
Total	477	100	741	100	489	100	121	100	102	100	1.930	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 32. A pandemia de Covid-19 alterou a sua percepção sobre as vantagens e desvantagens da 'autonomia/flexibilidade para definição dos horários de trabalho' nas relações de trabalho e emprego – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não alterou minha percepção	214	46,42	302	41,43	234	47,85	49	40,83	52	50,98	851	44,77
Passei a valorizar mais	234	50,76	406	55,69	235	48,06	64	53,33	48	47,06	987	52
Passei a valorizar menos	13	2,82	21	2,88	20	4,09	7	5,83	2	1,96	63	3,31
Total	461	100	729	100	489	100	120	100	102	100	1.901	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 33. A pandemia de Covid-19 alterou a sua percepção sobre as vantagens e desvantagens das 'garantias de direitos trabalhistas e previdenciários' nas relações de trabalho e emprego – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não alterou minha percepção	183	39,7	323	43,95	221	45,57	44	36,36	43	41,75	814	42,73
Passei a valorizar mais	264	57,27	394	53,61	246	50,72	73	60,33	57	55,34	1.034	54
Passei a valorizar menos	14	3,04	18	2,45	18	3,71	4	3,31	3	2,91	57	2,99
Total	461	100	735	100	485	100	121	100	103	100	1.905	100

Fonte: Girardi SN¹.

A maioria dos profissionais, em todas as categorias, manteve seus vínculos profissionais após a instalação da crise sanitária. Entretanto, 20% dos médicos da Atenção Primária ampliaram seus vínculos de trabalho, enquanto 21% dos médicos nas Especialidades Cirúrgicas tiveram seus vínculos reduzidos e/ou concentrados em consequência da pandemia (*tabela 34*).

Tabela 34. Impacto da pandemia de Covid-19 nos 'vínculos profissionais' – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ampliei	98	19,96	122	16,16	65	12,9	28	22,58	17	16,04	330	16,67
Mantive	332	67,62	493	65,3	335	66,47	77	62,1	70	66,04	1.307	66
Reduzi/Concentrei	61	12,42	140	18,54	104	20,63	19	15,32	19	17,92	343	17,32
Total	491	100	755	100	504	100	124	100	106	100	1.980	100

Fonte: Girardi SN¹.

As Especialidades Clínicas e as Especialidades Cirúrgicas foram as que mais sentiram impactos da pandemia nos seus serviços de atuação: cerca de 19% dos médicos das duas categorias sofreram redução/concentração nos seus serviços (*tabela 35*).

Tabela 35. Impacto da pandemia de Covid-19 nos 'serviços de atuação' – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ampliei	110	22,87	121	16,24	64	12,77	30	24,79	22	21,78	347	17,8
Mantive	309	64,24	486	65,23	342	68,26	73	60,33	63	62,38	1.273	65
Reduzi/ Concentrei	62	12,89	138	18,52	95	18,96	18	14,88	16	15,84	329	16,88
Total	481	100	745	100	501	100	121	100	101	100	1.949	100

Fonte: Girardi SN¹.

Mais de 80% dos médicos de todos os grupos permaneceram em seus municípios de atuação, aproximadamente 90% se mantiveram em suas regiões de saúde, bem como mais de 90% permaneceram nas mesmas Unidades da Federação (*tabelas 36, 37 e 38*).

Tabela 36. Impacto da pandemia de Covid-19 nos 'municípios de atuação' – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ampliei	41	8,54	51	6,96	36	7,41	10	8,13	8	7,92	146	7,59
Mantive	417	86,88	639	87,18	424	87,24	104	84,55	84	83,17	1.668	87
Reduzi/Concentrei	22	4,58	43	5,87	26	5,35	9	7,32	9	8,91	109	5,67
Total	480	100	733	100	486	100	123	100	101	100	1.923	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 37. Impacto da pandemia de Covid-19 nas 'regiões de saúde' – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ampliei	28	5,87	37	5,05	25	5,19	10	8,26	9	9,09	109	5,7
Mantive	426	89,31	660	90,16	428	88,8	105	86,78	85	85,86	1.704	89
Reduzi/ Concentrei	23	4,82	35	4,78	29	6,02	6	4,96	5	5,05	98	5,13
Total	477	100	732	100	482	100	121	100	99	100	1.911	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 38. Impacto da pandemia de Covid-19 nas 'UF de atuação' – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ampliei	16	3,35	17	2,33	11	2,27	2	1,64	4	4	50	2,61
Mantive	451	94,35	690	94,39	453	93,6	115	94,26	92	92	1.801	94
Reduzi/ Concentrei	11	2,3	24	3,28	20	4,13	5	4,1	4	4	64	3,34
Total	478	100	731	100	484	100	122	100	100	100	1.915	100

Fonte: Girardi SN¹.

