

Estudo sobre Formação, Exercício e Alocação de Médicos
Especialistas no Brasil – Etapa II

**RESULTADOS DAS ATIVIDADES DE CAMPO SÃO
PAULO**

Relatório final

Elaboração:



Agosto de 2021

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Projeto: Rede Colaborativa para Produção de Subsídios para Formação e Alocação de Especialistas no Brasil - ETAPA II

Financiamento: Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Coordenação: Valéria Morgana Penzin Goulart

Referência no projeto:

META 2 – Dimensionamento da oferta atual da Força de Trabalho de Especialidades Médicas

ATIVIDADE 2.5 – Desenvolver Estudo sobre Circulação e Migração de Médicos das Especialidades Médicas Prioritárias

E

META 3 - Elaborar e validar parâmetros e indicadores para dimensionamento da necessidade de especialistas –

Atividade 3.7. Estudo da relação dos serviços públicos e privados e sua influência na oferta/dimensionamento dos médicos especialistas, por área de especialidades médicas prioritárias

Elaboração do relatório:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Estado de São Paulo/OBSERVARHSP

Equipe de Pesquisadores

Alba Cantanhede França
Ana Cecília Venci Bueno
Joana Azevedo da Silva
Patrícia Martins Montanari
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas (Coordenador)
Silvia Regina Bertolini

Sumário

Apresentação	5
1. Metodologia.....	7
2. Sociedades de Especialistas e Associações Médicas	9
3. Graduação e Formação de Médicos Especialistas	40
3.1. Campo São Paulo	40
3.2. A experiência da Universidade Federal do Vale de São Francisco	54
4. Gestores Públicos, Dirigentes de Serviços de Saúde e de Entidades Parceiras.....	59
4.1. Gestão Pública Município de São Paulo	59
4.2. Gestão Pública Belo Horizonte	83
4.3. Gestão Privada.....	89
5. Médicos Especialistas	97
5.1. Movimentação – Circularidade	97
5.2. Trajetórias Profissionais	102
5.3. Impactos da pandemia	136
6. Considerações Finais	143
Anexos.....	151
Anexo 1 – Roteiros de Entrevistas por Segmento	151
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	156
Anexo 3 – Relação das Entrevistas Realizadas por Segmento	158
Anexo 4 - Tabelas.....	159
Referências	165

Índice de Tabelas

Tabela 01 – Instituições de Graduação de Medicina, Categoria Administrativa, Vagas Autorizadas, Início de Funcionamento e Data da Criação. MSP	40
Tabela 02 – Estabelecimentos com atividades de Ensino e Pesquisa segundo Esfera Jurídica. MSP, Dez/2019	41
Tabela 03 – Postos Ocupados de Médico por serviços que desenvolvem Ensino e Pesquisa e Atendimento ao SUS. MSP, Dez de 2019.	41
Quadro 01 – Características das COREMEs Entrevistadas (2019)	42
Tabela 04 – Origem da Graduação de Emigração para Especialidades/Área de Atuação	48
Tabela 05 – Indicadores de Migração 1ª RM - Campo São Paulo	51
Tabela 06 – Indicadores de Migração 2ª RM e Especialização - Campo São Paulo	52
Tabela 11 – Número de Estabelecimentos de Saúde segundo Esfera Jurídica. MSP, Dez/2019	60
Tabela 12 – Tipos de Estabelecimentos segundo Esfera Jurídica. MSP, Dez/2019	61
Tabela 13 – Internações, AIH Aprovadas, Valor Total segundo Esfera Jurídica. MSP, Ano 2019.	62
Tabela 14 – Internações segundo Complexidade e Esfera Jurídica. MSP, Ano de 2019.	63
Tabela 15 – Produção Ambulatorial segundo Grupo de Procedimentos. MSP, Ano de 2019.	63
Tabela 16 – Produção Ambulatorial Aprovada segundo Complexidade e Esfera Jurídica. MSP, Ano de 2019.	64
Tabela 17 – Postos Ocupados de Médico segundo Esfera Jurídica e Atende SUS ou Não. MSP, Dez de 2019.	65
Tabela 18 – Tipos de Vínculos de Médicos segundo Natureza Jurídica do Estabelecimento de Saúde. MSP, Dez de 2019.	67
Tabela 19 – Tipos de Vínculos do Estabelecimento de Médicos segundo Órgãos Públicos dos Poderes Executivos Municipal e Estadual . MSP, Dez de 2019.	69
Tabela 20 – Tipos de Vínculos do Empregador segundo Órgãos Públicos dos Poderes Executivos Municipal e Estadual. MSP, Dez de 2019.	69
Tabela 21 – Quantidade de Vínculos Ativos de Médicos por Tempo de Atividade e Vínculo Funcional. SMS-São Paulo, Agosto de 2020.	70
Tabela 23 – Postos de Trabalho Ocupados segundo Complexos Assistenciais e SUS e Não SUS. MSP. Dez 2019	71
Tabela 24 – Tipos de Vínculos Empregatícios de Médicos dos Órgãos Públicos do Poder Executivo Municipal. Belo Horizonte/MG, nov/2020.	84
Tabela 25 – Número de Vínculos dos Entrevistados Campo São Paulo	98
Tabela 26 – Tipos de Contratos dos Entrevistados Campo São Paulo	98
Tabela 27 - Circulante, Não Circulante segundo Sexo.	99
Tabela 28 – Distribuição da Circularidade segundo Serviços SUS e Não SUS	99
Tabela 29 - Entrevistados, Serviços de Saúde e Média de Vínculos segundo Condição de Circulação	99
Tabela 30 - Circulante, Não Circulante segundo Especialidade de Atuação.	100
Tabela 31- Indicadores de Migração segundo Condição de Circularidade	101
Tabela 07 – População e Taxa de Crescimento segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS). Município de São Paulo, 2000 – 2010.	159
Tabela 08 - Densidade Demográfica (habitante/hectare*) segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS). Município de São Paulo, 2000 - 2010	160
Tabela 09 – Índice de Envelhecimento por Subprefeitura. Município de São Paulo, 2010, 2015 e 2019.	161
Tabela 10 – IDHM por Subprefeitura. Município de São Paulo. 2000, 2010.	162
Tabela 22 – Postos de Trabalho Ocupados segundo Especialidades Médicas e Atende ao SUS ou Não. MSP. Dez/2019.	163

Apresentação

Este Relatório refere-se aos Resultados das Atividades de Campo previstas nas Metas 2 – Dimensionamento da oferta atual da Força de Trabalho de Especialidades Médicas, correspondendo à **Atividade 2.5** – Desenvolver estudos sobre circulação e migração de médicos das especialidades médicas prioritárias, e 3 - Elaborar e validar parâmetros e indicadores para dimensionamento da necessidade de especialistas da **Atividade 3.7**. – Estudo da relação dos serviços públicos e privados e sua influência na oferta/dimensionamento dos médicos especialistas, por área de especialidades médicas prioritárias do Projeto “Rede Colaborativa para Produção de Subsídios para Formação e Alocação de Especialistas no Brasil - ETAPA II”

As atividades de campo tiveram por objetivos: 1) caracterizar os arranjos organizacionais dos mercados de trabalho e serviços médicos especializados, da relação dos serviços com as redes assistenciais, da importância regional e ou nacional da localidade, dos fluxos de mobilidade da força de trabalho e carências assistenciais e, 2) oferecer insumos por meio das experiências pessoais dos entrevistados que atuam no mercado de trabalho no tempo presente e relacioná-los com os dados quantitativos, ampliando a abrangência da análise.

Inicialmente, foram concebidos quatro campos, a saber: Sociedades de Especialistas, campo São Paulo, PEBA e Ouro Verde, para desenvolvimento das atividades que consistiram em entrevistas em profundidade com roteiros semi-estruturados, contemplando os eixos do estudo. A partir de março de 2020, com as restrições às atividades presenciais impostas pela pandemia COVID-19, houve prejuízo na realização das atividades, mesmo com a adoção das entrevistas em formato remoto; nesse cenário, conseguiu-se concluir o Campo São Paulo, com entrevistas de todos os segmentos previstos. As entrevistas realizadas de outros campos também foram utilizadas para complementações dos eixos do estudo destacando eventuais diferenciações.

Esse relatório está estruturado nos seguintes capítulos:

1. Metodologia que trata dos aspectos procedimentais da realização das atividades de campo e do tratamento de análise de conteúdo das entrevistas;
2. Sociedades de Especialistas e Associações Médicas, entrevistadas, focando nos aspectos da formação especializada e do exercício profissional das especialidades médicas em estudo e em algumas instâncias oficiais que regulamentam a organização dos processos de trabalho e definem os escopos de práticas, destacando: as diretrizes das áreas, campos de atuação, tendências das especialidades e visões sobre mercado de trabalho médico.
3. Graduação e Formação de Médicos Especialistas, abordando questões de formação de especialistas com ênfase na Residência Médica e Movimentação – Migração, a partir das narrativas das COREMEs, percepções de gestores e profissionais médicos, destacando o contexto formativo de São Paulo e a experiência da Universidade Federal do Vale de São Francisco;
4. Gestores Públicos, Dirigentes de Serviços de Saúde e de Entidades Parceiras do setor público com ênfase nos arranjos institucionais típicos para a prestação dos serviços especializados, tipos de contratos, formas de remuneração, dificuldades de provimento e fixação de profissionais. O Capítulo está organizado em três seções: Gestão Pública –

Município de São Paulo (MSP); Gestão Pública – Belo Horizonte e Gestão Privada, que refere-se a serviços hospitalares privados tanto de MSP como de Belo Horizonte.

5. Profissionais Médicos – focando as trajetórias desde a graduação, formação especializada e atuação profissional, com ênfase na Movimentação – Circularidade, e Aspectos da Pandemia COVID-19.
6. Considerações Finais apresenta alinhamento das perspectivas dos agentes abordados nos capítulos anteriores.

1. Metodologia

Para o cumprimento dos objetivos das atividades de campo, os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas presenciais e virtuais, guiadas por roteiros semiestruturados elaborados especificamente para cada segmento abordado: médicos especialistas, gestores, responsáveis por programas de residências médicas e representantes de sociedades e associações médicas, contemplando os eixos e as variáveis para análise dos diversos atores do estudo.

Os roteiros foram desenvolvidos em conjunto com o NESCON. O roteiro aplicado aos profissionais médicos incluiu blocos temáticos e abordou variáveis relacionadas aos dados pessoais e profissionais; trajetória profissional/movimentações; vínculos empregatícios/remuneração; motivações e estratégias para atuação na região; protocolos e atualizações. Aos gestores, além dos dados pessoais, o roteiro foi direcionado aos problemas e estratégias para atração de profissionais, dificuldades de captação de especialistas e formas de contratação utilizadas/preferidas. Aos dirigentes das associações de especialistas e representantes das corporações médicas, procurou-se saber quais as exigências para a prática das especialidades, quais as maiores dificuldades em contratar especialistas, qual a relação das corporações com o SUS, entre outras questões pertinentes. Os roteiros semiestruturados por segmento estão descritos no Anexo 1 – Roteiros de Entrevistas por Segmento. Há que destacar que com a Pandemia de COVID-19 foram acrescentados itens de Telemedicina e Impactos da Pandemia nas organizações e/ou na prática profissional, para as entrevistas realizadas nesse período.

A escolha dos entrevistados para aplicação do roteiro ocorreu através de amostra por conveniência. Gestores e representantes de Associações e Sociedades de especialidades médicas foram diretamente contatados por telefone em seus ambientes de trabalho. De maneira complementar, foi utilizada a técnica conhecida como *snowball sampling* (bola de neve), que consiste em uma amostra de entrevistados formada a partir de indicações feitas por outros entrevistados, levando-se em conta critérios definidos pelos pesquisadores.

O agendamento e o local para entrevista foram combinados com as disponibilidades dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas nos serviços de atuação dos profissionais e duraram, em média, 1h30 min. Foram registradas em áudio, mediante autorização dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando não autorizada gravação, o que ocorreu em raras situações, anotações foram feitas com o conteúdo das falas, com autorização do entrevistado. Passaram pelo processo de transcrição.

Algumas entrevistas foram realizadas remotamente, com a observância dos procedimentos quanto ao TCLE, gravação e transcrição. O google meet foi utilizado como ferramenta virtual para as entrevistas.

As entrevistas ocorreram de maio de 2019 à fevereiro de 2021, algumas realizadas em conjunto com a equipe do NESCON, a relação das entrevistas por segmento encontra-se no Anexo 3 – Relação de Entrevistas por Segmento

O trabalho seguinte foi realização de sùmulas das entrevistas, uma a uma, com base nas questões propostas nos roteiros, para que fosse feita uma pré-análise das entrevistas e a exploração das mesmas, propiciando a criação de unidades de análise face aos objetivos propostos. A partir dessa sistematização, foram criadas categorias de análise, e procedeu-se ao tratamento e à interpretação dos resultados, mediante Análise de Conteúdo.

Minayo (2003, p. 74) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto (...) o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente).

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: 1) pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Pode ser identificada como uma fase de organização; 2) na segunda fase, ou *fase de exploração do material*, são escolhidas as unidades de codificação; 3) a terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada *tratamento dos resultados*; fase de inferência e interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos.

Para a realização desse processo, o material produzido por meio das entrevistas e sùmulas foi organizado em Banco de Dados do programa computacional MaxQDA. As unidades de codificação baseadas nas questões centrais presentes nos roteiros de entrevistas e sùmulas foram as mesmas aplicadas na organização do material no programa e, por meio delas foi possível realizar as primeiras análises qualitativas, a partir da seleção das narrativas dos próprios entrevistados. Também foram feitas análises quantitativas sobre esse material previamente validado.

Para a caracterização do campo do município de São Paulo foram utilizados dados do CNES-Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, dos módulos “Estabelecimentos de Saúde”, Profissionais (cpf único) e Ocupações, referentes ao mês de dezembro de 2019. Também foram utilizados dados da força de trabalho e vínculos disponíveis on-line na página da Secretaria Municipal de Saúde, bem como informações do e-mec sobre instituições de ensino superior em medicina.

A partir do ano 2000 o Ministério da Saúde tornou obrigatório o cadastro de todo e qualquer tipo de estabelecimento com atuação na assistência à saúde. O CNES é utilizado também para compatibilizar a produção assistencial do SUS com a capacidade instalada e operacional do estabelecimento. Devido a isso os dados do CNES sobre os estabelecimentos privados, número de profissionais e ocupações podem estar incompletos, ou subnotificados.

2. Sociedades de Especialistas e Associações Médicas

As Sociedades de Especialistas Médicos consolidam os mecanismos para credenciamento e habilitação dos especialistas para além do sistema de Residência Médica. Como se estruturam e distribuem as diversas Sociedades de Especialistas? De que mecanismos se utilizam para se legitimarem diante de seus associados, ou da sociedade em geral? De que forma controlam ou regulam a qualidade da prática e as condições de prática de seus associados e em que abrangência isto se dá? Esses são alguns questionamentos que vêm sendo feitos pelos pesquisadores do campo de recursos humanos em saúde, particularmente, aqueles que estudam a formação e o trabalho médicos e, que de acordo com a dinâmica desses processos formativos e de mercado, carecem sempre de atualizações (SCHEFFER, 2018; NESCON, 2009; SEIXAS, 1999)

Nesse estudo investigou-se as formas de organização e os discursos e debates conduzidos pelas Sociedades de Especialistas na atualidade, por meio de suas manifestações formais – sites, congressos, documentos e publicações disponibilizadas. A abordagem qualitativa focou, portanto, nos aspectos da formação especializada e do exercício profissional das especialidades médicas em estudo e em algumas instâncias oficiais que regulamentam a organização dos processos de trabalho e definem os escopos de práticas, destacando:

- a) A análise das diretrizes das áreas – Neste tópico destaca-se o papel e atuação das Sociedades médicas, das parcerias institucionais, formalizadas e/ou em vias de formalização; das atividades assistenciais, políticas e científicas conduzidas e coordenadas por elas; as agendas atuais das sociedades, de forma geral e específicas, quando houver diferencial.
- b) Os conhecimentos produzidos – Modalidades de formação especializada, preferências, formas de ingresso, número de vagas/demanda, dimensionamento: geral e específico; mudanças curriculares – habilidades e competências e o reflexo/expressão dos avanços científicos na formação especializada.
- c) Novos campos de atuação - expectativas dos profissionais.
- d) Tendências das especialidades – tecnologias, avanços técnico-científicos; telemedicina – antes e com a Covid – atuação das Sociedades no enfrentamento da Covid e respaldo profissional aos especialistas.
- e) Visões sobre o mercado de trabalho médico e a adesão ou não ao SUS e as relações entre as especialidades na Atenção Básica (AB).

As Sociedades de Especialistas que responderam à nossa solicitação de entrevista foram: a Associação Brasileira de Medicina (AMB), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (SBEM), a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Formação especializada

O caminho ideal para a formação especializada é a Residência Médica (RM) e todos os entrevistados reafirmaram essa concepção, expressando, contudo, as especificidades de suas áreas de especialidade e campos de atuação. Tais especificidades repercutem na formação especializada, que tem pautado as revisões curriculares e as discussões das Sociedades de Especialistas nos últimos anos.

De acordo com o representante da SBACV, para o ingresso na área de cirurgia vascular é necessário que o profissional tenha noção de cirurgia geral – são dois anos de cirurgia geral e mais dois anos de cirurgia vascular. Nesse período ele aprende sobre a propedêutica das doenças arteriais venosas e linfáticas, as más formações vasculares, o trauma vascular e a fazer o diagnóstico desses problemas, além de interpretar e indicar exames diagnósticos.

De acordo com a opinião de um dos entrevistados, não há como ser um bom cirurgião, sem saber bem a fisiopatologia, se não souber bem angiologia. Deve investigar bem o caso para conduzi-lo bem; se cirurgia é a melhor solução, qual a melhor técnica para operar, qual será o segmento e o prognóstico do paciente.

“Por exemplo: cirurgia vascular; são dois anos no geral e dois anos de vascular. Então essa pessoa que não fez nem um nem outro oficial, ele pode ter feito um estágio, mas não oficial reconhecido, ele pode prestar a prova de título, ele tem que ter o dobro, ele tem que ter oito anos de formado e comprovar que ele exerce a profissão para ele pleitear para participar a prova” (Representantes da SBACV, 2019).

Um dos entrevistados informa que, dentre as possibilidades (residência, especialização ou estágio), a procura pela residência médica é maior e que a Associação Médica Brasileira (AMB) e as Sociedades estimulam aqueles que têm residência médica a prestar a prova de título. O profissional depende desse título para ascender nas categorias que existem dentro das sociedades, ou seja, para se tornar um membro efetivo é necessário ter título de especialista emitido pela AMB.

O mercado de trabalho, conta um dos entrevistados, tem exigido não só o título de especialista através de residência, mas o título de especialista para praticamente todas as especialidades. Sendo assim, os residentes também têm feito prova de título.

O debate ou tensão entre uma formação geral e uma formação especializada na medicina, segundo alguns entrevistados, está no fato de que a formação graduada vem perdendo carga horária e com isso – e por isso – esta formação já tem sido especializada demais e os novos médicos, ao se formarem, não têm competências gerais para atendimentos básicos e encaminhamentos adequados nos plantões que fazem e/ou farão, desde o início e no decorrer de sua vida profissional.

Nesse sentido, observa-se mudança no perfil de médicos que procuram a titulação em MFC. Antes era o generalista que não fez nenhuma especialidade e foi trabalhar na atenção primária; tinha anos de trabalho, estudava e fazia a prova de título. Hoje, além de ter essas características, tem aquelas pessoas que precisam da titulação para trabalhar na saúde suplementar, às vezes já tendo outra especialidade. Então precisam do título, porque o mercado está precisando e exigindo, sem, entretanto, noção do que é MFC.

“Tem ex Residentes, e tem aqueles que com ou sem RM são médicos de família “natos” e que resolveram fazer a titulação por identificação com a especialidade. Mas o principalmente ainda é o que já está algum tempo trabalhando e não tem especialidade e os egressos da RM” (Representante da SBMFC, 2020).

A SBMFC lançou, em 2015, um documento intitulado Currículo Baseado em Competências¹, circunscrevendo o que espera da formação de um residente em MFC, para também servir de guia para avaliações institucionais: se o currículo está compatível, carga horária, se a unidade está preparada, se o número de Residentes está compatível com número de preceptores: “não é bom 10 RM para 1 preceptor e em algumas RM isso acontece”.

“Vamos dizer que você trabalhou 4 anos como clínico, você faz essa especialização, que tem que ter a mesma carga horária de uma residência, e aí você está apto também a prestar a prova de título da Sociedade Médica. Hoje em dia, o recomendado é o trajeto da residência, que a gente acredita que permite uma formação mais completa do profissional, mas nós não temos vagas de residência suficientes hoje no Brasil. Então nós estamos vendo cada vez um número maior de médicos procurarem especializações. Hoje tem especializações que são reconhecidas pela Sociedade, porque tem a mesma carga horária de uma residência, e o grande motivo de discussão é que estão abrindo diversas especializações de final de semana, uma carga horária inadequada, uma prática inadequada e existem pessoas que estão indo para esse caminho, e esse caminho não habilita para pessoa se dizer especialista nem para fazer a prova de título. Então, estamos ficando assustados porque tem se transformado em um comércio, uma indústria, a criação de especializações, principalmente essas de final de semana” (Representante da SBEM, 2020).

Outro dado sobre a formação especializada, é que tem médicos com mais ou menos habilidades para fazer determinados procedimentos e a educação continuada é um fator importante para melhorar a capacidade resolutiva do médico.

Na Endocrinologia e Metabologia (EM) faz-se 2 anos de RM em clínica médica e depois 2 anos de residência em EM. Cumprindo esses 4 anos de formação, já pode-se dizer especialista em EM. A segunda maneira é via especialização em EM, para a qual, hoje, é obrigatório que se tenha previamente, pelo menos 2 anos de formação em clínica médica ou 4 anos de prática em clínica médica.

Hoje existem 17 cursos de especialização reconhecidos pela SBEM, que preenchem aqueles critérios.

“A Sociedade não pode proibir esses cursos, mas a gente também não tem como atestar pela qualidade deles. Nós sabemos que tem cursos puramente com o objetivo financeiro, com péssima qualidade. A própria Sociedade hoje tem um chamado curso de endocrinologia e metabologia baseado em evidências, é um curso feito por 40 aulas e todas essas aulas são baseadas em resolução de questões de prova; não é um curso específico para a prova de título, mas é um curso que foi criado com o objetivo tanto de ajudar na formação do endocrinologista quanto de ajudar na preparação para a prova e principalmente para aquele endócrino que já fez a prova, para uma atualização de conhecimentos. A própria Sbem hoje tem uma plataforma de educação continuada online que pode ajudar na formação, na preparação e na atualização dos endocrinologistas do Brasil” (Representante da SBEM, 2020).

O entrevistado avalia, assim como os demais, que a escolha de mestrado e doutorado é feita por quem pretende seguir a carreira acadêmica. Se o objetivo for a carreira assistencial, acredita que não vale a pena tamanha dedicação. Refere não ter números que confirmem essas opções, mas entende que quem já está fazendo a residência em uma universidade pública tem mais chances de trilhar o caminho para o mestrado e o doutorado. A matriz da formação da RM da EM foi

¹ disponível no site: ([http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf))

revisada há cerca de 2 anos atrás e essa revisão partiu de uma tese de doutorado, na qual faz uma ampla revisão do currículo e da matriz de formação da endocrinologia; seus resultados serviram de base para a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) atualizar a matriz curricular da endocrinologia. Outro exemplo de mudança curricular e até mesmo de concepção de vida e de medicina é a discussão dos transgêneros.

“se você começasse a discutir transgêneros há 5 anos atrás, não se discutiria, tinha um tabu muito grande, poucas pessoas conheciam, e hoje tem dentro da sociedade médica, é um assunto de extrema relevância dentro da sociedade como um todo, mas ainda não está incorporado dentro de uma matriz curricular. Nós temos hoje comissões discutindo isso, ainda restrito aos grandes centros. É um tema que mostra como existe uma necessidade óbvia de reformular e ampliar uma discussão em cima desse tema. Eu estou falando de um tema que cresceu muito nos últimos anos e que há 2 anos, talvez quando a matriz foi refeita, a gente ainda não tinha essa discussão” (Representante da SBEM, 2020).

Na Oftalmologia, por sua vez, atualmente existem 101 [Cursos de Especialização](#) credenciados pelo Colégio Brasileiro de Oftalmologia (CBO), condição obtida após o cumprimento de várias exigências em termos de titulação dos professores, carga horária e condições de ensino. É comum também o indivíduo acabar a residência e fazer um fellow, uma pós de especialização. Mas a maioria dos grandes serviços exige o título de especialista pelo CBO como um pré-requisito. Entretanto, existem muitos cursos de especialização credenciados pelo Ministério da Educação (MEC) que o CBO não reconhece, na medida em que não cumprem aquelas exigências.

“Não são todos os indivíduos que têm interesse de ser especialistas, mas hoje até alguns convênios exigem (...) as pessoas que prestaram a prova, praticamente 400 é curso credenciado e 200 é MEC, que não é credenciado, praticamente 50% dos dados dos dois últimos anos. 196, 197, por aí. (...) Em termos da importância de ter o título do colégio para os oftalmo, acho que a diferença da formação é acachapante. E o resultado da prova mostra 80% de aprovação. E a estrutura dos serviços também e a formação dos alunos, é realmente muito diferente” (Representante do CBO, 2020).

Anteriormente, podia haver residência e curso de especialização no mesmo serviço. Ainda existe essa situação; foi uma mudança de Regimento que não pode ser retroativa. Embora o MEC reconheça cursos de 360 horas como curso de especialização, para o Conselho, esses não são considerados *latu sensu*. A entrevistada considera que existe, principalmente, com cunho comercial. Há muitas escolas, principalmente privadas, “que vendem, mas isso daí foge da nossa governabilidade”.

Sobre mudanças no desenho do curso ou da residência ao longo dos últimos anos, a entrevistada refere a utilização cada vez maior das plataformas digitais para educação permanente dos médicos e mesmo dos estudantes e recém-formados e avalia como positiva essas inserções, pois, inclusive o CBO tem condições e mecanismos de acompanhamento.

“Ultimamente a gente tem procurado oferecer muito conteúdo científico, através de meios digitais. Nós adquirimos uma plataforma nova de ensino (...) muito utilizada não só na área educacional, como na área gerencial, para transmissão de conhecimento, principalmente de algumas especialidades que a gente tem mais carência, por exemplo, neuro oftalmologia, visão subnormal, aquelas coisas que não são muito lucrativas e que em alguns serviços, muito longe do eixo Rio- São Paulo, você tem dificuldade (...) são plataformas que a gente tem condição de monitorar. E entra muito profissional, você vê a hora que o indivíduo entrou, a hora que ele saiu, quantos ele clicou, o que deixou de clicar, o que ele avaliou, quanto tempo ele ficou,

tudo! E eles estão fazendo uns cursos muito bacanas (...) isso é uma coisa que eu acho que vai cada vez andar mais” (Representante do CBO, 2020).

Segundo a entrevistada, o oftalmologista tem tanto habilidades clínicas como cirúrgicas. A oftalmologia é uma especialidade eminentemente clínica, “embora os residentes só pensem em operar catarata”. As boas residências oferecem uma boa formação em oftalmologia geral. Nos fellows tem a especialização, mas se o médico tem três anos de residência, como é a maioria das residências, tem toda condição de fazer oftalmologia geral.

Os programas de Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem (RDI), por sua vez, possuem 3 anos e a maioria faz um quarto ano de aprofundamento. O quarto ano, R4, seria como um fellow, para a especialização em ressonância, em neurorradiologia. Além da RM, nessa área existem os cursos de aperfeiçoamento, credenciados pelas universidades e os antigos estágios em clínicas e serviços privados, que se tornaram também cursos de aperfeiçoamento. Todas as instituições que oferecem formação para especialistas são credenciadas e avaliadas pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), que realiza vistoria nos serviços credenciados para formação de especialistas, bem como os classifica segundo os resultados de aplicação de prova de avaliação anual, para cada ano da RM, que é voluntária, para acompanhar o progresso da RM.

Segundo o entrevistado, na Radiologia é fundamental a continuidade da especialização. A busca por mestrado ou doutorado muitas vezes é direcionada à competitividade no mercado para acesso a planos de carreira em grandes corporações da área.

“Muita gente procura um mestrado... no Brasil, agora nós temos grandes grupos, o DASA e o Fleury. Nessas grandes corporações, eles fazem tipo um plano de carreiras, plano de cargos e salários. Então é o seguinte, se você fez só residência você tem o nível 1. Se você tem título, é nível 1, se tem mestrado ou doutorado já passa para o nível 2, se você publica, entendeu, dá pra palestra, já vai para o nível 3. Então, existe um estímulo da pessoa se qualificar cada vez mais, participar de congresso, isso tudo pontua...a nossa especialidade, é fundamental a contínua especialização. Eu não posso ficar sem saber o que está acontecendo hoje” (Representante do CBR, 2020).

A especialização em RDI exige equipamentos, pacientes, corpo clínico, docentes e/ou profissionais disponibilizados e habilitados para ensinar, e gestão dos serviços. Então o investimento é bem alto o que se expressa nos custos desses cursos. Atualmente há recomendação que a formação na especialidade seja por sistemas, em cada equipamento, raios-X, ultrassom, tomografia e ressonância.

Outro aspecto importante abordado nessa entrevista foi o das diferenças regionais no cumprimento dos requisitos para essa formação, que inviabilizam a descentralização de vagas para os programas de RM, apontando que a maior dificuldade são profissionais disponíveis para o ensino. Há, também, uma preocupação da formação do especialista para a atuação em todas as áreas da radiologia e de todas as complexidades, tanto no serviço público como no privado. Essa preocupação se estende às condições do mercado de trabalho, aonde, geralmente, o médico radiologista mesmo com subespecialidade atua como geral.

“Outra coisa que a gente tem muita preocupação com o residente, de prepará-lo para qualquer cenário... o exame normal não quer dizer que seja um exame mal feito, mal pedido ou mal indicado. Veja bem, você chega com tosse, febre alta, mantida, eu faço um raios-X de tórax, eu posso pegar uma pneumonia, posso pegar uma tuberculose, eu posso pegar um câncer, mas pode ser normal, você pode estar só com uma virose.

Então o normal não quer dizer nada demais, entendeu? Por outro lado, eu acho muito importante o governo ter noção disso, e detalhe não é só equipamentos que o governo tem que pensar, tem que pensar na formação e na qualificação das pessoas, porque também não adianta você fazer um exame e não ter o laudo do exame: Mas todo médico tem que ver uma pneumonia” (Representante do CBR, 2020).

Comentou, ainda, sobre as dificuldades/limitações na gestão dos serviços públicos SUS devido a características de suas estruturas jurídico-administrativas, que exigem integração com outros serviços, privados, para a viabilidade técnica operacional da formação dos especialistas em radiologia como também para a realização de pesquisas.

“eu fui chefe do Serviço de Radiologia de um Hospital Universitário (...). Então 23 anos eu fui chefe de serviço público num lugar que não posso contratar ninguém, não posso demitir ninguém, não posso comprar nada, não posso vender nada, não posso premiar ninguém e não posso punir ninguém, é uma dificuldade! Por outro lado, eu sou coordenador de um centro de imagem desde 2000, serviço privado em que eu tenho tudo lá. E eu falo: Gente, isso aqui é uma maravilha (...), porque eu sei da dificuldade do serviço público. (...) sempre me preocupei é a integração, então, por exemplo, o tomógrafo do HU estava quebrado, eu levava os residentes para treinar lá no privado”. (Representante do CBR, 2020).

O título de especialista

Os títulos de especialistas são emitidos pelas Sociedades de Especialistas juntamente com a AMB, que é uma signatária. Esse título é concedido a quem tenha realizado a residência ou estágio em serviços reconhecidos pelas Sociedades. O certificado de especialidade é assinado conjuntamente pela Associação Médica Brasileira e a subárea. As residências oficiais em universidades emitem o que se chama de Certificado de especialista pela residência. Assim, o título de especialista é concedido pela AMB conjuntamente com as 55 sociedades de especialidades existentes atualmente.

A maior parte das pessoas que saem da residência de Nefrologia faz a prova de título, porque a prova de título ainda tem uma importância muito grande para quem pretende ser responsável técnico ou ocupar cargos associativos na Sociedade. Existe também uma parcela menor que são de especializandos, que querem alcançar a pontuação mínima e querem fazer a titulação. E pessoas que já tem muitos anos que atuam como Nefrologistas, não têm a formação e querem pleitear a prova de título, mas esse é um número reduzido, segundo o entrevistado.

“a maior parte dessas especializações são subserviços onde já tem residência médica, onde já tem toda a exigência mínima e aí eles abrem também vaga de especialização que precisa de dois anos de clínica médica e não é a bolsa ligada ao MEC, é uma bolsa ligada à especialização médica. E esse curso, obviamente, ele tem algumas exigências mínimas da Sociedade, mas geralmente são serviços com a própria residência médica. Igual, existem outras especialidades, esses cursos de finais de semana, isso aí não é chancelado pela Sociedade e no mercado de Nefrologia com o número de vagas ainda ineficientes não se faz necessário e é uma, é uma formação que não é bem vista pelos pares, pode dificultar o sucesso da pessoa na empreitada” (Representante da SBN, 2020).

Segundo o diretor da SPMFC, o processo de certificação de instituições para a Residência Médica é conduzido pela Comissão Estadual de Residência Médica (CERM), que segue o modelo da CNRM, cujos parâmetros e instrumentos são totalmente incompatíveis com o escopo de práticas da Medicina de Família e Comunidade (MFC), revelando desconhecimento da área,

o que também contribui negativamente para a escolha, difusão, aprimoramento, qualidade da formação especializada. Ou seja, é preciso que essas Comissões tenham médicos de família.

“Teoricamente quem faz a certificação é a CERM estadual, que segue modelo da CNRM, que é puramente hospitalocêntrica e incompatível, a ficha avaliativa da CNRM pergunta: quantos leitos de UTI tem? quantos centros cirúrgicos? que para a MFC é descabido saber quantos leitos de UTI tem unidade básica? Vai dar sempre zero” (Representante da SPMFC, 2020).

Reitera que a formação mais completa é a da residência, em todas as áreas, por conta da carga horária ser extensa e a imersão nos campos de práticas proporcionada: cerca de 2.800 horas contra as 360 horas dos cursos de especialização. Quando se faz estágios em serviços reconhecidos, pede-se o que se chama de equivalência da residência médica, porque isso depende de como é feito o edital de cada especialidade. São 3 processos diferentes.

De acordo com a representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a RM em sua área qualifica os serviços, mas não necessariamente o residente. Tem serviços sustentados totalmente pelas RM e se retirar os residentes os serviços fecham. Isso acontece não apenas no Brasil. Acredita ser necessário o redesenho dos programas de RM, em geral e, em particular, na MFC com foco na avaliação e no seguimento do egresso. Entende que apenas um serviço, que sedia a RM, não agrega ou contempla todas as competências necessárias para a formação dos especialistas e sugere que os programas façam parcerias e convênios com vários serviços “para oferecer todo o conhecimento que o especialista precisa”.

De acordo com o diretor da SPMFC, tem resolução de 2015 que define que a RM de MFC deve ter 70% de sua carga horária na APS, daí a Sociedade faz a crítica, pois expande-se sem condições ideais dos campos de práticas ou mesmo a qualificação e retaguarda da educação permanente:

“O boom de vagas é de residência em rede vinculadas às secretarias de saúde (...) Araraquara, UNIARA, São José dos Campos, Santa Marcelina, Einstein, Anhembi/Morumbi (...) No Rio tem 100 vagas da Secretaria de Saúde na UERJ e mais UFRJ. As Secretarias viram o Residente como mão de obra “barata”, mas estão em formação. Em Morro Agudo, com 20 mil habitantes, montaram RM para 2 residentes e complementam a bolsa com R\$4.000 (...) Tem outras que o residente toca a unidade sozinho. Por R\$5.000 cobre uma vaga que estava descoberta, então contratam 2 a 3 residentes pelo valor que contrata um médico (Representante SPMFC, 2020).

Ou seja, ambos representantes das Sociedades comentam acerca das competências a serem concebidas e desenvolvidas na RM da MFC, que dizem respeito a esse processo mais geral de reformulação do ensino médico.

O CBO também promove anualmente a [Prova Nacional de Oftalmologia](#) para a concessão do título de especialista e para a avaliação permanente da qualidade do ensino da especialidade, no Brasil. Assim, a titulação de especialista é conseguida também com os cursos de especialistas e não apenas com os de residência. Há os cursos de residência e os de especialização e o programa ter atendimentos pelo SUS, seguindo alguns critérios, também conta muito.

“Nós abrimos, na verdade, na internet, para inscrições dos cursos que querem se credenciar (...) Hoje nós temos um sistema que adequamos (...) se não é um curso já credenciado pelo MEC, ele não será pelo CBO. O CBO chancela a excelência do ensino daquele curso que já tem credenciamento pelo MEC. Então se ele não é credenciado pelo MEC, ele sequer consegue progredir para preencher o resto dos quesitos para ele ser vistoriado. Atendimento pelo SUS é a segunda delas, têm

quantos doutores, como funciona? Tem biblioteca? Se ele não vai preenchendo isso, tem coordenador, o coordenador tem doutorado, tem mestrado, tem subespecialidade? Número de atendimento em cada área, atende catarata, atende glaucoma, atende retina, atende... qual o número de catarata, tem pronto socorro. É realmente um critério, se ele não preenche os critérios mínimos ele não passa. Preenchendo os critérios, nós analisamos” (Representante do CBO, 2020).

Bolsas e Vagas

Quanto à remuneração, há duas maneiras de receber bolsas de residência médica em instituições privadas, pelo MEC ou pela própria instituição, mas, de acordo com um dos entrevistados, a maior parte das instituições “não quer desembolsar”. Os centros de ensino das instituições privadas têm um fundo para isso. Os entrevistados assumem ter conhecimento maior em São Paulo, onde a maior parte da oferta das residências em Angiologia e Cirurgia Vascular, por exemplo, está nas instituições públicas e, presumem, que fora de São Paulo isso seja ainda mais recorrente. Há, ainda, instituições privadas que têm vínculo com a universidade; o hospital tem internato e a universidade paga as bolsas.

“Eu acho que o público é muito mais. A sensação pessoal é essa. Ai você pega [...] como não tem fins lucrativos, às vezes é difícil, por exemplo, quem é de bolsa, a não ser que você pegue uma força política maior, [iniciativa privada] ou o Estado banque. Você pode considerar a bolsa, tanto federal como estadual, eu acho difícil você ver que pode ter alguma coisa municipal” (Representantes da SBACV, 2019).

No que diz respeito à relação entre oferta de vagas e pagamento de bolsas, um dos entrevistados aponta que pode haver diminuição da oferta na residência quando não há bolsas para suprir todas as vagas reconhecidas pelo MEC, sobretudo quando a rede privada ou qualquer pessoa física ou jurídica não cobrir as bolsas das vagas disponíveis. Por outro lado, há situações em que o serviço não tem vaga disponível, mas, se alguma pessoa física ou jurídica pagar uma bolsa, o residente pode ficar sem que o hospital precise desembolsar qualquer quantia.

No fim de 2018, a CNRM oficializou o interesse em ter representantes das especialidades em seus processos de avaliação, para definir a permanência dos locais e a oferta das vagas de residência. Até então, a SBACV nunca havia sido convidada a participar formalmente. E, de acordo com um dos entrevistados, nunca questionaram a suficiência do número de vagas.

No início de 2019, também em decorrência desse movimento, a SBACV aplicou uma primeira edição de avaliação para residentes e estagiários em programas reconhecidos por ela. Tendo em vista que os centros formadores são muito diferentes, o motivo principal da realização da prova, segundo os entrevistados, não foi penalizar as pessoas ou ranquear os serviços, mas estimular que os residente e estagiários façam a prova e, por meio dela, seja possível identificar as dificuldades do aluno e fazer um feedback para o serviço. Assim, todos podem criar um mecanismo para elevar o nível dos cursos e oferecer um certo padrão para assistir melhor a população no Brasil todo na especialidade e qualificar a ofertas das vagas de RM.

Os Estágios não oferecem bolsas de estudos, em geral, e por isso há uma flexibilidade para a realização dos plantões, pois a carga horária exigida também é menor.

. Na cirurgia plástica, por exemplo, além da formação especializada há a necessidade de fazer estágio em serviços reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, sob pena do residente não se aplicar para a prova de especialista.

Curso preparatório para a prova de título

Os cursos preparatórios para os exames das Sociedades Médicas se tornaram uma indústria, referem alguns entrevistados, principalmente nos grandes centros. Em São Paulo, se concentram na região da Avenida Paulista. Esses cursos têm-se sofisticado e se tornaram profissionais como o são, por exemplo, os cursinhos pré-vestibulares, contendo livros, materiais específicos e até mesmo aplicativos, o que tem gerado grande questionamento entre as Sociedades e AMB: esses cursos fomentam a concorrência, geram mercado e acabam favorecendo os alunos das escolas particulares, menos tradicionais.

Referem, pois, que os alunos das melhores faculdades e programas, que em certo sentido, levam desvantagem, porque trabalham muito nos hospitais-escola, em estágio de pronto socorro, sobretudo, e não têm tempo para estudar para as provas de residência. Alunos de faculdades cujos 5º e 6º anos não são “tão puxados” têm tempo para estudar, para eventualmente fazer tais cursinhos.

“Isso aí a gente não tem nada contra, mas também não tem nada a favor. Isso é uma distorção do sistema, como são os vestibulares (...) tem gente ganhando rios de dinheiro com isso e sabe o que vai acontecer? Piorar! Porque com 35 mil médicos no Paraguai, na Bolívia, com essa quantidade indiscriminada de faculdades, 34 mil médicos formados no país por ano e toda essa política que se desenvolveu no país nos últimos anos, principalmente depois do Mais Médicos, em 2013 (...) então é uma distorção sem dúvida, mas se você observar todos os residentes acabam fazendo. Como você tem para a residência médica (...) MedCurso, hoje tem pra oftalmo, pra passar na prova do CBO. E acredite se quiser, fazem uso da Paulista, do HC (...) não dá para acreditar. E esses oftalmocursos, eles pegam todas essas provas, esmiúçam, realizam revisão de prova, revisão próxima da prova, que nem cursinho, que nem vestibular. Mesma lógica” (Representante do CBO, 2020).

De acordo com os entrevistados da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), além dos cursos preparatórios para a prova de titulação, algumas regionais ligadas à Sociedade têm oferecido cursos de revisão e atualização para a prova. Observam, contudo, baixa procura por parte dos candidatos; calculam entre 10 e 15%, pois são cursos caros. As sociedades regionais têm oferecido curso on-line preparatório para o título de especialista em cirurgia vascular com material disponibilizado a associados pela nacional. Além disso, são estimulados pela Sociedade Nacional os cursos de educação médica, que ajudam na preparação ou complementação da formação, tendo em vista algumas lacunas na formação em diferentes locais pelo país. “A gente não tem muito curso preparatório, mas a gente tem bastante educação médica continuada”.

Número de vagas autorizadas para as residências médicas

Em algumas áreas da medicina o número de vagas para a residência é suficiente e, em outras áreas, sobram vagas, movimento observado já há 4 décadas atrás, quando aproximadamente 15 a 20% dos formados iam para a residência. Outros iam para estágio ou exerciam a medicina, pois com o CRM é possível o exercício da medicina. O número de vagas cresceu proporcionalmente, mas o número de escolas médicas cresceu ainda mais.

A criação de vagas para as residências não se resume na questão da bolsa, mas fundamentalmente sobre o que apresentar para o residente com qualidade, com condições de ensinar, infraestrutura nos campos de práticas e capacidade e formação pedagógica do corpo docente, pois, ressaltam, “não necessariamente o bom médico é um excelente professor (...) tem

que ter didática, tem que ter formação pedagógica, tem que ter plano de aula”. Mas a grande maioria tem uma formação docente inadequada. Na MFC, por exemplo, houve um movimento inverso: significativa expansão de vagas com os programas PROVAB, Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, que vislumbraram absorver grande Brasil ainda está começando, muito incerto:

“Parece que estamos com 2 a 3 mil vagas de RM a menos do que de graduando se formando por ano. Isso no conjunto. A MSF tem 70% de ociosidade de vagas. Porque teve um boom de vagas: em 2011 tinha 400 vagas para 2018 com 6000 vagas, então em nove anos aumentou em mais de 10 vezes o número de vagas. E teve aumento paralelo de RM, mas está com 70% de ociosidade; Acre, Manaus, interior do Nordeste tem a RM, mas não tem residente. A SES/SP tem 100 vagas, RM é 60 horas, mas na prática é de 100 a 120 horas, então não vai conseguir ter outro emprego (...) (Representante da SPMFC, 2020).

A Radiologia é uma das especialidades mais procuradas, mas, por conta da inteligência artificial, avalia que a relação vaga x candidato vem diminuindo.

“... Há 5 anos faltavam vagas. Mas, por exemplo, lá na UFF tenho 3 vagas de residência e dois do curso de especialização, são 5 vagas. Para 3 vagas de residência, há 5 anos atrás eu tinha 200 candidatos. Esse ano diminuiu, eu tive 80, mas é bastante gente” (Trecho da entrevista com representante do CBR, 2020).

De forma geral, entretanto, 50% das vagas das residências não são preenchidas no Brasil. Em São Paulo todas são preenchidas e depois uma parte dessas pessoas retorna para seus locais de origem, outros não. Muitos acabam ficando em São Paulo, porque “é onde tem trabalho”. A demanda e oferta é o que regula o mercado. Mesmo não tendo prova nacional, de caráter oficial e obrigatório, já acontece a migração das elites intelectuais para os centros de elite.

No caso da Hematologia e Hemoterapia, segundo o entrevistado, é possível fazer oferta desconcentrada das vagas de RM, mas não vai ser fácil criar centros que sejam mais atrativos do que os grandes centros já bem estabelecidos e estabilizados. Mas não tem vaga para todo mundo nesses grandes centros. Então, o perigo é irem para outros centros e estes não melhorarem:

“o cara menos bem formado em um centro de menor qualidade, tragédia total. Mas aí uma pergunta pertinente, como resolver essa história? Para o governo seria mais fácil, investir nos centros e não investir em quantos especialistas ele quer formar (...) Para a iniciativa privada é diferente, porque depende do que significa em termos de remuneração nessas áreas. Por exemplo, quando começou a fazer o transplante de medula, os pacientes iam para São Paulo. Depois, outros centros em outros lugares começam a ter gente que veio formada aqui e volta pra lá. Acho que isso é um movimento natural, mas demora. Isso para iniciativa privada, porque aí é diferente do público, aí o cara tem opção, ele vai escolher ficar na cidade dele se ele pesar, porque ele está pagando do mesmo jeito. Agora o público não tem escolha, está certo? E aí é muito fácil para o governo, ao invés de melhorar os lugares, falar: Eu quero por aqui 10 especialistas, e daí? Como é a formação desses caras?”. (Representante da SBHH, 2019).

Nesta área, a relação formal com o setor público para a pauta e monitoramento desses aspectos da formação e exercício profissional deveria acontecer, por exemplo, via Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em função da densidade tecnológica envolvida. Não está institucionalizada e isso é um grande problema, pois é um grande equívoco regular a atividade médica sem o médico, diz o entrevistado.

“Via de regra o serviço público existe em função dele próprio, com raras exceções. Por isso que não tem essa relação institucional, porque tem que garantir o mercado de trabalho, essa é minha opinião pessoal. E do lado do governo não tem isso, isso é

demandado frequentemente pela sociedade médica. O lado da ANVISA já disse, do lado do Ministério da Saúde, o Ministério da Saúde na teoria existe uma Câmara de Assessoramento Técnico, que não existe. Ela existe só no papel, então não tem cabimento isso! É um dos maiores absurdos, que eu entendo, é esse, essa falta de relação institucional” (Representante da SBHH, 2019).

Na oncologia, a questão de novas drogas, o custo e a sustentabilidade disso carece de constantes debates de todos os segmentos interessados: Estado e setor privado, prestadores de serviços e os programas de residências. Mesmo com relação ao acesso à transfusão, como isso tem acontecido nos hospitais públicos e privados, então está na hora de rediscutir a política de sangue no Brasil. E aí envolve, também, a produção de hemoderivados para atender as coagulopatias hereditárias; hoje em dia existe uma briga política com o gasto irracional de dinheiro. Essa é uma demanda levada a alguns parlamentares, mas existem outros interesses prioritários, acrescenta o entrevistado.

Mercado de trabalho, arranjos e formas de contratação.

As redes Dor e Amil dominam praticamente 80% dos hospitais privados no país. Cada vez menos os profissionais são liberais, autônomos, e essa medicina tecnológica tem repercussões não apenas na organização do trabalho médico, mas também na própria relação médico-paciente, que pode se tornar muito ineficaz, diz um entrevistado, porque o paciente é do hospital e não do médico; o indivíduo não teve escolha, o médico que foi colocado na sua frente. (entrevista AMB)

O mercado de trabalho médico, considerando as outras profissões e áreas, ainda é uma profissão que tem espaço, tem emprego; o número de médicos desempregados, proporcionalmente, é muito menor do que qualquer outra área. Porém, a dinâmica atual da economia de mercado e a precarização das relações de trabalho em geral, afetarão também o trabalho médico cujos impactos serão sentidos nas novas formas de prestação e consumo de serviços médicos, novas modalidades de contratação médica, novos arranjos institucionais, novas formas de remuneração.

As chamadas clínicas populares, que estão se ampliando pelos sistemas de franquias, são exemplos desses novos arranjos institucionais. Por exemplo, o crescimento da rede Prevent Sênior, que abarcou uma parcela significativa da população. Pessoas que tiveram seu poder aquisitivo retraído em função daquela dinâmica do mercado e perderam seus planos de saúde, já em idade avançada. De acordo com os entrevistados, parece haver qualidade no atendimento ambulatorial, mas o problema é a internação: muita demanda, custo alto, internações rápidas.

Outras franquias populares, como o Dr. Consulta, acabam sendo também uma opção de empregabilidade médica, pois o custo é menor do que abrir e manter um consultório privado. Contudo, na opinião dos entrevistados, essas clínicas até preenchem uma lacuna do serviço público na oferta de atendimentos, mas não resolvem o problema da saúde, visto que quando há questões mais complexas esses pacientes vão para o serviço público. Além disso, o profissional recebe um valor muito baixo por consulta. A crítica dos representantes da Sociedade sobre essas franquias não recai sobre os profissionais, mas sobre sua qualidade técnica ou por sua opção.

Outra crítica que fazem às clínicas populares é relacionada ao excesso de exames solicitados, correndo o risco de transgredir o propósito do diagnóstico.

“como eles ganham dinheiro em cima disso a gente vê que há exageros nos exames complementares, que são vários, pra uma população com pouca condição econômica.

Esse é um aspecto que me preocupa. Como filosofia, a coisa não me soa tão ruim, mas o passo para desvirtualização é muito curto, é muito pequeno” (Representantes da SBACV, 2019).

Atualmente, no Brasil, a prática privada de consultório na área de oncologia, por exemplo, diminuiu bastante. Anteriormente, havia grupos médicos se estruturando para “montar serviços próprios”, agora as corporações adicionam à área e os profissionais aos seus serviços ofertados. No setor público, por outro lado, a remuneração não é satisfatória, não se tem estabilidade e plano de carreira, o que talvez explique, em parte, a alta rotatividade do setor.

O Sistema Único de Saúde (SUS), em algumas áreas, não existe igual no mundo. O transplante no Brasil, especificamente o de coração, é nota 10. O maior transplantador de rim do mundo é um médico brasileiro, ninguém faz o número de transplante que ele faz no mundo. Foi homenageado em Harvard. Transplante de coração e pulmão do INCOR, o campeão da América Latina. E não se trata apenas do transplante, mas esses pacientes, transplantados pelo SUS, são integralmente tratados pelo SUS, longitudinalmente, com medicamentos. Assim como o programa de HIV-AIDS, o tratamento de AIDS do Brasil é o melhor do mundo. A Inglaterra não oferece nada semelhante nessa área. Em Angola, Moçambique, pacientes com aids são tratados com recursos e a experiência brasileira. O problema, na visão de um dos entrevistados, “é que não dá para a saúde ser universal, oferecer a mesma qualidade para todos”. Além disso, a descentralização tem sido atravessada por diversos interesses políticos, o que dificulta ainda mais.

Quanto à dinâmica e inserção dos oftalmologistas no mercado de trabalho, de acordo com a representante do CBO, temos a seguinte situação:

“70% dos oftalmologistas nesse país vivem de óculos, porque se você não fizer o geral, mesmo que encaminhem mais pra você retina, é difícil o indivíduo sobreviver. E o mercado está cada vez mais concorrido, inclusive com a participação dos optometristas na jogada. Você vê a classe médica hoje, você vai falar de operadoras, não tem fim. Eu acho que o médico está deixando de ser um profissional liberal, o médico, cada vez mais vai ser empregado de operadora, das cooperativas e aí vai... Seguradoras. Nossa, a gente só briga com isso daí, direto” (Trecho da entrevista com a representante do CBO, 2020).

Acredita que os mais jovens só trabalham como empregados, pois não há mais condição de montar consultório, principalmente em São Paulo, porque tem um custo razoável. Segundo o que observa a entrevistada, um consultório básico tem um custo razoável e não tão equipado.

“Mas o difícil é você conseguir montar, que nem eu que abri uma portinha do lado do metrô há 30 anos, meu pai falou: “Vai lá filha”, peguei um negocinho, botei lá minhas coisas, botei a plaquinha no metrô, no dia seguinte botei uma secretária e comecei. Hoje, eles não têm a menor condição de fazer isso, realmente eles não têm, principalmente nas cidades grandes. Estão todos trabalhando nas Prevent Sênior da vida, no Dr. Consulta... Tem de tudo. Onde aparece, eles vão se virar” (Representante do CBO, 2020).

Acrescenta que as novas gerações não querem seguir a carreira acadêmica e por isso, também, acha que não é necessário mais formar oftalmologistas. O grande problema ainda é a distribuição, que, segundo sua avaliação, já melhorou substancialmente.

“Nós desenvolvemos uma política aqui no CBO, nos últimos 10 anos, de interiorizar. Por exemplo, para o indivíduo fazer residência médica, os coordenadores precisam

ser pelo menos mestres. É lógico que isso daí é mais difícil em lugares mais longe, mas a gente flexibiliza as avaliações em cursos mais longe. Por exemplo, no Acre, Tocantins, porque a gente tem interesse que se semeie nesses locais uma interiorização. Acho que isso gerou uma política, por vários anos, de cada vez mais esses lugares terem mais residência, fixar mais oftalmologia, então esses dados são um pouco fruto dessas políticas de interiorização mesmo né? E tem gente que faz um curso aqui e volta pra lá (...) E eu acho que, particularmente, o excesso de faculdade só vem a piorar muito. Acho que a gente não deve fazer mais faculdade nenhuma. Continua mal distribuído” (Representante do CBO, 2020).

Na Angiologia, por sua vez, o profissional deve saber tudo o que estiver relacionado a doenças circulatórias, excetuando coração e a região intracraniana; tem que diagnosticar e fazer acompanhamento clínico ou encaminhar para tratamento cirúrgico. Dentro da área de atuação do angiologista estão também procedimentos mais invasivos, como escleroterapia, flabectomia ambulatorial, com anestesia local, ultrassonografia vascular. É possível fazer uma especialização em angioradiologia e cirurgia endovascular e o cirurgião vascular também pode pleitear o título de angiologista.

Assim, na área de atuação do cirurgião vascular, é possível que se conduza também a parte clínica. Na opinião de um dos entrevistados, angioradiologia e cirurgia vascular são a mesma coisa. Ultrassonografia vascular é apontada como uma área complementar importante e, via de regra, a primeira porta de entrada no mercado de trabalho dos egressos da residência. As especialidades que, comumente, são habilitadas para fazer ultrassonografia vascular são: ginecologia, radiologia, cardiologia, cirurgião vascular e angiologia. Entretanto, para um dos entrevistados, os que laudam melhor são os especialistas das duas últimas, sugerindo que imagens sem laudo não possuem o mesmo valor.

“A partir do momento que a pessoa entende a doença, quando eu peço o exame pra ela, sabe o que eu quero que ela veja. [...] E sabe anatomia né? Não troca nome de vasos, essas coisas todas. Então você percebe pelo laudo quando é um da especialidade e quando não é um da especialidade que fez”, ultrassom, tem uma massa no fígado, eu fazendo ultrassom. “Tem um negócio diferente ali no fígado, presente massa hipogênica e tal, não sei o que”, ponto, ótimo, pra quem pediu o exame? É angioma, é um tumor hepático, é metástase? É um cisto simples, um cisto complexo? Já pessoa de área afim que vai te dar todos os detalhes esquematizados, isso é grave, corre! E agora não vou pedir um ultrassom, vou pedir uma ressonância, depois pede a tomografia, depois relaciona com achados críticos de exames anteriores e isso, infelizmente, é o que acontece.” (Representantes da SBACV, 2019).

Atualmente, no Brasil, a SBACV conta com cerca de 3500 médicos, mas estimam que o número de especialistas em cirurgia vascular seja o dobro, em torno de 7 mil – mais do que o necessário para uma população de 200 milhões de habitantes, calcula um dos entrevistados. Pondera, que embora o número de profissionais seja suficiente, há má distribuição. De acordo com uma pesquisa feita pela Sociedade há cerca de dois anos, verificou-se que as cidades com mais do que 100 mil habitantes, salvo algumas exceções, contam com um cirurgião vascular. Já em municípios de 50 mil habitantes, há falta do profissional.

De maneira geral, os especialistas em cirurgia vascular dividem seu tempo de trabalho entre consultório particular e serviço público, em ordem de importância em relação à fonte de renda. Um dos entrevistados disse ter ficado surpreso com o resultado da pesquisa que fizeram há cerca de dois anos, que apontou o consultório ainda como principal fonte de renda, pois, observa, que isso vem mudando; está cada dia mais difícil sobreviver do consultório, sobretudo

em São Paulo, que está “impagável”. Percebe que os profissionais da área que permanecem em São Paulo atuam como “prestadores de serviços”:

“[...] dos que vêm pra São Paulo, pelo menos dos egressos, do servidor que ficam em São Paulo, a maior parte hoje são prestadores de serviço e não têm consultório. Abre e fecha rapidinho [...] Ele trabalha fazendo ultrassom, trabalha X horas num hospital tal, produz sob demanda, quero que você faça ambulatório aqui no meu hospital e você vai lá. Ou trabalha num hospital e atende os convênios que têm sede própria, contrata o cara por X horas, atender X consultas” (Representantes da SBACV, 2019).

Na Nefrologia, hoje, sobram vagas na RM, portanto, faltam médicos nefrologistas, de forma geral. Então, tem-se mais vagas do que candidatos. Segundo o entrevistado, isso é um problema muito crítico, de difícil solução, que envolve muito a parte de financiamento. 85% da população renal crônica faz diálise pelo SUS e o SUS há tempos não atualiza os honorários. Houve um sucateamento dos serviços do SUS com isso, o que explica, em parte, apenas 5% das cidades brasileiras terem Nefrologistas; além disso, uma prevalência pequena da doença renal: a cada 1 bilhão de pessoas aproximadamente 600 são renal crônica terminal e precisam de diálise, que é o carro chefe da Nefrologia. Então, poucos nefrologistas conseguem solucionar uma demanda de uma cidade inteira, então as oportunidades não são tão grandes.

Como dito anteriormente, nos últimos anos, no SUS reduziu-se ainda mais a remuneração médica, somado a isso, pouca condição de trabalho, o que também corrobora com o quadro geral das dificuldades da especialidade no sistema público.

A Nefrologia tem uma subespecialidade que é o transplante renal. Então, o que acontece é que a maior procura é de pessoas que têm interesse em realizar essas subáreas, que acabam optando por uma residência mais voltada para a transplantação. E, nesse tema, a escolha mais frequente é o transplante renal. Mas essa é a única sub-área da Nefrologia, não tem essa tendência, como na oftalmologia, cardiologia ou oncologia.

Por outro lado, na Radiologia, há demanda por radiologista e a falta é enorme no Brasil hoje em dia. O entrevistado associa o aumento do trabalho do radiologista à evolução tecnológica.

“... Está em falta, por quê?... quando eu comecei a fazer tomografia, em 1997, uma tomografia de crânio tinha 20 imagens sem contraste e 20 imagens com contraste. Então um exame completo tinha 40 imagens. Hoje em dia, com esses aparelhos modernos, nós temos em uma tomografia de crânio sem e com contraste no mínimo 400 imagens. Então o tempo que eu levava para analisar 40 imagens, hoje aumentou mais de 10 vezes. Tomografia de abdômen na época, eram 60 a 80 imagens. Hoje não tem nenhuma tomografia com menos de 2 mil imagens. Então o trabalho do radiologista aumentou muito, é claro que a gente tem um recurso hoje dos computadores... Ninguém mais dá laudo em chapa - Radiografia de tórax” (Representante do CBR, 2019).

O CBR não se envolve nem interfere com questões de contratação ou remuneração, mas opinou que atualmente os profissionais não são contratados por CLT no setor privado. Atualmente, as contratações para os hospitais universitários públicos estão sendo realizadas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH, que realizam concurso público e contratação por CLT. Comentou que os serviços privados são mais procurados por pagarem melhor. Há diferenças salariais entre municípios e estados, cada um tem uma regra. As formas de remuneração são variadas, desde hora trabalhada, por produção, ou misto. No SUS, direto público é um salário, por ex. a EBSEH tem salário de R\$ 6.000,00 por 24 horas semanais de trabalho.

A hematologia e hemoterapia têm uma característica peculiar, considerando campo de atuação profissional e campo de conhecimento e avanços científicos. No resto do mundo a hematologia ainda é independente da hemoterapia e vice-versa. No Brasil, como em Portugal, a hematologia e hemoterapia andam juntas. E, atualmente, existe uma demanda muito maior para oncologia e a oncohematologia faz parte disso. Então trata-se de uma fase de menos direcionamento para hemoterapia, apesar de agora ter uma tendência de reequilíbrio e mudança. Porque a própria oncologia hoje tem novos tipos de tratamento, como a imunoterapia e tem algumas formas desse tratamento que vão requerer mais da área da hemoterapia.

“você pega uma célula, põe um anticorpo e põe um marcador de um antígeno tumoral, insere um vetor nesse linfócito para que ele possa entender que ele passa, depois de montado, por uma questão de engenharia (...) você manipula esse linfócito para ele reconhecer o tumor (...) enfio nesse linfócito um marcador tumoral, expando esse linfócito e devolvo para o paciente. É uma forma de imunoterapia que tem apresentado resultados impressionantes, não é absoluto como nada em medicina. Doenças em que os pacientes já tinham usado todas as linhas de tratamento, sem resposta, submeteu-se a esse tratamento e o paciente entra em remissão, impressionante isso. E a hemoterapia vai ser muito importante, porque ela que vai retirar essa célula, processar a célula, armazenar e mandar pra você fazer essa manipulação dessa célula. Então isso vai gerar interesse do médico porque vai ser campo de trabalho e daí essa manipulação celular, vai ser uma coisa atrativa, mais atrativa do que era a hemoterapia tradicional antiga, entre outras coisas” (Representante da SBHH, 2019).

Isso cria oportunidade de trabalho, de remuneração e uma nova área de atuação do ponto de vista científico, o que gera interesse de médicos mais jovens. O hematologista, portanto, faz a parte clínica das doenças hematológicas, tanto das doenças benignas como das doenças malignas e o hemoterapeuta faz a parte clínica da transfusão. Transfusão significa todas as manipulações dos eventos adversos da transfusão, qual um transplante: o sangue, um tecido líquido, com uma característica, tem célula imunocompetente aí. A transfusão é um transplante. E a hemoterapia tem um componente laboratorial grande, muito importante e o componente clínico, porque é o cuidado ao doente que recebeu o transplante. Indicar corretamente o uso, a necessidade, porque está se fazendo um transplante, além de todo processo relativo aos bancos de sangue. Nessa área, falta mais gente que faça parte da hemoterapia hoje.

Comenta que existem demandas e limitações nos serviços públicos e nos serviços privados. O serviço público é sempre menos remunerado, mas tem a chamada “segurança”, estabilidade que o vínculo público oferece. E o serviço privado é regulado pelo mercado.

Na análise das diferentes formas de contratação existentes para os médicos especialistas, os AMES funcionam, aparentemente, como carreadores importantes de especialistas. Conseguem atrair especialistas, principalmente para o interior, porque tem tanta demanda e na oftalmologia cirúrgica também. A refração tem muita demanda, como já comentado e tem espaço para outros procedimentos cirúrgicos também. Nesse sentido, os AME funcionam como um atrator importante, mas numa situação em que ele não fixa o profissional. O médico vai, faz um tempo e circula. Isso porque, segundo ela, “o serviço público é muito mal remunerado. Os médicos argumentam que não dá para ficar por aquele valor”. Assim, a maioria das contratações, hoje, é PJ. Em alguns AMES ainda contratam por CLT, dependendo da instituição Parceira.

Trabalho na Atenção Básica como Médica de Família

A atenção básica (AB) ou atenção primária à saúde (APS), locus privilegiado da medicina de família e comunidade, enfrenta dificuldades devido à falta de rede de apoio diagnóstico, exames e referências consolidadas com as especialidades, além das dificuldades da saúde pública brasileira.

O escopo de práticas e conhecimentos da medicina de família é muito amplo, porque deve-se entrar sensivelmente em cada especialidade médica. Como porta de entrada do SUS, lida com os mais diferentes tipos de questões e sofrimentos; casos de pele, reumatologia, e às vezes, tudo no mesmo dia e isso exige uma capacidade de adaptação e formas de abordagem muito amplas.

A saúde suplementar está reordenando sua atenção à saúde com médicos de família sendo os reguladores para atenção especializada. Deram o exemplo de um profissional da AMIL que, além de ser assistencialista, audita todos os pedidos por consultas e exames das especialidades, o que gera conflitos para os quais, muitas vezes, as Sociedades são chamadas; UNIMEDs com plano personalizado, em que a porta de entrada é a medicina de família. Tal ordenação aprimora o cuidado e baixa os custos, especialmente com a remuneração médica. E, nesse aspecto, a forma mais corrente de contrato de trabalho médico tem sido como Pessoa Jurídica (PJ), mesmo entre as Unimeds.

No setor público, nas grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, as organizações sociais (OSS) são as que mais contratam pessoas físicas e pessoas jurídicas (PJ), por procedimento, pacote de procedimentos ou por metas e cada vez menos como “estatutário”.

As Sociedades (Brasileira e Paulista) vêem essa diminuição como contrassenso, pois para manter atenção longitudinal, integral, entendem ser necessário a adesão do profissional à mesma população, que só pode ser garantida por boas condições e contratos seguros de trabalho. Esse ponto é bastante discutido pela literatura e, também, entre os entrevistados deste estudo, pois, de um lado a segurança que o regime de trabalho celetista oferece; de outro, a autonomia relativa que o vínculo PJ proporciona.

Esse interesse da iniciativa privada é visto como valorização da medicina de família e rompe o estigma de que médico de FC é médico apenas “de pobre” e que ganha mal. Então, tal percepção pode atrair mais residentes, pois tem-se opções de atuação para o médico de FC: docência, saúde suplementar, home care. Ou seja, quando há ampliação do escopo de práticas na iniciativa privada a especialidade se torna atrativa, segundo o diretor da SPMFC.

A remuneração, comparada com outras especialidades, é considerada atrativa:

“A saúde suplementar paga melhor, excelentes salários. É compatível com outras especialidades e com a carga horária de 40 horas, isso é muito importante, consegue um perfil de carga horária maleável, 20 hs, 60 hs em 2 serviços sem dar plantão” (Representante da SPMFC, 2020).

De acordo com o entrevistado, um dos fatores limitadores da atuação do médico de FC são os processos regulatórios de Secretaria da Saúde, exemplo: médico de família não pode pedir ecocardiograma, pois tem demanda reprimida para fazer e deixaram para o especialista focal, no caso o cardiologista, realizar os pedidos, mas, ao que parece, isso não é regra geral e depende da organização de serviço.

Atenção básica, especialidades – rede e futuro

As relações entre a atenção básica e a atenção secundária precisam ser melhor pensadas, assim como a articulação entre as diversas redes de atenção. Tanto em termos da racionalização dos encaminhamentos, referência e contrarreferência, como da resolutividade, considerando as diversas demandas de saúde e perfis epidemiológico e cultural. Ou seja, como as especialidades médicas entendem todo esse funcionamento – ou não - e também como a população que é atendida entende. Neste sentido interagem tanto a capacidade de organização do sistema-público e privado, as expectativas da corporação/ especialidades e as demandas sociais.

Na oftalmologia, diz a entrevistada, que o futuro é a inserção da oftalmologia na APS. Já têm feito vários entendimentos com o Ministério da Saúde, discutindo um Projeto com esse objetivo. O CBO acredita que é uma maneira de ocupar esse espaço, definitivamente em relação à optometria, e desafogar tanto o serviço secundário quanto o terciário.

“Acreditamos que o desenvolvimento da inserção da oftalmologia na atenção básica seja mais adequado, né? E aí dizem que é questão de corporativismo, essas coisas geram muita discussão (...) 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? Então a ideia é, assim, trabalhar com equipe (...) mas a gente entende que tem médicos oftalmologistas suficientes para atender a demanda (...) O país paga 10 reais numa consulta e ele quer dar uma resposta à população e na hora que você fala, você só pensa em dinheiro (...) 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. (...) Nos AMES, Ambulatórios Médicos de Especialidades, tem uma participação muito grande de oftalmologista. Quase todas as AMEs têm. É um dos empregos que eles estão utilizando direto. Tem um monte de ex-presidente, um dos principais empregos que eles começam é nos AMEs” (Representante do CBO, 2020).

A interiorização é um aspecto importante da medicina, porém alguns entrevistados não consideram viável que um profissional superespecializado vá trabalhar em uma região afastada, em uma cidade pequena, com poucos recursos.

“Eu acho que tem que interiorizar, mas fico imaginando o Programa Mais Médicos, não tenho nada contra, acho superlegal, mas o que me chamou [atenção] foi uma reportagem de uma menina que conseguiu um emprego numa cidade no interior de Mato Grosso. Fantástico, ela foi participar da comunidade. Imagina, perguntaram pra ela: ‘Se o paciente precisar fazer um hemograma?’, são 300 km do laboratório mais próximo. Então, uma coisa é formação de atenção básica à saúde, outra coisa é você pegar um cirurgião vascular, com uma formação boa e que quer fazer de tudo, hoje não dá para você ir para uma cidade pequena. É de média e alta complexidade. A gente faz nossa formação, de altíssima complexidade [...] Talvez esse seja até um dos problemas dos centros formadores em cirurgia vascular, a gente é todo preparado para média e alta complexidade.” (Representantes da SBACV, 2019).

Há práticas da especialidade, sobretudo de angiologia, que poderiam ser feitas por profissionais da Atenção Básica, como o tratamento de varizes, de feridas complexas, do pé diabético, por exemplo, que é preventivo se trabalhado junto com reeducação do paciente tabagista e diabético. Exige uma equipe multiprofissional; um vascular, endocrinologista, fisioterapeuta, fisiatra, podólogo. Cerca de 80 a 90% dos pacientes que vão para ambulatório têm queixa venosa, sendo possível resolver o problema em cidades com atenção secundária. Para esses

tratamentos não é necessário um hospital com UTI, mas precisa ter uma estrutura, um centro cirúrgico, um ambulatório bem montado e insumos.

Além disso, afirmam que não adianta o médico bem formado e atualizado receitar ao paciente um medicamento, ainda que seja eficaz, que ele não vai poder pagar.

“A rede pública tem a primeira linha, até o estado poderia oferecer, às 8 horas da noite da sexta-feira ele vai conseguir remédio onde? Internar esse paciente não vai conseguir vaga zero em lugar nenhum, porque ele é um pé diabético, qual a única coisa que ele vai ofertar pro paciente? É a benzetacil, é a mesma coisa da sinusopatia, a criança está lá e o pediatra vai lá, é a única coisa que ele pode dar e pedir pra mãe orar. Porque se você prescrever é igual a não tomar, porque antibiótico são 3 meses do leite da criança. Não tem jeito, é um problema social!” (Representantes da SBACV, 2019).

As doenças renais fazem parte de um conjunto de afecções crônicas, cujo manejo preventivo e controle são possíveis na APS, mas que, nos últimos anos, não têm conseguido atingir, por vários motivos. Num país pobre e desigual, como o caso do Brasil, o que acontece é que doenças de fácil tratamento como a intervenção ao diabetes, que poderiam ter tido um desfecho bem favorável, acabam levando à doença renal crônica e esse paciente já chega no hospital em fase terminal. Ou seja, trata-se de uma doença cujo custo social é muito alto.

Na área da Radiologia diversos aspectos da relação público e privado e do uso das tecnologias próprias foram abordados na entrevista. As desigualdades regionais no SUS, acirradas pela crise econômica e desemprego cujo impacto grande foi a migração dos planos privados para o SUS. Nessa comparação, estão a gestão de equipamentos, manutenção e renovação tecnológica, que no SUS é apontada como defasada e deficiente. O dimensionamento de equipamentos e a consequente disponibilidade de exames mais complexos apresentam também limitações no acesso no SUS.

“... raios-X, tomografia, ressonância, até ultrassom são aparelhos importados. Então o que acontece? depois de 10 anos de fabricação as empresas não precisam mais fazer peças de reposição. Então você vai ver a quantidade de aparelho que não está atualizado. Por exemplo, lá no Antônio Pedro a gente foi ver outro dia, na engenharia clínica, nós temos 17 aparelhos de ultrassom, só que na radiologia a gente só tem 3. ... Então isso é outra preocupação que tem que ter, o Ministério da Saúde tem que ter preocupação, primeiro, nós temos que ter equipamentos. Segundo: nós temos que ter manutenção, não adianta o governo comprar 50 ressonâncias magnéticas e não dar a manutenção. Terceiro, a gente tem que ter técnicos qualificados para operar os equipamentos. Quarto, a gente tem que ter equipe de enfermagem trabalhando no serviço. Quinto, a gente tem que ter administrativos pra marcar exame, pra entregar resultado. Sexto, temos que ter médicos radiologistas, qualificados, você não pode fazer um exame... Todo mundo pode errar, mas teoricamente, se o cara estiver qualificado, ele está preparado pra fazer aquilo ali. Sétimo, comprou equipamento tem que ter um planejamento de reposição, de troca, de atualização do equipamento. Você vê às vezes o cara que compra o tomógrafo, o hospital tem um tomógrafo de 15 anos, está com a tecnologia totalmente ultrapassado. Agora quantos serviços públicos têm aparelhos de raio x com mais de 30 anos? Quantos serviços públicos têm tomógrafo com mais de 10 anos? Quantos aparelhos de ultrassom têm nos serviços públicos com mais de 15 anos? Tem que falar. A radiologia tem implicação ser humano, equipamentos, qualificação e processo de gestão, se você não tiver isso não tem nada” (Representante do CBR, 2019).

Comentou, ainda, que a Radiologia pode ajudar a reduzir custo e tempo de internação, quando as instituições utilizam metodologias de gestão da clínica, prática que deveria ser mais frequente

nos hospitais públicos. E para qualificar essa discussão, o CBR realizou estudo e dimensionamento de equipamentos por base populacional. Reconheceu que tais quantitativos são vulneráveis à evolução tecnológica, em relação ao elenco de opções, como também aos protocolos e políticas públicas instituídas e exemplificou com a abordagem do câncer de mama.

“A gente fez o estudo, justamente, esperando que alguém venha perguntar pra gente. Agora o problema também tem o seguinte, não é só a quantidade. Por exemplo, eu comecei a fazer ressonância em 1991. Na época a gente fazia muita ressonância de crânio, coluna, joelho e um pouquinho de ombro. Hoje em dia faço ressonância da cabeça aos pés, eu faço ressonância cardíaca, que não existia quando eu comecei. O que acontece também, quando você tem um método... ressonância de mama, por exemplo, não existia. Mas não preciso de ressonância de mama. Precisa! É claro que pra um número pequeno. ...vai precisar a mamografia, até precisar fazer ultrassom, você não vai fazer ressonância de mama em todas as mulheres do Brasil, mas tem um número pequeno que vai precisar. E por que o pessoal da saúde pública não vai ter direito à ressonância de mama?” (Representante do CBR, 2019).

Considera que a Radiologia deve estar inserido, ou ter vínculos de referência com os serviços de atenção primária, principalmente o raio-x e o ultrassom como suporte às atividades e programas desenvolvidos neste nível de atenção, por exemplo: pré-natal, controle de tuberculose, câncer de mama. A Radiologia é uma especialidade importante para a saúde pública e para a atenção básica, por isso também que o CBR tem preocupação com a interiorização da Radiologia, por conta dessa ampliação de acesso.

No caso da Hematologia, procedimentos que demandem menor complexidade, como as doenças benignas, por exemplo, a anemia, podem ser tratados na AB, não há necessidade de encaminhamento para um especialista. Devido ao expressivo número de encaminhamentos e exames desnecessários nessa área, a ABHH vai lançar, em parceria com uma sociedade internacional, até o final do ano, um guia com essas orientações. Estão ainda construindo com os Comitês.

Compartilhamento entre os especialistas médicos e outros especialistas

Entre as especialidades médicas existem algumas disputas, acirradas nos últimos anos, que acabam por induzir o debate e até mesmo as agendas das Sociedades para a questão da reserva de mercado das especialidades médicas. Uma área em que se tem verificado uma disputa muito grande é a Radiologia. Alguns ginecologistas se acham aptos para fazer ultrassom, cardiologistas creem que devem fazer o eco, mas o radiologista diz que a imagem é sua área. E essas brigas mercadológicas, nas falas de alguns entrevistados, têm sido constantes.

Além disso, há disputa também com outros profissionais de saúde, particularmente no campo da dietética e dermatologia; outros profissionais, como nutricionista e fisioterapeuta solicitando exames de laboratório e de imagem. Aplicação de Botox, acupuntura, procedimentos estéticos, só para citar alguns casos. E, assim, os Conselhos Regionais de Medicina recebem denúncias com frequência e as Sociedades acompanham.

Uma equipe de trabalho multiprofissional é um diferencial importante na Oncologia, por exemplo, porque a integração de cirurgiões, radioncologistas, intensivistas, patologistas, médico nuclear é fundamental para que se possa ofertar os melhores serviços aos pacientes. É preciso salientar que não só o conhecimento técnico é a base para o exercício profissional, mas a comunicação, o acolhimento, a solução de problemas são competências necessárias para a prática da Oncologia como um todo.

A população brasileira envelheceu e este envelhecimento impacta na prática de todas as especialidades médicas e, também, de todos os profissionais de saúde. Esta mudança de perfil demográfico e epidemiológico requer novas formas de lidar com o paciente e a família, no modo de conduzir o cuidado, particularmente na área oncológica. As competências comunicativas foram especialmente mencionadas pelos representantes dessas Sociedades.

Quanto ao debate da composição com o profissional de nível técnico, na Oftalmologia e particularmente na área de refração, a entrevistada resume a avaliação geral da categoria e, também, faz comparação com a oftalmologia americana, que parece ser, pelas entrevistas desse estudo, um parâmetro importante.

“Dentro da oftalmologia, uma coisa que a gente tem bastante dificuldade 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. Hoje em dia, apesar da automação dos aparelhos e tal, é uma das áreas, dentro das competências que a gente mais enfatiza. Tanto é que nos últimos anos nós direcionamos nossas avaliações, a prova de título de especialista, com quase 30% das questões direcionadas para a parte de refração, a gente quer forçar o aluno a não se descuidar (...) Existe uma pressão da sociedade para ter esse técnico, esse tecnólogo, como existe em outros países. A gente gasta um dinheirão com jurídico, porque toda semana a gente ganha duas, três ações, o grande problema é que eles procuram fazer uma atividade que é uma atividade médica. Porque infelizmente 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”. (Representante do CBO, 2020).

Na Radiologia, por sua vez, há certificação de atuação em ultrassonografia e ginecologia obstetrícia, que é um título oferecido em conjunto com a FEBRAT para médicos. O CBR não concorda e a legislação proíbe a realização de procedimentos de RDI por outras profissões não médicas, como por exemplo, profissionais da enfermagem realizarem o ultrassom. Justifica que a imagem do ultrassom pode exigir providências imediatas e de responsabilidade médica e considera que o médico deve ser capacitado e qualificado para realizar os procedimentos, embora a legislação brasileira seja permissiva da atuação do médico pós-graduado.

“... médico pode fazer tudo, qualquer médico pode fazer ultrassom, vou te dar um exemplo. O CTI lá do CHM tem um médico excelente que fez um curso de ultrassom, e você sabe que em CTI agora, quando você vai fazer uma punção de subclávia (...) a orientação por ultrassom ajuda muito pra você não errar, dá menos complicação. Beleza, 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”. Aí ele foi no rim, achou uma imagem: “Isso é um abscesso renal”. Aí falou com a famíliaVai 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?” (Representante do CBR, 2019).

Observa que o “mito” do médico ser bem remunerado é um atrativo para tentar realizar algumas atividades na área da radiologia. Comentou, também, sobre a desproporção na formação de tecnólogos com a possibilidade de inclusão no mercado de trabalho.

“O que está acontecendo, primeiro, que o médico é muito mal pago, segundo, as outras áreas também. Então as outras áreas tendem a procurar coisas médicas para poder ganhar mais dinheiro, eles acham que médico ganha muito bem. Claro, médico

do Einstein ganha 100 mil reais. Quantos médicos o Einstein pode contratar e quantos médicos vão ganhar 100 mil reais? É uma minoria, é o topo da pirâmide. Então, o que as pessoas estão fazendo? Vou te dar o exemplo mesmo de técnico, muita gente procurando curso de técnico. Eu era presidente da Sociedade de Radiologia do Rio, o coordenador do curso de técnico da Estácio de Sá que tem curso de tecnólogo, me chamou pra dar aula lá, uma palestra. Vocês sabem quantos alunos em 2005 estavam inscritos no curso de tecnólogo na Estácio de Sá no Rio de Janeiro? Mais de mil! Você acha que no Brasil tem mercado de trabalho para mil tecnólogos?” (Representante do CBR, 2019).

Quanto aos Tecnólogos e Técnicos de Radiologia, O CBR não contempla nem interfere na organização dos técnicos em radiologia, que têm o Conselho Nacional dos Técnicos em Radiologia, CONTER. Desenvolvem um trabalho conjunto na Comissão de Proteção Radiológica, e nos Congressos do CBR têm atividade dedicada aos técnicos.

Interfaces

Basicamente a radiologia tem interfaces com todas as especialidades médicas. Citou atividades recentes realizadas com outras sociedades: Sociedade de Oncologia Clínica e Sociedade de Patologia Clínica (câncer), Sociedade de Hepatologia e Gastroenterologia (consenso sobre doenças hepáticas) a Endocrinologia (sobre doenças metabólicas em geral). O CBR tem convênios com a Sociedade Brasileira de Pediatria, por causa de uma campanha mundial de proteção radiológica em criança; Sociedade Brasileira de Pneumologia, um grupo de tórax que participa de todos os eventos da pneumologia.

A hematologia e hemoterapia tem muitas interfaces com as especialidades médicas: Oncologia, a cardiologia, a cirurgia vascular, a área da hemostasia, ginecologia e, também, com as várias áreas da saúde: biólogo, biomédico, farmacêutico, bioquímico que são associados da ABHH, ou seja, tem um percentual de não médicos na ABHH, que é bastante eficiente, efetiva e muito atuante. Tem uma grande parte dos congressistas, no nosso Congresso Brasileiro, de não médicos. Porque a hemoterapia tem muita área laboratorial, a terapia celular vai ter muito, a hematologia laboratorial também, a enfermagem também tem uma área muito importante, então a gente tem a participação muito efetiva de não médicos.

Telemedicina e Incorporação Tecnológica: usos, significados e motivos.

Considerada por muitos como um grande avanço, entendida e utilizada de forma diferenciada entre as especialidades, segundo os representantes da Sociedade entrevistados e, também, ao exame dos sites das Sociedades Médicas, a telemedicina aparece de várias maneiras.

Na cardiologia, por exemplo, usa-se muito a telemedicina; o envio de um eletrocardiograma para uma central que emite o laudo e orienta a conduta correta. Porém, chamam a atenção para o fato de que a telemedicina não irá substituir o papel e a presença do médico. “O médico tem que ser o grande player da telemedicina”.

Críticas são dirigidas à internet, ao referirem os perigos e a homogeneidade das informações disponibilizadas “no doutor Google”. Acrescentam que a atenção médica especializada é individualizada, pois a terapêutica não funciona igual para todo mundo. Por exemplo, realizou-se um cateterismo via robô por telemedicina. Mas é preciso analisar as vantagens e desvantagens quanto aos recursos, o tempo da intervenção, benefícios concretos e riscos para o paciente.

A telemedicina será mais útil, utilizada e aprimorada quando apresentar vantagens e avanços efetivos. E isso conquista-se com o tempo, como aconteceu, por exemplo, com a cirurgia laparoscópica. Sua indicação, entretanto, ainda precisa ser bem-feita, pois não são todos os casos e situações que se beneficiam, comentam os entrevistados.

A inteligência artificial avança rapidamente e isso é bom e ruim, pois há necessidade de tempo para que haja a adequada apropriação das tecnologias às práticas médicas. Nesse sentido, as Sociedades Médicas têm demonstrado, pelas entrevistas, particular interesse em monitorar tais usos e até mesmo participar das regulamentações. Na oftalmologia e dermatologia isso vem sendo feito com grande frequência e já há algum tempo, conferindo-lhes expertise tecnológica.

Na medicina de família e comunidade a telemedicina dá acesso à saúde para aqueles que têm acesso à internet. Para alguns, ainda faltam esses recursos. Destacaram, ainda, a praticidade e importância do prontuário eletrônico no sentido de congregar informações de saúde dos pacientes e estas serem acessadas por diversos profissionais. Daí o vislumbre de um prontuário eletrônico único.

Para a Endocrinologia, a tendência é a telemedicina se tornar muito mais comum e forte. O entrevistado diz não ter se adaptado, embora tenha feito várias consultas nesse formato a pedido de pacientes. Mas, considerando os pacientes com diabetes, essa monitoração de glicemia e ajustes de medicação é interessante e esse foi um dos impactos da pandemia: acelerou a utilização da telemedicina e a incorporação da telemedicina na saúde brasileira. Se certo ou não, será outra discussão.