As tabelas 39 a 47 apresentam os grupos de especialidades segundo o uso de telemedicina (tabela 39) e das suas diversas modalidades antes da pandemia ou em função desta. O grupo de especialidade que mais utilizava a teleconsulta era a Atenção Primária (18%). A maioria passou a utilizar após a pandemia, sendo 59% entre os da Atenção Primária, 68% das Especialidades Cirúrgicas e por 60% das Especialidades Clínicas (tabela 40).

Tabela 39. Utilização de telemedicina – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava e continua utilizando na mesma intensidade	45	8,7	22	2,83	17	3,26	5	4,03	5	4,55	94	4,59
Já utilizava e passou a utilizar mais com a pandemia	71	13,73	58	7,46	29	5,56	10	8,06	15	13,64	183	8,93
Não utilizava, mas passou a utilizar com a pandemia	181	35,01	316	40,67	144	27,59	29	23,39	37	33,64	707	34,49
Não utilizava, mas pretende utilizar	147	28,43	163	20,98	124	23,75	25	20,16	19	17,27	478	23,32
Não utiliza nem pretende utilizar	73	14,12	218	28,06	208	39,85	55	44,35	34	30,91	588	28,68
Total	517	100	777	100	522	100	124	100	110	100	2.050	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 40. Utilização de teleconsulta – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	49	18,08	29	7,9	18	10,65	5	13,51	7	13,73	108	12,07
Não utilizo	62	22,88	46	12,53	36	21,3	18	48,65	15	29,41	177	19,78
Passei a utilizar	160	59,04	292	79,56	115	68,05	14	37,84	29	56,86	610	68,16
Total	271	100	367	100	169	100	37	100	51	100	895	100

Fonte: Girardi SN¹.

A teleorientação já era utilizada por 32% das especialidades dos grupos da Atenção Primária e das Especialidades Cirúrgicas e passou a ser utilizada por 50% dos especialistas desses dois grupos. Outrossim, 46% dos médicos das Especialidades Clínicas e 48% das outras especialidades passaram a utilizar a teleorientação após a pandemia (*tabela 41*).

Tabela 41. Utilização de teleorientação – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	89	32,72	113	31,22	56	32,18	7	19,44	15	30	280	31,32
Não utilizo	48	17,65	83	22,93	30	17,24	18	50	11	22	190	21,25
Passei a utilizar	135	49,63	166	45,86	88	50,57	11	30,56	24	48	424	47,43
Total	272	100	362	100	174	100	36	100	50	100	894	100

Fonte: Girardi SN¹.

O telemonitoramento passou a ser utilizado por 46% das Especialidades da Atenção Primária e por 40% dos médicos do grupo de outras especialidades. Os que declaram não utilizar essa modalidade de telemedicina foram o maior grupo entre as Especialidades Clínicas (48%), Cirúrgicas (47,8%) e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica (67,57%) (*tabela 42*).

Tabela 42. Utilização de telemonitoramento – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	61	22,93	62	17,61	31	19,25	4	10,81	7	14,29	165	19,08
Não utilizo	82	30,83	169	48,01	77	47,83	25	67,57	22	44,9	375	43,35
Passei a utilizar	123	46,24	121	34,38	53	32,92	8	21,62	20	40,82	325	37,57
Total	266	100	352	100	161	100	37	100	49	100	865	100

Fonte: Girardi SN¹.

A teleconsultoria já era utilizada por 35% dos médicos dos grupos da Atenção Primária e de outras especialidades e passou a ser utilizada por 36% dos médicos do grupo da Atenção Primária

à Saúde (APS). Os que declaram não utilizar essa modalidade de telemedicina foram o maior grupo entre as Especialidades Clínicas (55,27%), Cirúrgicas (51,22%) e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica (59,46%) (*tabela 43*).

Tabela 43. Utilização de teleconsultoria – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	94	35,47	78	22,22	36	21,95	6	16,22	17	35,42	231	26,71
Não utilizo	75	28,3	194	55,27	84	51,22	22	59,46	18	37,5	393	45,43
Passei a utilizar	96	36,23	79	22,51	44	26,83	9	24,32	13	27,08	241	27,86
Total	265	100	351	100	164	100	37	100	48	100	865	100

Fonte: Girardi SN¹.