“O paciente com diabetes precisa de um cuidado mais próximo; se ele tem condições de mandar suas informações pelo computador e pelo celular, então a gente precisava tornar isso oficial. Muitos dos endocrinologistas já faziam a telemedicina, mas sem uma regulamentação. Eu brinco que segunda-feira é dia de receber dados de pacientes com diabetes, me mandar dados de controle e eu realizo ajustes pelo telefone. Os conselhos nacionais de medicina criaram ferramentas para envio de pedidos de exames com QR code, então hoje eu tenho pacientes que às vezes me pedem receitas e eu sentado aqui consigo mandar uma receita e ajudar o paciente (...) O ponto contra é você não está do lado do paciente, examinando o paciente, você não está vendo exatamente o que está acontecendo. Por isso que eu falei, eu acho que agora você precisa ajustar quais são os limites da telemedicina” (Representante da SBEM, 2020).

Segundo a entrevistada do CBO, em termos de inovações tecnológicas, “a Oftalmologia está bombando” em todas as áreas, seja de diagnóstico ou de terapêutica em oftalmologia, há um aporte de material tecnológico muito grande e com desenvolvimento extensivo, mas tais inovações não são acessíveis para toda a população. Opina que inovação como a inteligência artificial vai substituir totalmente o profissional.

“Tudo que você pode imaginar, cirurgia de catarata, cirurgia de retina 3D, microscópio para opera em 3D, microscópio que você não olha, antes você olhava hoje você está olhando lá e operando só com a mão e enxergando a retina em 3D. Lentes, caríssimos. Mas lentes intraoculares, multifocais, trifocais ... Aparelhos manuais para você, retinógrafos manuais e digitais que você vai fazer, antes eram enormes, paciente precisava apoiar, antes usando tecnologia que acoplam no celular e você tira fotografia, então... Desde os mais simples até uma tecnologia altíssima. A gente vai pra academia a gente vê cada coisa (...) Mas tudo de um custo ostensivo” (Representante do CBO, 2020).

Os entrevistados da SBACV se mostraram reticentes quanto à factibilidade de diagnosticar e indicar um tratamento adequado, mas apontam que há situações em que a telemedicina é bem-vinda. Afirmam que esse recurso não deve substituir as consultas, pois o exame clínico é muito importante para o diagnóstico e indicação de tratamento.

“Você dividir opinião, você discutir o caso. Agora, não, agora pulsionar a veia aqui, agora vai lá... Acho que não é a função, muito menos dar diagnóstico, sou totalmente contra” (Representantes da SBACV, 2019).

Além disso, é comum que o que um médico inexperiente, como um residente, passa à distância, não é necessariamente a realidade que o especialista logo observa, pondera um dos entrevistados. O lugar pertinente à telemedicina é na atenção básica, com médicos de família treinados para identificar problemas e tirar dúvidas com especialistas à distância. Outra possibilidade levantada pelos entrevistados – e, de acordo com eles, é a opinião da maioria das entidades médicas – é na interconsulta, assim como também sugerido pela entrevistada, residente da psiquiatria. Apontam, também, algumas especialidades que não envolvem clínica e procedimentos como possíveis de se exercer à distância, como as que trabalham com emissão de laudos, como é o caso da radiologia, ainda que com alguma ressalva.

“A radiologia tem essa vantagem, entre outras, de ver imagens, o técnico está fazendo as imagens da tomografia, de repente, se ele tivesse lá na hora vendo as imagens, ele poderia falar: ‘Vamos fazer uma ingestão de contraste com tempo diferente, porque eu vi uma coisinha ali que não é normal’, agora a noite vai chegar a imagem para ele laudar, passou, é ruim, entendeu? Nos Estados Unidos tem o técnico de ultrassonografia, ele faz e vai para o radiologista, ele olha as imagens. Ninguém mais nos Estados Unidos quer ser radiologista. Quem está emitindo laudo de radiologia? Eles vão lá, fazem especialização, voltam para a Índia, mandam via internet, só tem indiano fazendo laudos de exames de imagem” (Representantes da SBACV, 2019).

A Nefrologia, por sua vez, é uma das especialidades que vem se desenvolvendo e existem equipamentos modernos, máquinas que conseguem monitorar as pessoas à distância, sua glicemia, com um gasto, ainda, alto. Mas é uma especialidade em que a prática de transplante, da diálise peritoneal, de hemodiálise, vêm evoluindo, mas não tão diferente do que se fazia 60 anos atrás, comenta o entrevistado.

“Obviamente, o transplante teve uma mudança brutal há 60 anos a taxa de rejeição era quase de 85%, com a invenção de outros imunossupressores isso caiu para 15%... Mas, obviamente, existem incorporações, mas de fato que vão mudar a vida do cliente a percepção, de fato melhorou, é inevitável, vou falar que melhorou né, mas obviamente é uma área que ainda demanda de muita presença do médico com paciente” (Representante da SBN, 2020).

A SBN não quer lutar contra uma tendência, mas acredita que precisa ser muito bem discutida a telemedicina e muito bem regulamentada, como chamaram a atenção diversos dos entrevistados. Existem algumas terapias à distância que têm sido feitas, mas com segurança relativa. Uma avaliação de paciente crítico à beira leito numa terapia intensiva por telemedicina é bem diferente de uma consulta à distância. Então, cada caso e situação precisam ser discutidas “e tentar buscar uma legalidade e uma segurança, o que eu acho que pode acontecer é um crescimento exacerbado da telemedicina e aumentar também alguns problemas”.

A Radiologia é uma das áreas que teve maiores avanços de tecnologia nos últimos 20 anos e na experiência do entrevistado, as tecnologias vêm para auxiliar o trabalho dos especialistas, na leitura das imagens, cujo volume aumentou com o desenvolvimento tecnológico geral.

Desmistificou a ideia de que a especialidade poderá ser substituída pela tecnologia e considera que o conhecimento médico é essencial para a emissão de laudos, e estes são de responsabilidade do médico, como já destacado anteriormente.

“Agora vai vir a inteligência artificial e matar os radiologistas, isso é a maior mentira. O que vai acontecer? (...) hoje eu vejo 2mil imagens, então a inteligência artificial vai me ajudar. Vou ter um programinha, a gente joga o exame pra inteligência artificial, ele vai ver: Isso aqui está normal, vai dar pra mim, aí vai ser mais rápido meu trabalho, se a inteligência artificial for bem treinada (...) estou fazendo um trabalho de inteligência artificial com um grupo (...) é um desafio mundial da RSNA, Sociedade Norte Americana de Radiologia, para a criação do melhor software de inteligência artificial para avaliar 90 mil imagens de hemorragia cerebral (...) juntou com o pessoal da Faculdade de Ciência e Computação e estamos nos propondo de fazer esse desafio. (...) primeiro caso deram lá: Hematoma subdural, eu falei: esse exame está normal, essa imagem está normal. Aí o cara falou: Se classificaram errado, a inteligência artificial vai errar (...) existe a responsabilidade ética, se a inteligência artificial der um laudo errado, quem responde? (...) vai responsabilizar o médico que assinou teu laudo. Então as pessoas têm que entender que a inteligência artificial é como a imagem digital, veio ajudar a gente” (Representante do CBR, 2019).

Telerradiologia

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina determinam a presença de no mínimo um médico radiologista por estabelecimento de saúde com equipamentos radiológicos. No contexto de ter mais equipamentos de radiologia do que médicos especialistas, e os exames estão cada vez fazendo mais imagens para analisar, a telerradiologia leva a imagem aonde está o médico, é uma forma nova de trabalhar, de possibilitar ter laudos feitos por especialistas em lugares remotos e garantir a responsabilidade do ato médico, na emissão do laudo.

“A quantidade de equipamentos que tem no Brasil é maior do que o número de radiologistas e cada exame desses vai fazendo muito mais imagens, então a telerradiologia é uma forma nova de trabalhar. E na resolução diz que é obrigatório ter um médico especialista em radiologia e diagnóstico por imagem local, no mínimo um, por que? É a responsabilidade do ato médico. Quando você faz um raio x de tórax, isso é um ato médico. Eu uso um técnico para fazer isso, para fazer a coisa, mas a responsabilidade (...) Então, a telerradiologia é também uma forma. Tem muita gente assim: Vou perder o emprego, não gente, você vai ganhar emprego” (Representante do CBR, 2019).

Incorporação de Medicamentos

As novas opções terapêuticas na oncologia clínica e hematologia vêm, na grande maioria, dos laboratórios farmacêuticos que são os que desenvolvem os novos tratamentos, as novas drogas e isso demanda grande investimento e requer retorno financeiro. Automaticamente, isso acontece primeiro na iniciativa privada, como nos Estados Unidos que é um país rico.

O que acontece aqui no Brasil é a necessidade da aprovação pela ANVISA se aquilo, do ponto de vista de vigilância sanitária, é adequado. Isso acontecendo, passa a ser possível de ser utilizado. Assim a iniciativa privada pode colocar em uso desde que esteja no que chamam de rol de procedimentos da agência nacional de saúde suplementar, para ter ressarcimento das fontes pagadoras.

A ABHH, por exemplo, tem um comitê de acesso a novos tratamentos, que tem tido uma participação bastante eficiente e abrangente tanto na área da saúde suplementar, quanto na área

governamental, pois, segundo o entrevistado, a ABHH tem sido demandada pelo governo para discussão de nova drogas, de novos tratamentos, para implantação ou não na CONITEC, porque se a indústria quer submeter uma nova droga ela precisa fazer um dossiê técnico e apresentar à comunidade científica. Além disso, existe avaliação do ponto de vista financeiro, de entendimento, custo-benefício, baseado nas questões técnicas. A ABHH também tem submetido à CONITEC e à Agência Nacional de Saúde alguns dossiês para aprovação de algumas drogas, porque o especialista se vê diante de uma situação técnica, com estudos clínicos mostrando melhora de resultado definitivamente comprovado, publicados na literatura médica e isso traz benefícios muito importantes para os pacientes oncológicos.

Então, os entrevistados contam que esse processo começa na iniciativa privada, que patrocina e remunera. Mas a droga aprovada com um custo muito alto e sua indicação carece também de um processo de evidências e indicação. O que fazer? Por isso a criação de núcleos de referência. As Sociedades Médicas não conseguem fazer isso para o Brasil inteiro, mas ela pode, talvez, através de telemedicina, ser um agente de segunda opinião ou de dúvidas do ponto de vista de utilização de novas drogas que têm um custo muito elevado.

A ABHH pretende criar núcleos de especialistas, junto aos já existentes comitês de especialistas da sociedade médica que congregam o conhecimento gerado na universidade - ela tem esses médicos que estão na universidade nesses comitês - então isso pode ser um serviço prestado pela Sociedade Médica, no sentido de “criar núcleos de referência” para acompanhar uso de novas drogas ou de drogas caras. E pode ser através de telemedicina.

Pandemia

Com a Pandemia de Covid-19, houve a necessidade de disponibilização de tecnologias para o seguimento de pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao mesmo tempo em que se deu um incremento dessas tecnologias. Os sites das Sociedades trazem atualizações das informações sobre as medidas de proteção e estatísticas de morbi-mortalidade, além de instrutivos sobre os cuidados de saúde específicos via documentos, cursos e lives.

O impacto da Pandemia nas áreas clínicas, em princípio, foi muito grande, como indica o representante da SBEM:

“Se a gente pegar ali os meses de abril e maio, principalmente, os consultórios ficaram basicamente fechados, nós tivemos que partir até mesmo para a telemedicina. O impacto financeiro para os endocrinologistas foi muito significativo nesse ponto sim. Vou dar o meu exemplo: eu parei 2 meses e já estou no consultório, talvez com menos pacientes, mas já com consultas cheias até o final de outubro. O que a gente está vendo é que houve esse hiato e que obviamente agora com a retomada progressiva das atividades, os próprios pacientes estão voltando a buscar os endocrinologistas” (Representante da SBEM, 2020).

No final de 2020 abriram provas de residência e a procura foi enorme. O que a pandemia mudou, segundo o entrevistado, é que esses médicos, em algumas especialidades, que deveriam estar fazendo cirurgia e procedimentos, estão tratando a COVID 19. O residente de ginecologia e obstetrícia, por exemplo, que deveria estar fazendo parto, está tratando COVID.

“O que tem se discutido hoje é como a gente vai repor esse “gap”, esse buraco que ficou na formação desses profissionais esse ano, porque ficou um buraco muito grande principalmente das especialidades cirúrgicas. Os centros cirúrgicos simplesmente fecharam lá em março, tem centro cirúrgico que está sendo reaberto agora e o residente de cirurgia, que deveria estar lá treinando a cirurgia, foi tratar

COVID. É óbvio que foi uma necessidade, mas o que você tem que pensar é em como repor essa formação agora. O impacto da pandemia está nesse grupo de médicos que estava se formando e que teve parte da sua formação interrompida” (Representante da SBEM, 2020).

E na Nefrologia,

“Impactou sobremaneira, em relação ao consultório houve uma redução (...) isso não é um carro chefe do nefrologista, poucos nefrologistas têm uma prática de consultório em larga escala. Impactou na hemodiálise, porque foi necessário maiores cuidados, como distanciamentos maiores entre horários dos pacientes, isolamentos (...) Impactou no aumento significativo do trabalho em terapias agudas, pacientes em terapias intensiva, pois o número de pacientes que faz diálise de terapia intensiva que é de 10 a 15%, no covid a gente, a gente veio experimentando números próximos do 50%. Então, o que tem acontecido é que aumentou o trabalho dos agudos, reduziu o transplante, manteve estável a hemodiálise, mas com mais tensão e reduziu o consultório” (Representante da SBN, 2020).

Agendas

As agendas das Sociedades pautam assuntos de interesse geral para os médicos e medicina e, também, se observam os interesses específicos. De maneira geral, estão no foco: a valorização do ato médico, a atenção para a qualidade da formação de médicos, com certo controle sobre a abertura indiscriminada de escolas médicas. Daí a importância de mecanismos de avaliação, tais como o Revalida.

O apoio aos bons espaços de trabalho, para o bom exercício profissional das especialidades também é uma preocupação frequente, com a preservação dos espaços das carreiras correlatas, grupos multiprofissionais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, educador físico, biólogos, biomédicos, farmacêutico, consultas de enfermagem, pois entendem ser de fundamental importância do trabalho em equipe.

As representações e o relacionamento com as Sociedades internacionais de especialistas ampliam a visão sobre as tendências tecnológicas e de mercado na medicina em geral e nas especialidades. Fornecem parâmetros para o entendimento do lugar que a medicina brasileira ocupa, que tem sido, segundo os entrevistados, um lugar de destaque em algumas áreas, como a cardiologia, a oncologia, a medicina nuclear, diagnóstica. Ressaltam, portanto, que a luta pela qualidade da formação é fundamental para a manutenção desse reconhecimento.

Os interesses mais específicos das especialidades também foram sinalizados.

No caso da agenda da SBMFC, a principal é o fortalecimento do SUS, considerando que seus especialistas estão espalhados pelo mercado de trabalho e que isso pode ser um prejuízo para o SUS. Assim, têm olhado as formas de trabalho do médico de família e comunidade (médico de FC) e como as demais especialidades médicas conseguem perceber e interagir a atuação e o papel do médico de FC e como se dão as interfaces com as demais especialidades. Nesse sentido, o 16o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e o 7o Congresso Ibero-americano constituem instâncias importantes para a defesa do SUS e participação da comunidade médica e sociedade em geral.

A SBOC é responsável, junto a Associação Médica Brasileira, por “reescrever e redesenhar” os programas de Residência Médica na área, credenciadas, junto ao Ministério da Educação e Cultura. Tendo em vista, a diversidade existente no país, no campo da estrutura em saúde, o intuito é que qualquer serviço de saúde tenha condições de acessar um conteúdo mínimo para a

formação do residente, quando o serviço não é disponibilizado na Instituição. A SBOC oferece cursos online, em Oncogenética, por exemplo, uma área de poucos serviços no país ainda. Não existe uma avaliação dos cursos de Residência Médica em Oncologia, no país, há sim, uma avaliação global da Sociedade Americana de Oncologia Clínica que alguns Programas de Residência brasileiros participam, no entanto, seus resultados não são públicos.

O CBO ainda realiza o trabalho nas escolas com junto aos professores e demais profissionais, o que consideram outra frente de trabalho muito frequente, tanto do CBO quanto dos médicos, tanto em formato de campanhas ou palestras, em que ocorre a orientação dos professores quanto à triagem para detecção precoce de problemas de visão nas crianças e adolescentes.

Atualmente, a SBACV pleiteia mudança curricular em seus programas de residência, à semelhança de outras especialidades médicas. Para a cirurgia vascular são dois anos de formação em cirurgia geral e depois mais um ano para fazer um complemento na formação endovascular ou em ultrassom. A proposta que já está sendo avaliada pelo MEC e, de acordo com os entrevistados, deve ser aprovada e é a diminuição da residência para três anos com a incorporação das áreas de atuação. Assim, quando o cirurgião vascular se forma, ele já se habilita como cirurgião vascular, ultrassonografista vascular e cirurgião endovascular. Estão desenvolvendo uma matriz de competências para que esse plano se concretize. Há, contudo, uma dificuldade de execução, porque tem o pessoal mais antigo, então demoraria de 10 a 15 anos para que isso seja aplicável.

No que concerne às perspectivas da Sociedade, atualmente a agenda está dividida em duas frentes. A primeira delas é a defesa do profissional em relação à invasão da área por não médicos. Para explicitar essa questão, um dos entrevistados cita o tratamento de doenças venosas em suas fases iniciais, com a prática de escleroterapia (injeção de um agente líquido), por não médicos. Isso, segundo o entrevistado, pode provocar um problema sério para a atenção básica da saúde se a doença não for tratada de forma correta no início, pois a chance de evoluir mal aumenta e as possíveis complicações serão encaminhadas ao atendimento básico. A segunda frente de atuação da Sociedade é tentar agrupar a formação básica, ou seja, os procedimentos que hoje são das áreas de atuação de angioradiologia e ultrassom vascular. Um terceiro ponto que entra na pauta, mas em segundo plano, é relacionado ao honorário médico.

O CBR traz uma preocupação ou foco nas evidências científicas e por isso oferece aos associados cursos de atualização por meio das regionais, acesso a uma série de conteúdos: do BIR que é a Sociedade Britânica, conteúdo da ARS que é uma sociedade americana, jornal, artigos. Além disso, divulga e participa dos Congressos Anuais da área, Cursos: Hand Zone, AVR- assistência à vida em radiologia. Programa de Professor Visitante – professor vai a uma RM de cidade do interior. Edita também a Revista Radiologia Brasileira. Participa do MBA em gestão de medicina diagnóstica, cursos de atualização do programa de PADI – Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem. Realizam cursos em parceria com a Sociedade Europeia- ESOR há mais de 10 anos.

Têm convênio com o Colégio Interamericano de Radiologia, com o Colégio Norte-americano de Radiologia, Sociedade Europeia de Radiologia, Sociedade Portuguesa de Radiologia, Sociedade Espanhola, Sociedade Francesa com a Sociedade Japonesa de Radiologia. Latin Safe, que é a campanha de proteção radiológica em toda América Latina.

O CBR desenvolveu Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI) que envolve desde o agendamento, a estrutura e entrega de laudo, para qualificar os serviços de imagem. Este tipo de avaliação é utilizado como incentivo de pagamento na iniciativa privada. A agenda do CBR contempla, portanto: a defesa e valorização profissional, em contraponto ao não reconhecimento da importância do médico radiologista na saúde; educa CBR, programa de ensino e o EBNAR treinamento à distância aos associados; aumentar a representatividade do CBR junto a todas as instituições; melhoria da tabela do SUS.

Aprimorar a residência é um dos projetos mais ambiciosos que a ABHH tem e para isso, comenta o entrevistado, outra frente de trabalho da Sociedade é muito importante: a aproximação com e entre todas as outras especialidades médicas. Outra frente igualmente importante é a área de certificação dos serviços de hemoterapia. A relação com a Associação Americana de Banco de Sangue em várias atividades é um passo importante para isso, com vislumbre de uma certificação em conjunto de cunho internacional. O incremento do Ensino à distância também é algo que acredita ser estratégico. A parceria com sociedades internacionais, não só na hemoterapia, mas na hematologia também, para a produção de eventos conjuntos, com trocas de conteúdo educacional. Parceria com a Sociedade Americana de Hematologia, com a Sociedade Europeia de Hematologia, com a Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue, trazendo atividades conjuntas para o Brasil. Outra coisa que a Sociedade tem feito é a criação de um Conselho de Jovens, para estimular novas lideranças a ocuparem os espaços. E olhando para a diversidade também, com as mudanças no conselho editorial da revista. Nos eventos participam pessoas com deficiência na linha de frente.

Nos congressos da Hemato busca-se trabalhar com a sustentabilidade. Então tem várias ações dentro do Congresso. São 6 mil pessoas, privilegia-se pessoas locais. O material é todo reciclado, acabou o Congresso doa-se para ONGs, reverte em verbas sociais, tem a pegada de carbono que a gente aderiu, tem essa parte sustentável. A ABHH tem um programa para isso e um trabalho com as ligas acadêmicas, com os estudantes também, dentro das universidades. Oferecem apoio para os eventos que os estudantes realizam, indicam e levam o hematologista e um hemoterapeuta para dar aula, falar de temas mais básicos como anemias, hemostasia, hemoterapia e medicina transfusional. Foi feita uma parceria com a Editora Ateneu e assim distribuem para as 55 Ligas filiadas à ABHH, todo o material, conteúdo, revista científica, participação em Congresso, programas de educação continuada a distância e os tratados de Hematologia e de Hemoterapia foram doados para as universidades. Identificaram que em algumas bibliotecas não havia nenhum livro de hematologia.

As EM em números

Hoje temos de 7 a 8 mil médicos de família no Brasil, devido à ampliação de vagas de 2013 para cá, mesmo assim esse número ainda é menor do que o necessário:

“(...) então isso é um limitante muito importante para o graduando não fazer MFC (...) O que a gente vê hoje é muito interessante, é o RM falando assim: eu não me encontrava dentro de nenhuma especialidade, então fui fazer MFC ou fui fazer MFC por complementação de bolsa. É uma realidade, muitos vão para RM para ganhar a mais, o MS paga a bolsa de R \$3.300 e os municípios complementam, chegando às vezes até 10.000” (Representante da SPMFC, 2020).

E os motivos de escolha não são muito nobres também, na opinião do entrevistado, pois dizem respeito à concorrência baixa, ao estudo da clínica como preparo para outras residências e a inserção imediata no mercado de trabalho. Isso porque muitos estudantes se graduam e vão atuar na atenção primária, pois esse mercado absorve facilmente; o que não quer dizer que esse indivíduo fará MFC, mas terá uma remuneração boa para início de carreira.

E completam com dados: 7.000 médicos de família; 50.000 equipes de SF; se 100% dessas equipes estivessem preenchidas com médicos de FC ainda faltariam 43.000 equipe. Ou seja, faltam muitos, inclusive porque dos existentes muitos estão na docência, na gestão, na saúde suplementar.

A SBEM tem hoje 4.000 associados e o MS estima que tenha 5.000 endocrinologistas no Brasil. Tendo 14 milhões de pacientes com diabetes e pré-diabetes no país e 30% da população obesa, são poucos os endocrinologistas. Refere que nas cidades menores, geralmente, não há endocrinologista e nas cidades de médio porte, às vezes, com 1 a 2 profissionais apenas. Então, existe uma escassez de endocrinologistas hoje no Brasil, especialmente no sistema público.

“porque muita gente não sabe o que faz o endocrinologista. É muito difícil você ver uma pessoa procurar, falar assim: eu quero ir em um endocrinologista, as pessoas querem ir no ginecologista, no pediatra (...) principalmente na classe mais baixa, então acaba isso restringido um pouco a procura pelo endocrinologista, embora a gente saiba que quando você tem ele ali disponível, há uma demanda muito grande para o tratamento de obesidade, diabetes, doenças de tireoide” (Representante da SBEM, 2019).

Acrescenta que nos Estados Unidos a EM é uma das especialidades mais mal remuneradas, junto com o médico de família e o pediatra. Por ser uma especialidade que não tem procedimentos, uma especialidade essencialmente clínica, tem menor chance de retorno financeiro imediato, daí que a escolha desta RM é substituída pelas que têm procedimentos, tais como a oftalmologia, dermatologia, otorrino, cirurgia plástica, onde os lucros são consequentemente maiores. Assim, tem vaga ociosa de residência e de especialização em endocrinologia hoje no Brasil.

Quanto à angiologia e cirurgia vascular, a procura maior dos profissionais médicos é pela cirurgia vascular (cerca de 200 inscritos); atualmente há apenas dois serviços oficiais de formação em angiologia no Brasil, visto que a demanda é baixa (apenas 6 inscritos). Assim, os cirurgiões vasculares acabam assumindo a parte do angiologista. Segundo um dos entrevistados, o perfil de quem opta por angiologia é, de maneira geral, de profissionais que se identificam com o trabalho na clínica e não fizeram residência e que depois de um tempo pleiteiam a angiologia.

Afirmam que, normalmente, quem fez residência ou um estágio reconhecido tende a se sair melhor na prova de título, pois essas experiências proporcionam a prática e o conhecimento necessários. No que diz respeito ao número de vagas nas residências no país atualmente, um dos entrevistados considera excelente; são formados 300 cirurgiões vasculares ao ano nas residências oficiais. Os serviços mais conhecidos e tradicionais, próximos a grandes centros, têm todas as vagas preenchidas, ao passo que serviços mais distantes, em localidades menos populosas, eventualmente, sobram vagas, porém poucas. Não são ofertadas vagas em algumas importantes regiões do país. A entrevista do Coreme de PEBA corrobora essa informação.

“Os locais que sobram são os lugares não tradicionais do Brasil, e por exemplo, para minha surpresa, tem várias capitais importantes do Brasil, que não tem uma vaga sequer de cirurgia vascular. A grande concentração de vagas de cirurgia vascular é no sudeste. E sudeste implica Minas, São Paulo e Rio de Janeiro. Eu acho que 80% das vagas oficiais de residência médica, e mesmo de estágio, estão nesse eixo. Depois vai para o sul. Impressionante, norte não tem, boas capitais do nordeste não têm, e centro oeste tem Brasília e Goiânia” (Representantes da SBACV, 2019).

Em 2018 o CBR contava com mais 10 mil associados, e tem 27 sociedades regionais filiadas que tem como finalidade “difundir conhecimentos científicos, defender a especialidade, estimular o aperfeiçoamento profissional e fundamentar os princípios de excelência dos métodos e procedimentos de imagem diagnóstica e terapêutica”.

Na hematologia e na hemoterapia só 50% das vagas de residência são preenchidas no Brasil. Sobram vagas, de forma geral, e nos grandes centros, falta. Pensando nisso, a ABHH criou um programa de apoio a residência e estágio. É um programa criado nos dois anos da gestão atual, de maneira bastante abrangente e profissional. Foi realizada uma avaliação com residentes de várias instituições do país, considerando a dinâmica da residência e as demandas e necessidades e foi lançado um programa de apoio à residência médica de grande abrangência para avaliar a qualidade da residência médica. A ABHH vai participar desse programa opcional, mas a ideia foi a de avaliar a situação do residente. Será lançado agora para os próximos dois anos. A intenção é fazer com que o residente queira participar desse programa de apoio e automaticamente a instituição participa e será possível algumas avaliações qualitativas da residência na especialidade. Refere ser esse projeto “o carro chefe dessa gestão”.

Envelhecimento

O envelhecimento populacional tem um grande impacto em todas as especialidades médicas, como dito por todos os entrevistados do estudo.

Quando se considera as doenças, um dos focos da endocrinologia é o hormônio e reposição hormonal, então é óbvio que quanto mais está-se envelhecendo mais discute-se as implicações de uma reposição hormonal para essa população de idosos. Normalmente, a diabetes é uma doença que tende a aparecer também a partir de uma determinada idade. Então, sim, o envelhecimento da população tem um impacto grande para os endocrinologistas. Seus pacientes, de uma maneira geral, são mais velhos, embora, talvez, a endocrinologia se reorganize de acordo com os ciclos de vida: assim como a endocrinologia pediátrica, para o grupo de doenças em crianças e adolescentes, tem o grupo de doenças prevalente entre adultos e idosos.

Uma área muito desenvolvida é a oncohematologia e a prática alterada é conforme as evoluções técnicas, mas quantitativamente vai aumentando, a população envelhecendo a população vai ficando mais com câncer e o câncer é uma das áreas importantes da hematologia.

A oftalmologia foi outra área a referir grande impacto do envelhecimento em seus escopos de práticas, uma vez que a catarata, por exemplo, é parte do desenvolvimento fisiológico. Os mutirões e arranjos organizacionais para a resposta a essa demanda tem sido aprimorados com o tempo, com a tecnologia disponível, especialmente no setor público, mas a entrevistada refere que ainda é preciso pensar mais sobre isso e sugere, como dito anteriormente, a inserção dos oftalmologistas na AB.

Algumas tendências referidas para as especialidades

A EM é uma especialidade clínica, então na maioria das vezes, ao acabar a formação, a primeira coisa que o endocrinologista vai pensar é em montar o seu consultório e tentar em um primeiro momento o atendimento via convênios, para dar volume para esse consultório. O entrevistado refere, que ainda hoje, a estabilidade que um concurso público oferece é buscada por uma parcela importante dos médicos, principalmente se a gente pensar que a EM é uma

especialidade com 70 a 80% de mulheres. Entretanto, essa forma de ingresso está cada vez menos disponível.

A associação em clínicas, com ex-colegas de turma, é bastante comum em todas as áreas.

Um dado alarmante, é que a EM é a especialidade que trabalha com hormônios e hoje “está sendo invadida” por médicos que não fazem a formação especializada e lançam termos “anti aging”, “anti envelhecimento”, medicina integrativa, modulação hormonal. Segundo o entrevistado, nenhum desses nomes existe e, normalmente, tratam-se de médicos sem ética profissional e sem formação; formações de final de semana para médicos que querem passar por endocrinologistas, e às vezes eles se dizem endocrinologistas, mas na verdade o que eles querem é prescrever anabolizantes, outra preocupação enorme.

“A nossa maior preocupação hoje, talvez dentro da formação, é tentar mostrar para o aluno de medicina essa má prática, mas o aluno, lamentavelmente, quer ver os médicos que no instagram tem meio milhão de seguidores, que ficam falando um monte de bobagens e querem aparecer (...) A gente fala que o endocrinologista é aquele médico que quer tratar o paciente com diabetes, acromegalia, com Cushing, baixa estatura, com câncer de tireoide, e de novo a gente está sendo invadido aí por essa má prática, médicos interessados em dinheiro, em status e em mídia social. Esse é o maior desafio que a gente tem hoje. Poderiam ser denunciados para o Conselho Regional de Medicina, que é corporativista, e que para que isso leve alguma medida mais severa, você tem que ter múltiplas denúncias e é muito difícil você ter um paciente que queira denunciar um médico desse (...) O fato da pessoa se dizer especialista em modulação hormonal, nutriendocrinologia, “anti aging”, “anti envelhecimento” já é passível de punição pelo Conselho Regional de Medicina, não tem prova de título e se diz especialista em modulação hormonal, tem vários nomes que eu não vou dizer aqui” (Representante da SBEM, 2020).

O mercado de trabalho futuro para o oncologista é preocupante, por conta da concentração geográfica dos serviços e equipamentos de ponta nas grandes capitais, o que implica também uma defasagem distributiva dos oncologistas. O profissional médico de oncologia almeja exercer a sua profissão, como qualquer outro profissional, ou seja, que o local disponibilize condições de trabalho adequado, com acesso não só a medicamentos, exames de imagem, internações, mas que dê um bom retorno financeiro e seja uma referência científica e acadêmica também.

O entrevistado da SBN vê com certo pessimismo a carreira médica na nefrologia, particularmente porque entende que não há atrativos para os novos médicos, em termos de remuneração e condições de trabalho adequadas a médio prazo. Avalia, também, uma discrepância muito grande entre a formação da prática nas grandes RM, com interlocuções com outras áreas, que conferem certo dinamismo à especialidade, mas que não se concretizam na prática profissional, frustrando mesmo seus especialistas e alterando substancialmente a prática profissional e o mercado de trabalho na especialidade.

3. Graduação e Formação de Médicos Especialistas

3.1. Campo São Paulo

Segundo dados do e-mec estavam autorizadas a funcionar doze instituições de ensino superior (ies) com curso de Medicina, com oferta de aproximada de 2.000 vagas/ano no Município de São Paulo (MSP). As ies “privadas sem fins lucrativos” (6) oferecem mais de 50% das vagas, seguidas pelas “privadas com fins lucrativos” em número de 3. O MSP conta com 3 ies tradicionais no ensino, na formação especializada em medicina, que foram as únicas em atividade por mais de quarenta anos: a USP, UNIFESP e Santa Casa.

Tabela 01 – Instituições de Graduação de Medicina, Categoria Administrativa, Vagas Autorizadas, Início de Funcionamento e Data da Criação. MSP

Nome da IES	Categoria Administrativa	Qt. Vagas Autorizadas	Início de Funcionamento	Data Ato de Criação
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	Pública Estadual	175	01/04/1913	07/12/1922
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	Pública Federal	121	01/06/1933	31/05/1938
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA SÃO PAULO	Privada sem fins lucrativos	180	20/05/1963	16/05/1963
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO	Privada sem fins lucrativos	240	25/08/2003	08/07/2003
UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO	Privada com fins lucrativos	276	16/02/2004	24/10/2002
UNIVERSIDADE SANTO AMARO	Privada sem fins lucrativos	304	01/02/2005	17/03/1970
CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO	Privada sem fins lucrativos	180	02/08/2007	05/02/2007
UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI	Privada com fins lucrativos	195	02/01/2008	05/02/2007
FACULDADE SANTA MARCELINA	Privada sem fins lucrativos	170	01/08/2012	18/11/2011
CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS AMÉRICAS	Privada com fins lucrativos	130	09/02/2015	23/07/2014
FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERTO EINSTEIN	Privada sem fins lucrativos	120	17/02/2016	03/07/2015
UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL	Pública Municipal	120	01/03/2016	15/12/2015
UNIVERSIDADE PAULISTA	Privada com fins lucrativos	100	Não iniciado	01/11/2017

Fonte: <https://emec.mec.gov.br/emec/>

Os estabelecimentos de saúde com atividades de ensino e pesquisa registrados no CNES representam 1,4% do total (193); com predominância de “unidade auxiliar de ensino” (65,3%). As “Entidades Empresariais” apresentaram maiores quantitativos em “unidade universitária”, “escola superior isolada” e “auxiliar de ensino” em relação à Administração Pública e Entidades sem Fins Lucrativos. Já para os Hospitais de Ensino a distribuição está com Administração Pública e Entidades sem fins Lucrativos.

Tabela 02 – Estabelecimentos com atividades de Ensino e Pesquisa segundo Esfera Jurídica. MSP, Dez/2019

Ensino/Pesquisa	Admin. Pública Federal	Admin. Pública Estadual	Admin. Pública Municipal	Empresa Pública ou Soc. Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Total	%
Unidade Universitária		2	3	1	-	18	6	30 15,5%
Unidade Escola Superior Isolada	-		2	-		22	-	24 12,4%
Unidade Auxiliar de Ensino		1	19	27	-	55	24	126 65,3%
Hospital de Ensino	-		4	1	-		8	13 6,7%
Total com Ensino / Pesquisa		3	28	29	0	95	38	193 100,0%
%	1,6%	14,5%	15,0%	0,0%	49,2%	19,7%	100,0%	
Unidade SEM atividade de Ensino		10	85	1036	4	11737	263	13135 98,6%
Total		13	113	1065	4	11832	301	13328

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Elaborado pelos Autores

E, do total dos postos médicos 35,7% destes estavam em unidades assistenciais com ensino e pesquisa, com concentração em unidade auxiliar de ensino e hospital de ensino. Dos postos de médicos que Atende ao SUS 56,6% estavam em unidades de Ensino e Pesquisa.

Tabela 03 – Postos Ocupados de Médico por serviços que desenvolvem Ensino e Pesquisa e Atendimento ao SUS. MSP, Dez de 2019.

Ensino/Pesquisa	Atende ao SUS		Não atende ao SUS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Unidade Universitária	510	0,8%	52	0,1%	562	0,5%
Unidade Escola Superior Isolada	4	0,0%	1558	2,9%	1562	1,3%
Unidade Auxiliar de Ensino	16429	25,0%	2940	5,4%	19369	16,1%
Hospital de Ensino	20237	30,8%	1166	2,1%	21403	17,8%
Total Ensino e Pesquisa	37180	56,6%	5716	10,5%	42896	35,7%
Unidade SEM atividade de Ensino	28526	43,4%	48850	89,5%	77376	64,3%
Total	65706	100,0%	54566	100,0%	120272	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES – Recursos Humanos – Ocupações – segundo CBO 2002
Elaborado pelos Autores

Esses números demonstram a intensidade dos recursos físicos, humanos e financeiros existentes no MSP dedicados à graduação e à formação de médicos especialistas, um dos eixos do estudo.

Os programas de Residência Médica (RM) regulamentados pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, são uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos com qualificação ética e profissional, e são credenciados e reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

As Comissões de Residência Médica (COREMEs) são instâncias auxiliares da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM). São estabelecidas em instituições de saúde que oferecem programas de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência nas diferentes especialidades e os processos seletivos da instituição (cf. Resolução n. 2, de 03 de julho de 2013, art. 1o).

Por essa finalidade central no âmbito da formação médica, foram entrevistados dois coordenadores de COREMEs do MSP, COREME 1 é de instituição pública e a COREME 2 é de instituição privada sem fins lucrativos, com as características apresentadas no **Quadro 01**.

Quadro 01 – Características das COREMEs Entrevistadas (2019)

Variáveis	COREME 1	COREME 2
Tipo Instituição	Universidade Pública	Universidade Privada sem fins lucrativos
Programas de Residência Médica	100 programas de RM, especialidades, áreas de atuação e subespecialização, credenciados pelo MEC	54 programas de RM credenciados pelo MEC
Residência MultiProfissional	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia.	Sem Residência Multiprofissional
Campo de Prática	Serviços Assistenciais próprios. Serviços conveniados para alta complexidade em robótica	Serviços Assistenciais próprios
Modalidades de Formação de Especialistas	Vaga para RM com bolsa MEC exclusivamente	Vagas para RM com bolsa MEC, SES e da própria instituição
	Curso de Especialização não concorrente à programa de RM	Curso de Especialização (similar ao programa de RM - sem bolsa)
	Aperfeiçoamento	Curso Aperfeiçoamento (Endoscopia, Ecocardiografia e Mastologia) com anuidade
Números de Médicos em Formação	1100 Médicos Residentes	650 Médicos Residentes 220 Médicos em Especialização 100 Médicos em Aperfeiçoamento
Perfil dos Candidatos	30% ex-alunos	Cerca de 30% de ex-alunos
	outras escolas principalmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais	de 40 a 45% outras escolas principalmente de São Paulo
	minoridade de outros Estados e formados no exterior com Diploma Revalidado	de 30% a 35% de outras regiões principalmente o Nordeste

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Elaborado pelos Autores

A formação especializada na modalidade de Residência Médica foi considerada, pelos entrevistados de ambas as instituições, como o principal e mais adequado meio de acesso à especialização médica e à oportunidade do médico aprofundar os conhecimentos e desenvolver progressivamente autonomia. A RM ainda proporciona o trabalho em equipe, entre as especialidades médicas e entre profissionais da área da saúde.

“ ... é a oportunidade do indivíduo progressivamente ir assumindo a responsabilidade médica do caso, mantendo a subordinação a alguém com mais experiência que é o preceptor. De tal forma que, ele tenha a oportunidade de raciocinar chegar a uma conclusão e submeter essa conclusão a um julgamento de alguém mais experiente e com isso ele vai aprendendo até o momento em que ele pode ficar mais independente. ... considero a residência o padrão ouro da modalidade de formação do especialista. Porque é um momento muito crítico para a formação de médico, ele já recebeu o certificado de médico, mas ele quer se aprofundar, porque o nosso certificado de médico é generalista, mas hoje em dia o conhecimento é muito grande em cada área, então o generalista acadêmico recém-formado, ele pode saber muito, mas superficialmente de muita coisa, ele ainda não está capacitado exercer em profundidade determinada especialidade e a residência é a forma dele obter esse conhecimento e não só esse conhecimento técnico, mas a vivência. Principalmente aqui na escola, nós preservamos muito o aspecto humanitário, humanista do médico, então ele tem aulas de posturas, aulas complementares ao conhecimento técnico; como lidar com o paciente, como lidar com a família do paciente, de tal forma que, a gente usa a residência como o momento de formação do profissional mais integral, além de um bom profissional, um bom ser humano.” (COREME 1)

A conclusão da RM fornece certificado e habilita o médico a exercer a especialidade. Há estímulo por parte das instituições para que o residente se submeta à prova de títulos da respectiva Sociedade pela importância da manutenção e atualização científica, bem como para a instituição avaliar a qualidade de seus programas de residência médica, de acordo com os resultados de aprovação.

Uma das diferenças observadas às duas COREMES foi em relação à oferta de cursos de especialização, pela instituição sem fins lucrativos, similares ao programa de Residência Médica, que ao seu término permitem a obtenção de Título de Especialista por meio de Provas de Títulos, na Sociedade de Especialidade respectiva, além de Cursos de Aperfeiçoamento em áreas de atuação. Tanto para o curso de especialização como de aperfeiçoamento não existe a bolsa de R\$ 3.330,00, e o aperfeiçoamento é cobrado uma taxa anual.

Para o dimensionamento de vagas são observados os requisitos estabelecidos pelo CNRM quanto à capacidade estrutural e operacional de oferecer campo de prática. A COREME 1 só oferece vagas credenciadas com bolsa MEC, e por ser instituição tradicional e pública, tem sua capacidade institucional e vagas com 100% de bolsa MEC. Já a COREME 2 não tinha bolsas para todas as vagas autorizadas mas apresentava flexibilidade de opções de financiamento de bolsas, pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde ou pela própria Instituição, de forma que conseguia atender necessidades institucionais, no limite das vagas credenciadas.

A formação de especialistas acompanha a evolução tecnológica, a demografia e as exigências do mercado de trabalho. Algumas especialidades como a cirurgia cardiovascular e a radiologia são exemplos de modificações no campo da prática e consequentemente na de formação de especialistas, devido à evolução tecnológica. Os programas são atualizados ora pela introdução do conteúdo curricular dos novos conhecimentos, como a cardiologia, e a patologia clínica.

“... Por exemplo, a cirurgia cardíaca, houve um tempo em que o Cirurgião Cardíaco era uma especialidade muito importante, de repente aparece a cirurgia endoscópica, cirurgia que se faz colocando Stent, então eu não preciso fazer aquela cirurgia aberta, então aquele cirurgião sofre modificação. Existe uma doença chamada aneurisma de aorta, um aneurisma grave que obrigatoriamente eram cirurgias abertas, hoje se a gente faz diagnóstico numa fase muito adequada, é possível fazer endoscopicamente, colocar o Stent com muito mais recuperação muito mais sucesso no resultado. Então eu

percebo que aquele cirurgião geral, ele está mudando para fazer cirurgias robóticas. ... vai acompanhando até a nossa evolução demográfica, hoje nós precisamos menos de pediatras do que geriatras, nós temos uma população envelhecendo, então provavelmente as residências de geriatria vão ter uma demanda maior do que de pediatria, é nesse momento a fotografia atual. Quando nós tínhamos doenças infecciosas mais prevalentes, nós tínhamos mais pessoas envolvidas na área de doenças infecciosas, hoje em dia menos, hoje mais Oncologia, mais em Cirurgia em geral, então isso é muito dinâmico.” (COREME1)

Docentes e Preceptores da RM

Os preceptores são docentes e têm relação com o serviço, às vezes são chefes do serviço. Tem por critério terem feito Residência Médica naquela especialidade e tempo de experiência. Alguns programas têm avaliações periódicas do docente por residentes, supervisores da disciplina ou do departamento.