A teleinterconsulta já era utilizada por 50% dos médicos dos grupos da Atenção Primária e por 40% dos médicos do grupo de outras especialidades e passou a ser utilizada por 22% dos médicos dos grupos das Especialidades Cirúrgicas e de outras especialidades (*tabela 44*).

Tabela 44. Utilização de teleinterconsulta – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	129	49,62	123	35,14	63	37,95	10	29,41	20	40,82	345	40,16
Não utilizo	78	30	166	47,43	67	40,36	18	52,94	18	36,73	347	40,4
Passei a utilizar	53	20,38	61	17,43	36	21,69	6	17,65	11	22,45	167	19,44
Total	260	100	350	100	166	100	34	100	49	100	859	100

Fonte: Girardi SN¹.

O telediagnóstico já era utilizado por 32% dos médicos do grupo das Especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica e por 25% dos especialistas do grupo da Atenção Primária. Entre os que declararam que passaram a utilizar, os médicos da Atenção Primária representam o maior grupo (17,83%), e o grupo de Medicina Diagnóstica e Terapêutica, o menor (10,81%). Os que declaram não utilizar essa modalidade de telemedicina foram maioria em todos os grupos, sendo 56% da Atenção Primária, 69% das Especialidades Clínicas, 63,35% das Cirúrgicas, 57% das de Medicina Diagnóstica e Terapêutica (59,46%); e 65% das outras especialidades (*tabela 45*).

Tabela 45. Utilização de telediagnóstico – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	67	25,97	54	15,65	35	21,74	12	32,43	9	18,37	177	20,82
Não utilizo	145	56,2	238	68,99	102	63,35	21	56,76	32	65,31	538	63,29
Passei a utilizar	46	17,83	53	15,36	24	14,91	4	10,81	8	16,33	135	15,88
Total	258	100	345	100	161	100	37	100	49	100	850	100

Fonte: Girardi SN¹.

A telecirurgia era utilizada por apenas 1,3% do total de médicos e passou a ser utilizada por 2,5% dos respondentes. Mais de 90% de todos os grupos de especialidades declararam não utilizar essa modalidade de telemedicina (*tabela 46*).

Tabela 46. Utilização de telecirurgia – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	8	3,09	1	0,29	1	0,62	0	0	1	2,13	11	1,3
Não utilizo	245	94,59	332	96,79	157	96,91	35	100	45	95,74	814	96,22
Passei a utilizar	6	2,32	10	2,92	4	2,47	0	0	1	2,13	21	2,48
Total	259	100	343	100	162	100	35	100	47	100	846	100

Fonte: Girardi SN¹.

A tele-educação, por sua vez, já era utilizada por 61% dos médicos do grupo da Atenção Primária e por 42% dos respondentes do de Medicina Diagnóstica e Terapêutica e passou a ser utilizada por 46% dos médicos das Especialidades Clínicas e por 43% dos médicos das Especialidades Cirúrgicas (*tabela 47*).

Tabela 47. Utilização de teleeducação – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já utilizava	155	61,75	111	32,27	45	28,66	16	42,11	24	48,98	351	41,84
Não utilizo	41	16,33	75	21,8	44	28,03	6	15,79	9	18,37	175	20,86
Passei a utilizar	55	21,91	158	45,93	68	43,31	16	42,11	16	32,65	313	37,31
Total	251	100	344	100	157	100	38	100	49	100	839	100

Fonte: Girardi SN¹.

A telemedicina era mais comumente utilizada pelos médicos em geral nos consultórios próprios e nos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Quase metade dos médicos do grupo da Atenção Primária utilizava a telemedicina em serviços públicos. Já

os médicos das Especialidades Clínicas utilizavam mais o recurso nos consultórios próprios, 42,6% e 38,5% respectivamente (*tabela 48*).

Tabela 48. Tipos de utilização de telemedicina – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utiliza em serviços públicos de saúde do SUS	190	49,87	71	11,58	32	10,70	12	21,43	17	18,09	322	22,31
Utiliza em serviços vinculados a planos de saúde/seguradora de saúde	43	11,29	111	18,11	58	19,40	7	12,50	14	14,89	233	16,15
Utiliza como credenciado/contratado de estabelecimento privado de saúde	19	4,99	48	7,83	26	8,70	12	21,43	12	12,77	117	8,11
Utiliza como credenciado/contratado de empresa especializada em telemedicina	9	2,36	7	1,14	6	2,01	5	8,93	1	1,06	28	1,94
Utiliza no consultório próprio	50	13,12	261	42,58	115	38,46	13	23,21	25	26,60	464	32,16
Utiliza nos atendimentos realizados da sua casa	64	16,80	110	17,94	58	19,40	4	7,14	22	23,40	258	17,88
Outro	6	1,57	5	0,82	4	1,34	3	5,36	3	3,19	21	1,46
Total	381	100	613	100	299	100	56	100	94	100,00	1443	100

Fonte: Girardi SN¹.

Mais da metade dos médicos disse não receber nenhum adicional referente aos atendimentos por telemedicina, percentual que chega a 80% no grupo da Atenção Primária. Entre aqueles que recebiam pelo serviço, 47% das Especialidades Cirúrgicas e 43% das Especialidades Clínicas declararam receber por unidade de serviço ou produção (consulta, monitoração, exame etc.) (*tabela 49*).

Tabela 49. Remuneração pelo atendimento por telemedicina – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Recebo um adicional fixo no meu salário	6	2,17	6	1,52	0	0,00	0	0,00	1	1,69	13	1,36
Recebo um adicional variável no meu salário	1	0,36	11	2,79	3	1,63	0	0,00	1	1,69	16	1,68
Recebe por unidade de serviço ou produção (consulta, monitoração, exame etc.)	33	11,91	170	43,15	87	47,28	15	37,50	14	23,73	319	33,44
Recebo por conjunto de serviço ou produção (consulta, monitoração, exame etc.)	13	4,69	34	8,63	8	4,35	5	12,50	7	11,86	67	7,02
Não recebo nenhum adicional	221	79,78	171	43,40	83	45,11	20	50,00	35	59,32	530	55,56
Outro	3	1,08	2	0,51	3	1,63	0	0,00	1	1,69	9	0,94
Total	277	100	394	100	184	100	40	100	59	100	954	100

Fonte: Girardi SN¹.

A maioria absoluta dos médicos de todos os grupos de especialidades acredita que o uso da telemedicina amplia o acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, a opinião majoritária em todos os grupos é que o recurso reduz a qualidade e a segurança do atendimento (*tabelas 50 a 52*).

Tabela 50. Opinião sobre o impacto da telemedicina no 'acesso' aos serviços de saúde – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amplia	379	78,63	536	72,93	328	66,4	89	74,17	79	74,53	1.411	73
Não altera	75	15,56	119	16,19	98	19,84	19	15,83	14	13,21	325	16,78
Reduz	28	5,81	80	10,88	68	13,77	12	10	13	12,26	201	10,38
Total	482	100	735	100	494	100	120	100	106	100	1.937	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 51. Opinião sobre o impacto da telemedicina na 'qualidade' do atendimento – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amplia	153	32,21	86	11,76	54	11,11	17	14,29	17	16,67	327	17
Não altera	139	29,26	147	20,11	101	20,78	35	29,41	27	26,47	449	23,47
Reduz	183	38,53	498	68,13	331	68,11	67	56,3	58	56,86	1137	59,44
Total	475	100	731	100	486	100	119	100	102	100	1.913	100

Fonte: Girardi SN¹.

Tabela 52. Opinião sobre o impacto da telemedicina na 'segurança' do atendimento – total e por grupo de especialidades segundo a especialidade principal

	Atenção Primária		Especialidades Clínicas		Especialidades Cirúrgicas		Medicina Diagnóstica e Terapêutica		Outras especialidades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amplia	145	30,59	81	11,16	50	10,22	20	16,81	22	21,36	318	17
Não altera	136	28,69	169	23,28	130	26,58	31	26,05	28	27,18	494	25,85
Reduz	193	40,72	476	65,56	309	63,19	68	57,14	53	51,46	1099	57,51
Total	474	100	726	100	489	100	119	100	103	100	1.911	100

Fonte: Girardi SN¹.

Considerações finais

Apesar das dificuldades ocasionadas pela ausência de *mailings* específicos de médicos especialistas e por todas as mudanças cotidianas impostas pela pandemia de Covid-19, a pesquisa conseguiu ouvir um número significativo de profissionais médicos que atuam na assistência em todo o País, sendo em maior quantidade os médicos das Especialidades Clínicas e das Especialidades da Atenção Primária. Houve uma distribuição equitativa de respondentes do sexo feminino e masculino; e, com relação à idade, prevaleceram médicos entre 30 e 59 anos de idade.

Mais da metade dos respondentes residia na região Sudeste, como também é maioria na pesquisa aqueles que se formaram nessa região – tanto na graduação como na pós-graduação. Esses dados refletem a concentração regional do exercício da Medicina, seja no âmbito da formação, seja na atuação no mercado.