A capacitação didática pedagógica é oferecida na Residência Médica, e aos docentes que geralmente na vida acadêmica exige essa formação.

Cursos preparatórios para os exames de residência médica

Ambos coordenadores não são favoráveis aos cursos preparatórios para provas de Residência Médica, creditam numa boa graduação médica os requisitos para aprovação nos exames de ingresso para RM. A COREME 1 referiu que a seleção ao ingresso para a RM incluiu provas práticas, que podem avaliar a qualificação para RM, adquiridas nos quinto e sexto ano da graduação, de maneira que mesmo com o curso preparatório que é só teórico o candidato pode não ter sucesso.

Incorporação Tecnológica

Para oferecer a experiência em equipamentos de inovação tecnológica são mantidos convênios com instituições privadas para estágios em robótica, por exemplo. A incorporação tecnológica tem custo elevado e demora a ser viabilizado no hospital universitário.

Tendências da Residência Médica

Devido à evolução do conhecimento, novos recursos terapêuticos e diagnósticos apontam para a tendência de surgir novos programas contemplando áreas mais restritas do conhecimento, citando o exemplo da oncologia em subespecialidades por órgão.

“ ... tenho a impressão que, cada vez mais aparecer novos programas que abranja áreas mais restritas do conhecimento por conta até da evolução do próprio conhecimento, dos recursos que a gente tem, dos diagnósticos, recursos terapêuticos, então imagino; Oncologia, é uma área que, não dá mais para imaginar formar um oncologista que cuide de todos os tumores, ele vai ter que aprender a tratar pulmão, mama, próstata, porque o conhecimento de cada uma área dessas vão se ampliando existe conhecimentos específicos, há um tempo atrás o indivíduo tinha câncer e tomava um remédio quimioterápico ou era o que nós tínhamos que servia para todos. Hoje para cada tumor temos quimioterápicos específicos que a gente nem chama mais de quimioterápico, é imunoterápico específico para aquele tumor. E isso exige um conhecimento uma experiência, praticamente que só um treinamento uma residência específica pode fornecer.” (COREME1)

Graduação e Formação dos Médicos Especialistas Entrevistados

Um dos eixos principais do trabalho é o estudo da Movimentação Médica – Migração para a RM, motivo pelo qual vamos destacar este assunto no tópico da Graduação e Formação Especializada, com a apresentação da formação e titulação dos Médicos Especialistas Entrevistados.

Foram entrevistados 30 médicos especialistas com atuação no MSP. À época da entrevista, cinco eram médicos residentes. Nesse universo, treze eram mulheres e dezessete homens. Os entrevistados tinham idades variadas, entre 28 e 68 anos; a idade média era 41,4 anos.

Em relação ao local de nascimento, vinte e sete eram brasileiros e três nascidos no exterior: China, Coréia e Argentina. Dos brasileiros, a maioria nasceu no estado de São Paulo (16), seguido por Minas Gerais (3), Rio Grande do Sul (2), Pará (2), Rio de Janeiro (2) e os estados da Bahia e Ceará com um em cada.

Quanto ao local de moradia, todos os entrevistados residiam no estado de São Paulo; apenas três entrevistados moravam em municípios da região Metropolitana de São Paulo: Cotia, Barueri e Santo André; os demais residiam na capital.

A maioria dos entrevistados realizou a graduação de medicina na UF de nascimento. Os naturais da China e Coreia vieram ao Brasil quando crianças e realizaram a educação básica e o nível médio nas UFs de residência, no caso, São Paulo. O profissional nascido na Argentina realizou sua graduação em medicina em Havana – Cuba; é o único do grupo com diploma médico submetido ao processo de Revalidação e que fez a graduação fora do local de nascimento. Quanto à natureza da instituição de ensino superior, a maioria é pública (20), nove são privadas e uma é estatal (Cuba).

Em relação às especialidades médicas de atuação, cabe ressaltar: Anestesiologia (1), Cardiologia/Hemodinâmica (1), Cirurgia Pediátrica (1), Cirurgia Vascular (1), Endocrinologia (3), Gastroenterologia (1), Geriatria e Medicina Intensiva (1), Hematologia (1), Mastologia (1), Medicina de Família e Comunidade - MFC (1), Nefrologia (2), Neurocirurgia (3), Oftalmologia (2), Oncologia (2), Ortopedia (2), Psiquiatria (4), Radiologia Diagnóstico por Imagem (2), Radioterapia (1).

A Residência Médica foi a principal modalidade de formação da especialidade para a maioria dos entrevistados (27). Dois entrevistados, um em psiquiatria e outro em MFC, obtiveram o título de especialista pela prova da AMB. Um dos endocrinologistas está em curso de especialização e tem RM em MFC. A RM também foi considerada pela maioria como essencial para o desenvolvimento e treinamento de habilidades e complementação de conhecimento para o exercício profissional, devido seus programas didáticos, a supervisão constante e o volume de “casos”. Alguns apontaram a carga horária excessiva e a baixa remuneração como aspectos negativos do processo.

“...Como eu saí a pouco tempo da residência, tem uma coisa que ainda me marca muito. Um sistema extremamente insalubre opressor, das residências médicas, é no Brasil inteiro, é desumano não saber quando você vai dormir ou comer da próxima vez, é desse nível. {...}extremamente desumano, os alunos são extremamente explorados, sacrificados, e tem uma ideologia de, quanto mais sacrificado você for submetido é mais honra pra você. Sai todo mundo com insônia, com ansiedade,

tomando remédio sem conseguir dormir, engorda muito ou emagrece muito, você não consegue fazer nada, nada na vida a não ser dentro daquele hospital {...} Óbvio que, pra você aprender você precisa muito de dedicação pra absorver aquele conteúdo, mas da maneira que é feita, não, não dá! Porque tem um limite de horas na residência, mas na prática não, não tem”. (Especialista em Anestesiologia)

“...extremamente acadêmica, bem didática. Não é só tocar serviço, atender sem supervisão. Tudo o que você faz tem uma supervisão, normalmente um professor, um chefe supervisionando no ambulatório, na cirurgia, tem aulas teóricas e práticas.{...} Pontos negativos: agora estão rigorosos com os horários dos residentes, na minha época não eram. Muitas vezes emendávamos plantões diurnos e noturnos com novos diurnos, emendava 36 horas, era assim, acabava virando teste de resistência. Hoje em dia estão mais rigorosos com as novas turmas em relação a horários, pós plantão.” (Especialista em Ortopedia)

“...a titulação via Residência, o caminho da prática a especialidade escolhida, principalmente, porque como ele, a graduação, não te oferta prática em cirurgia, e “a prática é essencial, é na Residência que você terá isso {...} O único senão são os valores pagos na Residência e a carga horária, que é excessiva, “não te permitindo, ter uma vida pessoal”. (Especialista em Neurocirurgia 1)

Para seis dos entrevistados, o ingresso na Residência Médica, foi precedido de atuação em serviços de atenção básica à saúde em: Pará, Minas Gerais e São Paulo, no Programa PROVAB, Mais Médicos e no Projeto Qualis/PSF². Essas iniciativas não tiveram êxito em atrair e fixar médicos para atuarem na atenção primária, ou por se sentirem sem qualificação para esse nível de atenção, ou por que a experiência neste nível de atenção apresentou-se não resolutive e, em ambos os cenários os profissionais buscaram formação especializada em outras especialidades médicas, o que para uns já estava em planos, conforme evidente abaixo.

“...Logo após a formatura, fui trabalhar como médica de família [...] na zona leste, no Projeto QUALIS, da Secretaria Estadual de Saúde, em convênio com Organizações Sociais de Saúde - OSS. (...) Fiquei lá de janeiro até outubro de 2000. Foi uma experiência muito interessante, muito enriquecedora... mas eu cheguei à conclusão que eu não tinha formação suficiente para enfrentar o mercado de trabalho sem residência médica. Então, eu voltei e prestei a prova para residência em Clínica Médica na FMUSP e comecei em 2001. Até 2003, eu fiz residência de clínica médica” Após essa fase, fiz residência médica em endocrinologia também na FMUSP. (Especialista em Endocrinologia)

“...Após a conclusão da graduação decidi ser Médico de Família, durante 6 meses, no interior de São Paulo, em uma cidade de aproximadamente, 5 mil habitantes, Taquarivaí, próxima a Sorocaba. O objetivo era ganhar experiência e, também, me especializar.” (Especialista em Cirurgia Vascular)

“...Eu já fui médica da atenção básica, eu me formei e fiquei um ano trabalhando no posto de saúde, eu fiz o PROVAB. Durante o curso, você tinha que apresentar projetos trabalhos e o meu orientador queria me convencer a ser médica da atenção primária e eu falei que não dava, porque pra mim está muito defasada a atenção primária; o

² Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), iniciado em 1996, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e duas Organizações Sociais de Saúde. Em 2001, com a municipalização do Sistema de Saúde, as equipes do QUALIS passaram para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através de convênios firmados com Instituições da Sociedade Civil.

médico chega lá só quer liberar o doente renovando a receita de hipertensivo e diabetes, então cadê o rastreio cadê a divulgação? ...Então eu acho que o grande papel da atenção básica é no rastreio, sem nenhuma dúvida. E tentar fazer esse link de, suspeitou de câncer chegar no oncologista o mais rápido possível. A gente está lidando com câncer e câncer é tempo.” (Residente em Oncologia)

“...Quando trabalhei no PSF, por exemplo, peguei uma epidemia de dengue. Na época, a UBS sem estrutura nenhuma, virava um pronto socorro {...} Hoje, eu acho que, você como recém-formado acaba sofrendo uma pressão muito grande talvez não estivesse preparado pra suportar. Eu pensava em fazer sempre o melhor e isso gerava certo desconforto com a equipe, era uma cidade muito pequena, todo mundo se conhece. ... Hoje talvez com mais experiência, mais velho e com outro tipo de formação, talvez eu pudesse chegar lá e falar com mais autoridade do que eu poderia falar no passado. A experiência como médico foi boa e eu também me formei com 28 anos, um pouco mais velho diante da grande maioria. Eles tentam te seduzir de várias formas; ah, a gente te paga melhor! E eu só quero isso, quero fazer o melhor. Mas me acrescentou como pessoa pra eu poder conhecer melhor os pacientes, ver o perfil e me acrescentou em termos profissionais, eu acho que, toda experiência que você trabalha, te acrescenta.” (Residente em Nefrologia 1)

Dois entrevistados que cumpriram o programa de cirurgia geral optaram, como especialidade, na segunda residência, a cirurgia pediátrica e a cirurgia vascular. Dos nove entrevistados que cumpriram o programa de clínica médica tiveram como segunda residência médica: endocrinologia (2), oncologia (2), nefrologia (2) gastroenterologia (1) cardiologia (1), e geriatria(1). O entrevistado que fez ginecologia e obstetrícia teve, como segunda residência, a mastologia.

Movimentação Médica para a Residência Médica

A maioria dos entrevistados (22) realizou a primeira residência médica na UF de graduação da medicina. Cinco graduados emigraram para ingresso na primeira residência médica em São Paulo, foram procedentes de Rio de Janeiro (2), Minas Gerais (1), Bahia (1) e Ceará (1).

Dos entrevistados que realizaram a segunda residência médica em São Paulo 2 (dois) foram emigrantes de Minas Gerais e 1 (um) do Rio Grande do Sul. Ainda, para especializações, ocorreram emigrações procedentes do Pará (1) e do exterior (1). Um dos entrevistados, brasileiro, emigrou ao exterior para a especialização em hematologia.

Dos entrevistados que apresentaram deslocamentos para São Paulo buscaram formação especializada em: Cardiologia, Cirurgia Geral/Vascular, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Psiquiatria, Nefrologia e Anestesia pediátrica. Conforme Tabela 04.

Tabela 04 – Origem da Graduação de Emigração para Especialidades/Área de Atuação

UF da Graduação	Especialidade/ Área de Atuação
Minas Gerais	Cardiologia e Cardiologia Intervencionista Cirurgia Geral/Cirurgia Vascular Oncologia
Rio de Janeiro	Ortopedia e Traumatologia Neurocirurgia
Bahia	Neurocirurgia
Ceará	Psiquiatria
Rio Grande do Sul	Nefrologia
Pará	Anestesia pediátrica
Exterior	Endocrinologia

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Como se constata os que emigraram de seus locais de graduação para São Paulo eram procedentes da região Norte – Pará; do Nordeste - Ceará e Bahia; do Sudeste - Minas Gerais e Rio de Janeiro; e do Sul - Rio Grande do Sul. Esses resultados foram compatíveis com os Resultados do Estudo Quantitativo de Migração que apontaram a região Sudeste, com exceção do Espírito Santo, e principalmente São Paulo como fluxo prioritário para a RM, formando seus graduados e os de outros estados.

Os estudos quantitativos também indicaram que a maioria dos médicos realiza a graduação nos estados de nascimento e/ou de residência, como ocorreu nessa amostra, e que esta parece ser uma importante estratégia de fixação de profissionais.

Os entrevistados das COREMEs identificaram a diversidade de origens dos profissionais médicos que atuam em São Paulo, tanto de ordem espacial como de escolas médicas. No geral, o fluxo migratório, para ingresso em programas de Residência Médica em São Paulo, nas duas instituições tradicionais na graduação e formação de médicos entrevistadas, é mais intenso do Rio de Janeiro e Minas Gerais e com presença de emigrantes do Norte e Nordeste, confirmando o fluxo dos migrantes entrevistados.

“... Em relação à procedência, dos 1100 residentes: 30% são ex-alunos da escola, os demais são de diferentes faculdades de medicina ou diferentes programas de residência médica do país, a maioria são das escolas de São Paulo, Rio, Minas, e, minoria de outros estados e formados fora, que revalidaram o diploma no Brasil.” (COREME 1)

Um dos entrevistados comparou o período em que fez RM em que as vagas eram preenchidas com a demanda interna da graduação, com o período atual em outra instituição que recebe muitos candidatos à RM do Norte e Nordeste. Referiu que geralmente os egressos da graduação de escolas médicas públicas tradicionais absorvem seus egressos nos programas de Residência.

“...No HC, na minha época eram 12 vagas de residência, era tudo preenchido com aluno da faculdade, era situação rara entrar alguém de fora. Na minha turma de residentes dos 12 somente 1 veio de graduação de Mato Grosso os outros 11 eram da escola FMUSP. Era mais raro um de fora porque tinha procura interna. Aí, cerca de 15 anos dobrou o número de vagas, são 24 e aí nunca mais preencheu só com egressos da

FMUSP, e já teve ano que não teve nenhum aluno da FMUSP que entrou na residência de radiologia. Foi quando teve boom, 6, 7 anos da inteligência artificial, que veio aquele boato que ai iriam substituir os radiologistas, então os graduandos pararam de prestar, a partir desse ponto de inflexão tem muita gente vindo a São Paulo. No xxxx (Hospital privado) sempre foi gente de outros estados. Como a faculdade é recente, vai formar a primeira turma agora em novembro, então sempre foi de fora. ... são raríssimos os que vem de universidades públicas paulista, tivemos poucos casos da UNIFESP, da USP nunca tivemos aluno de graduação. Geralmente vem de universidade pública de outros estados. Daí tem uma coisa, que um puxa o outro. O xxxx tem Residência há 16 anos de radiologia, e a gente vê que tem modas, às vezes vêm do Ceará, ai no ano seguinte vem o amigo dele, e aí fica a panelinha do Ceará, agora está na panelinha do Piauí. Eles levam para a faculdade de origem a experiência e o pessoal fica interessado. Então vai por ciclos, teve época que tivemos 3 RM do Pará simultaneamente, então é muito comum ter residentes de outros estados, e no HC está ficando mais comum. (Especialista em RDI com atuação também no ensino e preceptoria- SP)

Motivação e Expectativas da Residência Médica

A busca por São Paulo para a Residência Médica foi referida, pela maioria dos entrevistados, pelo reconhecimento como centro de excelência de ensino, pesquisa e de serviços médicos. Para outros, a migração se deu por indicação de amigos, e/ou por motivos pessoais.

Questões sociais como a violência, a segurança, a qualidade de vida e de trabalho, entre outras, foram quesitos considerados para a escolha por São Paulo como o local de especialização e de moradia. Destacam-se abaixo narrativas de alguns entrevistados migrantes, quanto às motivações para escolha de São Paulo e também para a permanência após a RM:

“...A escolha da Residência em São Paulo, se deu por indicação de alguns profissionais experientes da área, em Porto Alegre.” (Residente em Nefrologia)

“...a minha ideia era sempre fazer em São Paulo, ou Belo Horizonte, sempre no Sudeste, como a grande maioria dos médicos. Rio de Janeiro não era uma opção, minha cidade é muito perto do Rio, eu cheguei a prestar prova no INCA, mas a qualidade e a segurança do Rio diminuíram muito.” (Residente em Oncologia)

“... Toda residência médica, você tem um estágio e você busca uma instituição de renome pra você ver a realidade do hospital, ou “eu gosto muito de anestesia pediátrica”, então eu vou procurar o melhor hospital de pediatria do Brasil. Eu vim pra passar 100 dias pra estagiar num hospital como Sírio, Einstein, eu vim de uma realidade do norte do país e de hospital público. E a partir desses 100 primeiros dias que eu fiquei aqui, eu percebi que eu tinha algo pra viver e tinha que vir pra cá. E a minha família ficou lá, mãe e tudo... Voltar não está nos meus planos, a gente nunca fala nunca, mas se tiver tudo certo com minha família e se depender da minha opção, eu não volto. Pra trabalhar, provavelmente, eu teria que me submeter a trabalhos que eu nem me identificasse tanto como aqui em SP. E aqui eu trabalho no hospital que eu quero, nos dias que eu quero, lá, por exemplo, meus colegas que fizeram residência comigo, trabalham a noite, eu nunca que ia trabalhar à noite. Aqui eu trabalho de segunda a sexta pra mim é o suficiente. E quando você está numa cidade como lá, você tem que sujeitar a esses dias para trabalhar. Aqui tem muitas vagas e muitas opções, muitos trabalham a noite porque querem, eles querem dinheiro. Como a minha visão é um pouco diferente...” (Especialista em Anestesiologia)

“... Vim para São Paulo, fazer RM em Ortopedia, por influência e indicação de colegas que vieram e recomendaram. Constituí família, e estou há 10 anos em São Paulo; não pretendo retornar ao RJ.” (Especialista em Ortopedia)

"... eu sabia que ia fazer uma pós-graduação, sempre gostei muito de pesquisa, na minha faculdade já havia tido genética, que era uma parte que eu gostava muito, e no final não voltei, as coisas foram acontecendo, fui vendo que não fazia sentido profissionalmente eu voltar, acabei casando, minha esposa é paulistana, então fiquei por aqui .. Tive oportunidade aqui e tem o interesse na pesquisa que eu gosto muito; lá não teria essa possibilidade. Então as coisas foram acontecendo, eu fui me envolvendo cada vez mais com pesquisa, montei consultório, e depois não valia mais a pena recomeçar tudo em Fortaleza. ...Tenho muitos contatos com as pessoas de Fortaleza, e tem como diferença que, aqui em SP você tem mais suporte e oportunidade de pesquisa, lá você tem suporte, mas é muito mais difícil de você conseguir financiamento, e para a prática psiquiátrica de modo geral em SP comporta mais para os atendimentos particulares; em Fortaleza é mais convênio, mas isso é uma consequência o que fixou mesmo aqui foi a parte acadêmica e pessoal e nem tanto o mercado de trabalho." (Especialista em Psiquiatria)

"... Quando eu estava no quinto ano, fiz o internato rural. Aí fui para Belo Horizonte e fiquei transitando entre a Federal e a Faculdade de Ciências Médicas. Após o término, eu tinha que escolher qual especialidade seguir. Eu gostava muito de Clínica Médica e fui fazer em BH e fiquei 2 anos. ... Por motivos pessoais não queria mais ficar em BH, fiz outra prova de residência pelo MEC, aí passei na cardiologia em SP, fiquei no xxxx, dois anos de cardiologia aqui. ... a cardiologia tem várias subespecialidades... Quando eu passei na hemodinâmica, vi que era o que queria. ...Fiz uma prova, passei, o pré-requisito era ter clínica médica, cardiologia geral e os dois títulos de especialista. Na minha época, era uma especialidade e não ganhava nada. Hoje é uma residência e recebe uma bolsa do MEC. Isso em 2002." (Especialista em Cardiologia/Hemodinâmica)

"... Eu nasci em Belém do Pará. Formei lá, na Universidade do Estado do Pará, em 2005 e vim para SP, acabei entrando no xxxx, fazendo medicina de família, 4 anos. Cinco anos após ,eu prestei a prova de título de medicina de família e comunidade e recebi o título de especialista pela AMB. Desde então, eu atuo na medicina de família e vou completar 15 anos, agora este ano, na mesma unidade, na mesma equipe fazendo esse trabalho. As motivações foram pessoais mesmo, não teve muito a ver com a medicina... acabei me sentindo muito bem recebida na cidade... e acabei querendo ficar aqui na cidade.(Especialista em Medicina de Família e Comunidade)

" ... minha esposa é daqui, de Santo André... tentamos Residência aqui e no Rio... acabamos passando aqui e ficamos aqui mesmo... e não voltei para o Rio porque fazendo a residência toda aqui, começa fazer os contatos, e como minha esposa é daqui, acabamos nos estabelecendo..." (Especialista em Neurocirurgia)

Para os entrevistados não migrantes, que fizeram a RM na mesma instituição da graduação a motivação de permanecer na instituição é dado como um processo natural de vínculo com a instituição.

"... A escolha da instituição foi bem fácil, eu fiz toda minha carreira médica aqui na xxxx, foi aqui que aprendi medicina, foi aqui que conheci a minha esposa e aqui que conheci meus amigos, então eu tenho um apego muito forte. E é uma das instituições mais fortes na área de pesquisa e assistência no Brasil e na América Latina também. Eu queria passar aqui e eu tinha um forte desejo de completar minha formação aqui. Fiz graduação e fiz clínica médica aqui, já era absorvido pelo serviço." (Residente em Oncologia)

"...Para a graduação procurei uma faculdade pública e pela excelência, prestei vários vestibulares e a xxxx foi uma das que passei. Após o ingresso na graduação parece a continuidade na formação, residência, pós e mestrado na mesma instituição um caminho natural." (Especialista em Ortopedia)

Tipos de Migração

Os entrevistados foram classificados segundo as categorias de Migração definidas para este estudo. O grupo de entrevistados foi composto por profissionais 100% titulados com Residência Médica ou com Título pela AMB. Considerando a *primeira Residência Médica* e o viés de a maioria dos entrevistados serem de São Paulo, 60% deles eram “*Estáveis com RM*”, ou seja, especialistas com graduação, residência médica e atuação em São Paulo; 16,7% eram “*Migrantes Tardios*”, com graduação e residência médica na mesma UF e atuação em São Paulo; 16,7% eram “*Retenção da RM*”, graduação em outra UF e RM e atuação em São Paulo; 3,3% “*Estável sem RM com AMB*”, com título da AMB, graduação e atuação em São Paulo, 3,3% “*Disperso sem RM com AMB*”, ou seja, com título de AMB, graduação em outra UF, atuação em São Paulo. Observação a ser feita sobre os médicos residentes foram considerados especialistas concluintes e que permaneceram no MSP.

Tabela 05 – Indicadores de Migração 1ª RM - Campo São Paulo

Indicadores de Migração	Nº	%
Estável com RM	18	60,00%
Estável sem RM com AMB	1	3,30%
Migrante tardio	5	16,70%
Retenção da RM	5	16,70%
Dispersos sem RM e com AMB	1	3,30%
Total Geral	30	100,00%

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Interessante observar que mesmo os médicos classificados como “Estável com RM”, graduação, residência médica e graduação em São Paulo (UF), realizaram movimentações internas, com deslocamentos da graduação de escolas do interior (UNESP- Botucatu, PUC-Campinas, USP Ribeirão Preto, FAMEMA - Marília) e do litoral de São Paulo (Fac. Ciências Médicas de Santos) para o processo de formação, Residência Médica e atuação na Capital.

Acrescentando, que onze dos dezoito “Estáveis com RM”, ou seja 61%, realizaram a RM na mesma instituição de graduação, confirmando a potencialidade da oferta de programas de RM associados à graduação.

Para os indicadores de migração quando considerada a *segunda Residência Médica e/ou curso de especialização* para a atuação da especialidade os resultados foram o seguinte: os “Estáveis” e o “Disperso sem RM e com AMB” mantiveram os mesmos percentuais; a “Retenção da RM” sobe para 30%, com a integração de quatro Migrantes Tardios que realizaram a segunda RM ou curso de especialização; surge um “Disperso sem RM e sem AMB” que se trata do endocrinologista em curso de especialização.

Tabela 06 – Indicadores de Migração 2ª RM e Especialização - Campo São Paulo

Indicadores de Migração	Nº	%
Estável com RM	18	60,00%
Estável sem RM com AMB	1	3,30%
Retenção da RM	9	30,00%
Disperso sem RM com AMB	1	3,30%
Disperso sem RM e sem AMB	1	3,30%
Total Geral	30	100,00%

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Retenção da Residência

As possibilidades de inserção no mercado de trabalho parecem ter sido condição favorável para a retenção de migrantes egressos da Residência Médica. De forma geral, os residentes ao concluir a RM já têm alguma colocação de trabalho, o que ocorre somente no terceiro e quarto anos da RM, em plantões. Alguns dos residentes migrantes do Norte e Nordeste retornam, pois têm colocação garantida na origem.

“... no primeiro e segundo ano é muito difícil, porque eles têm muita coisa para fazer, mas no terceiro e quarto ano sim. No geral eles já têm um plantão fora, porque a residência ela é de sessenta horas por semana incluindo os plantões, então sobra tempo. O que não sobra para o R1 e R2 é cabeça para fazer, mas já na especialidade eles já têm cabeça para fazer e eles adaptam essas atividades em horários extra residência, já sai com alguma colocação. Quando ele termina a residência ele já está colocado, é raro um residente que sai sem alguma posição. Como lhe falei, alguns residentes nossos, eles já vieram com alguma colocação garantida no retorno. Existem escolas Norte e Nordeste que estimulam os recém-formados a virem para cá, fazer a residência e garantem para eles que quando eles voltarem já vão assumir preceptorias, alguns se encantam e ficam aqui. A maioria dos residentes que nós formamos, eles voltam para os seus locais de origem, até porque isso aqui limita né, mas muitos que vem para cá já estão com o retorno garantido e outros se encantam, conseguem contatos aqui e acabam ficando, sendo absorvidos no local, mesmo (COREME 1)

“...Embora não seja indicado trabalhar fora durante a residência, devido à carga horária, muitos profissionais já começam a trabalhar por causa da renda. A inserção no mercado privado já começa aí. Alguns hospitais melhores não aceitam residentes nos primeiros anos de formação, mas aceitam o R3 no final ou o R4 que já tem uma residência feita. Os hospitais públicos aceitam com mais facilidade porque têm mais escassez de profissionais.” (COREME 2)

Observa-se a expectativa de que os egressos da Residência Médica, migrantes ou não, mantenham vínculos com a instituição da RM, na continuidade em pós-graduações ou até serem absorvidos pela instituição, quando da existência de vaga. Ainda que nem sempre isto seja possível. Os entrevistados observam que alguns RM retornam à origem após a conclusão.

“... É muito frequente, raramente o residente termina a residência e vai embora, só quando ele é de outro estado já tem uma colocação lá e que vai embora. Muitos residentes que quando terminam aqui assumem posição de preceptor aqui e ingressam em programa de pós-graduação. É muito bom, além de aumentar o tempo de permanência do indivíduo aqui na instituição, porque no começo ele usufrui muito, mas depois ele começa a produzir, ele começa a trazer para nós conhecimento... nós estamos falando de a conveniência dos ex. residente continuar na instituição. A gente

estimula muito que eles continuem no programa de pós-graduação que nós caracterizamos como mestrado e doutorado e muitos deles, havendo oportunidades, são incorporados no nosso quadro docente ou como técnico administrativo.”(COREME 1)

“... boa a retenção dos médicos residentes da casa nas especialidades grandes. Absorvem quem tem interesse de estar dentro de um hospital escola. Nas especialidades específicas há mais dificuldade, porque não tem um número grande de cadeiras. Neurroradiologia, é um caso desses. Vai abrir uma vaga e há um candidato que vai se formar na área. Se ele for bom e quiser ficar, é possível que a vaga seja dele e que não abra outra nos próximos vinte anos, pois são apenas três cadeiras fixas na área.” (COREME 2)

Tendências quanto à procura da RM

Entre os entrevistados, foi observada mudança de comportamento dos egressos da graduação, em relação aos que ingressaram imediatamente em programas de Residência Médica. As citações foram de que, num período anterior, as oportunidades de RM eram muito disputadas e proporcionalmente com menor número de vagas e de uns anos próximos mesmo com o aumento do número de vagas cada vez mais um número maior de egressos opta em primeiro dar uma pausa, tipo “ano sabático”, em atividades que exijam tempo e dedicação. Atribuíram ao aumento de escolas de medicina sem correspondência de vagas de RM e a atração por postos de trabalhos, com salários atrativos os motivos dessa percepção de desvalorização ou latência para ingresso à formação especializada, uma vez que passando esse tempo ocorre a busca pela RM.

O mercado de trabalho em São Paulo favorece este tipo de opção uma vez que o salário de médico generalista está em torno de R\$15.000 a R\$ 20.000 para 40 horas semanais e que é um atrativo para o primeiro emprego daqueles que saem da faculdade.

“... Os candidatos ao curso de residência, cerca de 3.500 ao ano, são provenientes de todo o Brasil. Na própria faculdade, são aproximadamente 120 alunos, mas nem todos prestam, pois está na moda ter um ano sabático”. (COREME-2)

“... eu vejo um número maior de médicos optando por não fazer residência, coisa que décadas atrás era impensável... essa era uma oportunidade que todos buscavam muito... só não fazia quem não conseguia mesmo.... e hoje vc vê gente optando por não fazer a residência... o mercado está estranho... a gente ainda não conseguiu entender esse momento novo... a gente vê aí algumas coisas, do tipo de ter oportunidade e não faz... talvez esteja encontrando maneiras de compensar, do ponto de vista financeiro, mesmo sem a residência... é diferente ... de fato é muito 20 mil reais por mês pro cara que está acabando de sair da escola.” (Gestor Público Estadual)

“...O que percebi entre os residentes e os alunos do 6º ano é que muitos optam por não fazer a seguir uma Residência. O sextoanista quer trabalhar um ano, ou dois, eles querem ter um aporte financeiro melhor, fazer pé direito e depois acertam um programa de Residência. Depois que terminam Clínica Geral e Pediatria, eles optam em ficar mais um ano, e aí quer aproveitar para montar consultório, ou fazer uma viagem por que os dois anos de residência foram muito difíceis, para eles é tudo muito difícil agora, tudo stressante, (risos) tenho muitos deveres, então quero descansar um ano. E depois de 6 meses viaja, 6 meses trabalha e ao final acessa o programa de Residência novamente.” (Entidade Parceira do MSP)

3.2. A experiência da Universidade Federal do Vale de São Francisco

Consideramos importante apontar a experiência da UNIVASF – Universidade Federal do Vale de São Francisco justamente por ter sido criada com a proposta de levar ensino público superior ao interior do Nordeste, com campus em três estados Bahia, Pernambuco e Piauí, de maneira a mitigar deslocamentos migratórios às capitais, para tal formação.

A UNIVASF oferece ensino superior em várias áreas, com campus em municípios que pertencem à região do Rio São Francisco. A graduação em Medicina ocorre no campus - sede em Petrolina/PE desde 2004, com 100 vagas, e, no campus Paulo Afonso/BA a partir de 2014, com 40 vagas.

A despeito da intenção expressa de oferecer oportunidade de formação superior para os residentes da região, como estratégia de mitigar a necessidade de migrações às capitais, e melhorar a relação médico/habitante, com a permanência do graduado na região, a entrevistada, coordenadora do curso de Medicina observa que com o ingresso pelo ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) ocorreu procura por todo o território nacional, com perfil socioeconômico em sua maioria de “classe média” e com alguns alunos mais carentes.

“Antes do ENEM chegou a 100 candidatos por vaga. Agora é pela nota do ENEM, conforme nota de corte, e tem as cotas de negros, índios, e outras que são aplicadas às universidades federais. Era o desejo dos criadores da universidade que os candidatos fossem da região. Com a questão do ENEM, principalmente, tem alunos do Brasil inteiro, não há um sistema de cotas para a região, mas já foi solicitado. Muitos dos que vem de outros estados ficam. Inclusive era intenção melhorar o percentual de médico/população, pois sabem da dificuldade de médico se interiorizar, mas ainda não é uma realidade”. (Coordenadora do Curso de Medicina UNIVASF)

Em relação à formação de especialista acredita ser evolução natural da medicina e até por exigência do mercado de trabalho, porém reforça que a graduação de medicina é orientada para formar generalista.

“... na cadeira de dermatologia o que oferecem é o que todo generalista precisa saber em dermatologia, e não específica da dermatologia, por exemplo: parasitose da pele, escabiose, dst, que são situações de todo dia, e, não são exclusivas da Especialidade.(...) Se o aluno por vontade própria ou por condições de mercado busca ser especialista ou superespecialista não é o que a universidade prega.” (Coordenadora do Curso de Medicina UNIVASF)

Considerou que a Residência Médica é a melhor forma de treinar especialistas por exigir a formação teórica, prática em serviço, como também um incentivo para a pós-graduação, e estudo permanente, pela evolução constante da medicina: “Medicina é a profissão que nunca se forma”

O momento da RM pelos egressos foi observado que depende de perfil socioeconômico e psicológico, bem como citou oportunidades de pós-graduação no exterior.

“...Varia muito com perfil social e psicológico do egresso. Alguns preferem primeiro trabalhar, para ajudar a família, após um ou dois anos fazem o concurso para RM; outros saem direto para RM. (...) Acontecerem dois cursos similares “ciências sem fronteiras”, durou pouco tempo, deu oportunidade dos estudantes irem para outros

países, e hoje muitos egressos estão no Reino Unido, Rússia, Polônia, abriu mercado muito bom para pós-graduar ex-alunos.”

Aponta a questão do acesso a programas de RM que poderia ser amenizado caso a universidade tivesse mais recursos locais para abrir outras RM, para oportunizar aos alunos que não podem se deslocar, por questões financeiras, para fazer a formação em outro local.

A Pandemia COVID-19 trouxe impactos para a formação na graduação, devidos às adversidades que provocaram paralisação e diminuição dos campos de estágios, como também dificuldades financeiras em assumir material de EPI para os alunos com estágios em instituições conveniadas para ensino.

“... ficaram parados cerca de 1 mês e em seguida os alunos que estavam no internato, no nono período, quando puderam voltar não foi plena, foi reduzida em tempo e em quantidade de alunos. A pandemia causou de 4 a 5 meses de atraso em todas as turmas. O Decreto, que virou Lei, que alunos poderiam formar com 75% da carga cumprida, tiveram 2 turmas que formaram nessa modalidade. (...) Isso não é consenso entre os docentes, pois a preocupação é com a formação, porque os cenários de estágios não estarem bastante qualificados por diversas dificuldades de isolamento social, distanciamento, fornecimento de EPI. A Universidade teve que arcar com os EPIs dos alunos, pois os Concedentes que teriam a obrigação de fornecer o EPI não o fizeram, e a Universidade só tem um hospital próprio que não abarca todos os estudantes, porque é um hospital de trauma, e os outros hospitais conveniados não conseguiram o fornecimento dos EPIs e a universidade teve que arcar e diminuir os alunos do internato.” (Coordenadora do Curso de Medicina UNIVASF)

Programas de Residência Médica

A UNIVASP campus Petrolina, é considerada polo de referência em Residência Médica, com ofertas de programas em: Medicina de Família, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Neurocirurgia, Anestesiologia, Cardiologia (hemodinâmica e cardiologia intervencionista, cardiologia pediátrica, e ecocardiografia - aprovação recente), Radiologia por Imagem, Medicina Paliativa (ano adicional a começar em 2021).

Os campos de RM são o Hospital de Urgência, policlínicas e unidades básicas de saúde. Ainda em Petrolina tem programa de RM em pediatria oferecida pelo IMIP (Instituto Materno Infantil de Pernambuco – tem faculdade com polo de formação no Hospital Dom Malan/IMIP).

O perfil dos candidatos à RM é determinado pela própria graduação de Medicina, que em sua maioria já são de fora da região. Credita à qualidade da graduação e o conhecimento dos programas de RM atributos que favorecem a fixação dos graduandos de fora a permanecer na RM. Também recebe graduados de outras faculdades.

“ A maioria dos médicos que vem para a UNIVASF são de fora. O que acontece é que, ao longo dos 6 anos, eles passam a conhecer os professores, os programas de residências, e os preceptores e reconhecem a qualidade do programa, então por conta disso nós conseguimos fixar muita gente de fora, e essas pessoas que vem de fora tem colegas de outros lugares, e passam essas informações. Nós temos um processo seletivo próprio, (...) nós temos muitas pessoas que vem de fora, especificamente, para fazer a pós graduação na nossa região. Semana passada eu recebi a ligação de um rapaz de Piauí, querendo saber sobre a residência em medicina de família, e dizendo ele que “se Deus quiser” ano que vem ele estará aqui, então esse link das pessoas que vem de fora para fazer medicina aqui atrai por conhecimento, por informação, o “boca-a-boca” outros médicos formados fora também. A respeito da nossa seleção, mesmo sendo própria, nós ainda temos um número muito grande de pessoas de fora porque infelizmente a inserção no curso de medicina tem questões que terminam por selecionar

... pessoas que tem melhores condições, melhor poder aquisitivo, e nós estamos no sertão de Pernambuco, então se nós formos levar todas as considerações socioeconômicas como sendo fatores determinantes na inserção no curso de medicina, e na residência médica, nós teremos um número pequeno de alunos da região.(...) não temos algum tipo de incentivo para as pessoas que moram aqui, que tem família aqui, para que a gente consiga graduar e pós graduar os sertanejos. Isso ainda não é uma realidade da UNIVASF.(COREME UNIVASF)

Os programas de RM são procurados e vagas preenchidas, destacando a cirurgia vascular com maior dificuldade de preenchimento, atribuindo à oferta de vagas em outros locais com maior tecnologia. Observamos que o fato dos residentes serem de outros locais dificulta a harmonização da RM com situações pessoais e familiares, motivo de desistências.

“O programa onde nós temos mais dificuldade em preencher todas as vagas é o programa de cirurgia vascular, e não é por uma questão de ambientação, de pós graduação, mas é porque a cirurgia vascular é uma das áreas em que quanto mais tecnologia você ofertar, obviamente mais pessoas você vai conseguir atrair, isso já é um número mais reduzido, o pessoal que faz cirurgia, e vai fazer cirurgia vascular, você tem um número menor de interessados e a oferta, Brasil, é realmente muito grande. Nós ofertamos apenas 2 vagas, (...) e a endovascular, que começou agora, ano passado, e todo o serviço de endovascular está sendo estruturado aqui, mas é o que nós temos mais dificuldade, todos os outros programas têm preenchimento completo.(...) Nós normalmente não ficamos com nenhuma vaga ociosa em nenhum dos programas, o que as vezes ainda tem vaga ociosa, como eu mencionei anteriormente, é a medicina de família, onde as questões adversas levam os médicos para outros locais. A neuro cirurgia por exemplo, um dos alunos que entrou agora, o R1, pediu para trancar porque o pai apareceu com câncer cerebral, uma infeliz coincidência, e ele terá que voltar para a cidade dele, então assim, são casos bem pontuais, nós não temos uma grande quantidade de abandono, de insatisfação, nada disso.” (COREME UNIVASF)

A COREME UNIVASF destacou que o programa de Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma das cinco RM de referência no Brasil. Tinham 20 médicos FC em formação, que estão organizados em UBS que comportam de 3 a 4 equipes de Saúde da Família e cada tem 1 preceptor, não vinculado à equipe. Considerou o processo de formação muito organizado, rodam em ambulatórios de especialidades, de saúde mental, de consultório na rua e serviços auxiliares, com boa logística de formação que atrai candidatos à RM de todo Brasil.

“...Tem procura pela RM de Medicina de Família e Comunidade, ocupação de 100% das vagas todos os anos, as desistências são pontuais.” (COREME UNIVASF)

Todas as vagas de RM são financiadas com bolsa do MEC. Para o programa de MFC tem bolsa complementar de R\$ 5.300,00 mensais, financiado pela Secretaria Municipal de Saúde.

“... Para o médico de família quem complementa a bolsa é a Secretaria Municipal de Saúde. Nós conseguimos comprovar por 2 + 2, que seria vantajoso que a Secretaria Municipal de Saúde comportasse um programa de formação em medicina de família, enfim, o resultado é incrível, haja visto a nossa atenção básica.(...) A contrapartida que a Secretaria Municipal de Saúde tem é a pontualidade, a assiduidade, são 90% dos problemas de saúde sendo resolvidos nas unidades de saúde, são pessoas que são voltadas para o cuidado do paciente na esfera da atenção primária, na medicina baseada em evidências, é uma qualidade de atendimento médico diferenciada. A atenção básica de um modo geral, mas falando da minha região que é onde eu tenho mais propriedade para falar, ainda existia há alguns anos atrás aquele médico que ia para atenção básica para fazer “bico”, hoje em dia ainda tem um pouco desse perfil, e dentro da medicina de família eles tem uma assistência extremamente diferenciada, isso por si só já é vantagem para a secretaria. A contrapartida financeira que eles teriam é que como eles pagam complemento de bolsa, não é CLT, então tem um monte de coisa

que eles vão poupar nesse quesito, e é um complemento de bolsa, não estão pagando R\$ 12.000,00 bruto para um médico, eles estão pagando R\$ 5.300,00, é aquela historia, você paga dois médicos por um e a qualidade que não tem precedente, não existe melhor contrapartida do que esta.” (COREME UNIVASF)

A retenção da RM para atuação na região é considerada alta, com oportunidades de colocações na região principalmente dos MFC, como também por absorção na estrutura de ensino como preceptores, supervisores devido campo de formação médica.

“...se você considerar que nos temos uma media de 100 médicos formados por ano, nem todos ficam por aqui, grande parte vai embora, eles vem de seus lugares pelo ENEM, ficam e depois vão embora. Uma grande parte dos que fazem pós-graduação por aqui ficam, médico de família mesmo nós temos uma absorção enorme dos profissionais formados na região. Temos um médico que vai se especializar agora em endovascular e vai para o exterior, para os Estados Unidos, dos dois especialistas que vão se formar, uma vai ficar e outro vai embora, o profissional que vai ficar se tornará preceptora inclusive. Como nós estamos com o campo de formação médica em expansão, nos temos muito espaço para essas pessoas, na cardiologia, por exemplo, muita gente ficou aqui depois que se formaram, eles estão assumindo as preceptorias, os cargos de supervisão, isso é possível a gente ver na nossa região. No ponto de vista logístico, nem teria como todos ficarem porque nós não comportamos 100 médicos novos por ano nos nossos programas, mas a gente tem uma boa taxa de fixação dos profissionais sim. Fora os que casam por aqui, que conhecem suas namoradas e acabam ficando.” (COREME/UNIVASF)

No âmbito da formação especializada a entrevistada aponta que dependendo da área, do contexto de formação, do local que o médico esteja, a RM pode não ser uma opção, cabendo reflexão e proposições para a formação especializada nestes contextos. Ainda faz reflexões sobre a intenção de formar médicos generalistas e da procura do especialista.

“ A gente como formador, da área de educação deveríamos pensar em possibilidades que contemplassem essas situações que não se trata de fuga, incompetência, impossibilidade intelectual de entrar na RM e, sim de uma logística que às vezes fazem as pessoas atuar sem pós-graduação, sem especialização por conta de empecilhos burocráticos. (...) Na faculdade de medicina houve mudança curricular na intenção de formar médicos generalistas e está indo na contramão da demanda social, criada ao longo dos anos, da necessidade da procura do especialista. Uma coisa choca com outra. A formação do médico generalista deveria ser valorizada mesmo dentro das especialidades médicas. Então se abro RM em cardiologia, deveria estar voltada para a formação do cardiologista generalista de alguma forma, no sentido de não deveria saber só coração, saber cada vez mais de cada vez menos, daqui a pouco pode ser pessoa que sabe absolutamente tudo sobre absolutamente nada. Saindo da esfera cardíaca não sabe mais nada. O que se vê hoje em dia, a medicina pede que a pessoa se dedique a área de atuação, mas não faz sentido formar generalista e exigir no mercado de trabalho super especialista. Até que ponto está havendo um choque nesse processo, principalmente para os médicos que atuam em clínica, se continuar com esse pensamento superespecializado, eu posso ser muito bom em uma área, e muito ruim em outra, e o paciente perde nesse processo.” (COREME UNIVASF)

Em relação à Pandemia da COVID-19 para a maioria dos programas não houve muita alteração porque não têm vários centros de assistência, nem vários hospitais de regulação, vários programas diferentes, então não houve essa possibilidade de dizer quem iria fechar para a pandemia, não houve essa articulação com o município porque não tinha como fechar um hospital universitário e se voltar só para a pandemia. As cirurgias cardiológicas, as hemodinâmicas, cirurgias vascular, neurocirurgias continuaram acontecendo.

São referência para 53 municípios do PeBa. Não tinham como bloquear atendimento. A Policlínica parou de funcionar e virou atendimento de COVID, mas as salas de aula da UNIVASF foram adaptadas para o atendimento das especialidades da policlínica.

Em princípio a Secretaria de Saúde vislumbrou a possibilidade de pegar 1 dia dos médicos de família e alocar no hospital de campanha, foi confusão. Não era a proposta da formação, era o primeiro ano de RM, a própria CNRM não concordava. Houve essa demanda, mas foi bloqueada, os médicos FC continuaram atendendo nas unidades de saúde. Os pacientes começaram a procurar menos as unidades de atenção primária para resolver casos banais então ficou com os casos mais complexos, e parte do horário para atender sintomáticos respiratórios.

Não houve muitos danos à formação. Houve uma enquete com os RM sobre possibilidade de aumentar um/dois meses da RM e, estes optaram por continuar no processo, se sentindo contemplados.

De modo geral o impacto com os médicos foi a paramentação, e o afastamento pela contaminação do profissional.

“ Não considero um prejuízo, ... houve uma vivência que em 20 anos de medicina não tive, estar em situação de guerra, de pandemia, de adversidades e lidar com isso numa atividade profissional, dá um amadurecimento profissional foi impar. Foi diferente, perderam algumas coisas e ganharam outras. Temos trabalhado isso em conversas, em aula virtual, em momentos de reflexão que vamos tentar inserir no R2.” (COREME UNIVASF)

O que chamou atenção na experiência da UNIVASF é a narrativa da formação do médico generalista em contraponto com a superespecialização dos programas de RM, que nos relatos das COREMEs de São Paulo são marcantes. Por outro viés o sucesso do programa de RM em Medicina de Família e Comunidade em parceria com o município em Petrolina, não foram explorados no MSP.

Em relação à Movimentação Médica – Migração, os relatos dos entrevistados da UNIVASF se assemelham ao MSP quanto à atração e retenção da RM se constituindo num polo formador importante para região Norte e Nordeste.

4. Gestores Públicos, Dirigentes de Serviços de Saúde e de Entidades Parceiras

Neste Capítulo buscou-se identificar e descrever os arranjos institucionais típicos para a prestação dos serviços especializados, tipos de contratos, formas de remuneração utilizadas pelos diferentes agentes, públicos e privados, para o provimento de profissionais médicos e eventuais novos arranjos e tendências, integrante da Atividade do Projeto 3.7. Estudo da relação dos serviços públicos e privados e sua influência na oferta/dimensionamento dos médicos especialistas, por área de especialidades médicas prioritárias.

As dimensões, público e privada, serão apresentadas separadamente pelo entendimento de que esses macros setores da saúde utilizam arranjos diferenciados para o trabalho médico, como também para melhor entendimento do ponto de interseção entre os dois setores no provimento e fixação de profissional médico.

Em relação à gestão pública, os trabalhos de campo ocorreram em Belo Horizonte (BH) e São Paulo (MSP), e devido às diferenças de modelos gerenciais aplicados no gerenciamento e operação dos serviços de saúde em cada caso, serão apresentados separadamente. Para o MSP antecede a narrativa dos gestores uma caracterização detalhada quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos, serviços de saúde e profissionais médicos.

Em relação à gestão privada, foram analisadas as entrevistas de instituições privadas, que atendem e não atendem o SUS, também de BH e MSP.

As características dos entrevistados estão descritas em cada seção.

4.1. Gestão Pública Município de São Paulo

Os dados demográficos e administrativos do município de São Paulo (MSP) serão apresentados aqui, apoiados em Tabelas que estão no Anexo. A população estimada para o MSP em 2019 foi de 12.252.023 habitantes³. De 2000 a 2010 o município teve taxa de crescimento populacional de 0,76, com desigualdades em seus territórios variando de taxas de crescimento negativas em Vila Maria/Vila Guilherme, São Miguel, Ermelino Matarazzo, Casa Verde/Cachoeirinha e Penha; e taxas de crescimento o dobro da média municipal em Parelheiros, Campo Limpo, M'Boi Mirim, Pirituba/Perus (**Tabela 07** – População e Taxa de Crescimento segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS). Município de São Paulo, 2000 – 2010).

Com densidade demográfica em crescimento de 69,1 habitantes/hectare (hab/ha) em 2000 para 74,6 hab/ha em 2010, também apresenta variações entre os territórios com áreas com 171,9 hab/ha no Itaim Paulista para 3,9 hab/ha em Parelheiros (**Tabela 08** - Densidade Demográfica (habitante/hectare*) segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS). Município de São Paulo, 2000 – 2010).

³ Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE 2000-2020

O Índice de Envelhecimento vem aumentando de 57,28 (2010), 69,34(2015) e 79,51 (2019). Apresenta variação de 185,35 na Subprefeitura Vila Maria/Vila Guilherme, para índices ao redor de 40 em Parelheiros, Perus, Cidade Tiradentes e Guaianases. A Subprefeitura de M'Boi Mirim apresentou um salto de 37,36 em 2015 para 130,49 em 2019 (**Tabela 09** – Índice de Envelhecimento por Subprefeitura. Município de São Paulo, 2010, 2015 e 2019).

O IDHM municipal passou de 0,73 (2000) para 0,80 (2010) com índices que variam de 0,94 na subprefeitura de Vila Mariana a 0,68 em Parelheiros (**Tabela 10** – IDHM por Subprefeitura. Município de São Paulo. 2000, 2010).

A Agência Nacional de Saúde registrou em dezembro de 2019 5.736.889 vínculos de beneficiários de Assistência Médica⁴, que representa aproximadamente 46,83% de cobertura de saúde suplementar e 53,17% de população exclusiva SUS.

Para a gestão do SUS, no estado de São Paulo, foram definidas 63 Regiões de Saúde, e 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). No Plano de Regionalização o município de São Paulo está definido como uma Região de Saúde e uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS-6). Os serviços de saúde SUS da RRAS-6 são referências para municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo, e do Interior.

A Prefeitura Municipal adota divisão administrativa descentralizada em Subprefeituras (32) e, a Secretaria Municipal de Saúde em Supervisões Técnicas de Saúde (25) agrupadas em Coordenadorias Regionais de Saúde (5).

Serviços de Saúde

A rede de serviços de saúde no município em dezembro de 2019 contava com 13.328 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, sendo a maioria de “Entidades Empresariais”; soma-se a esse quantitativo o cadastro de 3.485 Pessoas Físicas.

Tabela 11 – Número de Estabelecimentos de Saúde segundo Esfera Jurídica. MSP, Dez/2019

Esfera Jurídica	Quantidade	%
Administração Pública	1191	8,9%
.. Federal	13	0,1%
.. Estadual ou Distrito Federal	113	0,8%
.. Municipal	1065	8,0%
Entidades Empresariais	11836	88,8%
.. Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	4	0,0%
.. Demais Entidades Empresariais	11832	88,8%
Entidades sem Fins Lucrativos	301	2,3%
Total	13328	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Elaborado pelos Autores

⁴ Fonte: SIB/ANS/MS disponível no <http://ans.gov.br/anstabnet/>

Tipos de Estabelecimentos

O MSP apresenta diversidade de tipos de estabelecimentos de saúde em seu território com concentração de clínicas especializadas/ambulatório especializado, consultórios, e unidades de serviços de apoio de diagnose e terapia, em sua maioria de Entidades Empresariais. Em relação aos Hospitais Especializados há uma distribuição equitativa, com 14 da Administração Pública, 16 de Entidades Empresariais e 21 de Entidades sem fins Lucrativos. Já em relação aos Hospitais Gerais, existem 38 da Administração Pública e 107 da Administração Privada. Como é esperado alguns tipos de estabelecimentos como CAPS, Centro de Saúde/Unidade Básica, Unidade Móvel pré Hospitalar de Urgência são de exclusividade da Administração Pública.

Tabela 12 – Tipos de Estabelecimentos segundo Esfera Jurídica. MSP, Dez/2019

Tipo de Estabelecimento	Admin. Pública Federal	Admin. Pública Estadual	Admin. Pública Municipal	Empresa Pública ou Soc. Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Total	%
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	-	-	-	-	24	17	41	0,3%
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	-	2	92	-	-	-	94	0,7%
CENTRO DE PARTO NORMAL	-	-	1	-	-	1	2	0,0%
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	-	2	485	-	3	1	491	3,7%
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	1	13	148	-	4337	87	4586	34,4%
CONSULTORIO	1	24	-	4	5884	57	5970	44,8%
COOPERATIVA	-	-	-	-	8	1	9	0,1%
FARMACIA	8	11	-	-	149	1	169	1,3%
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	12	2	-	16	21	51	0,4%
HOSPITAL GERAL	1	20	17	-	69	38	145	1,1%
HOSPITAL DIA	1	4	16	-	33	6	60	0,5%
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA - LACEN	-	1	-	-	-	-	1	0,0%
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	-	1	3	-	1	-	5	0,0%
POLICLINICA	-	5	34	-	249	30	318	2,4%
OFICINA ORTOPEDICA	-	-	-	-	1	-	1	0,0%
POSTO DE SAUDE	-	-	16	-	-	-	16	0,1%
PRONTO ANTEDIMENTO	-	-	16	-	8	-	24	0,2%
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	-	-	-	-	5	-	5	0,0%
PRONTO SOCORRO GERAL	-	-	12	-	5	-	17	0,1%
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	-	-	-	-	103	1	104	0,8%
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	-	-	2	-	-	-	2	0,0%
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	-	5	8	-	845	27	885	6,6%
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	-	1	158	-	53	-	212	1,6%
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	-	-	4	-	23	9	36	0,3%
Total Unidades Assistenciais	12	101	1014	4	11816	297	13244	99,4%
Total Unidades Administrativas	1	12	50	0	8	3	74	0,6%
Total	13	113	1064	4	11824	300	13318	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Elaborado pelos Autores

Produção Assistencial SUS

Hospitalar

A Rede Assistencial do SUS no MSP é composta de serviços de saúde conveniados ao SUS, efetivadas pelos gestores estaduais e municipais, que em sua maioria trata-se de “Entidades Sem

fins Lucrativos”, conforme previstas na Lei 8080/1990⁵, para garantir a cobertura e integralidade assistencial. Dentre esses serviços encontram-se hospitais de grande porte como Hospital Santa Marcelina, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, **Hospital São Paulo, A.C. Camargo – Câncer Center**, Instituto Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, Beneficência Portuguesa, **Complexo HC e seus Institutos, INCOR e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia**, que são também referência para outras regiões de saúde do Estado de São Paulo, e, alguns para outros estados.

No ano de 2019 ocorreram 694.008 internações hospitalares, correspondendo a 705.996 AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) e em valores de R\$ 1, 1 bilhões. Conforme se observa na **Tabela 13**, para a Administração Pública corresponderam 65,3% das AIHs e 39,3% dos Valores, enquanto as Entidades Sem Fins Lucrativos realizaram 34,6% das AIHs e 59,5% dos Valores. As “Entidades Sem fins Lucrativas” por suas características realizam serviços especializados e de alta complexidade, motivo pelo qual os valores médios das AIH's são maiores.

Tabela 13 – Internações, AIH Aprovadas, Valor Total segundo Esfera Jurídica. MSP, Ano 2019.

Esfera jurídica	Internações	AIH aprovadas		Valor total	
	Nº	Nº	%	R\$	%
Administração Pública	458977	460917	65,3%	450.658.693,00	39,3%
.. Estadual	275041	276963	39,2%	289.306.155,40	25,2%
.. Municipal	183936	183954	26,1%	161.352.537,60	14,1%
Entidades Empresariais	1079	1079	0,2%	13.952.285,82	1,2%
.. Demais Entidades Empresariais	1079	1079	0,2%	13.952.285,82	1,2%
Entidades sem Fins Lucrativos	233952	244000	34,6%	683.069.941,81	59,5%
Total	694008	705996	100,0%	1.147.680.920,63	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Procedimentos Hospitalares do SUS – por local de internação – São Paulo
Elaborado pelos Autores

⁵ Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme se observa na **Tabela 14**, 88,1% das internações ocorridas no ano de 2019 foram de Média Complexidade e 11,9% foram de Alta Complexidade. A maioria 71,4% das internações de Média Complexidade foram realizadas pelos serviços de saúde da Administração Pública, enquanto que 71,5% das internações de Alta Complexidade foram realizadas pelas Entidades sem Fins Lucrativos.

Tabela 14 – Internações segundo Complexidade e Esfera Jurídica. MSP, Ano de 2019.

Esfera jurídica	Média complexidade		Alta complexidade		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administração Pública	436602	71,4%	22375	27,2%	458977	66,1%
.. Estadual ou Distrito Federal	254953	41,7%	20088	24,4%	275041	39,6%
.. Municipal	181649	29,7%	2287	2,8%	183936	26,5%
Entidades Empresariais	12	0,0%	1067	1,3%	1079	0,2%
.. Demais Entidades Empresariais	12	0,0%	1067	1,3%	1079	0,2%
Entidades sem Fins Lucrativos	175133	28,6%	58819	71,5%	233952	33,7%
Total	611747	100,0%	82261	100,0%	694008	100,0%
%	88,1%		11,9%		100,0%	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
 Procedimentos Hospitalares do SUS – por local de internação – São Paulo
 Elaborado pelos Autores

Ambulatorial

A produção ambulatorial do SUS no ano de 2019 realizou 357 milhões de procedimentos em valores de R\$ 1,7 bilhões. Os grupos de Medicamentos, Procedimentos com finalidade diagnóstico e Procedimentos Clínicos foram os mais frequentes tanto em quantidades como nos respectivos valores.

Tabela 15 – Produção Ambulatorial segundo Grupo de Procedimentos. MSP, Ano de 2019.

Grupo procedimento	Qtd.aprovada		Valor aprovado	
	Nº	%	R\$	%
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	26.373.447	7,4%	478.547,68	0,0%
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	88.640.221	24,8%	800.338.336,88	44,9%
03 Procedimentos clínicos	94.418.099	26,4%	705.954.210,20	39,6%
04 Procedimentos cirúrgicos	1.760.527	0,5%	58.512.216,91	3,3%
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	380.471	0,1%	62.841.774,37	3,5%
06 Medicamentos	144.694.587	40,5%	90.177.984,07	5,1%
07 Órteses, próteses e materiais especiais	950.638	0,3%	62.365.122,03	3,5%
08 Ações complementares da atenção à saúde	132.101	0,0%	-	
Total	357.350.091	100,0%	1.780.668.192,14	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
 Elaborado pelos Autores

A distribuição dos procedimentos ambulatoriais nas esferas jurídicas foram diferentes quando comparados à produção hospitalar. A Administração Pública Estadual participou em 47,2% se destacando nos procedimentos de Alta Complexidade; a Administração Pública Municipal participou em 38,8% se destacou na Atenção Básica e na Média Complexidade; as Entidades sem Fins Lucrativos participaram com 13,4% dos procedimentos com maioria da Média Complexidade e, as Entidades Empresariais participaram com 0,6% com maiores quantidades da Média e Alta Complexidade. As Administrações Públicas foram as principais provedoras do atendimento ambulatorial no SUS.

Tabela 16 – Produção Ambulatorial Aprovada segundo Complexidade e Esfera Jurídica. MSP, Ano de 2019.

Complexidade	Admin. Pública Estadual	Admin. Pública Municipal	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Total	%
Atenção Básica	30.118	78.693.072	407	290.074	79.013.671	22,1%
Média complexidade	22.372.036	57.360.662	1.254.440	45.945.449	126.932.587	35,5%
Alta complexidade	145.473.090	257.899	991.051	1.478.324	148.200.364	41,5%
Não se aplica	827.153	2.313.262	10.801	52.253	3.203.469	0,9%
Total	168.702.397	138.624.895	2.256.699	47.766.100	357.350.091	100,0%
%	47,2%	38,8%	0,6%	13,4%	100,0%	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)
Elaborado pelos Autores

Postos de Trabalho dos Profissionais Médicos

Em dezembro de 2019 estavam cadastrados no CNES 120.272 postos de médicos ocupados, destes 54,6% atendiam no SUS. Do total 28,6% são postos da Administração Pública, sendo as quantidades do Estadual e do Municipal equilibrada. As Entidades Empresariais cadastraram 29,9% e as Entidades Sem Fins Lucrativos participaram com 38,6%. (Tabela 17)

Tabela 17 – Postos Ocupados de Médico segundo Esfera Jurídica e Atende SUS ou Não. MSP, Dez de 2019.

Esfera Jurídica	Atende ao SUS		Não atende ao SUS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administração Pública	32622	49,6%	1746	3,2%	34368	28,6%
.. Federal	5	0,0%	141	0,3%	146	0,1%
.. Estadual	13889	21,1%	1556	2,9%	15445	12,8%
.. Municipal	18728	28,5%	49	0,1%	18777	15,6%
Entidades Empresariais	950	1,4%	35071	64,3%	36021	29,9%
.. Empresa Pública ou Soc.de Economia Mista	-		4	0,0%	4	0,0%
.. Demais Entidades Empresariais	950	1,4%	35067	64,3%	36017	29,9%
Entidades sem Fins Lucrativos	32129	48,9%	14264	26,1%	46393	38,6%
Pessoas Físicas	5	0,0%	3485	6,4%	3490	2,9%
Total	65706	100,0%	54566	100,0%	120272	100,0%
%	54,6%		45,4%		100,0%	

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES – Recursos Humanos – Ocupações – segundo CBO 2002
Elaborado pelos Autores

Se considerarmos a quantidade de estabelecimentos de saúde descritos anteriormente, a esfera Entidades Empresariais (11.836 estabelecimentos – principalmente consultórios, clínicas especializadas, e serviços de apoio diagnóstico) apresentou 3,04 postos médicos por estabelecimento, enquanto que a Administração Pública (1.191 estabelecimentos – principalmente UBS, mas também ambulatorios de especialidades e hospitais) apresentou 28,85 postos médicos por estabelecimento e as Entidades sem Fins Lucrativos (301 estabelecimentos – principalmente serviços hospitalares, mas também ambulatorios de especialidades) apresentaram 154,12 postos médicos por estabelecimento.

A rede de serviços do SUS desempenha papel relevante para a empregabilidade de profissionais médicos no MSP, com importante participação das “Entidades Sem fins Lucrativos”. As Entidades Empresariais, com expressivos números de estabelecimentos de saúde, apresentaram, proporcionalmente, menos postos de trabalhos médico.

Tipos de Vínculos/Contratos

Do total dos vínculos de médicos cadastrados no CNES em dezembro de 2019, a maior frequência foi do Pessoa Física (22,6%), Pessoa Jurídica (18,8%), Celetista (15,6%), Autônomo (9,8%), Residente (7,6%) e Estatutário (6,4%). A distribuição de tipos de vínculos entre os grupos de Natureza Jurídica foi diferente. Na Administração Pública os tipos de vínculos mais frequentes foram: Celetista (28,5%), Autônomo (26,2% - na sua maioria através de intermediação por OSS) Estatutário (22,6%) e Residente (10,4%). Para as Entidades Empresariais os tipos mais frequentes foram Pessoa Jurídica (36,1%), Pessoa Física (22,5%), Sem Tipo (13,2%) e Intermediados por Empresa Privada (9,1%). Nas Entidades Sem fins

Lucrativos os tipos de vínculos mais frequentes foram: Pessoa Física (37,8%), Pessoa Jurídica (19,7%), Celetista (16,6%) e Residente (11,8%) (**Tabela 18**).

As organizações da Administração Pública e Entidade Sem Fins Lucrativos foram as que apresentaram mais vínculos formais (Celetista). Os vínculos Autônomos foram mais frequentes na Administração Pública (intermediação OSS) e, Pessoa Jurídica e Pessoa Física nas Entidades Empresariais e Entidades sem fins Lucrativos.

Sobressaiu o tipo de Residente com maioria nas Entidades Sem Fins Lucrativos.

Tabela 18 – Tipos de Vínculos de Médicos segundo Natureza Jurídica do Estabelecimento de Saúde. MSP, Dez de 2019.

Tipo de Vínculo com Empregador	Natureza Jurídica		1. Administração Pública		2. Entidades Empresariais		3. Entidades sem Fins Lucrativos		4. Pessoas Físicas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AUTONOMO	9011	26,2%	1030	2,9%	1704	3,7%	4	0,1%	11749	9,8%		
SEM INTERMEDIACÃO(RPA)	0	0,0%	887	2,5%	38	0,1%	412	11,8%	1337	1,1%		
COOPERADO	110	0,3%	48	0,1%	0	0,0%		0,0%	158	0,1%		
PESSOA FISICA	576	1,7%	8104	22,5%	17557	37,8%	931	26,7%	27168	22,6%		
PESSOA JURIDICA	497	1,4%	13013	36,1%	9168	19,7%	22	0,6%	22700	18,8%		
PROPRIETARIO	0	0,0%	738	2,0%	2	0,0%	34	1,0%	774	0,6%		
CARGO COMISSIONADO	40	0,1%	2	0,0%	125	0,3%		0,0%	167	0,1%		
CELETISTA	9802	28,5%	1244	3,4%	7712	16,6%	67	1,9%	18825	15,6%		
CONTRATADO TEMPORARIO OU PRAZO/TEMPO DETERMINADO	276	0,8%	166	0,5%	38	0,1%		0,0%	480	0,4%		
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	448	1,3%	1957	5,4%	9	0,0%	10	0,3%	2424	2,0%		
EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	32	0,1%	2	0,0%	1768	3,8%		0,0%	1802	1,5%		
EMPREGO PÚBLICO	1548	4,5%	0	0,0%	0	0,0%		0,0%	1548	1,3%		
ESTATUTARIO	7760	22,6%	1	0,0%	0	0,0%		0,0%	7761	6,4%		
INTERMEDIADO POR EMPRESA PRIVADA	0	0,0%	3275	9,1%	95	0,2%	257	7,4%	3627	3,0%		
SERVIDOR CEDIDO	0	0,0%	2	0,0%	825	1,8%		0,0%	827	0,7%		
RESIDENTE	3589	10,4%	57	0,2%	5480	11,8%	2	0,1%	9128	7,6%		
BOLSISTA	193	0,6%	0	0,0%	180	0,4%		0,0%	373	0,3%		
ESTAGIARIO	345	1,0%	0	0,0%	790	1,7%		0,0%	1135	0,9%		
VOLUNTARIADO	113	0,3%	6	0,0%	279	0,6%		0,0%	398	0,3%		
CONTRATADO VERBALMENTE	68	0,2%	788	2,2%	649	1,4%	6	0,2%	1511	1,3%		
SEM TIPO	0	0,0%	4743	13,2%	68	0,1%	1745	50,0%	6556	5,4%		
Total Geral	34408	100,0%	36063	100,0%	46487	100,0%	3490	100,0%	120448	100,0%		

Fonte: CNES- extração do Banco de Dados Módulo Profissional, Dezembro de 2019 do MSP

Destacamos os tipos de vínculos dos Órgãos Públicos, Estadual e Municipal, devido aos modelos de gestão na adoção de instrumentos de parceria público e privado para gerenciar e manter em operação os serviços públicos, iniciados com a edição da Lei Federal nº 9637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organização Social.

A Secretaria de Estado da Saúde SES/SP introduziu a modalidade de Contrato de Gestão em 1998, inicialmente destinado ao gerenciamento e operação de hospitais novos, posteriormente, foram expandidas a hospitais remodelados, aos Ambulatórios Médicos de Especializados – AME, e outros. Atualmente 40 Hospitais Estaduais, 55 AMEs, além de Centro de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnósticos por Imagem (SEDI), Rede Lucy Montoro, Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) estão contratualizados nessa modalidade⁶.

Na gestão municipal, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), iniciou a modalidade de Contrato de Gestão em 2007 com novos hospitais e serviços de imagem. Atualmente são 5 hospitais municipais e 22 territórios assistenciais, que contemplam UBS,ESF, Ambulatórios de Especialidades, Hospital Dia, UPAs, CAPS, Residência Terapêutica, que estão em Contratos de Gestão. Um território assistencial e um hospital municipal estão contratualizados com instrumentos de Convênio⁷. Além de Contratos de Gestão, o município conta com diversos ajustes nas modalidades previstas na Lei Federal 13019/2014 e 13204/2015, conhecida como MROSC – Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, que regulamenta as possibilidades de parcerias e respectivos instrumentos jurídicos entre entes públicos e entidades privadas sem fins lucrativos.

Em dezembro de 2019 estavam registrados no CNES 31.533 postos de trabalho de médicos, em estabelecimentos dos órgãos públicos dos executivos municipal e estadual, sendo que 60,5% eram de vínculos “Intermediados”, por entidades sem fins lucrativos, contratados pelo poder público para gerenciar e ou dar apoio a estabelecimentos e serviços de saúde públicos. Para os serviços municipais os vínculos “Intermediados” representavam a 73,7% do total de postos de trabalhos, enquanto para os estaduais correspondia a 43,1%.(Tabela 19)

⁶ Informação obtida na página da Secretaria de Estado da Saúde e do Portal da Transparência do governo do Estado, no endereço eletrônico: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/coordenadorias/coordenadoria-de-gestao-de-contratos-de-servicos-de-saude-cgcsc> direcionado a <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br>.

⁷ Informação obtida na página da Secretaria Municipal de Saúde no endereço eletrônico: <http://transparencia.prefeitura.sp.gov.br/administracao/Paginas/OrganizacoesSociaisdaSaude.aspx>

Tabela 19 – Tipos de Vínculos do Estabelecimento de Médicos segundo Órgãos Públicos dos Poderes Executivos Municipal e Estadual . MSP, Dez de 2019.

Tipos de Vínculos	Órgão Público do Poder Executivo Estadual		Órgão Público do Poder Executivo Municipal		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AUTONOMO	728	5,4%	312	1,7%	1040	3,3%
BOLSA	53	0,4%	138	0,8%	191	0,6%
ESTAGIO	245	1,8%	3	0,0%	248	0,8%
INTERMEDIADO	5863	43,1%	13217	73,7%	19080	60,5%
RESIDENCIA	2052	15,1%	791	4,4%	2843	9,0%
VINCULO EMPREGATICIO	4483	32,9%	3466	19,3%	7949	25,2%
INFORMAL	181				181	0,6%
SERVIDOR CEDIDO P/ INICIATIVA PRIVADA	1				1	0,0%
Total	13606	100%	17927	100%	31533	100%

Fonte: CNES – extração do Banco de Dados Módulo Profissional, Dezembro de 2019 do MSP
Elaborado pelos Autores

Dos vínculos “Intermediados” o vínculo “Celetista” representava 30,7% dos Vínculos com variação de 15,5% para o estadual e 42,2% para o municipal; e o segundo vínculo mais frequente foi o “Autônomo” (28,6%) com 25,5% do total de vínculos estaduais e 30,9% dos municipais. Para os vínculos empregatícios diretos o “Estatutário” representou 22,8% do total, com variação de 28,7% para o estadual e 18,3% para o municipal.

Tabela 20 – Tipos de Vínculos do Empregador segundo Órgãos Públicos dos Poderes Executivos Municipal e Estadual. MSP, Dez de 2019.

Tipos de Vínculos	Órgão Público do Poder Executivo Estadual		Órgão Público do Poder Executivo Municipal		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AUTONOMO	3467	25,5%	5543	30,9%	9010	28,6%
CELETISTA	2110	15,5%	7557	42,2%	9667	30,7%
ESTATUTARIO	3907	28,7%	3284	18,3%	7191	22,8%
RESIDENTE	2052	15,1%	791	4,4%	2843	9,0%
CARGO COMISSIONADO	26	0,2%	14	0,1%	40	0,1%
CONTRATO TEMPORARIO OU PRAZO/TEMPO DETERMINADO	274	2,0%	2	0,0%	276	0,9%
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	170	1,2%	85	0,5%	255	0,8%
COOPERADO	2	0,0%	108	0,6%	110	0,3%
EMPREGADO PÚBLICO CELETISTA	11	0,1%	6	0,0%	17	0,1%
EMPREGO PÚBLICO	380	2,8%	84	0,5%	464	1,5%
PESSOA FISICA	482	3,5%	82	0,5%	564	1,8%
PESSOA JURIDICA	246	1,8%	230	1,3%	476	1,5%
BOLSISTA	53	0,4%	138	0,8%	191	0,6%
ESTAGIARIO	245	1,8%	3	0,0%	248	0,8%
VOLUNTARIADO	113	0,8%			113	0,4%
CONTRATADO VERBALMENTE	68	0,5%			68	0,2%
Total	13606	100%	17927	100%	31533	100,0%

Fonte: CNES – extração do Banco de Dados Módulo Profissional, Dezembro de 2019 do MSP
Elaborado pelos Autores

Adicionalmente, em informativo da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da SMS/SP foi registrado o incremento de 240% trabalhadores das Parceiras (OS) de 2007 a 2019, representando 67% da força de trabalho; para cada servidor municipal efetivo existiam 3,7 trabalhadores das Organizações Sociais (OSS) Parceiras. Os funcionários efetivos municipais apresentaram redução de 44% no mesmo período, com tendência de continuar diminuindo devido ao número de futuras aposentadorias⁸.

Em relação ao tempo de vínculo dos médicos no município, 51,75% do total têm até 5 anos, 17,81% de 5 a 10 anos e 9,98% de 10 a 15 anos; nestas categorias a maioria são vínculos das OSS. Os outros 20,45% são distribuídos entre mais de 15 anos até 35 anos sendo a maioria de vínculos da Administração Pública.

Tabela 21 – Quantidade de Vínculos Ativos de Médicos por Tempo de Atividade e Vínculo Funcional. SMS-São Paulo, Agosto de 2020.

Tempo atividade(Faixas 5 anos)	Municipal Admin Direta	Municipal Autarquia Hospitalar	Municipal Autarquia Hospitalar- efetivos	Municipal HSPM	Estadual municipali- zado	Federal municipali- zado	Mais Médicos	OS/ Parceiras	Total	%
Tempo igual a zero ou ignorado	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,0%
De 1 dia até 5 anos	312	5	128	27	1	1	141	6300	6915	51,8%
5 a menos de 10 anos	288	50	144	52	7	2	12	1825	2380	17,8%
10 a menos de 15 anos	213	-	8	25	10	1	1	1075	1333	10,0%
15 a menos de 20 anos	559	1	308	16	20	1	-	69	974	7,3%
20 a menos de 25 anos	25	-	-	28	72	-	-	36	161	1,2%
25 a menos de 30 anos	860	-	-	29	30	-	-	31	950	7,1%
30 a menos de 35 anos	353	-	-	43	67	1	-	8	472	3,5%
35 anos e mais	122	1	-	38	12	-	-	3	176	1,3%
Total	2732	57	588	258	219	6	154	9348	13362	100,0%
	20,4%	0,4%	4,4%	1,9%	1,6%	0,0%	1,2%	70,0%	100,0%	

Fonte: Secretaria da Saúde do Município de São Paulo/Sistema de Gestão de Pessoas - SISRH

Especialidades Médicas

Estavam registradas no CNES 65 especialidades médicas de atuação, conforme CBO, em postos de trabalho no MSP. As especialidades médicas com maiores percentuais de postos de trabalho foram o clínico (13,8%), pediatra (7,9%), ginecologia/obstetrícia (7,2%), residente (7,0%) e ortopedia e traumatologia (5,0%), radiologia diagnóstico por imagem (RDI) (4,8%), cardiologia (4,7%), cirurgião geral (4,6%) e oftalmologia (4,1%).

Do total dos postos de trabalhos 54,6% atendem ao SUS com variação de 100% na hansenologia, 99,5% médico de estratégia de saúde da família, 91,2% residente, 85% broncoesofalogista e 83,3% sanitaria à 5,8% do médico de família e comunidade, 21,6% dermatologista, 26,7% cirurgia de mão, 28,9% homeopata e 29,5% alergista/imunologista. A

⁸ Relatório de Gestão de Pessoas de Novembro de 2020, da Divisão de Desenvolvimento e Informações Estratégicas em Gestão de Pessoas, disponível no site https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/divisao_de_informacao_de_gestao_de_pessoas/index.php?p=305763.

tabela completa pode ser visualizada no Anexo – **Tabela 22** – Postos de Trabalho Ocupados segundo Especialidades Médicas e Atende ao SUS ou Não. MSP. Dez/2019.

Na **Tabela 23** apresentamos as especialidades médicas agrupadas nos Complexos Assistenciais definidos para o estudo que representaram 53,3% dos postos de trabalhos médicos. O valor médio para “Atende ao SUS” foi de 53,3%, que variou de 99,1% do Médico da Família à 43,3% no Complexo Cardiovascular, 43,5% no Oftalmológico e 47,7% no Complexo Diabetes, devido ao valor de 31,1% da endocrinologia, enquanto que a nefrologia teve 67,7% de postos de trabalho “Atende SUS”. Destacamos as quantidades e percentuais “Atende SUS” bastante diferenciado entre os postos de trabalho no CBO Médico de Estratégia de Saúde da Família (1.536 – 99,1% SUS) e o Médico Família e Comunidade (103 – 5,8% SUS).

Tabela 23 – Postos de Trabalho Ocupados segundo Complexos Assistenciais e SUS e Não SUS. MSP. Dez 2019

ESPECIALIDADES MÉDICAS	Postos de Trabalho Ocupados			
	SUS	Não SUS	Total	% SUS
Médico cancerologista cirúrgico	241	142	383	62,9%
Médico cancerologista pediátrico	53	26	79	67,1%
Médico hematologista	507	501	1008	50,3%
Médico mastologista	423	327	750	56,4%
Médico oncologista clínico	792	733	1525	51,9%
Médico radioterapeuta	132	87	219	60,3%
COMPLEXO ASSISTENCIAL ONCOLOGIA	2148	1816	3964	54,2%
Médico angiologista	154	210	364	42,3%
Médico Cardiologista Intervencionista	32	54	86	37,2%
Médico cardiologista	2410	3279	5689	42,4%
Médico cirurgião cardiovascular	638	699	1337	47,7%
Médico em cirurgia vascular	601	783	1384	43,4%
COMPLEXO ASSISTENCIAL CARDIOVASCULAR	3835	5025	8860	43,3%
Médico Cirurgião Geral	3582	1911	5493	65,2%
Médico neurocirurgião	703	803	1506	46,7%
Médico ortopedista e traumatologista	3104	3773	6877	45,1%
COMPLEXO ASSISTENCIAL DO TRAUMA	7389	6487	13876	53,3%
Médico endocrinologista e metabologista	504	1121	1625	31,0%
Médico nefrologista	915	437	1352	67,7%
COMPLEXO ASSISTENCIAL DO DIABETES	1419	1558	2977	47,7%
Médico Anestesiologista	3853	2061	5914	65,2%
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	3099	2636	5735	54,0%
COMPLEXO ASSISTENCIAL AP. DIAG.E TERAP.	6952	4697	11649	59,7%
Médico psiquiatra	1599	1224	2823	56,6%
COMPLEXO ASSISTENCIAL SAÚDE MENTAL	1599	1224	2823	56,6%
Médico oftalmologista	2141	2785	4926	43,5%
COMPLEXO ASSISTENCIAL OFTALMOLÓGICO	2141	2785	4926	43,5%
Médico da estratégia de Saúde da Família	1522	14	1536	99,1%
Médico de família e comunidade	6	97	103	5,8%
MÉDICO DE FAMÍLIA	1528	111	1639	93,2%
TOTAL DAS ESPECIALIDADES DO ESTUDO	27011	23703	50714	53,3%

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
CNES – Recursos Humanos – Ocupações – segundo CBO 2002 – São Paulo

Narrativas dos Gestores e Parceiras

Gestores Públicos

Foram entrevistados três Gestores Públicos que serão referidos com a seguinte nomenclatura:

Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Gestor Público SP -1),

Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Gestor Público SP – 2) e

Coordenação de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de São Paulo (Gestor Público SP-3)

Os gestores públicos municipais entrevistados esclareceram que a maioria dos serviços de saúde municipais está em funcionamento com instrumentos de parcerias e, as parceiras são executoras das políticas de saúde definidas pelo gestor municipal.

“existe a questão administrativa, gerencial, e existe a questão técnica, a questão técnica, os preceitos da questão técnica, são de quem contrata, a gente tem diretrizes a seguir, nós também somos município executor das premissas ministeriais, então aqui ninguém fica inventando nada, nós precisamos fazer do jeito que tem que ser feito, então lógico, ninguém põe nada, a gente conversa muito, eles colaboram com muitas ideias, também porque eles estão na ponta e verificam a necessidade, então aí a gente faz essa conjunção, vem com ideias que a gente pode aprimorar, sem problema nenhum, é um complemento ou outro, mas a diretriz é do município, isso tem que deixar bem claro.” (Gestor Público SP1 – 1)

Na **atenção primária em saúde (APS)**, a maioria das unidades está sob gerenciamento das OSS parceiras que realizam as contratações tipo “CLT”, que será comentada a seguir, nas narrativas dos representantes das parceiras entrevistadas.

Ainda existem médicos em vínculo “estatutário” em que a remuneração é baseada em carga horária contratada e utilizam incentivos de “difícil acesso”, e de “difícil provimento” para equipes de saúde de unidades classificadas nesses critérios. Ressalta-se que em algumas unidades há coexistência de médicos servidores e de médicos contratados pelas parceiras.

As regiões da cidade identificadas com mais dificuldades de contratação e de fixação são as periféricas da região sul, áreas de mananciais, os distritos de Grajaú, Parelheiros e Capela do Socorro, e os extremos da região Norte, o distrito de Perus. Nos extremos da região leste o parceiro tem conseguido fixar profissionais graduados e formados por sua universidade.

Atribui às distâncias do centro da cidade o fator de maior dificuldade, pois acredita que as questões de violência são mitigadas pelo vínculo que a população tem com os serviços de saúde.

“...Eu acho que é acesso, acesso, por exemplo, pra você ir pra Parelheiros... Apesar que assim, que o parceiro coloca perua, faz toda uma logística para todos os profissionais, mas mesmo assim...Por exemplo, na sul a gente tem 2 unidades que são indígenas, são lá embaixo, então o parceiro pega os profissionais, levam até lá com o recurso próprio dele, depois traz. ...Senão você não consegue, mas demora, por exemplo, você demora quase 2 horas do centro pra você chegar em Parelheiros, é como disse antes, ela vai de Recife a Paraíba em 1 hora e meia, e você não chega em Parelheiros, então é uma questão bem difícil, mas a gente tenta {...} A questão da

violência eu não colocaria não, porque geralmente quando você trabalha o vínculo, quando você trabalha toda a questão da estratégia em si, você não tem... As pessoas respeitam; a comunidade respeita o profissional, é mais questão mesmo da distância”. (Gestor Público SP 1)

As especialidades apontadas de difícil contratação foram a psiquiatria e a pediatria.

Na **atenção especializada** existem os dois tipos de vínculos também.

“...quando existe médico que não é efetivo, ele geralmente é contratado via algum contrato de gestão, não tem outro caminho. São sempre contratos de gestão. Mesmo a PJ tem alguns grupos de anestesistas que fazem a prestação de serviços, mas a prestação de serviços não é direta com a secretaria e sim via algum contrato de gestão. “ (Gestor Público SP 2)

As especialidades apontadas com maior dificuldade de contratação foram: hematologia, reumatologia, psiquiatria infantil, neurocirurgia.

As especialidades médicas com maior demanda, baseando-se nas filas para agendamento de encaminhamentos da atenção primária para atenção especializada são: ortopedia, cardiologia e oftalmologia.

“...Hoje a maior fila é na cardio, porque assim, qualquer hipertenso eles encaminham para o cardiologista. Por isso a gente procura qualificar bem, se tem muita fila na cardio, na ortopedia, na oftalmo. Todas as dores vão para a ortopedia, às vezes reumato”. (Gestor Público SP 2)

Na **atenção de maior complexidade** os principais gargalos identificados são em procedimentos como: cirurgia ortopédica, cirurgia cardíaca, cirurgia bariátrica, cirurgia de coluna, que em sua maioria são oferecidos pela rede estadual, via regulação, em quantidades insuficientes e ou irregulares.

Nos equipamentos hospitalares gerenciados pela administração pública estadual, cujo tipo de vínculo majoritário é o “estatutário”, foi identificado que o perfil do hospital e a localização são fatores que influenciam na captação e fixação de médicos. O entrevistado opinou sobre a mudança do valor atribuído à estabilidade da carreira pública. Observou que os profissionais mais experientes e com mais tempo de formação se estabilizam nas melhores posições de trabalho e que os postos de trabalhos da linha de frente da urgência desses hospitais estão sendo ocupados por médicos recém-formados, daí a rotatividade maior. As estratégias de “incentivos financeiros” para aumentar a disponibilidade de tempo e ou produtividade foram avaliadas como pouco eficazes, uma vez que o profissional tem seu tempo organizado em várias outras atividades. Uma questão importante abordada é a limitação processual da gestão pública em adotar estratégias diferenciadas de captação e fixação de médicos.