A Residência Médica é a principal modalidade de acesso às Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica. Já para os médicos da Atenção Primária, o acesso foi feito igualmente pela Residência e Cursos de Especialização. Quando perguntados sobre a razão pela escolha da especialidade, a vocação é o principal fator considerado.

A maior parte dos respondentes possuía mais de um vínculo de trabalho. Os vínculos autônomos PF e PJ foram os mais observados, sendo estes últimos responsáveis pela maior parcela dos rendimentos dos médicos nas suas especialidades principais. Os rendimentos recebidos com a especialidade principal são responsáveis por mais da metade dos rendimentos da maioria dos respondentes que atuam em mais de uma especialidade, e a principal forma de remuneração é o salário fixo baseado em tempo/carga horária contratada.

O impacto da pandemia de Covid-19 foi sentido de diferentes formas em todos os grupos de especialidades. Com as recomendações de quarentena/isolamento social, a suspensão/adiamento de procedimentos eletivos e a diminuição do movimento nos consultórios foram os impactos mais sentidos pelos grupos de Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e de Medicina Diagnóstica e Terapêutica. Como consequência, houve redução da renda para 80% dos médicos das Especialidades Cirúrgicas e para 65% das Especialidades Clínicas. O deslocamento de suas atividades para o atendimento de casos de Covid-19 também foi um impacto significativo para todos os grupos de especialidades.

Ainda como impacto da pandemia, o uso da telemedicina, em suas várias formas, passou a ser empregado pela maioria dos profissionais, principalmente pelas Especialidades Clínicas e pelo grupo da Atenção Primária. Entretanto, mais da metade dos médicos declarou não receber pelos atendimentos prestados nessa modalidade.

Referências

1. Girardi SN, coordenador. Survey online sobre Formação, Exercício e Alocação de Médicos Especialistas no Brasil. Relatório de Pesquisa 2021. Belo Horizonte: EPSM; NESCON; FM; UFMG; 2021.

Ana Carolina Maciel de Assis Chagas (autora)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

anamacielchagas@yahoo.com.br

<https://orcid.org/0000-0002-9867-6951>

Ana Cristina de Sousa van Stralen (autora)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

anastralen@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4751-7595>

Celia Regina Pierantoni (autora)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

cpierantoni@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7481-6350>

Cristiana Leite Carvalho (autora/organizadora)

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

cristianalcarvalho@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1045-2759>

Jackson Freire Araujo (autor)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

jackson@nescon.medicina.ufmg.br

<https://orcid.org/0000-0003-0482-6005>

Joana Natalia Cella (autora)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

joana.nc@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6856-5935>

Lêda Zorayde de Oliveira (organizadora)

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

leda.zorayde@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8546-5146>

Lucas Wan Der Maas (autor)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

lucas@nescon.medicina.ufmg.br

<https://orcid.org/0000-0002-5759-5039>

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas (organizador)

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Observatório de Recursos Humanos em Saúde – São Paulo (SP), Brasil.

seixaspaulo@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8382-2872>

Sabado Nicolau Girardi (autor/organizador)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

sabadogirardi@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0817-0533>

Samuel Araujo Gomes da Silva (autor)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM); Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Belo Horizonte (MG), Brasil.

samaraujogo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6382-2448>

Valéria Morgana Penzin Goulart (organizadora)

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

valeria.morgana@fiotec.fiocruz.br

<https://orcid.org/0000-0003-2180-6014>

Este livro foi composto em Noto Serif/Noto Sans
e impresso em papel couché matte 90gr./m² na JSholna.
Rio de Janeiro, Brasil, em Novembro 2022



A especialização médica ocupa hoje um papel crucial na medicina ocidental, sendo o componente mais saliente da maior parte dos sistemas de saúde contemporâneos. Na atualidade, para usar as palavras de George Weisz, na sua obra clássica 'Divide and Conquer' (2006), a especialização médica constitui um fato da vida em todas as nações do Ocidente. Todos os sistemas de saúde do mundo dependem, em maior ou menor grau, das especialidades médicas e têm que lidar com o contínuo surgimento de novas especialidades e subespecialidades, e com os problemas decorrentes da espiral dos custos, dos problemas de qualidade e segurança derivados da especialização demasiada e dos excessos da especialização, em um cenário de crescente prevalência de comorbidades e agravos à saúde. Uma boa gestão do processo de especialização é central para os governos manterem seus sistemas de saúde em níveis financeiramente sustentáveis e, ao mesmo tempo, terem suas populações razoavelmente satisfeitas e bem assistidas.

Celia Regina Pierantoni