“... Eu acho que mudou muito o valor que se dá ao cargo público, na época se dava valor à conquista, ter um cargo público era uma conquista, era uma forma de vc ter uma garantia na sua vida, uma coisa estável, vai sendo mantida ao longo da vida, e hoje isso tem um valor menor, não tem a mesma adesão e a mesma disposição pra conservar a carreira como tinha {...} Outra coisa que a gente notava tb era que na medida em que as pessoas iam, ao longo do tempo, arrumando formas melhores de trabalhar, de atuar, que não fosse, por exemplo, plantonista do sábado à noite, era natural que eles se estabilisassem mais...então a rotatividade maior era sempre naquelas áreas de confronto direto, com muita dificuldade de conservar pessoas, ou muito sacrifício pessoal, o cara ir lá, dar plantão, aquela condição precaríssima, então esse profissional fica o tempo todo com o objetivo de sair dali, e ir para outro

lugar. Uma instituição grande, como um hospital, tem gente estável lá, mas essa pessoa que está lá há 40 anos, tem uma vida que não é um sacrifício estar lá, ela tá lá na enfermaria, faz a prescrição dele, enfim, ele tá levando a vida dele dentro de uma rotina aceitável {...} e quem está na porta é o pessoal mais jovem, recém-formado, que está “vai embora”, “vai volta”, “vai embora”... E aí cria aquele paradoxo, o pessoal mais experiente é aquele que não está na porta. {...} os hospitais eram bem distintos, existem hospitais que são atraentes por si próprios e o médico vê um valor por aprendizado...por exemplo, xxxx e xxxx, são hospitais que tem muita qualidade técnica, então o profissional jovem valoriza ir pra lá pra ter esse aprendizado... esse é o hospital que é mais fácil pra ele preservar e conservar o corpo médico... os hospitais que não oferecem nada, são os hospitais mais distantes, os mais periféricos, esses não tem nada mesmo para atrair. {...} É muito diferente de um hospital central com muita tecnologia e muita oportunidade de aprendizado, hospitais que o médico vê essa oportunidade tão diferente daqueles muito desfavorecidos. {...} a gente não tinha alcance pra criar estratégias especialmente atraentes, as regras eram dadas... muitas vezes o atrativo para o médico era a oportunidade de ele ter o cumprimento de sua carga horária relativizada para a periferia e o aprendizado nos hospitais centrais.... não tinha muito mais o que fazer, como oferecer qualquer outro tipo de benefício... aí tinha ... a limitação do gestor era total”. (Gestor Público SP 3)

As Parceiras

Foram entrevistados quatro dirigentes de entidades Parceiras, que também têm atuação em outros municípios e estados, e um Diretor Técnico de AME, também gerenciado por parceira. São instituições que atuam em serviços de saúde de vários níveis de atenção e complexidade, e em contratualizações de outros entes públicos, municipais e estaduais. No MSP atuam no gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde em unidades de saúde da Rede Assistencial de determinado territorial, e, em hospitais, tendo as seguintes características:

Parceira 1 – possui maior atuação em serviços especializados e hospitalares e em serviços de saúde da rede assistencial da região norte e oeste do MSP;

Parceira 2 – possui maior atuação em serviços de saúde da rede assistencial da região sudeste e norte do MSP;

Parceira 3 – possui atuação em serviços de saúde da rede assistencial ambulatorial e hospitalar da região Leste do MSP, e

Parceira 4 – possui atuação em serviços de saúde da rede assistencial ambulatorial da região Sul do MSP e hospital municipal.

AME – ambulatório de especialidades, com recursos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos em regime de hospital dia. Atendimento referenciado conforme pactuação, e é gerido por Parceira.

Todas as Parceiras entrevistadas são classificadas como “entidades privadas sem fins lucrativos” e atuam em parcerias com entes públicos desde final dos anos 1990. As entidades Parceiras 1, 2 e 3 possuem serviços de saúde próprios e atuam também na formação em saúde, tanto em nível de graduação como formação de especialistas.

As Parceiras são responsáveis pelo provimento de recursos humanos para a operação dos serviços de saúde, cujos escopos e dimensionamento de pessoal são definidos pelo gestor público. As Parceiras apresentam plano de trabalho, com valores salariais e benefícios que

subsidiar os valores de repasses financeiros para a execução dos contratos de gestão. As reposições de profissionais são realizadas rotineiramente e novos postos de trabalho requerem aprovação de novo plano de trabalho pelo gestor.

“...é elaborado um plano de trabalho que é aprovado pela Prefeitura, com plano salarial compatível com o mercado, e é previsto gratificações: assiduidade, distância, difícil acesso para todas as categorias, 5% a 7% e o recurso é aplicado naquele que faz jus ao benefício. A base salarial e a variabilidade são previstos em plano orçamentário”. (Parceira 4)

No geral, a captação de profissionais tem divulgação nas mídias sociais, entidades de classe e é mantido um canal para “envio” de currículos. Os processos seletivos são simplificados, se baseiam em análise de currículo, entrevistas e algumas incluem um dia para conhecimento do trabalho na unidade, prévio à contratação. Nos serviços especializados é exigida formação específica.

“...Tem buscas ativas nas mídias sociais, através de divulgação de áreas técnicas, e pelos profissionais, boca a boca. Os Tribunais de Contas sempre solicitam que realizem processo seletivo, fazem edital de processo seletivo público, divulgamos amplamente as vagas”. (Parceira 2)

“...divulgação nas mídias, no SIMESP, no site da instituição, boca a boca{...} avaliam em entrevista, ver autenticidade do curriculum, candidatos fazem visita às unidades, traçam o caminho, apresentam os modelos, as metas e sobre as regras de pontualidade etc”. (Parceira 3)

“Então nós trabalhamos no ambulatório de especialidades, você não parte do pressuposto de que ele não tenha que ter um título, ou reconhecido pela sociedade, ou através da residência médica em uma instituição credenciada pelo MEC. {...} Nós fazemos a contratação, nós avaliamos o currículo desses profissionais, não se faz prova de suficiência, você observa alguns critérios dando prioridade a experiência, o mercado médico é ainda um mercado extremamente aquecido, com mais de 93% de empregabilidade, por mais que você procure restringir processo de contratação a mais tempo de experiência, a capacidade, maior tempo de formação, às vezes não consegue e você tem que baixar seu critério. Mas prioritariamente aqui ele tem que ter o título de especialista”. (AME)

Na **atenção básica** a contratação tipo CLT é majoritária para todas as Parceiras, com remuneração baseada em carga horária; os postos de trabalho para médicos SF são de 40 horas semanais e outros postos de clínico, pediatria, ginecologia e obstetrícia têm diversidade de carga horária.

Em serviços de **atenção especializada ambulatoriais** (ambulatório de especialidades, rede hora certa, pronto atendimentos, UPAs, unidades de saúde mental CAPS, Centros de Reabilitação) as Parceiras adotam diferentes tipos de contratos e formas de remuneração.

No geral, o CLT foi o modelo inicial de contratação com remuneração por carga horária ou plantão, mas a tendência é a substituição por Pessoa Jurídica (PJ) para novas contratações. Novos arranjos foram sendo introduzidos, para serviços com especialidades cirúrgicas e de recursos diagnósticos, na modalidade PJ, tanto empresa como individual, com remuneração por procedimento. Ainda, a figura do Autônomo - PJ ou PF - tem sido utilizada para plantões em serviços de urgência e emergência, cobertura de férias e folgas.

Nos **serviços hospitalares** têm-se situação de contratos CLT, prática de início dos contratos de gestão, e PJ, empresa e individual, para anestesia e equipes de UTI, que apresentam melhor

adesão. A contratação de serviços de anestesiologia por meio de PJ é modalidade praticada desde os anos 1980, em função da própria natureza do tipo de assistência e serviços desta especialidade, que na maior parte do tempo ou escopo de práticas interage diretamente com outros profissionais intervencionistas.

Foi referido que a contratação de CLT tem adesão a depender da especialidade e gênero; especialidades como pediatria e neonatologia ainda têm aceitação de mulheres para esse vínculo, mas no geral observa-se que os contratos por PJ têm maior adesão dos médicos, por permitir a combinação de outras atividades, em outros vínculos.

“...Então, durante muitos anos, sempre trabalhamos com CLT {...}. Os hospitais eram em locais de difícil acesso. xxxx há 20 anos atrás era local de chacina. nesta época, não era fácil você levar... Tinha outra entidade, que desde o início trabalhou com PJ. Então nós sofremos muito. Mas nós sempre insistimos muito com médico ...: “Mas você tem que contar 13º, as férias. Você quebrou a perna, você vai ter, você vai ficar grávida, como é que faz?”, mas sempre foi muito difícil. Ao longo do tempo foi ficando a exigência do mercado como hoje. Hoje está muito mais radical esse mercado no sentido de que as pessoas, você publica, ...”Quero neurologista”, você não acha, não vem. Agora se for contratar um PJ vem. Isso vale para UTI, vale para UTI pediátrica, vale para equipe de gineco, vale para oncologista, vale pra praticamente todo mundo, se impõe a questão da contratação do PJ {...} “...E aí o mercado médico também, algumas especialidades: Anestesia, é uma lenda, anestesista sempre tem... desde aquela experiência do servidor público estadual, na década de 70, 80, que pela primeira vez se criou lá umas terceirizações, PJ pra anestesia, que ficou uma certa regra {...}“... Só quem quer ser celetista ainda é quando, locais que você tem muita mulher, por exemplo, UTI pediátrica, UTI neo, porque aí há uma demanda por contratação CLT. Por essas razões aí, vai ficar grávida, são jovens.” (Parceiro 1)

“...Todos os médicos são contratados por CLT. {...} o que temos observado é que está tendo uma mudança significativa no mercado, tanto para médicos generalistas como especialistas. Atuamos na atenção primária, especialidades e na urgência/emergência. Têm o apoio na urgência/emergência, nos últimos 3 anos, de empresa de Pessoa Jurídica, que vem auxiliar com médicos plantonistas para cobrir absenteísmo, aquela porta que não pode ficar sem médico, cobrimos férias com PJ.” (Parceira 2)

“... A maioria é CLT, mensalista, inclusive os serviços de urgência e emergência. Para o novo serviço de Hora Certa as equipes de anestesia e cirurgias são PJ, estamos implantado sistema de performance, não só por plantão, com esquema de pontuação com análise de protocolos de cirurgia segura, tempo cirúrgico” (Parceira 3)

“... Até o momento todos os médicos de ESF são contratados CLT e estão com os postos lotados. Tem unidades de urgência no território com aproximadamente 1.500 plantões entre pediatras e clínicos gerais, tem plantões de outras especialidades. Até o ano passado eram todos contratados CLT, estamos em processo de contratar PJ, porque são muito frequentes os atestados e faltas no plantão, no momento em torno de 20% dos plantonistas são PJ e não tem sido difícil.” (...) O modelo é quase exclusivo PJ, o único hospital com CLT é o de xxx, que tem alguns. {...} No Projeto xxxxx que fornece mão de obra (médicos obstetra e neonatologista, enfermeiros e técnicos de enfermagem) para 9 maternidades a grande parte dos profissionais são CLT. Nunca tivemos dificuldade de contratar, a remuneração é razoável e o CLT é um atrativo para o profissional médico. Vem mudando para o modelo de PJ por economicidade, com 1,5 plantão de CLT equivale a 2 médicos PJ, consegue usar melhor o recurso público, e tem conseguido os profissionais.” (Parceira 4)

“...O AME atende em 22 especialidades médicas. Hoje nós temos perto de, são 22 médicos celetistas e acho que 57 médicos pessoa jurídica. Cada profissional somando as equipes. Equipe mesmo, nós temos a anestesiologia, que fica na unidade cirúrgica ambulatorial, que precisa de anestesista e é um modelo e equipe, e uma equipe que promove a retaguarda clínica do hospital, do ambulatório, para uma intercorrência e acontece do paciente não passar muito bem, a gente criou uma retaguarda médica para não tirar o pessoal da consulta. É uma outra equipe. Então, todas as demais especialidades, é o próprio indivíduo, ou contratado celetista ou como pessoa jurídica, empresa individual. Fica um contrato um pouco mais vantajoso para ele, ele ganha por produção, então todo o contrato com pessoa jurídica, com exceção anestesia e a retaguarda clínica, que são horas da unidade aberta, os demais pessoas jurídicas se faz por procedimento. Então você fez cirurgia, por cirurgia, você fez exame, por exame, se é consulta, é por consulta”. (AME)

Para os contratos de médicos por Pessoa Jurídica (PJ), principalmente para área hospitalar e de apoio diagnóstico, por exigências dos órgãos de controle devem ser precedidos por procedimentos de “pregão”, com edital. Isto significa contratar o profissional não mais através de uma PJ individual, mas através de uma empresa ou grupo médico. Para os gestores entrevistados, isto pode significar perda de agilidade e de qualidade na seleção, principalmente, na contratação de especialistas em serviços ambulatoriais, porque ficam à mercê dos grupos que oferecem menores preços e que nem sempre vem acompanhado de qualidade, gerando rotatividade do contratado, após avaliação do serviço.

A remuneração por produção tem sido cada vez mais usada nos contratos de PJ e para especialidades com procedimentos cirúrgicos e em alguns exames diagnósticos. Os contratos contêm cláusulas de qualidade e de conduta. O AME é um exemplo em que o tipo de contrato por PJ e por produção acompanhou a transição do modelo assistencial de um ambulatório com especialidades básicas, do INAMPS, para ambulatório de especialidades com recursos diagnósticos e cirurgias ambulatoriais.

“Fica um contrato um pouco mais vantajoso para ele, ele ganha por produção, então todo o contrato com pessoa jurídica, com exceção anestesia e a retaguarda clínica, que são horas da unidade aberta, os demais pessoas jurídicas se faz por procedimento. Então você fez cirurgia, por cirurgia, você fez exame, por exame, se é consulta, é por consulta.” (...) deve focar no ambulatório de especialidade, por exemplo, perdeu um ortopedista que era do Estado, então você vai colocar um ortopedista cujo o foco seja resolutivo, ele vai operar dentro da unidade cirúrgica ambulatorial, então, se você puder montar essa estrutura é nessa diretriz que você vai seguir. Perdeu a ginecologia e obstetrícia. Então, a substituição será por uma especialidade dentro da ginecologia, que é chamada de mastologia, e você vai usar o aparelho mamógrafo que você tem dentro da unidade. A visão é de sempre procurar agregar resolutividade ao serviço. Sai um cardiologista do estado. Se insere outro cardiologista, porém que saiba que vai ficar com o paciente tempo suficiente para o diagnóstico, dar orientação terapêutica e encaminhar, então a construção foi no sentido das necessidades da região, o ambulatório aqui é georeferência para a área sudeste do município de SP, Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, da Capital”. (AME)

“Cada vez mais a gente está migrando por produção e colocando cláusula de qualidade e de conduta dentro do contrato PJ.{...} Isso o profissional já chega e ganha uma porção de coisas pra ele assinar, são os manuais, regras e tal. No contrato a gente tem colocado, por exemplo, parece bobagem, mas visita até às 9 horas da manhã. Se você deixa aberto, o cara passa a visita meio dia, te arreventa a farmácia, então tem algumas regrinhas de conduta e tem regras que cada vez mais estamos colocando na produção. Alguns contratos são por produção, particularmente os cirúrgicos porque eles são de pequeno porte, médio porte. Isso é

muito comum também para anestesia, porque uma coisa é você fazer um cheirinho numa criança e outra coisa é você pegar uma cardíaca. Então a gente vem melhorando as contratações PJ.{...} .Na atenção básica você não tem ainda a mesma formatação. Atenção básica é a presença, é o sujeito contratado para atender na unidade tal, para ter um serviço de ultrassom naquela unidade, para ter uma atuação na hora certa, operando alguns casos. Na hora certa e no cirúrgico ainda têm alguns contratos por produção. Agora o clínico e mesmo o PSF, este não tem muito sentido, já tem uma meta. PSF tem uma meta de cobrir lá 5 mil pessoas ” (Parceira 1)

Atração e Fixação

As Parceiras identificaram dificuldades de contratação de médicos, principalmente para médicos de Saúde da Família em unidades de saúde localizadas em áreas limítrofes e periféricas das regiões Leste e Norte, específico em Perus/Pirituba, e em postos de trabalho de finais de semana.

Na atenção básica, quando a dificuldade de cobertura de vagas é superada, as Parceiras têm que lidar com a “qualificação” e a “experiência” de contratados recém-graduados, bem como com a rotatividade dos quadros provocada com as saídas desses para ingresso em programas de Residência Médica. Mesmo os profissionais com qualificação apresentam permanência de no máximo 2 anos, nos postos de trabalho, nessas regiões.

Os fatores associados à dificuldade de atração e fixação foram:

- a- distâncias do centro da cidade e vulnerabilidade do território;
- b- atuação longitudinal com disponibilidade de diária de 8 horas – para a jornada de 40 horas;
- c- ingresso de recém-graduados em postos de trabalho na atenção primária, geralmente nos serviços de saúde da periferia;
- d- rotatividade cíclica e sazonal de recém-formados para ingresso em programas de Residência Médica;
- e- escassez de profissionais titulados em MFC e concorrência com a saúde suplementar;

“...Hoje já não têm tanta falta de especialistas, se for agora numa microrregião, por exemplo, todas as equipes da saúde da família estão completas, aí a discussão é: quem está cuidando da saúde da família? É residência? Tem residência de saúde da família e atenção básica? Não tem, é um cara que não fez residência e que entra ali e tal. Tem algumas dificuldades ainda, reumatologista, endócrino menos, porque também tem o fenômeno, o endocrinologista hoje quer cuidar de gordo? É onde tem algum ganho de consultório e tal, aquele cara que vai lá e quer cuidar dos bócios, não! Você não tem dificuldade de contratar, por exemplo, dermatologista, mas tem uma demanda muito grande. Então às vezes tem umas filas de espera que é um descompasso da demanda. Você tem algumas, neonatologistas, por exemplo, que são todas equipes, mas que ainda, de certa forma, se você perde uma equipe é difícil você conseguir restabelecer, você arruma outra equipe, mas nem sempre da mesma qualidade” (Parceira 1)

“...Regionalmente vamos dividir as dificuldades. Os contratos da região Sudeste têm índice de vagas em aberto de 10% a 15%, diferente da região Norte, em Perus/Pirituba de 30% a 40% depende da época do ano, outubro, novembro e dezembro os profissionais pedem demissão para Residência. Geralmente são generalistas, atuam como clínico, e querem fazer uma Residência.... Na verdade, a dificuldade da periferia é quando a contratação é de 40 horas semanais. As ESF

preconizam 40 horas, então o médico tem que ter total disponibilidade {...} Pega médicos com menos experiência, que depois acabam optando em fazer Residência Médica, existe uma rotatividade maior que nos contratos mais centrais e nas especialidades médicas onde a jornada é menor, plantão de 12 horas, e você fixa por mais tempo esse profissional” (Parceira 2)

“...independente da especialidade temos vagas abertas aos sábados, o especialista quer deixar o sábado e domingo livre, e os ambulatórios de especialidade abrem aos sábados. A neuropediatria é bem difícil de conseguir, tinha meta colocada por consulta, para o neuropediatra não dá em 15 minutos, então temos que ficar negociando, a primeira é 30 minutos. Outro que tem rotatividade grande é o pré-natal de risco, pela mesma questão do tempo. Então estamos na negociação de 30 minutos para a primeira consulta. Problemas de como atrair.... Neonatologista mais próximo, para acompanhar recém-nascido de risco. Temos pediatra no NASF, mas não com esse perfil. {...} Se colocar a urgência e emergência tem 45% de rotatividade, contrato por ano 45% de 1400 pessoas devido a rotatividade, quase metade por ano. Nós temos uma política, por questões legais e trabalhistas, aqueles que saem não recontratam em período de 6 meses. Alguns voltam {...}, os recém-formados assumem as vagas na APS e depois fazem RM. O que a gente percebe no geral quem faz a faculdade inserido na APS acaba se fixando, quem está como Preceptor acaba ficando mais tempo, 8,9 anos. {...} Tem mais de 300 equipes ESF, 40 médicos de família com formação e título. Tem aproximadamente 70% dos RN que ficaram {...} Estamos sofrendo competição um pouco desleal com a iniciativa privada, eles oferecem trabalho num prédio espelhado no centro da cidade, qualidade de vida um pouco mais próxima, inclusive da casa dela”. (Parceira 3)

“...atualmente gerenciamos 30 UBS com 200 equipes de ESF, as unidades estão completas de profissionais, já passamos por períodos difíceis, {...} todos os médicos de ESF são contratados CLT e estão com os postos lotados. A fixação do profissional é muito pequena, já foi pior. Tem poucos profissionais que estão desde o início (2008). Inicialmente eram profissionais mais velhos, muitos aposentados que resolveram ser “generalistas”. Hoje tem muitos recém-formados, que optam em trabalhar primeiro, com frequência ficam 1 ou 2 anos e vão fazer Residência e vão embora. A rotatividade já foi maior, pois ficávamos sem o profissional, neste momento tem excelentes profissionais {...} No início de ano tem muito recém-formado e temos como estratégia colocar o recém-formado em unidades com profissionais mais experientes. (Parceira 4)

“...Isso vem por conta da aumento de faculdades, q aconteceu nesses últimos 7 – 10 anos, a gente viveu uma crise muito grande de médicos em 2011, com índice de vagas abertas gigantes, e aí foram feitas algumas medidas pelo governo federal, mais médicos, abertura da atenção primária para médicos cubanos, tivemos até recentemente, e paralelamente foram formando mais daquelas faculdades abertas entre 2010 – 2013 e esse pessoal começou a vir para o mercado e passamos a ter melhor oferta. A gente pode discutir a qualidade desse profissional, quando contratamos um recém-formado para atuar na linha de frente, apresenta dificuldades, são inseguros, precisam trabalhar em dupla, são 3 para trabalhar, se um está de férias, outro falta, o terceiro não vai trabalhar, ele falta também. Aí temos que sair correndo para cobrir as faltas. Isso a gente sente muito quanto à qualidade do profissional, talvez mais alguns anos teremos uma melhora por conta que esses recém formados estão procurando a Residência, Cursos de Especialização, etc. É o movimento de RH que vemos no fim e começo do ano, saem do vínculo para estudar para a prova de RM, no ano seguinte são residentes, aí eles voltam como especialista, isso é turn-over que se observa no mercado, principalmente em São Paulo, que é nossa principal atuação.” (Parceira 2)

Na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, as dificuldades de contratação são percebidas de forma diferenciada pelos Parceiros e, quando existentes, são relacionadas ao perfil da especialidade, à natureza dos serviços de saúde e à escassez de profissionais.

Para a Parceira 4, as vagas das especialidades de nefrologia e hematologia para atuação na atenção especializada ambulatorial, com frequência, são substituídas por outra especialidade, devido à não fixação desses profissionais em serviços de periferia, ficam por um tempo e as vagas ficam sempre abertas; outras especialidades foram consideradas de difícil contratação considerando escassez de oferta de profissionais: neonatologia, psiquiatria infantil, endocrinologia e geriatria.

As dificuldades com a neuropediatria e ginecologia para o Pré-natal de Risco são atribuídas devido ao tempo de consulta de quinze minutos estabelecido nos contratos de gestão, insuficientes para avaliação de primeira consulta dessas especialidades (Parceira 3).

E, na área hospitalar, as especialidades de neurocirurgia, medicina intensiva e postos de trabalho de finais de semana. Para a especialidade de neurocirurgia para plantões em hospitais públicos de referência foi apontado que a pouca oferta de médicos e a aceitação de contratos CLT são fatores de dificuldades.

Ainda, foram relatadas dificuldades de encaminhamento da rede básica para serviços especializados de oncologia, (Parceira 3 e 4), e de referenciamento em hospitais gerais para a saúde mental (Parceira 4). Há dificuldades de encaminhamento da atenção especializada para atenção hospitalar, no caso de cirurgia ortopédica dos atendimentos do AME.

Outros profissionais especializados não foram apontados no estudo como difíceis de provimento, explicado pelo impacto do cenário de recessão econômica nas atividades privadas e da saúde suplementar. Paralelamente, as operadoras de saúde suplementar reorganizam sua oferta de serviços em linha de cuidado com orientação de médicos clínicos, que reduzem as necessidades quantitativas de médicos especialistas. Observam que profissionais especializados tiveram seus campos de atuação no setor privado, como consultório particular, reduzidos.

“...Então é uma tendência do mercado médico, como nós estamos observando, muitos profissionais deixam o consultório, ou voltando para o sistema único, ou para a modalidade que os convênios têm de clínica. Eles estão perdendo seus consultórios. A crise fez com que o paciente perdesse, hoje o SUS atende 25% a mais, no mínimo, do que ele atendia a cinco anos. As pessoas perderam, deixaram de ter condições, os convênios, para ficar atraentes, ele reduziu a sua carteira, privilegiando alguns profissionais só, e muitos tiveram descredenciamento, e eles foram se socorrer no SUS, que chegou a receber colegas que deixaram o consultório”. (AME)

Uma das estratégias adotadas para captar e fixar profissionais para unidades periféricas é a busca de profissionais de sistemas loco-regionais próximos da localização dos serviços, inclusive de municípios limítrofes. E em alguns casos negociar com o gestor público uma alternativa do cumprimento da jornada de 40 horas.

“...Perus/Pirituba é periferia, Morada do Sol, Alto do Jaraguá, não são profissionais do grande centro como os da região Sudeste, nós temos que trazer de Jundiáí, Francisco Morato, nosso objetivo é buscar profissionais regionalmente para trabalhar na região Norte. A ESF preconiza 40 horas, então o médico tem que ter total disponibilidade. Nós conseguimos, negociamos com o

gestor público, 40 hs em 4 dias. Fazem 10 horas diárias, e 1 dia da semana pode fazer qualificação, capacitação ou até mesmo assumir um consultório”. (Parceira 2)

As Parceiras dão preferência à contratação de profissionais dos sistemas loco-regionais próximos da localização dos serviços para evitar os deslocamentos de longas distâncias, assim como levam profissionais de seus vínculos da capital para postos de trabalho em outros municípios, isso ocorre com mais frequência em postos de trabalho de serviços hospitalares ou AME, em que o Parceiro tem outras parcerias. Pode-se inferir que parte da circulação de profissionais para serviços de saúde do SUS entre municípios é associada às entidades parceiras.

“...Então a gente procura contratar no local, até porque contratar um doutor aqui pra trabalhar em Mogi é pra ele não trabalhar , ... e o atrativo que para alguns lugares é o celetista, é o retorno do mercado de trabalho. ... o exercício profissional no AME implica você receber o doente, fazer um diagnóstico, elaborar um diagnóstico e devolver pra rede pública. então é muito tranquilo pro profissional, é muito gostoso trabalhar no AME, são comunidades novas, tem prontuário eletrônico, tem uma responsabilidade limitada, porque você não tem que ficar acompanhando aquele sujeito, é sempre agradável, então a gente não tem tido dificuldade. “ (Parceira 1)

Para enfrentar essa situação e na tentativa de fixação de profissionais as Parceiras tem estratégias de mesclar os recém-graduados em unidades com profissionais mais experientes, criam mecanismos institucionais de supervisão médica, e oferta de preceptoria para os Residentes dos últimos anos para participar do processo de formação.

“Em relação ao médico da família estamos em processo de fixação do médico de família a partir da RM. Escolhem para preceptores alguém com título e boa formação, e oferecem dando oportunidade de formação em outros lugares, por exemplo na MacGill (Canadá) um mestrado, meio sanduiche. Querem estruturar as unidades, pois toda vez que entra RM a unidade passa a funcionar de outro jeito.

Tem mais de 300 equipes ESF, 40 médicos de família com formação e título. Tem aproximadamente 70% dos RM q ficaram. Os RM que ficam acabam virando preceptores” (Parceira 3)

As Parceiras têm flexibilidade relativa para ofertas salariais diferenciadas, quando este é um fator de dificuldade de atração, e só o fazem em caso de muita necessidade e que não ultrapasse o orçamento previsto. A flexibilidade se aplica também à possibilidade de propor tipos de contratação que facilitem a captação e adesão ao vínculo CLT.

“...Não, de grosso modo, não. Em algumas situações especiais é que você fica meio refém do mercado {...} Posso, particularmente no PJ, no CLT não. Agora no PJ, às vezes no PJ você vai falar com o cara, para trabalhar lá no xxxx, aí você tem que pagar um pouco melhor. Aí é um pouco do mercado, né, que é a flexibilidade que precisa ter. Mas isso eu evito, sinceramente, nunca gostei de ter. Porque é muito ruim para a instituição, para o controle, você colocou 10 e tem que trabalhar se ele ganha 12.” (Parceira 1)

“...Na parte cirúrgica tem flexibilidade na remuneração para PJ, pela empresa. Para os demais CLT não tenho governabilidade de outras formas de remuneração, e a remuneração é baseada em carga horária e profissional/ plantão. Tem diferença de remuneração na APS, as UBS mais próximas têm valores menores e mais distantes têm gratificações de difícil provimento, devido acessibilidade.” (Parceira 3)

“Tem alguma flexibilidade. Na gestão do hospital tem plano que prevê pagamento para as despesas, por ex. pagamento de terceiros, mas não precisa ser número exato. Dependendo da situação ou da dificuldade de conseguir profissionais de determinada especialidade acabam às vezes aumentando o valor do plantão, revendo a própria estrutura da equipe, exemplo diminuí um plantonista e remunera mais os que ficaram. São formas de fazer a adequação.” (Parceira 4)

No âmbito da **atração**, as Parceiras identificam “qualidades” em seus serviços ou na gestão institucional que os tornam atrativos. Os atributos referem-se a serviços com capacidade de respostas qualificadas tecnologicamente, existência de campo de ensino, possibilidades de aperfeiçoamento, e relações de trabalho com as equipes. Os Parceiros com muita frequência exaltavam a presença da Residência Médica como fator de atração e de investimento institucional no provimento de médicos.

“...o exercício profissional no AME implica em você receber o doente, fazer um diagnóstico, elaborar um diagnóstico e devolver pra rede pública. então é muito tranquilo pro profissional, é muito gostoso trabalhar no AME, são comunidades novas, tem prontuário eletrônico, tem uma responsabilidade limitada, porque você não tem que ficar acompanhando aquele sujeito, é sempre agradável, então a gente não tem tido dificuldade....Barueri é fácil porque é região metropolitana, é um lugar bonito, é gostoso de trabalhar, fácil de chegar, no Pirajussara é mais difícil você levar, apesar que depois, com o tempo, tem uma variável que não é nenhuma qualidade, é conhecido porque não fazemos sacanagem com o sujeito, pagamos em dia, tentamos ter uma relação leal com o profissional. Tem um exercício profissional que a gente não impõe restrições no sentido de aviltar o trabalho, então isso faz com que você capte e que você tenha uma quantidade de pessoas sempre querendo trabalhar conosco.” (Parceira 1)

“...hoje tem briga para vir trabalhar aqui, porque ele se tornou uma referência importante na urologia, hospital do homem, tem uma tecnologia super moderna, equipamentos, toda área endourológica, tem equipamentos para câncer de próstata que não precisa operar o sujeito high full, então tem trazido neurocirurgia, está muito sofisticada, põe lá aquelas molinhas na cabeça do sujeito, Parkinson e tal, tem uns negócios que são bem avançados. A hemato, hoje, é uma hemato de alto [...] 60, 70 leitos ocupados no hospital, com leucemia, linfoma, tudo coisa de... Talvez seja um dos maiores serviços do país, então o médico quer vir pra um lugar desse. Agradado, do ponto de vista técnico, com protocolos, com exercício profissional estimulante.” (Parceira 1)

“Os que fazem Residência aqui, o ambiente hospitalar é [...], eles já vão se afeiçoando com a instituição e com as regras e ficam sabendo que existem postos de trabalhos (...) campos de estágios da Residência são feitos nesses hospitais, então eles já conhecem os serviços e depois optam em trabalhar nesses serviços, isso é um facilitador.” (Parceira 2)

“Temos de atrativo o investimento em educação permanente, que é princípio da instituição, inclusive com inclusão orçamentária no Contrato, com cronograma de formação, cursos. Quando recebemos profissionais de outras OS, estes sentem a diferença em serem chamados para cursos.” (Parceira 3)

“Nos outros hospitais, os que têm ensino, por exemplo, em xxxx, não é a maior remuneração mas é um hospital que atrai profissionais pediatra, obstetra, vascular, endócrino, talvez por terem interesses em desenvolver a formação do ensino, mesmo sem estar na academia acabam por desenvolver uma carreira no ensino, na Residência Médica, e no caso de xxxx na faculdade de medicina xxxx. O ensino e a Residência Médica facilitam os processos, ou porque as pessoas tem interesse no ensino, na atualização ou porque o Residente ajuda na operação também”. (Parceira 4)

Os entrevistados valorizam os programas de Residência Médica como fonte de provimento e manutenção de quadros médicos especializados e com qualificação conhecida, como também ressaltam que as atividades de ensino oferecem ambientes favoráveis à captação e manutenção de profissionais médicos e também são bem avaliados pelos Residentes.

“... são hospitais bem organizados e aparelhados com material, com fluxo contínuo de pacientes e efetivação de cirurgias, eles adoram a residência, por exemplo, Hospital xxxx é a residência de cirurgia, gineco e, ortopedia. aqui no xxxx não operam nem uma hemorroida, ele vai para o Hospital xxxx e opera 90, em 30, 45 dias, eles adoram o estágio, porque o hospital funciona, tudo sai, marca e eles operam.” (Parceira 1)

A Telemedicina

A Telemedicina foi comentada, em período anterior à Pandemia, quanto ao potencial da modalidade de teleconsultoria que poderá diminuir a necessidade quantitativa de médicos especialistas e aumentar a produtividade médica devido a conectividade dos médicos da atenção básica com médicos especialistas, ainda pouco utilizada.

“O uso da tecnologia da informação tem potencial para organizar e ter controle da população, em espaços coletivos, e está sendo pouco utilizado. ... o uso de tecnologia aumenta a produtividade médica e permite ser mais resolutivo, além do aspecto de ordenar melhor o sistema.” (Parceira 1)

Há um reconhecimento que a Pandemia COVID impulsionou o setor público a dar umas respostas rápidas e implantaram o teleatendimento ao usuário, porém foram apontadas necessidades de muitos melhoramentos, citando a questão de vídeo, prontuário eletrônico, ou seja, questões de qualidade e segurança para os atendimentos, serem efetivamente uma realidade no SUS. (Parceiras 2 e 4).

Os processos que envolvem tecnologia de informação são conduzidos pelo gestor Municipal. As Parceiras não têm autonomia para inovações de tecnologia, nos serviços de saúde municipais geridos por elas.

4.2. Gestão Pública Belo Horizonte

Foram entrevistados os Gestores Públicos abaixo, que serão referidos com a seguinte nomenclatura:

Departamento de Atenção Primária à Saúde Municipal de Belo Horizonte (Gestão Pública BH 1);

Departamento de Atenção Especializada/ Alta Complexidade de Belo Horizonte (Gestão Pública BH 2)

Departamento de Atenção à Saúde Complementar Municipal de Belo Horizonte (Gestão Pública BH 3)

Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS MG)

Segundo levantamento no CNES, a maioria dos médicos 79,2% da rede do município de Belo Horizonte (BH) tem vínculo empregatício com a Administração Pública (79,2%) e destes, os vínculos “Estatutário” (37,8%) e o “Contrato por Prazo Determinado” (37,2%) são os mais frequentes. No Hospital Metropolitano Odilon Behrens, autarquia municipal, a proporção é mais acentuada para o Autônomo “Pessoa Física” (45,3%) e o Vínculo Empregatício com a Administração Pública (42,7%).

Tabela 24 – Tipos de Vínculos Empregatícios de Médicos dos Órgãos Públicos do Poder Executivo Municipal. Belo Horizonte/MG, nov/2020.

Tipos de Vínculos Empregatícios	AUTARQUIA MUNICIPAL*		MUNICIPIO		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AUTONOMO	613	45,3%	21	0,6%	634	12,7%
PESSOA FISICA	613	45,3%	21	0,6%	634	12,7%
BOLSA			1	0,0%	1	0,0%
BOLSISTA			1	0,0%	1	0,0%
ESTAGIO			12	0,3%	12	0,2%
ESTAGIARIO			12	0,3%	12	0,2%
INTERMEDIADO			114	3,1%	114	2,3%
CELETISTA			89	2,5%	89	1,8%
CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO/TEMPO DETERMINADO			25	0,7%	25	0,5%
RESIDENCIA	162	12,0%	111	3,1%	273	5,5%
RESIDENTE	162	12,0%	111	3,1%	273	5,5%
VINCULO EMPREGATICIO	577	42,7%	3366	92,9%	3943	79,2%
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	135	10,0%	1716	47,3%	1851	37,2%
EMPREGO PÚBLICO	120	8,9%	91	2,5%	211	4,2%
ESTATUTARIO	322	23,8%	1559	43,0%	1881	37,8%
Total Geral	1352	100,0%	3625	100,0%	4977	100,0%

* Hospital Metropolitano Odilon Behrens

Fonte: CNES, módulo profissionais de saúde, ref. Nov/2020

Elaboração dos Autores

Os entrevistados da gestão pública de BH confirmam que os profissionais de saúde, inclusive os médicos, que atuam nas unidades de saúde municipais são contratados pela municipalidade de duas formas: estatutários e contratados por prazo determinado, com remuneração mensal baseada em carga horária, mas apresentam arranjos diferentes na atenção primária e na especializada ambulatorial.

Na **atenção primária em saúde (APS)**, os profissionais médicos das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) são contratados por 40 horas semanais, recebem incentivo financeiro e a maioria tem vinculação como “estatutário”; de 12% a 15% são contratos por prazo determinado; os centros de saúde têm profissionais clínicos, pediatras e ginecologistas com jornadas de 20 horas semanais, que atuam junto com médicos de SF. Os médicos de SF (MSF) com 40 horas recebem “incentivo pró-família”. As unidades de saúde muito distantes do centro recebem adicional por deslocamento. Além da questão de plano de carreira, há diferença salarial maior para o vínculo estatutário.

As especialidades com dificuldades de contratação na APS citadas foram a psiquiatria e pediatria, e preencher os postos de trabalho em centros de saúde mais distantes. Reconhece aumento da oferta de médicos, com o ingresso de recém-graduados nos serviços, que ainda não possuem formação especializada.

No geral, os profissionais são graduados em universidades de Minas Gerais, com predominância de Belo Horizonte e dos programas de Residência Médica em Família e Comunidade (MFC), das universidades de BH e do município, apontados como fornecedores desse profissional.

A oferta de formados por programas de residência médica não é suficiente para cobrir a demanda das equipes de SF. Devido a essa lacuna de oferta e demanda nos editais de concursos públicos para médicos atuarem em SF-40 horas, não é exigida titulação específica, mas toda titulação é utilizada para pontuação de classificação.

À oferta insuficiente de titulados em MFC soma-se a concorrência dos titulados pela saúde suplementar, com salários diferenciados que a gestão municipal não consegue competir.

“Nós não temos, hoje, a falta de profissional não é um problema grave, sabe? Porque mudou muito a dinâmica do mercado de trabalho. Então, assim, hoje não tem falta de número de profissional, nem do profissional médico. Hoje você abre uma vaga pra médico, você tem aí, 15 currículos, 20 currículos para aquela vaga. Essa é uma mudança do mercado que está muito clara, mas a capacitação é uma questão.{ ..}. A maior parte é recém-formado. A gente sempre tem o pessoal da residência de medicina de família, tá? Sempre procuram, de alguma forma. Eles têm a tendência de procurar, mas hoje eu tenho uma dificuldade de competição com o mercado privado que ela está posta. Então o mercado privado já entendeu que o profissional egresso da residência de medicina de família e comunidade é um bom profissional para gestão de recursos, para economia, para (?) dos pacientes. O mercado já entendeu isso, então existe uma busca muito intensa por esse profissional formado na residência. Então a gente perde muito... Apesar de a gente ter muitas escolas no estado, boa parte é de Belo Horizonte ou pelo menos se formou em outros lugares, mas tem família em Belo Horizonte, quer voltar para Belo Horizonte, a gente tem um número muito grande daqui. As escolas daqui são grandes fornecedoras desse profissional. (Gestor Público BH 1)

“... A última vez que a gente fez um estudo, coisa de um ano e meio, dois anos atrás, a gente tinha 120 ou 130, dos 550, eram especialistas. A gente tem que rodar o estudo de novo, mas eu acho que esse número diminuiu, é minha impressão. É minha impressão, porque a gente teve uma perda de uns 30. Hoje a Unimed tem um programa de médicos de família que tem lá uns 40 médicos de família, todos da nossa rede estão lá. Que é muito bom pra nossa especialidade, não nego, é um ótimo campo de trabalho para nossos residentes, mas é algo que a gente enfrenta, especialmente pela questão do dinheiro, o dinheiro pesa demais {...} O principal fator é o salário. A carga horária pesa também, porque hoje o formato que a gente tem de ofertar essa vaga é 40 horas. Embora o Ministério da Saúde já tenha sinalizado com equipes de Atenção Primária que são equipes que podem fazer 20, 30 ou 40, Belo Horizonte tem equipes de Saúde da Família com 40 horas. Então aquela pessoa que desejaria trabalhar como 20 horas em Belo Horizonte, ela poderia trabalhar com o que a gente chama de clínico de apoio ou médico de apoio, que é um médico que tem um salário menor, ele não recebe o abono que em Belo Horizonte nós chamamos de abono pró-família ou plus do PSF, que é o termo que eles utilizam, então é um salário um pouco menor”. (Gestor Público BH 1)

Para outras especialidades médicas não foram observados rompimentos do vínculo público para atuar na saúde suplementar e em clínicas populares e, sim, como composição de postos de trabalho.

“... Essas clínicas populares acabam por... O nosso profissional acaba trabalhando nelas em horários alternativos, sabe? Dificilmente nosso profissional deixa a rede para ir trabalhar nessas clínicas. Até mesmo na Unimed, o que a gente observa, é que o sujeito vai lá, trabalha algum tempo fazendo algumas consultas no centro de promoção da Unimed, trabalha aos sábados, trabalha de noite, até que ele percebe a questão financeira e sai de vez. Esse é um movimento que a gente observa demais na nossa rede, uma quase saída até sair. Agora esses outros, que são um fenômeno, né? Essas clínicas são um fenômeno no mercado de trabalho, uma coisa muito impressionante. Normalmente nosso profissional não sai, ele vai lá, trabalha e continua”. (Gestor Público BH 1)

Em relação ao “Programa Mais Médicos”, refere impactos financeiros com o rompimento dos contratados, porém observou que as diferenças de carga horária e salário, por vezes, geravam conflitos entre os profissionais. Esses profissionais ocupavam postos de trabalho em unidades de difícil provimento, e pondera que houve abertura no mercado que facilitou as reposições, e que tais unidades continuam sendo de difícil provimento.

“... Se você pensar em dinheiro, houve impacto, 34 médicos que não arcávamos com as despesas deles. Mas do ponto de vista da assistência passou a ter 40 horas de profissional e não 32 como era o Mais Médicos, né, eu tenho ele mais presente na unidade, então do ponto da gestão é melhor. Houve muito problema interno também, você ter um médico do Mais Médicos com 32 horas, numa mesma unidade com você de 40 ganhando menos, isso, por vezes, não foi fácil de administrar. {...} Todos em unidades com muita dificuldade de lotação, historicamente pensando, em Belo Horizonte, todos. Mas de um outro momento também, hoje essas unidades continuam sendo mais difíceis de lotar, mas a gente tem um volume de médicos formados maior. Sou professor uma universidade privada, até quatro, cinco anos atrás, era muito comum, final de ano eu receber mensagem de aluno assim: “Professor, tem tal e tal, tal, centro de Saúde, qual o senhor acha melhor eu ir?”, Hoje eu costumo receber mensagens assim: “Professor, pelo amor de Deus, arruma um lugar pra trabalhar”, isso é definitivo, eu acho. Em termos de volume, as pessoas têm dificuldades mesmo. Em Belo Horizonte, hoje, um médico recém-formado ele já tem dificuldade de conseguir emprego na rede pública. Como a rotatividade é grande em algum momento ele consegue, mas num primeiro momento, naquele boom pós-formatura ele tem dificuldade. (Gestor Público BH 1)

Na ocasião da entrevista (2019) a gestão municipal estava preparando o edital de Concurso Público para a contratação de 315 vagas para médicos generalistas, entre outros, que se destinam à expansão de equipes ESF, substituição dos contratos por tempo determinado e com a reposição de aposentadorias previstas.

Na **atenção especializada ambulatorial** a proporção é de 50% entre estatutários e contratados por prazo determinado; geralmente são contratados por 20 horas semanais. Não há incentivo financeiro para unidades distantes. A gestão municipal formalizou a parametrização do tempo de consulta por especialidade e estabeleceu padrão de produtividade para os médicos especialistas.

As dificuldades de provimento de médicos se dão mais nas especialidades de neurologia, reumatologia, neuropediatria e endocrinologia; postos de trabalho de unidades distantes apresentam maior rotatividade e dificuldade de fixação de profissionais.

Atribui à questão salarial como o principal fator da fixação de médicos especialistas, mesmo com o aumento de oferta e o ingresso de perfil de especialistas mais jovens que buscam adquirir experiência no volume e diversidade dos serviços públicos. Aponta ciclo de dois anos para o ingresso no setor público e saída para o mercado saúde suplementar por competitividade salarial.

“... tem uma mudança no mercado também. Até essa questão da ampliação das especializações, das lato sensu e, assim, residência pra todo mundo não tem mesmo, então acaba que as especializações têm ajudado isso, então o pessoal faz a especialização, faz a prova. Enfim, é especialista e pode trabalhar com a gente. Então isso tem facilitado, algumas especialidades que a gente tinha dificuldade e que hoje a gente não tem mais, do tipo, assim, urologia, você abre uma vaga e consegue contratar de imediato, sabe? Isso não tem dificultado não. Eu acho que, ainda, o maior dificultador pra gente é o valor financeiro mesmo, né, porque se você pensa no mercado a gente, de fato, paga um pouco pior. E eu acho que até, por isso, tem favorecido um pouco esse perfil, sempre tem entrado profissionais muito mais novos, são aqueles que saíram das residências, especializações mais recentes e querem ter uma experiência maior e esse campus é imenso dentro da saúde, né, porque a gente tem um número de pacientes muito grande, então eles acabam aprendendo muito. Alguns ficam e outros não, tanto é que a gente, o período que a gente acaba contratando mais é o período da saída da residência, que aí você contrata e tem algumas especialidades, a reumato, por exemplo, é bem isso. Hoje a gente está com reumato toda cheia, mas você vai ver assim, toda cheia significa oito ou nove profissionais, que é o que a gente tem hoje, e aí você tem quatro profissionais antigos da rede, que provavelmente vão aposentar com a gente, já tem uma trajetória, não vai sair porque é vantajoso pra ele, porque ele hoje tem vários quinquênios, já está num nível mais alto, então ele recebe melhor mesmo. Mas o profissional que entra agora e que recebe, uma média de 25 reais por consulta, ele fica com a gente um ano, um ano e meio saindo da residência, depois ele se coloca no mercado, porque já se organizou e ele acaba indo embora, sabe?” (Gestor Público BH 2)

Observou que unidades de saúde, embora distantes, mas que possuem outros equipamentos no seu entorno facilitam o preenchimento da vaga, pelas possibilidades de combinação de postos de trabalho.

“... é mais até do que a distância, com o passar desses dois anos eu tenho percebido um pouco isso, é muito mais as ofertas naquela região. Então, por exemplo, no xxx tem um pouco menos dificuldade por que? A gente tem o Julia Kubitscheck, tem o Eduardo de Menezes, o HMDCC, o Metropolitano. Então, muitas vezes o médico já vai pra lá, pra alguns desses locais... a gente conseguiu colocar um neuro que de primeira opção ele queria o xxxx. Eu até assustei, falei: “Gente, um neuro no xxxx! A gente tem um monte de lugar”, aí ele falou: “Não, é porque eu comecei no xxxx e pra mim é caminho, então dá pra eu articular” (Gestor Público BH 2)

O Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) amplia o tema da escassez de médicos generalistas e especialistas para a escassez de serviços de saúde numa perspectiva das regiões de saúde. Municípios de pequeno porte do interior do estado têm dificuldade de atrair e fixar médicos. Ressalta a importância do planejamento regional para identificar investimentos para implantar serviços especializados, bem como identificar regiões com dependências assistenciais.

“...Minas Gerais com as características de um país do tamanho da França, com extensões territoriais muito grandes, tem uma peculiaridade, porque a gente tem município de 842 habitantes, que é a Serra da Saudade e Belo Horizonte com mais de 2 milhões de habitantes, 60% dos nossos municípios têm menos de 10.000 habitantes,

e esses municípios menores e mais remotos tem muita dificuldade de atrair médicos, isso é real, mesmo médicos graduados, médicos generalistas. Especialistas então! {...} a importância de um planejamento, uma visão regionalizada, talvez tenha sido importante em algum momento, porque começamos a identificar determinados locais para implementar serviços especializados. nós fizemos uma revisão do PDR em 2019, {...} foram identificando alguns municípios que receberam maiores investimentos para poderem estruturar os centros de especialidades. Mas mesmo assim, Taiobeiras hoje é uma cidade polo e eu tenho um centro de especialidade em saúde, algumas especialidades eu tenho dificuldade de atrair. A gente precisa pagar salários bem maiores que Montes Claros para conseguir ter o profissional aqui, essa é uma realidade não só em Taiobeiras, mas na maioria dos municípios que estão distantes dos grandes centros, como na região sul do Vale do Jequitinhonha, Teófilo Otoni, mais no nordeste, a macro noroeste, além de ter escassez de profissional, tem escassez de serviço, a macro noroeste talvez seja a região que mais precisa de investimento nesse momento, principalmente na especialidade, porque ela ficou muito dependendo, assistencialmente de Brasília, e de 3/4 anos para cá Brasília fechou as portas no atendimento que fazia para aquela região. Então de 3 anos para cá que nós começamos a perceber o vazio existencial que tem na região noroeste. Então, temos sim dificuldade de atrair especialistas para o interior, principalmente para as regiões mais remotas, essa é uma realidade sim.” (COSEMS/MG)

As especialidades médicas com maior dificuldade de atração, com vazios assistenciais foram: urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia; a cardiologia e a neurologia são providas com referenciamento das pactuações regionais.

“...de Taiobeiras, eu tenho muita dificuldade de atrair urologista, a gente ficou um bom tempo com um profissional que vinha de tempos em tempos para atender, agora que a gente conseguiu. A cardiologia e neurologia, são vazios muito grandes. Otorrino e oftalmo, está melhorando agora, a gente está conseguindo profissionais com mais facilidade agora, mas também era um grande vazio existencial. Tanto é que se hoje a gente olhar para a fila das eletivas no estado, otorrino e oftalmo talvez sejam as maiores filas que a gente tem. As outras, por exemplo a neuro, a cardio a gente tem o planejamento de encaminhar mais para a macrorregião, só que a macrorregião vai se tornando, ela é polo, mas ela vai cada vez mais aumentando a população que ela atende e a capacidade de resolutiva vai abaixando. O que a gente precisa? Descentralizar um pouco essa questão das especialidades da cardio, da neuro, para as microrregiões para que a gente não superlote a macrorregião”. (COSEMS/MG)

Avalia que a remuneração somada a um projeto de saúde propicia possibilidades de atração de médicos para o interior. Demonstra a existência da circulação intermunicipal de médicos.

“...Eu sinceramente não acredito que seja a remuneração seja a principal estratégia, hoje alguns médicos que trabalham comigo falam que vieram porque a gente em tem um projeto na área da saúde que é importante. Hoje a nossa rede assistencial conta com ortopedistas morando no município, anestesiológico morando no município, tem cardiologista morando no município, ginecologista, obstetra, pediatra. Claro que a remuneração deles é importante, porque morar em Montes Claros, morar em Belo Horizonte, é diferente de morar em Taiobeiras, para morar em Taiobeiras a gente tem que abrir mão de muitas coisas, de lazer, cultura, entre aspas cultura porque cultura a gente faz em qualquer lugar, mas o profissional abre mão de algumas coisas que eles tem nos grandes centros. Eu acho que a remuneração junto com um projeto de saúde, um planejamento em saúde adequado, tem a possibilidade de atrair mais profissionais com mais facilidades.” (COSEMS/MG)

“...Tem, ainda tem a urologia, o médico vem 1 vez por semana, 2 vezes por semana. Tem o oftalmo também que o médico vem 3 vezes por semana. O otorrino que nos atende, ele atende outros municípios, então ele não fica exclusivo aqui no município. Neurologista vem de 15 em 15 dias (...) São médicos da região, geralmente de

Montes Claros, que vem ou uma vez por semana, ou de 15 em 15 dias fazer os atendimentos aqui no município {...} .desde que eu montei o CAPS em 2000 eu tenho a tranquilidade de trazer psiquiatra e tenho a felicidade de um médico que foi estagiário nosso, que se interessou muito pela saúde mental quando era generalista no município, depois foi fazer psiquiatria e voltou para o município para residir aqui. Então é um pouco aquilo do projeto de trabalho que é conhecido, o projeto de saúde, o planejamento que a gente tinha que fez com que ele voltasse para cá.” (COSEMS/MG)

Aponta a necessidade de incluir nos estudos o desenho das redes regionais e sugere que a expansão de campos de formação, como Residência Médica, é um fator de atração de profissionais.

“... eu acho fundamental que a Academia se debruce um pouco sobre essa questão da especialidade médica para a suficiência dos territórios, agora é muito importante que a gente olhe os desenhos das redes, como elas estão desenhadas nos vários territórios de Minas Gerais e uma fonte de estudo importante seria o no PDR, e como ele se constitui nas varias regiões do nosso estado, para a gente começar a pensar também a possibilidade de prover essas vagas médicas, de prover a vaga de especialidade ou mesmo de incentivar uma universidade a abrir um polo de residência, como pro exemplo a UNIMONTES fez aqui. A UNIMONTES tinha até, se não me engano, há 5/6 anos atrás, a residência médica só lá, focada em Montes Claros, e aí ela viu a necessidade de expandir isso, e ela foi abrindo polos em alguns municípios sede, que deu a possibilidade de atrair os profissionais para os municípios. Hoje, a residência médica em atenção primária, mas já nos dá uma visibilidade maior, então as pessoas, os profissionais, eu já ouvi profissionais falando: “eu vou para Taiobeiras porque eu tenho um campo de atuação não só na clínica, mas também tenho na academia”, e que é uma possibilidade de impulsionar o profissional também”. (COSEMS/MG)

4.3. Gestão Privada

Foram entrevistados dirigentes de serviços de saúde do setor privado de BH e MSP, com as seguintes características:

Hospital Privado com Atendimento Exclusivo SUS BH: segundo classificação no CNES é entidade sem fins lucrativos, de natureza “associação privada”, hospital geral de grande porte, tem diversas habilitações para alta complexidade (neurologia/neurocirurgia, cardiologia intervencionista, cardiovascular pediátrica, vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos) cuidados prolongados, para oncologia inclusive, transplante de medula óssea e outros. Tem Convênio SUS 100%, porta fechada, com demanda referenciada e regulada da rede municipal. É Hospital de Ensino, com programas de Residência Médica autorizados pelo MEC/CNRM. (Hospital 1)

Hospital Privado com Atendimento SUS BH: segundo classificação no CNES é entidade sem fins lucrativos, de natureza “fundação privada”, hospital geral de grande porte, tem diversas habilitações para alta complexidade (neurologia/neurocirurgia, cardiologia intervencionista, cardiovascular pediátrica, vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos) cuidados prolongados, para oncologia, transplante de medula óssea e outros. Tem Convênio SUS para atendimento de demanda referenciada e atende planos de saúde e

particulares. Tem programas de Residência Médica autorizados pelo MEC/CNRM. (Hospital 2)

Hospital Privado com Atendimento SUS MSP: segundo classificação no CNES é entidade sem fins lucrativos, de natureza “associação privada”, hospital geral de grande porte, tem diversas habilitações para alta complexidade (obesidade, neurologia/neurocirurgia, cardiologia intervencionista, cardiovascular pediátrica, vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos, traumatologia-ortopedia), para oncologia, transplante de medula óssea e outros. Tem Convênio SUS e atende planos de saúde e particulares. A corporação atua na graduação e formação de especialistas em cursos da área da saúde. É Hospital de Ensino, com programas de Residência Médica autorizados pelo MEC/CNRM. (Hospital 3)

Hospital Privado sem atendimento SUS MSP: segundo classificação no CNES é entidade sem fins lucrativos, de natureza “associação privada”, hospital geral de grande porte, tem habilitação para transplante. Não tem convênio com SUS, atendimento a planos de saúde e particulares. A corporação atua na graduação e formação de especialistas em cursos da área da saúde. Tem programas de Residência Médica autorizados pelo MEC/CNRM. (Hospital 4)

Em relação aos arranjos institucionais, tipos de contratos e formas de remuneração, dificuldades:

No Hospital 1 – trabalham em sistema de Cooperativa com 1280 médicos cadastrados e médicos contratados, aproximadamente 300, como plantonistas das unidades de terapia intensiva, da clínica, da cirurgia e da pediatria. Cita que há um caminho para contratar ou cadastrar na cooperativa, que se inicia como voluntário por avaliação e indicação de chefes de serviços. A remuneração é por procedimento da tabela SUS e com variações, segundo produtividade e critérios estabelecidos pelo hospital como assiduidade e dedicação exclusiva SUS.

“...Nós temos dois tipos de trabalho aqui, contratados, que são geralmente plantonistas. Plantonistas da unidade de terapia intensiva, plantonista da clínica, da cirurgia, de pediatria, eles são contratados. E a grande maioria é um trabalho que, por um regimento interno, ele faz parte das equipes e tem que cumprir o regulamento né e nós não temos um contrato de trabalho, mas sim de assistência. E a remuneração é feita pelo SUS mesmo. {...} Existe um regimento interno que o médico tem que cumprir etapas até se tornar um assistente, inicialmente voluntário, depois adjunto, depois efetivo. Existem tempos de dedicação que têm que ser comprovados. {...} É uma indicação dos chefes, superiores. O que acontece é que no dia a dia você vê que aquele tem perfil e você acaba convidando. (...) Inclusive o honorário médico atual é em cima de produtividade, de médicos. Profissional que segue alguns critérios é mais bem remunerado. {...} Os critérios são exigências, inclusive, do 100% SUS. É permanência de trabalho, ocupação de trabalho, presença no hospital. Então esses critérios são bem definidos e remunera-se melhor quem cumpre estes critérios”. (Hospital 1)

Não relatou dificuldade de contratação de especialidades médicas, mas às vezes relacionada à dedicação ao serviço. Na ocasião da entrevista estavam reestruturando o bloco cirúrgico, os serviços de anestesia, reportando ser questão comercial e não por falta de profissional.

“Aqui os profissionais não são contratados, mas assim, a gente não tem muita dificuldade não. A gente tem, assim, dificuldades às vezes com alguns grupos, por falta de dedicação da maneira como deveria. {...} Não é que é difícil para conseguir, acho que isso ainda demora um pouquinho, porque vão saindo os mais velhos que não aceitam e as pessoas mais novas têm que acreditar. Então é uma discussão comercial que está avançando, mas está começando a se organizar.” (Hospital 1)

As dificuldades são referidas à propedêutica e modernização de equipamentos, e o entrevistado é um entusiasta do SUS, no sentido de seu hospital ter dado um salto com a adesão de 100% SUS.

“Eu diria que deu um salto. Nós tínhamos dificuldades propedêuticas, que é outro item que estou trabalhando muito, melhorar a condição nossa de trabalho, de propedêutica, equipamentos mais modernos. Mas o grupo que trabalha comigo não reclama. Eu sou muito feliz com o SUS!!!” (...) 100% SUS. Se não me engano foi em 2004 e foi, na minha opinião, um grande avanço. {...}Eu fui sempre um defensor disso, sabe? Fui contra muitos médicos e funciona muito bem. A gente está querendo esmerar e melhorar isso aí. Por isso que eu falo que tem espaço para médico, espaço pra quem acredito. (...) Primeiro eu acho que é o modelo de gestão. Mudaram-se muitos os investimentos governamentais {...} em termos de saúde, deu um salto enorme. Tanto no pagamento ou no repasse do dinheiro, não só do honorário médico, mas estão cumprindo de maneira fiel, todo mês, e principalmente pelos controles que eles têm. Eles têm todo um estudo de comparação mesmo, através de informatização dos vários hospitais 100% SUS. Então eu acho que isso foi o grande (?), não vou dizer nem da gestão interna aqui, mas teve também avanço.” (Hospital 1)

Hospital Privado com Atendimento SUS BH

Possui corpo clínico fechado com aproximadamente 500 médicos. O tipo de vínculo mais frequente é “Cooperado” (90%) com pagamento por produção (baseado em procedimentos das tabelas de convênios e seguradoras); tem vínculos de prestação de serviço PJ e o CLT para situações específicas, e o Autônomo PF, para casos de plantão no Pronto Atendimento.

“A mais comum é via cooperativa, de pagamento por produção vinculada a cooperativa do hospital, que são os médicos do hospital. A grande maioria, mais de 90% do trabalho médico aqui dentro é pago via cooperativa. A cooperativa cobra dos planos de saúde por procedimento, por atendimento, enfim, e repassa aos médicos. Existe PJ, mas não é coisa mais frequente. Existe também a CLT, que são alguns casos algumas outras situações, por exemplo, dentro do laboratório, mas a maioria é via pagamento por produção via cooperativa {...} Só mais um detalhe, com certeza a gente deve fazer algum grau de RPA no PA, mas também deve ser exceção. (Hospital 2)

Não tem falta de profissionais médicos e relatou rotatividade e permanência de profissionais jovens no serviço de pronto atendimento (este não é disponível ao SUS). Cita o Programa de Residência Médica da instituição como fonte de provimento de médicos.

“No ponto de vista de profissionais para trabalhar no pronto socorro, {...} Aqui na nossa realidade é o perfil mais novo mesmo, a gente tem no ponto de vista da coordenação, a gente tem chefes de serviços que estão lá, que são pessoas mais experientes, mas o time de plantonistas é formado de pessoas mais novas, que terminou a residência ou está terminando a residência atualmente. {...} A gente não tem falta de profissional não, o que existe é uma rotatividade, nem digo que seja alta, mas existe alguma rotatividade, não é igual a dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros, que é muito maior, mas existe {...} a maioria é daqui, e muitos também que têm história aqui dentro da instituição, foram residentes aqui e já estão aqui há

muitos anos, e assim como uma renovação natural também dentro dos que terminam a residência aqui e acabam sendo incorporados pelo serviço.” (...) Existe o SUS, mas ele tem entrada restrita, aqui não é um hospital de porta aberta para SUS, ele chega aqui por meio, principalmente, de transplantes, oncologia, pacientes onco-hematológicos ou transplante de órgão sólido ou de medula. Uma vez que o paciente entra no hospital, é cadastrado e tem ficha, ele passa a ter acesso em ambulatório, tudo é tratado da mesma maneira que os outros, funciona tudo igual.” (Hospital 2)

O hospital está em processo de implantação da Telemedicina, de médico a paciente, iniciando para triagem de compatibilidade para transplante, e monitoramento de altas de internações COVID.

“Nós estamos nos organizando para fazer telemedicina de verdade, com as ferramentas adequadas, {...} é uma meta muito bacana, bem feita, bem estruturada, está integrada ao nosso sistema de prontuário eletrônico, a gente precisa costurar agora com os médicos, a cooperativa dos médicos, no primeiro momento tomou de uma forma muito conservadora, achando que seria muito temporário, que a telemedicina era só nesse contexto (da Pandemia do COVID-19) e não iria para frente, {...} acho que veio para ficar, finalmente, porque nós estávamos muito atrasados, em relação ao mundo frente essas necessidades. Então nós vamos caminhar para oferecer telemedicina, tem alguns cenários, por exemplo, a clínica de transplante, aproveitando que foi dia da conscientização do transplante ontem, as consultas de triagem de transplante, para doador e principalmente para receptor de órgão como rins, fígado, pâncreas, elas trazem gente do estado inteiro as vezes para consultas de 15 minutos, as vezes eles não preenchem os critérios para serem receptores. É um desgaste enorme de pacientes muito carentes do SUS, que vem de regiões rurais, encaminhados para um centro transplantador para fazer uma consulta de triagem e serem dispensados quase que imediatamente porque não atendem os critérios. A equipe de transplante já se pronunciou, inclusive disposta a fazer piloto sem remuneração, colocar as questões e fazer acontecer como um facilitador para que a gente consiga avançar com a telemedicina logo, e para dar o exemplo da dimensão que isso pode ter, você passa uma consulta dessas, como a triagem, você consegue poupar quanto de tempo para ambas as partes? Fazer com que essa cadeia gire mais rápido.” (Hospital 2)

Hospital Privado com Atendimento SUS MSP

O Hospital realiza suas contratações em 50% de vínculos CLT e 50% em PJ, e as contratações novas estão sendo por PJ. Equipes dos serviços anestesia, exames, endoscopias sempre foram PJ. A contratação via Pessoa Jurídica também foi mencionada como um atrativo para os profissionais e para a instituição em função dos altos custos de rescisão contratual dos vínculos CLT. No PJ a remuneração é por hora, por enquanto, e os exames são por produção. Querem introduzir a avaliação de produtividade, atingir metas, com indicadores.

“...Na matriz são 50% CLT, 50% PJ, estão caminhando cada vez mais PJ. Os valores do CLT são altos e as demissões são difíceis, nunca tem dinheiro de pronto para demitir. Estamos caminhando para o máximo possível médico ser contratado PJ, na verdade os médicos até preferem, porque o valor é um pouco maior e tem mais flexibilidade.{...} algumas equipes sempre foram PJ, anestesia, exames, endoscopias. No convênio atualmente é tudo PJ.” (Hospital 3)

Existem diferenças salariais entre as especialidades, que foram sendo criadas ao longo do tempo para reter especialidades com maior dificuldade de contratação, e também dependendo do setor, a hora do salário do diarista é diferente da do ambulatório.

Faz referência aos programas de residência médica que auxiliam no provimento de especialistas, embora com rotatividade. Privilegia aqueles que estão sendo formados na instituição. Para a contratação de especialistas exige formação especializada e/ou titulação.

“...ao final do R3, R4 contratamos algumas horas para vincular ao serviço quando ele termina. Não falta, é difícil reter, tem rotatividade, mas não falta. Difícil ter vaga em aberta para neurologista, não tem. A Residência Médica é fundamental para isso. Tem RM em todas as clínicas.{...} Tem algumas especialidades com dificuldade maior ? Cirurgia geral – muitos RM, depois fazem especialização na urologia. Por ora temos; Neurocirurgia – capto dos RM, quem faz plantões são R4 e R5, senão teria buraco na escala; Ortopedia – idem; Anestesia – está até ampliando o número de RM; Radiologia – idem; Cardiologia – idem. {...} Cirurgia cardíaca – não tem RM, a equipe está completa, roda pouco, inclusive tem equipe de fora que quer entrar. Talvez por conta do cateterismo e hemodinâmica, tem muita demanda de pacientes. E os especialistas, muitos são egressos da Residência Médica xxxx. Faz 2 anos, formamos 200 da Fxxx. Oncologia tem RM, quem está aqui são egressos, Mastologia –também, Hematologia – também, Radioterapia – também, Endócrino - difícil, mas tem o quadro completo no hospital. Tenho residência boa. Nefrologia tem 7 residentes. Psiquiatria tem RM consegui completar a grade, pela primeira vez consigo contratar psiquiatras para o hospital.” (Hospital 3)

Observa que os médicos têm de 2 a 3 vínculos, e circulam em unidades da região e do centro da cidade também. Há um aproveitamento de profissionais para outras unidades gerenciadas pela instituição

“O médico meu trabalha aqui em município xxxx e yyyy, compõe. A maior parte dos médicos têm 2 a 3 vínculos, não só na região como no centro também.” (Hospital 3)

Quanto à Telemedicina, teve teleecg e avalia que reduziu a mortalidade, mas foi interrompido por questões de financiamento. Estão em projeto para retornar o teleecg, teletrauma e teleneuro.

O hospital já possuía estrutura de ensino para acompanhar estágios de graduação de outras universidades, e por demanda dos professores criaram a graduação própria. Atribui à boa estrutura, insumos adequados, bons especialistas, existência de alta complexidade como vantagens de atração e permanência, exemplificando com a retenção de médicos para UTI.

“Como hospital de ensino tinha de receber estágios. A gente recebia alunos do xxxx. Os professores queixavam muito que não tinham controle sobre o que tinham aprendido, não tinha alinhamento. O desejo dos professores em dar as aulas das matérias básicas, então criamos a nossa. Ajudou muito a qualificar o corpo clínico, a melhorar.{...} Médico da UTI tem dificuldade, é uma questão da geração atual, tem questão do sistema de saúde atual no Brasil, da forma como está criado, são vários fatores tem a competitividade, tem valor salarial muito diferente. É um problema, você consegue segurar os encarregados e supervisores, mas tem que oferecer alguma coisa. Qual a vantagem do Hospital xxxx? E que tem estruturas, não tem robótica, mas tem medicação que precisa, tem especialistas. Quem faz medicina, se encontra num hospital de ensino, pois tem alta complexidade de qualidade, fica. Quem tem baixa qualificação acaba não ficando.”(Hospital 3)

Por fim, mencionou que houve expansão de serviços da saúde suplementar no entorno (periferia da região leste) e que estão fazendo concorrência em atrair profissionais e os pacientes do convênio.

“Tem. Só no Shopping Itaquera tem 2 pontos, lotados. Na Campanela o São Cristovão abriu uma clínica enorme; aqui em frente uns 200 metros abriu um pronto atendimento enorme. Leva o pessoal e os pacientes do convênio, também.”
(Hospital 3)

Hospital Privado sem atendimento SUS MSP

Hospital com corpo clínico aberto, com aproximadamente 1.200 médicos contratados por CLT e 400 PJ, além de 10.000 credenciados a utilizar os recursos hospitalares para seus pacientes particulares e de convênios.

O perfil do contratado CLT é “aquele que faz o hospital rodar”. São as grandes equipes que dão suporte para o funcionamento de áreas maiores e críticas, como: pronto socorro, adulto e infantil, ginecologia e obstetrícia, terapia intensiva adulto, o pessoal da radiologia intervencionista, hemodinâmica, medicina diagnóstica. E o staff médico, que faz área de gestão; e toda a parte de responsabilidade social, os médicos que estão nas parcerias públicas.

Os PJ estão em algumas especialidades, por exemplo, anestesia, alguns grupos da área de imagem. Em algumas áreas, o PJ é utilizado como início de carreira, para depois migrar para CLT.

O entrevistado reconhece que a utilização do vínculo CLT está em dissonância com o mercado, os custos são maiores, tanto para o hospital como para os médicos que pagam mais impostos, porém é um modelo que a instituição adquiriu expertise em manejar. Acredita que a adesão dos médicos para este tipo de vínculo deve-se ao fato de sentirem-se da equipe do hospital e terem percepção de segurança.

“...Em algumas categorias, por exemplo, na oncologia, o grupo caminha bem como PJ, é um contrato específico que tem seus acordos, enfim. Agora quando é uma atividade ou de plantão, vamos dizer assim, ou uma relação muito próxima com a equipe multidisciplinar, enfim, aí naturalmente o CLT é preferido. {...} A gente construiu esse modelo, a gente sabe trabalhar bem neste modelo. A gente sabe que olhando financeiramente a gente tem uma roubada, porque a gente acaba pagando e tendo que fazer muito mais, nosso custo fica maior. O nosso custo é maior também por causa disso. Até os próprios médicos pagariam menos impostos se a gente tivesse outro tipo de modelo. Então eles pagam hoje, um profissional CLT paga muito mais impostos do que uma empresa. Só que nós aprendemos a trabalhar nesse modelo e nos acostumamos nesse modelo, quebrar isso não é uma tarefa fácil {...} é uma coisa interessante, quando você pega o pessoal da minha especialidade, terapia intensiva adulto, ainda é comum ver um emprego CLT, dentro da área como diferencial. Você consegue contratar bons profissionais mesmo que tenha aqui o hospital vizinho pagando um valor maior como PJ, mas isso ainda é valorizado dentro da especialidade. E essa perspectiva é a mesma que a gente vê na UPA, pronto atendimento e no materno infantil, com o pessoal da maternidade, que tem uma equipe de obstetra de plantão 24 por 7 e esses profissionais valorizam muito o fato de serem do xxxx, contratados. E tem uma série de coisas: se a gente for olhar, esse pessoal tem oportunidade de participar de congressos, tem todo um processo de desenvolvimento, de acompanhamento, a gente mapeia essas pessoas, a gente identifica talentos dentro desse grupo, a gente se especializou muito nesse grupo de funcionários. {...} essa semana teve um café da manhã com os médicos da materno infantil e vem muito na fala a questão do

vínculos CLT como uma característica de segurança. É uma relação que parece ser mais duradoura. É a percepção das pessoas.” (Hospital 4)

Ainda tem a modalidade que é o duplo contrato CLT, um para assistência e outro para ensino, que considera um diferencial importante para a carreira dentro da instituição.

“os médicos que têm interesse de atuação em ensino e pesquisa e querem manter a atividade assistencial, eles têm duplo contrato, dois contratos de trabalho com remunerações distintas, com jornadas distintas, então ele é docente na faculdade de medicina e ele é também um médico na assistência. É bem interessante. Esse é um ponto que, na minha visão, é o que a gente tem muito diferencial e acho que a gente tem que explorar mais. Essa possibilidade de oferecer, cada vez mais, uma visão transversal de desenvolvimento, de desafio de carreira, de reconhecimento, enfim, é o que mais a gente pode brilhar os olhos desse médico que está aqui com a gente.” (Hospital 4)

A remuneração é variável a depender da produtividade medida por indicadores estabelecidos por área. É previsto bônus anual baseado no resultado do balanço econômico para todos os funcionários.

“...Cada área tem seus indicadores, então tem a questão de indicadores de qualidade e segurança, mas tem muitos indicadores de produção também, vai muito de cada área. Na maioria das áreas tem o gatilho do próprio resultado financeiro da área. Isso está tudo dentro do cuidado que a gente tem de fazer com que esses indicadores vinculados ao bônus não sejam gatilhos para uma eventual hiper indicação, hiper utilização do sistema, tem todas aquelas arestas que a gente controla.” (Hospital 4)

Tem Programa de Avaliação de Desempenho Médico dirigido a todos os médicos, os contratados e credenciados, com periodicidade anual. A avaliação é baseada em pontuação em indicadores de qualidade, segurança e comportamento, volume, atividades acadêmicas e participação em atividades voluntárias, na organização da prática, em reuniões de discussão de casos, padronização de protocolos, que compõem uma nota geral e, para cada especialidade é feito um ranking segmentado em quatro níveis com respectivos benefícios e ou privilégios, similar a um plano de carreira, com tempo médio de progressão de 7 anos.

Em sua opinião, o Hospital oferece boa estrutura para a RM, com profissionais de alta qualidade que são professores e profissionais do hospital que dão importância e atenção à RM. Além de que o Hospital possibilita aos residentes, ao término da RM, o ingresso em alguma equipe ou o cadastro como autônomo. O fato de conhecerem as rotinas do hospital torna os egressos interessantes para o hospital também.

“...tem um plano de carreira, então o residente que termina a formação ele vislumbra, até por ser da casa e ser tratado como da casa, entrar numa equipe médica ou entrar como cadastrado autônomo aqui do hospital. Isso é muito forte nessas equipes de CLT, essas equipes grandes de pronto socorro e terapia intensiva. Quando eu era da terapia intensiva, que eu era supervisor lá a gente teve um ano de contratação que a gente teve um movimento proposital de absorção desses residentes que já tinham saído da fase de formação por entender que além de bons profissionais o fato deles conhecerem a rotina operacional da casa faz toda diferença.” (Hospital 4)

Destaques das Narrativas

As gestões públicas de BH e MSP, a despeito de modelos gerenciais diferentes, apresentam semelhanças quanto às limitações orçamentárias, dificuldades de fixação em unidades distantes e periféricas, para contratação de Médicos para Saúde da Família em carga horária de 40 horas semanais, rotatividade pelo ingresso de recém-graduados e saídas para fazer RM. As duas gestões apontam a concorrência com a iniciativa privada na atração do MSF. Em BH a concorrência é salarial e para o MSP fatores de ambiência e localização, quando comparados às unidades básicas da família de bairros periféricos.

Os profissionais da atenção primária, no geral, são contratados em vínculos de trabalhos formais, estatutários ou CLT, mesmo com a intermediação das Parceiras, OSS, no caso de MSP.

Na área hospitalar, observamos que os hospitais privados de BH utilizam “o cooperativismo” e os de MSP trabalham com a CLT e em transição para PJ. Destaque importante é que o setor privado apresenta estratificação determinada pela natureza jurídica, pelas fontes de financiamento e pelas relações com o SUS. Os Hospitais 3 e 4 apresentaram maior autonomia gerencial e financeira, demonstradas com a introdução da Telemedicina no caso do Hospital 3 e, da “perspectiva “ de carreira médica do Hospital 4.

Os gestores privados da área hospitalar, ao se referirem aos profissionais jovens na linha de frente, referem a médicos em formação por programas de residência médica, enquanto que na gestão pública, na APS, são recém-graduados, sem formação especializada.

A gestão hospitalar tem mais profissionais médicos com formação especializada. Os gestores públicos mencionaram a dificuldade de captação e fixação de profissionais e as Parceiras apontaram dificuldades em algumas áreas mais relacionadas à adesão a determinado tipo de contrato que conseguem superar.

As contratações em vínculos autônomos (PJ) e com remuneração por produção foram introduzidas nos serviços públicos por instrumentos de parcerias, porém tal prática é usual nas atividades com o setor privado. Os entrevistados indicaram regimentos, manual de boas práticas, supervisões, avaliações para harmonizar as necessidades institucionais com a prática médica, ou seja, não é o tipo de vínculo que determina quão liberal/autônomos serão os ambientes laborais.

O cenário de recessão econômica, apesar de disponibilizar profissionais especializados para o setor público, favoreceu a proliferação de clínicas populares, que absorvem a clientela que perdeu seus planos de saúde, mas que podem pagar os valores propostos e, também, completam as dificuldades de acesso dos serviços SUS. Por outro lado, reitera-se que essas clínicas populares são concorrentes por atraírem profissionais em atuação nas regiões mais distantes, como observado anteriormente.

“ ...Eu por acaso atendo como médico, há 40 anos na periferia. A quantidade de gente que chega com exame do Dr. Consulta, que passou no Dr. Consulta, é um negócio absurdo! Agora, ele vai, primeiro porque ele não tem porta, né? Esse é o motivo básico. E aí ele vai, tem uma consultinha que é bem feita, um lugar limpo, decente, o menino é novo, ansioso e tal, aí ele não consegue fazer mais nada, porque tem os exames, não sei o que, quando ele faz tem que pegar dinheiro da família toda, é evidente que não tem resolução nenhuma, nenhuma! [...] claro que foi uma alternativa, do ponto de vista da medicina privada, entrar onde o público não está dando conta, esse é um fenômeno, dizem que o Dr. Consulta estava com dificuldade econômica e tal, eu duvido.” (Parceira 1)

5. Médicos Especialistas

Apresentamos a análise das narrativas dos médicos especialistas entrevistados no Campo São Paulo focando nas trajetórias de formação, inserções profissionais, arranjos e tipos de contratos, formas de remuneração, quantidades de vínculos e locais, preferências entre o público e o privado, percepções do mercado de trabalho e das perspectivas da especialidade.

Primeiramente descreveremos os resultados quantitativos das entrevistas com ênfase nos vínculos, tipos de contratação e remuneração e na Movimentação – Circularidade

E a seguir apresentamos a análise das Trajetórias Profissionais por grupos de especialidades e Impactos da Pandemia

5.1. Movimentação – Circularidade

Nas atividades de Campo – São Paulo foram entrevistados trinta profissionais em atividade, no município de São Paulo. Eles foram selecionados mediante uma amostra por conveniência; as entrevistas ocorreram entre março de 2019 e fevereiro de 2021. À época da entrevista, cinco eram médicos residentes. Nesse universo, treze eram mulheres e dezessete homens. Os entrevistados tinham idades variadas, entre 28 e 68 anos; a idade média era 41,4 anos.

Em relação ao local de nascimento, vinte e sete eram brasileiros e três nascidos no exterior: China, Coréia e Argentina. Dos brasileiros, a maioria nasceu no estado de São Paulo (16), seguido por Minas Gerais (3), Rio Grande do Sul (2), Pará (2), Rio de Janeiro (2) e os estados da Bahia e Ceará com um em cada.

Quanto ao local de moradia, todos os entrevistados residiam no estado de São Paulo; apenas três entrevistados moravam em municípios da região Metropolitana de São Paulo: Cotia, Barueri e Santo André; os demais residiam na capital.

Em relação às especialidades médicas de atuação, cabe ressaltar: Psiquiatria (4), Endocrinologia (3), Neurocirurgia (3), Oncologia (2) Oftalmologia (2), Nefrologia (2), Radiologia Diagnóstico por Imagem (2) Ortopedia (2) Mastologia (1), Hematologista (1), Radioterapia (1), Cardiologia-Hemodinâmica (1), Cirurgia Vascular (1), Anestesiologia (1), Medicina de Família e Comunidade (1) Gastroenterologia (1), Cirurgia Pediátrica (1) e Geriatria e Medicina Intensiva (1).

Vínculos e Tipos de Vínculos

Foram referidos, pelos entrevistados, setenta e sete vínculos, ou postos de trabalho, em serviços de saúde diferentes, com média de 2,5 vínculos/por pessoa; a maioria, 90% dos especialistas, tinha mais de um vínculo. Apenas três dos entrevistados possuíam apenas um vínculo: 1 (um) residente de 2º ano de neurocirurgia, 1(um) psiquiatra e 1 (um) médico de saúde da família.

Tabela 25 – Número de Vínculos dos Entrevistados Campo São Paulo

Número de Vínculos	Nº	%	Total de Vínculos
1	3	10,0%	3
2	15	50,0%	30
3	6	20,0%	18
4	4	13,3%	16
5	2	6,7%	10
Total Geral	30	100,0%	77

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

O tipo de contrato de trabalho dominante foi o de Pessoa Jurídica (57,1%) aplicado inclusive na contratação para atuar em serviços de saúde do SUS, intermediados por parcerias, além de atividades privadas como nos consultórios. Quatro dos médicos residentes que estavam no último ano declararam exercer atividade remunerada esporádica, para completar a renda, com plantões, ou visitas em enfermarias aos finais de semana, todos como PJ.

O regime Pessoa Jurídica foi percebido pelos entrevistados como tendência do mercado de trabalho e, pela ausência de direitos trabalhistas, exige planejamento financeiro para o futuro, quando tiverem que diminuir o ritmo de atividades, e/ou se aposentar. Também foi atribuída à “pejotização” a necessidade de ter vários vínculos para composição de renda e estabilidade financeira.

O tipo de contrato CLT foi também frequente entre os entrevistados que atuam no SUS, no caso, intermediados por entidades Parceiras, para profissionais de atenção básica, contratados há mais tempo.

Tabela 26 – Tipos de Contratos dos Entrevistados Campo São Paulo

Tipos de Contratos	Nº	%
CLT	17	22,1%
Estatutário	8	10,4%
PJ	44	57,1%
Bolsista, Estágio, Voluntário	8	10,4%
Total	77	100,0%

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Circularidade

Considerando-se a circularidade intermunicipal - atuação do profissional médico em outro município além da cidade de São Paulo - observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados (70%) estava na categoria “Não Circulante”. A maioria (77,8%) dos “Circulantes” era do sexo masculino. Há equilíbrio entre os sexos entre os “Não Circulantes”.

Tabela 27 - Circulante, Não Circulante segundo Sexo.

Condição de Circulação	Feminino		Masculino		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Circulante	2	22,2%	7	77,8%	9	100,0%
Não Circulante	11	52,4%	10	47,6%	21	100,0%
Total Geral	13	43,3%	17	56,7%	30	100,0%

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Os nove médicos “Circulantes” atuavam em serviços de saúde de municípios da Região Metropolitana de São Paulo (Santo André, Taboão da Serra, Itapevi, Carapicuíba, Guarulhos, Itaquaquecetuba e Cotia), município do litoral (Guarujá) e, município do interior (Sorocaba).

Importante ressaltar que a maioria dos serviços de saúde em que atuavam os profissionais “Circulantes” eram serviços de saúde SUS (70%), enquanto que os “Não Circulantes” a maior parte atuava eram serviços de saúde não SUS (57,4%), como hospitais privados, laboratório de análises clínicas, consultórios próprios, entre outros.

Tabela 28 – Distribuição da Circularidade segundo Serviços SUS e Não SUS

Condição de Circulação	Serviços SUS		Serviços Não SUS		Total de Serviços	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Circulantes	21	70,0%	9	30,0%	30	100,0%
Não Circulantes	20	42,6%	27	57,4%	47	100,0%
Total	41	53,2%	36	46,8%	77	100,0%

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Observa-se que os profissionais “Circulantes” tinham média de 3,3 vínculos que era maior que a média dos “Não Circulantes”. Ressalte-se que aqueles médicos que não circulam entre serviços em diferentes municípios, ou seja considerados “Não Circulantes”, eram “Circulantes” entre serviços de saúde no MSP.

Tabela 29 - Entrevistados, Serviços de Saúde e Média de Vínculos segundo Condição de Circulação

Condição de Circulação	de	Entrevistados		Serviços de Saúde		Média de Vínculos
		Nº	%	Nº	%	
Circulantes		9	30,0%	30	39,0%	3,3
Não Circulantes		21	70,0%	47	61,0%	2,2
Total		30	100,0%	77	100,0%	2,6

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Dos entrevistados “Circulantes” 89% atuavam em especialidades cirúrgicas ou com procedimentos como foi o caso da cardiologia intervencionista, neurocirurgia, oftalmologia. Enquanto que 71% dos “Não Circulantes” correspondiam a Especialidades Clínicas.

Tabela 30 - Circulante, Não Circulante segundo Especialidade de Atuação.

Especialidade de Atuação	Circulante		Não circulante		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Geriatra	e		2	9,5%	2	6,70%
Gastroenterologia						
Endocrinologia	1	11,1%	2	9,5%	3	10,00%
Hematologia			1	4,8%	1	3,30%
Mastologia			1	4,8%	1	3,30%
Nefrologia			2	9,5%	2	6,70%
MFC			1	4,8%	1	3,30%
Oncologia			2	9,5%	2	6,70%
Psiquiatria			4	19,0%	4	13,30%
Clínicas	1	11,1%	15	71,4%	16	53,30%
Cardiologia	—				1	3,30%
Hemodinâmica	1	11,1%				
Cirurgia Pediátrica	1	11,1%			1	3,30%
Cirurgia Vascular	1	11,1%			1	3,30%
Neurocirurgia	1	11,1%	2	9,5%	3	10,00%
Oftalmologia	2	22,2%			2	6,70%
Ortopedia e Traumatologia	2	22,2%			2	6,70%
Cirúrgicas	8	88,9%	2	9,5%	10	33,30%
Radiologia por Imagem			2	9,5%	2	6,70%
Radioterapia			1	4,8%	1	3,30%
Anestesiologista			1	4,8%	1	3,30%
Apoio Diagnóstico			4	19,0%	4	13,30%
Total Geral	9	100,0%	21	100,0%	30	100,00%

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Por conta de uma reduzida amostra de entrevistas e de um possível viés, apenas com dados do campo São Paulo, não foi possível afirmar categoricamente se alguns dos indicadores de Migração tiveram maior ocorrência para a Circularidade. Pode-se afirmar, contudo, que dentre os profissionais considerados Circulantes, a maioria tinha RM. Outra afirmação possível é o fato de que dentre os que têm RM ou AMB a maioria eram “Não Circulantes”. No conjunto dos médicos Circulantes, 55% eram imigrantes, ao passo que entre os Não Circulantes, a taxa de imigrantes caiu para 28%.

Tabela 31- Indicadores de Migração segundo Condição de Circularidade

Indicadores Migração	Circulante		Não circulante		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estável com RM	4	22,2%	14	77,8%	18	100,0%
Estável sem RM com AMB			1	100,0%	1	100,0%
Retenção da RM	4	44,4%	5	55,6%	9	100,0%
Disperso sem RM com AMB			1	100,0%	1	100,0%
Disperso sem RM e sem AMB	1	100,0%			1	100,0%
Total Geral	9	30,0%	21	70,0%	30	100,0%

Fonte: Entrevistas Campo São Paulo

Circulação x OSS

A capital paulista conta com inúmeros Contratos e Convênios para operar os serviços SUS, com entidades que também se dedicam à graduação e à formação de médicos. Foi possível notar a ocorrência de certa “fidelização” dos seus egressos, observada em diferentes vínculos. Essa vinculação a uma espécie de “parceira” com atuação em diferentes serviços na capital e em outros municípios oportuniza a circularidade dos profissionais médicos nos diversos vínculos entre municípios e/ou entre serviços de saúde na capital, tendo como origem a instituição de graduação e a formação adquirida. As narrativas que seguem mostram essas relações, que promovem uma circulação do profissional intermediada pelo contratante:

“...Meus vínculos atuais são no AME xxxx e AME yyyy. Eu participei da primeira OS de São Paulo, que foi no Hospital zzzz, em Taboão da Serra, já faz um tempão, acho que foi em 2001, 2002 as equipes eram todos da Escola aaaa. Aí eu era da Escola xxxx eu entrei também e fiquei, depois vim trabalhar aqui que também é xxxx, minha escola o Pirajussara é xxxx, depois fui trabalhar na OS do xxxx e na OS de xxxx agora Itapevi a oeste é da Fundação xxxx então assim eu sempre trabalhei no serviço público, nos AMEs e hospital de Carapicuíba que é do xxxx, mas tudo OS.” (Especialista em Oftalmologia)

“... então trabalhei, onde trabalho até hoje, Hospital xxxx, onde fiz a residência, trabalho no Hospital zzzz e trabalho em Hospital yyyy em Sorocaba...Nos hospitais xxxx e zzzz sou CLT em plantões fixos de 12 horas são contratos diferentes, mas é a mesma gestora aaaa e, e em Sorocaba é hospital regional, que a gestora aaaa terceirizou a equipe de neurocirurgia e recebo como pessoa jurídica, com co-participação na empresa” (Especialista em Neurocirurgia)

A trajetória do profissional de Radioterapia foi construída com circulação intensa no estado de São Paulo, dependente de equipamentos e equipe de trabalho e contou com recursos em domicílio, embora, atualmente, atue somente na cidade de São Paulo. O caso exposto aqui se trata de uma circulação não intermediada, ou seja, o profissional fez sua composição de postos de trabalho de maneira independente, sem qualquer tipo de contrato que combinasse a atuação em diferentes serviços.

“A preceptoría é bolsa. Na xxxx conheceu o xxxx, que o chamou, em 2009, para trabalhar em um Hospital em que ele ia ser chefe. Manteve o vínculo com a xxxx até que em determinado momento foi inviável manter os dois, porque eles eram concorrentes. ...Teve uma época que eu achava que era caminhoneiro (rsrsrsrs), Guara – Campinas 1000kms/semana e Santos 300km/semana. Trabalhei muito on line, com essa autonomia e eu trabalho bem on line..eu desenho porque eu tenho uma estação lá em casa, do contrário ia dar uns 500kms /semana”. (Especialista em Radioterapia)

5.2. Trajetórias Profissionais

Para a apresentação das narrativas as especialidades dos entrevistados foram agrupadas por algum aspecto de semelhança, que está explicitado na análise dos respectivos grupos, assim definidos:

Grupo de Especialidades da Oncologia: hematologia, mastologia, oncologia clínica e radioterapia.

Grupo de Especialidades Cirúrgicas ou com Procedimentos: cardiologia/hemodinâmica, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, anestesiologia.

Grupo de Especialidades Clínicas: endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, nefrologia, medicina de família e comunidade e psiquiatria.

Grupo de Especialidade Apoio Diagnóstico e Terapêutico: radiologia diagnóstico por imagem.

Grupo de Especialidades da Oncologia

A Política Nacional de Atenção Oncológica⁹, contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, e estabelece, entre outros, a organização de uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada de média e alta complexidade, e de atendimentos constituídos em Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica com estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, de forma a garantir o acesso e atendimento integrais.

A rede assistencial de atenção oncológica do SUS no estado de São Paulo é composta por hospitais de ensinos públicos, serviços estaduais e serviços privados conveniados ao SUS.

Este grupo reuniu os entrevistados das especialidades: hematologia, mastologia, oncologia clínica e radioterapia, protagonistas na atenção oncológica que atuam na atenção especializada de média e alta complexidade, tanto em serviços públicos SUS como no setor privado e compreende três gerações quanto à graduação e formação, possibilitando uma visão retrospectiva da assistência oncológica e do mercado de trabalho. Ao final encontra-se breve histórico de cada um dos entrevistados.

A oncologia é considerada pelos entrevistados especialidade multidisciplinar e interdisciplinar, na área médica e não médica, e para a integralidade da atenção requer recursos diagnósticos e terapêuticos, em níveis secundários e terciários de alta complexidade.

“...Oncologia é extremamente uma área ambulatorial, consultas! As consultas, elas precisam de uma estrutura por trás. Um Oncologista não trata câncer. Câncer é multiprofissional, o Oncologista determina o esquema a metodologia de tratamento desse paciente, que pode envolver cirurgia que vai envolver biópsia e o acesso a essa biópsia pode ser por endoscopia, rádio intervenção. A cirurgia pode ser

⁹ Instituída pela Portaria GM/MS 2439/2005.

laparoscópica, robótica ou aberta. Vai precisar de um centro hospitalar para fazer essas intervenções, vai precisar de um centro de diagnóstico por que Oncologia precisa de imagem, só ultrassom e Raio X não funciona, precisa de tomografia, precisa de alguns tratamentos como radioterapia, então precisa de um rádio terapeuta, precisa de um centro que tenha radiação, precisa de cuidados paliativos, precisa de nefrologista, precisa de cardiologista, precisa de várias especialidades. A Oncologia é uma especialidade de alta complexidade, a prática diária do Oncologista é ambulatorial as consultas indicam o tratamento e a partir disso precisa de um tratamento hospitalar complexa com todos os especialistas envolvidos e estrutura e é bem caro.” (Especialista em Oncologia)

“...Eu acho que é uma das mais multidisciplinares. Tanto entre as outras especialidades, a gente precisa sempre tá trabalhando; patologia, cirurgia, radioterapia, e a radiologia mesmo, exames de imagens. E o interdisciplinar é fundamental, a gente tem um projeto aqui muito bom, é uma residência multidisciplinar; psicologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição. Pensa, meu doente emagrece, meu doente tem dor, precisa da assistência da enfermeira muitas vezes tem ostomia, buracos por todos os orifícios, têm feridas, e a ferida oncológica é diferente. Eu falo que, quem é da área oncológica sabe mexer e tem muita segurança, mas que é de fora, é um mundo diferente. Eu já estive do outro lado, sempre trabalhei em urgência e emergência, chegava um paciente que tinha câncer, eu tinha medo de mexer, eu consigo entender. Tinha medo de como manejar e assim é para outras áreas também. Eu acho que multidisciplinar faz total diferença, pra gente e principalmente para o doente.” (Residente em Oncologia)

No âmbito das qualificações além das competências técnicas adquiridas com estudos e atualizações a Oncologia exige empatia e equilíbrio emocional devido ao perfil de vulnerabilidade dos pacientes e a proximidade com a morte.

“...A Primeira Coisa é empatia, é preciso olhar as circunstâncias dos outros sobre o olhar dela. A segunda grande habilidade é ter inteligência emocional, a gente vai lidar com circunstâncias muito ruins individualmente, vai lidar com circunstâncias pessoais saber conciliar o que é a sua vida o que é a vida do outro isso é muito importante, principalmente que, a gente não vai saber cuidar do outro se a gente não se cuidar é importante que nós estejamos no nosso melhor. É muito injusto quando o seu paciente vai e procurar precisando da sua ajuda, da sua dedicação e esse médico está num momento de fragilidade. Então essas duas habilidades são essenciais para o médico oncologista que vai lidar com pessoas vulneráveis ou no leito de morte. Agora, as próximas habilidades são adquiridas, principalmente; estudo, atualização e competência técnica. O técnico você treina o ser humano você constrói, é preciso de uma família é preciso de uma educação, é preciso de uma boa base moral. Por isso a gente lida, com drogas caras, tratamento caro, acesso difícil e com pacientes extremamente vulneráveis.” (Especialista em Oncologia)

Formação/Titulação

Todos os especialistas entrevistados têm formação na modalidade de Residência Médica, em instituições com serviços de excelência na área de oncologia, a maioria de natureza pública, e deram continuidade na formação com especializações, mestrado e doutorado. Apenas um entrevistado realizou a RM na mesma instituição da graduação; quatro são nascidos e graduados no estado de São Paulo e um é migrante, procedente de Minas Gerais para a RM em Oncologia. As motivações da escolha da instituição para a RM são relatadas a seguir:

“...Decidi fazer oncologia quando estava no 5º. ano de medicina. Até então, sabia que ia fazer uma especialidade clínica, não cirúrgica, embora não tivesse decidido qual subespecialidade. Decidi pela oncologia clínica e a residência clínica no A. C. Camargo. Havia poucos oncologistas naquela época {...} No doutorado em Londres

completei a formação como hemato mais com pesquisa, eles tinham know how e aqui ainda era incipiente.” (Especialista em Hematologia)

“... A escolha da instituição foi bem fácil, eu fiz toda minha carreira médica aqui na UNIFESP, foi aqui que aprendi medicina, foi aqui que conheci a minha esposa e aqui que conheci meus amigos, então eu tenho um apego muito forte. E é uma das instituições mais fortes na área de pesquisa e assistência no Brasil e na América Latina também. Eu queria passar aqui e eu tinha um forte desejo de completar minha formação aqui. Fiz graduação e fiz clínica médica aqui, já era absorvido pelo serviço.” (Especialista em Oncologia)

“...A escolha da Residência, para a UNIFESP, se deu pela forte atuação acadêmica e também porque tinha muita publicação, o que me tendenciou a ir para a UNIFESP, pensando em uma vida acadêmica”. (Mastologia)

“...Acontece que, a minha ideia era sempre fazer em São Paulo, ou Belo Horizonte, sempre no Sudeste que sempre foi meu alvo, como a grande maioria dos médicos. Rio de Janeiro não era uma opção, minha cidade é muito perto do Rio, eu cheguei a prestar prova no INCA, mas a qualidade e segurança do Rio diminuíram muito e a UNIFESP carrega um nome, uma tradição e tudo. Então A C. Camargo, UNIFESP e USP eram minhas opções.” (Oncologia 2)

“Escolhi a USP por causa do nome que a USP tem, ressoava lá em Rio Preto. Era uma Residência que dava bastante possibilidade para estudar, sem muita cobrança. Forma de maneira heterogênea, mesmo quem não tiver empenho ótimo vai ter um título de uma Instituição boa na Radioterapia. Bons professores e a USP abre bem o mercado. Se consegue uma penetração boa em todos os meios.” (Radioterapia)

Para os entrevistados a RM proporcionou a complementação de conhecimentos técnicos-científicos necessários para a atividade profissional, bem como sensibilizaram quanto à multidisciplinariedade, no trato e manejo de pacientes oncológicos, e a convivência da proximidade da morte.

“... a residência me inspirou no aspecto de fazer uma abordagem global do paciente e, para isso, a discutir e trabalhar o tratamento com os pares. O tratamento é multidisciplinar: o médico da imagem, o radioterapeuta, a medicina nuclear. A gente não sabe tudo, graças a Deus!”. (Hematologia)

“(...) a minha residência foi essencial. Eu não aprendi nada fora, que eu não aprendi na Residência e, agora na pós-graduação. A minha Residência hoje compromete 100%, do que eu faço na minha atividade profissional. A RM da Mastologia é completa, você faz exame, aprende a fazer cirurgia, estuda, lê vários artigos científicos. É você que apresenta os casos, que opera e que fala com o paciente (...) Como a gente está mais próximo da vida, eu acho que na segunda Residência a gente fica mais comprometido com o paciente. Isso é muito positivo, porque o que se aprende na Residência é o que você vai fazer fora, você não vai aprender a falar com o paciente depois.” (Mastologia)

“...Eu falo que a residência mudou a minha vida. Eu aprendi não só a oncologia, mas eu aprendi a olhar a vida porque uma vez que você tem contato com a morte, você passa a olhar a vida de forma diferente. Não foi fácil eu precisei de terapia, a residência de oncologia foi a coisa mais difícil que eu já fiz na minha vida até hoje. Eu tive contato com pessoas extraordinárias, mas também com o pior das pessoas, porque quando o doente está fragilizado e vê a morte todo dia, a carga emocional é muito pesada. Então eu comecei a fazer terapia até para trabalhar melhor. E isso mudou a minha vida de como eu vivo a minha vida, porque lidar com a morte é uma questão muito difícil.” (Oncologia 2)

Trajetórias Profissionais

As trajetórias profissionais dos entrevistados foram iniciadas tendo como origem as relações estabelecidas na RM, com o apoio e indicações de professores e, em algumas situações, ocorreram nas mesmas instituições de RM. Os entrevistados atuam em suas especialidades em serviços de saúde no setor público SUS e no privado, em estabelecimentos de saúde e/ou em consultórios privados com interface com rede de serviços privados para a complementação da assistência.

A Hematologista ao concluir a RM permaneceu como médica na própria instituição de RM, durante o dia, e à tarde em consultório particular.

A Mastologista credita ao fato de estar ligada à universidade facilidades de ingresso da especialidade no mercado de trabalho, com indicações para o público e o privado. Percebe as indicações como reconhecimento dos professores pela dedicação e comprometimento.

A Oncologia 1 relatou absorção, após a RM em Clínica Médica, pelo serviço do mesmo local onde fez a RM e a inclusão a grupo de profissionais no setor privado que atuam em oncologia. A maioria dos seus vínculos foi por convite baseado nas atividades desenvolvidas durante a formação, tanto na clínica médica como na oncologia, e em atividades representativas.

A Oncologia 2, residente do último ano, realiza visitas a pacientes hospitalizados de grupo médico, e plantão em unidade de quimioterapia de indicações da RM. A entrevistada pondera que embora seja a tendência que após a RM os profissionais saiam empregados, nem sempre conseguem a colocação sonhada na especialidade ou atuando na especialidade em todos os vínculos e todos os dias.

“Eu e os residentes do último ano temos essa angústia, porque ainda não tenho essa certeza. Eu já fiz cinco entrevistas de emprego, recebi uma proposta para fellow na Bélgica, todos meus amigos vivem isso. Tem um em BH, lá é mais difícil inserir no mercado de trabalho, tá mais fechado, um pouco saturado, aqui tá um pouco mais fácil. O que eu vejo é que, a maioria, quando sai empregada, às vezes não sai com emprego dos sonhos ou não sai em fulltime não consegue trabalhar de segunda a sexta com oncologia [...] complementa com clínica, ao menos nesse primeiro ano, que tem um pouco de insegurança. O que acontece normalmente é que o emprego que tem pra gente é como assistente e não tem tanta autonomia, às vezes é bom pra quem não é tão seguro e pra quem tem um pouco mais de segurança não é tão bom assim, você não tem essa coisa do paciente ser seu. É como toda carreira, você vai subindo devagarzinho, é um plano de carreira que você faz.” (Oncologia 2)

O Radioterapeuta também iniciou sua trajetória como preceptor do local da RM, e a partir daí foi convidado a integrar equipes de outros locais. É a única especialidade dependente de equipamentos e de outros profissionais como físico, dosimetrista, enfermeiros, e que em sua trajetória constam iniciativas empresariais como sócio investidor, proprietário de serviços de radioterapia e de clínica de radiação de quelóide. Também foi o único que teve circulação intensa por outros municípios e regiões do Estado de São Paulo. Seus vínculos à época da entrevista eram assistenciais de prestação de serviço, no município de São Paulo.

“...Esse R+ é um pouco o início da trajetória profissional, porque um deles é escolhido para preceptor. teve uma proposta de emprego em Taubaté e outra, na Universidade Pública xx. Foi para a Universidade Pública x e lá ficou por quase três anos. Apareceu uma proposta de emprego pouco depois, em Guaratinguetá, que era

o melhor serviço do Vale do Paraíba. Primeiro dois dias por semana, depois quatro dias, fazia 40hs/10hs por dia. Assim fazia o Estágio de Paliativos. Tinha uma casa em São Paulo e uma em Taubaté. Mais fácil (40 min), do que pegar 2h40 de São Paulo a Guara, e em alguns finais de semana, eu ficava em Taubaté. {...} Foi [...] a convite de uma professora no momento do Estágio, em que fui aprender uma técnica nova em Radiocirurgia, e ficou seis anos, sempre como PJ. Todos os vínculos eram PJ a não ser o da Universidade Pública X. A preceptoria é bolsa. [...] em 2009 fui chamado para trabalhar em um Hospital em que ele [seu professor] ia ser chefe. Mantive o vínculo até que em determinado momento foi inviável manter os dois, porque eles eram concorrentes.” (Radioterapia)

Tipos de Vínculos e Remuneração

À época das entrevistas todos tinham vínculos em serviços públicos e privados, em consultórios ou grupos médicos do setor privado; o número de vínculos variou de 2 a 4, com atividades assistenciais de ensino e pesquisa. Os tipos de vínculos com os serviços públicos: estatutário, clt e pessoa jurídica, e no privado todos PJ. A remuneração por carga horária contratada e/ou plantão foi a mais frequente, a Mastologia no público é por produção, e a Radioterapia no privado é por carga horária contratada com metas contratuais.

Os profissionais fizeram algumas comparações relacionadas aos tipos de vínculos e remuneração. A Mastologia tem a percepção que a titulação acadêmica não tem reconhecimento nos serviços e, no serviço público há estagnação na atividade e salarial, o que não é estimulante; para a Hematologia a baixa remuneração do público é compensada por estar num serviço de excelência; para a Radioterapia a preferência do vínculo privado PJ lhe proporciona mais autonomia e flexibilidade.

“... Há 30 anos, ganhava-se melhor. Antigamente tinha uma clientela privada maior, hoje há os convênios. Mesmo no serviço público, o salário, em comparação com o dólar, é bem menor. O médico era melhor remunerado. Mas trabalho em um sistema público de excelência, o HC/FMUSP. Há médicos que têm que trabalhar no sistema público desorganizado, sem condições. {...} Pode-se observar claramente que, nos últimos anos, com a situação atual, mudou o perfil dos pacientes, tanto no consultório, quanto no serviço público. O paciente é demitido e toda a família perde o convênio e vai para a rede básica, já que no HC, por exemplo, só aceita encaminhamento. No HC, por exemplo, embora paciente de serviço público, o perfil ainda é diferenciado; é outro. Na oncologia ainda há demanda; a remuneração é boa, agora, uma coisa muito ruim são os próprios hospitais obrigarem a formar as cooperativas. Não participo de cooperativas. Outra coisa: hoje a medicina está baseada em convênios; isso traz uma migração grande dos pacientes. Mudou o perfil dos pacientes, em todos os lugares. Minha clientela é SUS e particular. Tenho poucos convênios.” (Hematologia)

“...o mercado está muito ruim porque nem sempre leva em consideração a parte acadêmica, então por exemplo, eu hoje mantenho a parte acadêmica por causa do meu privado por causa de cargo e penso em ter espaço na Universidade, e não é nesses lugares que a gente ganha dinheiro na carreira. Então na verdade aqui, ou em outros, eles querem médicos que cobrem menos. Então ir ao congresso é muito difícil, tenho que ficar repondo horas a gente não tem tempo pra repor, a gente não tem estímulo, então eu acho que pra dois congressos no ano, a gente sua pra conseguir. Então isso desvaloriza e eu tenho ótimos médicos que formaram comigo e deixaram isso de lado, na verdade, ninguém está preocupado com currículo em lugares públicos. Essas coisas não são reconhecidas hoje. - Existe um segmento mais atrativo, que torna a remuneração mais atrativa? Eu espero que sim, por isso que a gente mantém a nossa formação que a gente vai começar a se destacar, então eu espero que sim. Hoje com a minha idade e 10 ou 12 anos de formado, por enquanto não, hoje o plantão paga mais do que a especialidade tá ganhando. {...} O

que acontece com a saúde pública, aqui é o meu primeiro emprego e trabalharia aqui minha vida inteira, mas eu acho que isso não vai ter uma duração muito longa não. Porque o SUS no geral, a gente não tem uma carreira que a gente tem no privado. E aqui, ao menos hoje, eu vou ficar atendendo para o resto da vida e ganhando o mesmo salário e pronto e no privado não. {...} estou aqui há 7 anos, desde que me formei. Acho que já estou bastante e também a gente começa a ver estímulos em outros lugares{...} no futuro pretendo ficar no privado e na Universidade com certeza.” (Mastologia)

“...A operadora comprou o serviço de radioterapia do Hospital em Santos e passei a ser o chefe do serviço lá e, montaram um modelo aqui que a gente locou uma área em uma Clínica em São Paulo, em que a gente fazia o volume deles de pacientes. Eu consegui resgatar os 4 técnicos de Santos, que foram demitidos, a minha enfermeira, a dosimetrista, físico, e o xxxx, viemos todos “de mãos dadas” aqui e, montamos o serviço porque daí eles não precisariam daqueles seis meses a 1 ano de contratação para montar o serviço, já tinham as pessoas com a expertise, então busquei todos, hoje meus funcionários vem de Santos, a gente montou um serviço de Radioterapia dentro do serviço de Radioterapia... foi o primeiro mês de Radioterapia neste esquema, nós temos uma meta que a gente tem que fazer 40 pacientes, fizemos 90%, no primeiro mês 37 pacientes. Meu cargo é coordenador da radioterapia do Hospital Privado y, vínculo PJ por 30 horas semanais e tem vínculo de 12 horas CLT para o serviço de radioterapia do Hospital Universitário x. Prefiro o vínculo do Hospital y porque tem mais autonomia neste vínculo, coordena; remunera melhor. Acaba por ser um contrato muito similar ao CLT, mas sem os direitos. Eu gosto de ter autonomia para ir ao congresso que eu quero e não para um congresso que eles queiram que eu vá. A partir do momento que eles definem uma verba fixa para isso, é um dinheiro que não vale a pena, eu acho. (Radioterapia)

O Público e o Privado

As experiências dos especialistas nos serviços públicos em que atuam são diversificadas. A Mastologia considera os recursos e a agilidade do SUS eficientes em relação aos exames, biópsias etc. enquanto no privado, às vezes, pode ser mais moroso; a Hematologia também se sente satisfeita com o trabalho no público, principalmente por conseguir incluir pacientes em estudos clínicos. Enquanto para a Radioterapia a estrutura tecnológica do público é deficitária.

“Estou muito satisfeita com o meu trabalho. Consigo dar uma medicina de qualidade aos pacientes, não levar frustrações para casa, de coisas que não se consegue fazer. Mesmo no sistema público está-se buscando a melhor forma de tratar o paciente. Acaba tendo doações da indústria, tem muito protocolo de pesquisa que permite o tratamento de ponta ao paciente. Participo há 10 anos desses protocolos no HC e o que proporciona tratamento de primeiro mundo aos pacientes, o que me deixa realizada.” (Hematologia)

“...Já trabalhei em outros locais do SUS e trabalho aqui porque acho que funciona bem e por quê? Por causa da triagem, colocam na linha de cuidados pacientes que realmente precisam e essas pacientes o atendimento é prioritário, em 15 dias tem a biópsia, 15 dias tem o resultado de biópsia e 30 dias elas estão em consulta com o especialista. Então, eu acho que, na Mastologia aqui, e em outros não, mas aqui, o SUS está conseguindo priorizar, eu considero melhor do que o privado. Dependendo do plano de saúde, às vezes levam 30 dias pra liberar uma biópsia, então eu tenho uma avaliação muito boa aqui do SUS.” (Mastologia)

“Eu sempre trabalhei na rede pública; não são dois mundos, [...] tudo que eu faço no meu paciente privado, eu faço no meu paciente do público. Minha consulta dura 1 hora na [local na rede pública], a única coisa que eu não faço é dar o celular. E agora nós vamos ter uma limitação das tecnologias existentes. Eu faço o meu melhor com a tecnologia que existe, mas na [local na rede pública] eu tenho uma limitação

de recursos, o equipamento é muito pior do que o equipamento que eu trabalho na Radioterapia privada e isso tem repercussão. Por mais que a gente faça na mão as coisas que o computador iria fazer, por exemplo, dá um trabalhão.” (Radioterapia).

Os entrevistados avaliam que o setor público (SUS) apresenta deficiências e desvantagens aos pacientes em relação ao privado quanto ao acesso tempestivo aos diagnósticos e aos tratamentos oncológicos, e quanto ao acesso a condutas terapêuticas e drogas disponíveis, oriundos dos avanços tecnológicos e pesquisas.

Os fatores citados que comprometem o acesso tempestivo foram o desempenho deficiente da atenção primária quanto às ações de prevenção e detecção precoce, e os fluxos sistêmicos estabelecidos.

Em relação ao acesso a condutas terapêuticas observam certa morosidade de incorporação tecnológica e de novos tratamentos e drogas nos protocolos do SUS que se encontram em defasagem com as possibilidades terapêuticas e estas quando incorporadas são utilizadas em menor escala no SUS do que no setor privado.

“... eu acho que o grande papel da atenção básica é no rastreio sem nenhuma dúvida. E com câncer é tempo. A gente vê diagnóstico de câncer que é feito pesquisado, rastreado na atenção primária e demora um ano pra chegar pra gente avaliar os sintomas e ver o paciente morrer. E essa sensação de trabalhar no SUS e eu tenho as duas visões porque trabalho no SUS e no privado, a sensação de trabalhar no SUS é que, você nada, nada e morre na praia. 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 é mais lento.” (Oncologia 2)

“...acesso às novas drogas para a população que não tem acesso a essas drogas. Por exemplo, o SUS, aqui em SP ainda tem esse problema, mas quando você sai daqui isso é mais visível. Os Oncologistas que trabalham na rede pública usam terapia da década de 70, 80 para tratar tumores que já tem ferramentas novas {...}. Uma das coisas é que no SUS a gente já tem uma ferramenta para tratar o câncer de pulmão sem quimioterapia para uma mutação que se chama MPL a droga é um comprimido oral evita que o paciente que recebeu a quimioterapia fique nauseado, que caia cabelo e que deixa ele doente e ela é muito mais efetiva no tratamento, é melhor. Para esses pacientes que já tem essa mutação, a pesquisa pode ser feita de graça, já tem na rede pública, mas na rede particular, 99% dos pacientes fazem essa pesquisa e na rede pública, menos de 3%. Se menos de 3% faz essa pesquisa, qual a porcentagem que tem acesso à droga?. Então as pessoas da rede pública estão recebendo um tratamento muitas vezes inferior ao que elas têm direito. {...} por exemplo, que uma boa porcentagem de pacientes que desenvolve um câncer de mama e que operam e que tem um receptor hormonal positivo, eles não se beneficiam em fazer a quimioterapia, muitas vezes quatro e ciclos da vermelhinha e depois da branca, cai cabelo, náusea e fica de 6 a 12 meses doente mesmo e a pesquisa que pode fazer é no sangue, permite que você descubra que se esse paciente tem ou não benefício de fazer uma quimioterapia, os que não tem, você tá fazendo mal para esse paciente dando veneno. E essa pesquisa para você não precisar fazer a quimioterapia, é custo efetivo. O SUS não faz essa pesquisa, faz quimioterapia para todo mundo, você gasta, expõe o paciente ao esquema de tratamento, expõe a uma logística de tratamento, expõe ao sofrimento emocional e psicológico. Nenhuma conveniência justifica o sofrimento humano, não é por uma questão de conveniência que você vai fazer o protocolo igual para todo mundo e por conta disso provocar o sofrimento de alguém que não precisa.” (Oncologia 1)

“... É sem dúvida na iniciativa privada. Tem um déficit muito grande que a gente vê no SUS, infelizmente. Teve uma pesquisa feita pela Sociedade Brasileira De

Oncologia que saiu em 2017, que o SUS não tinha aprovado drogas novas há mais de 10 anos e precisa se atualizar. Isso faz muita diferença para o doente. Principalmente na questão de droga {...} robótica principalmente na área cirúrgica pra ficar minimamente invasiva as cirurgias, isso a gente vê pouco ou quase nenhum acesso pelo SUS. Até coisa que a gente faz no privado há mais de 20 anos, a gente não consegue nem ter acesso a esse material pelo SUS. Isso é muito ruim, muda, não só a sobrevida do doente que eu prezo muito, a qualidade de vida do doente que complica mais ainda.” (Oncologia 2)

“...Mas os serviços públicos, entretanto, não melhoraram na mesma proporção que os serviços privados e conveniados, nos outros estados e capitais. A medicina pública, na maioria dos locais, ainda deixa muito a desejar. Em São Paulo, a rede básica melhorou, os AMES melhoraram muito, a distribuição da medicação melhorou. São Paulo é o que tem de melhor, para quem tem acesso, mas ainda precisa uma melhora. Outra coisa que eu tenho visto funcionar é o Programa Saúde da Família. Funciona mesmo. Por exemplo, em oncologia, muitas vezes o paciente fica neuropênico e precisa tomar um remédio. Essas medicações são injeções subcutâneas. Ele é atendido. Muitas vezes vão na casa da pessoa aplicar ou ele tem horário marcado no posto. Outro problema são as medicações que são muito difíceis, porque, em geral, são muito caras. Há 40 anos, você dependia de ter um conhecido que lhe proporcionasse acesso a um serviço.” (Hematologia)

“O paciente SUS, normalmente, não dispõe de recursos, apesar do SUS ser ótimo na atenção terciária, é bem ruim na primária em abrangência. O que o SUS faz é criar algumas ilhas de excelência e a xxx não é referência da CROSS, então eu acabo não pegando necessariamente o paciente que aprendeu a se mexer dentro do Sistema e ser referido pra xxx. Eu pego uma população bastante desassistida do ponto de vista social, que não tem o mesmo grau de entendimento; dois públicos bastantes distintos neste aspecto.” (Radioterapia)

Perspectivas do Mercado de Trabalho

Destacamos a seguir a opinião de alguns entrevistados em relação ao mercado de trabalho de suas especialidades em São Paulo, percepções da assistência oncológica em outras capitais brasileiras e sugestões das possibilidades de expansão de serviços de oncologia tutelados por políticas públicas.

“O mercado de trabalho médico na especialidade ainda é bom. Ainda tem demanda. Mas, nos últimos anos, houve uma grande formação de oncologistas e poucos hematologistas. Em breve, vai haver sobra de médicos, nas várias subespecialidades. É preciso admitir que, agora, tem melhorado, no aspecto geral, a assistência. Os serviços de convênio privado melhoraram nas outras capitais; os especialistas que se formam aqui em São Paulo, muitos estão voltando para os locais de origem e abrindo serviços para atender à demanda. Não vêm para São Paulo tantos pacientes como antigamente, porque há um desenvolvimento dos serviços privados, em especial nas capitais e assim diminui a necessidade de deslocamento dos doentes para aqui.” (Hematologia)

“...Eu acho que não vai faltar trabalho, tanto é verdade que mesmo o Oncologista recebe diversas ofertas de trabalho. Na parte médica a gente está vendo uma modificação muito impactante da forma que a população enxerga a assistência médica, como eu disse, no Brasil não faltam médicos, não precisamos de mais médicos, precisamos de bons médicos, médicos bem formados de qualidade para uma população que seja devidamente educada e conscientizada em relação à prevenção, assistência. (Oncologia 1)

“... De uma maneira geral, o médico é ainda um profissional que sai da faculdade com uma empregabilidade boa; se quiser fazer residência na Atenção Primária, tem

empregabilidade muito boa; mas em breve eu acho que vai ter uma diminuição dos valores praticados por conta da saturação do mercado e de um bando de faculdades e no Brasil nós não temos bons mecanismos de regulação da qualidade do curso oferecida e eu até acho que deveria ter mais faculdades de medicina...acho que tinha que ter um programa de interiorização do MEC, com suporte: um Centro Médico bom, conexão com os melhores programas - USP, UNIFESP, Santa Casa - umas supervisões neste sentido. Barretos montou um serviço em Radioterapia em Porto Velho, a USP já cuidou de um serviço no Acre, tem que ter uma interação, algo para dar um start, e depois vai sozinho, tem que ser perene porque daqui a pouco o mercado de trabalho vai estar saturado de forma importante.” (Radioterapia).

Grupo de Especialidades Cirúrgicas/ Procedimentais

Este grupo reuniu os entrevistados das especialidades: cardiologia/hemodinâmica, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, anestesiologia, considerando que suas atuações assistenciais pressupõem a existência de estruturas com recursos diagnósticos, ambientes equipados e específicos, ambulatorial e ou hospitalar, em serviços de média e de alta complexidade.

A cardiologia/hemodinâmica foi incluída nesse grupo devido o escopo de práticas do entrevistado destoar das especialidades clínicas e se assemelhar com as especialidades cirúrgicas no que se refere aos procedimentos que realiza. E a anestesiologia também foi incluída neste grupo por ser especialidade de apoio para a realização de atos e procedimentos cirúrgicos.

Os programas de RM para Neurocirurgia, Anestesiologia, Neurocirurgia, Oftalmologia e Ortopedia são de acesso direto; para Cirurgia Vascular tem pré-requisito de dois anos em Cirurgia Geral, e para Hemodinâmica tem pré-requisito de RM em Cardiologia, cujo pré-requisito é também a Clínica Médica.

A maioria dos entrevistados é do sexo masculino (72,8%).

Para os entrevistados o envelhecimento da população afeta as práticas de suas especialidades, tanto pelo aumento de morbidades como pela complexidade. Os avanços tecnológicos produzem benefícios em suas práticas por permitirem maior acurácia nos procedimentos, menos invasivos, mais segurança e produtividade e, desta forma, não consideram que suas especialidades passem por processos de substituição ou de extinção, devido à tecnologia, muito pelo contrário são ferramentas que melhoraram suas práticas.

“...minha área é muito influenciada por questões de novas tecnologias porque a gente lida com instrumentais que direcionam a anestesia {...} os anestésicos estão cada vez mais modernos, e os instrumentos para a anestesia, intubadores, hoje tudo com câmera na televisão e monitores. Isso ajuda, é positivo. Te dá mais percepção, mais clareza do paciente, muitas vezes você fazia às escuras, agora não, agora com imagem na tela, isso dá mais segurança.” (Anestesiologia)

“...Atualmente, boa parte do volume de trabalho da cirurgia cardíaca foi para especialidades menos invasivas, como a hemodinâmica, visto que antes qualquer tipo de obstrução cardíaca que se tinha, era necessário abrir. {...} apesar de a incorporação de novas tecnologias substituírem as práticas mais invasivas a cirurgia cardíaca jamais vai terminar.” (Cardiologia/Hemodinâmica)

“... não pode faltar ao profissional a capacidade técnica, o compromisso com o paciente e estar sempre atualizado, principalmente porque com o envelhecimento da população, teremos mais pacientes com doenças oncológicas, aneurismas, problemas de coluna, o que vai acarretar um aumento no campo da prática.” (Neurocirurgia 1)

“...O envelhecimento afeta demais, porque cirurgia vascular está associada a paciente idoso, normalmente, e com o passar dos anos, pode acontecer, da formação de placas de gordura nas artérias e aí vem os AVCs, as obstruções arteriais. Então é uma especialidade que tem bastante pacientes idosos pra tratar e com a idade aumentam os riscos de problemas arteriais em geral” (Cirurgia Vascular)

“... a gente depende de aparelhos para fazer um diagnóstico que seja rápido, o que torna o tratamento mais eficiente e imediato. Por exemplo, quando se faz a cirurgia de catarata, colocamos uma lente lá dentro e que vai ficar a vida inteira, só que, essa lente em algumas pessoas, ela gruda sujeira, acumula no resto da catarata, mesmo tirando a catarata, e pode ficar embaçado, você não vai abrir o olho pra tirar a lente, através desse aparelho a laser a gente rasga como se limpasse de forma menos invasiva, é uma cirurgia que demoraria uma hora, hoje, você faz em menos de 10 minutos. Então a tecnologia para nossa área é muito importante. No SUS, você tem um volume de atendimento, e essas coisas agilizam muito. Sem contar que a chance de errar é menor, antigamente quando a gente fazia na Residência, mesmo tendo experiência, demorava de 5 a 10 minutos e agora eu consigo fazer em menos de 5 minutos, então a tecnologia agiliza o serviço, dá precisão e diminui muito o erro”. (Oftalmologia 1)

Formação/Titulação

Todos os especialistas entrevistados têm formação na modalidade de Residência Médica, a maioria em instituições de natureza pública. Cinco entrevistados realizaram a RM na mesma instituição de graduação: Cirurgia (no caso só a cirurgia geral), Oftalmologia 1 e 2, Ortopedia 2, Neurocirurgia 3. Seis entrevistados realizaram a RM, ou curso de especialização em locais diferentes da graduação, com movimentos migratórios interfederativos. São migrantes procedentes de Minas Gerais (Cardiologia/Hemodinâmica, e Cirurgia Vascular), Rio de Janeiro (Ortopedia 1 e Neurocirurgia 2) Bahia (Neurocirurgia 1) e Pará (Anestesiologia).

Comparativamente, este grupo é o que tem mais migrantes que vieram para formação especializada na Capital. As motivações da migração para a RM em São Paulo são diversificadas, tanto por questões pessoais e familiares, por indicação de amigos e por oferecer a especialização na área desejada.

Todos os entrevistados avaliaram os programas de RM como essenciais para o exercício profissional, principalmente pela diversidade e volume de cirurgias e procedimentos. Observamos que os entrevistados que realizaram a RM em serviços credenciados se ressentem de não serem apresentados para todas as possibilidades e áreas de atuação da especialidade, por limitação tecnológica e/ou devido às características do serviço, e que buscaram a complementação posteriormente em outros locais. Os programas de RM acoplados a uma estrutura acadêmica incentivaram e facilitaram aos seus residentes a uma formação em subespecialidades.

“... Toda residência médica, você tem um estágio e você busca uma instituição de renome pra você ver a realidade do hospital, ou; “ah, eu gosto muito de anestesia pediátrica”, então eu vou procurar o melhor hospital de pediatria do Brasil. Eu vim fazer a anestesia pediátrica e só tem duas no país, Curitiba e São Paulo. Então foi

por isso que eu vim pra São Paulo Então você vai muito por esse tipo de pensamento, e nisso eu vim pra passar 100 dias pra estagiar num hospital como Sírio, Einstein, eu vim de uma realidade do norte do país e de hospital público.” (Anestesiologia)

“...fizemos a residência aqui, minha esposa é daqui {...} na RM a gente tem uma oportunidade grande no serviço público, é de grande volume, de operar bastante... mas é claro que existem muitas deficiências, porque eles não têm todas as subespecialidades da neurocirurgia num hospital municipal, então tem as grandes áreas da neurocirurgia, vascular, tumor, trauma... tanto que coluna, como de crânio, material muito adequado... mas algumas coisas de tratamento de dor, algumas coisas mais específicas, de tratamento de epilepsia, a gente não vê na residência lá no Hospital Municipal” {...} são 5 anos de neurocirurgia, e como não tem... eu gosto de lidar com tumores da base do crânio... como não tem uma subespecialização, fellow de base de crânio, estou fazendo o mestrado no A C Camargo exatamente versando sobre os tumores da base do crânio” (Neurocirurgia 2)

“...a Residência dada pelo Hospital Estadual é completa dentro da especialidade, “a exceção de ultrassom que ficou pendente, na época a gente não teve acesso a ultrassom que é uma coisa fundamental. No restante eu tive tudo, foram 2 anos de prática intensiva com todos os tipos de pacientes possíveis que a gente precisava {...} hoje em dia você tem a cirurgia endovascular que são procedimentos minimamente invasivos você faz através de cateteres você trata os problemas mas aí eu fui fazer em outro lugar, já que eu tinha esse déficit porque lá no Hospital Estadual também tinham poucos procedimentos nessa área. Aí eu resolvi buscar essa formação no Dante Pazzanese. Tudo de bom e do melhor e mais caro eu tive acesso. Os procedimentos extremamente complexos se faziam lá; correção de aneurisma de aorta com endo prótese, estenose carótida, por semana tinham dezenas de procedimentos e isso é importante para destreza de um cirurgião.” (Cirurgia Vascular)

“...Para a graduação procurei uma faculdade pública e pela excelência, prestei vários vestibulares e a UNIFESP foi uma das que passei. Após o ingresso na graduação parece a continuidade na formação, residência, pós e mestrado na mesma instituição um caminho natural.” (Ortopedia 2)

Trajetórias Profissionais

Todos os entrevistados atuam em suas especialidades, a maioria em serviços de saúde no setor público SUS, incluindo serviços gerenciados por Parceiras, e em serviços do setor privado; poucos com consultórios próprios com atendimento particular e convênios de saúde. Os entrevistados da Oftalmologia atuam exclusivamente em serviços SUS.

Os acessos no geral foram por indicação dos relacionamentos da RM; muitos foram absorvidos pelas instituições formadoras, a maioria em serviços públicos SUS, e alguns acessaram o serviço após processo seletivo na modalidade de pregão para contratação de equipes (Cardiologia/Hemodinâmica, Neurocirurgia e Oftalmologia) e poucos passaram por processo de “concurso público”, que são de especialidades cirúrgicas gerais e de graduados há mais tempo, como Cirurgia e a Cirurgia Vascular.

Um fluxo de ingresso, frequentemente relatado, ocorre após a conclusão da graduação, como médicos gerais, em coberturas de plantões, UBS e vai progredindo para postos mais complexos que utilizam a formação especializada, como em UTIs, e plantões na especialidade, até colocações em suas especialidades com autonomia profissional. Outra percepção é que aos poucos os profissionais vão se estabilizando, escolhendo seus postos de trabalho na especialidade, e se retirando de plantões noturnos ou de finais de semana.

“...Por motivos pessoais quis sair de Belo Horizonte e fez outra prova de residência pelo MEC e ficou por dois anos na cardiologia no A em São Paulo. E para entrar para hemodinâmica e cardiologia intervencionista da Escola B foi necessário prestar uma prova, cujo pré-requisito era ter clínica médica, cardiologia geral e os dois títulos de especialista. Nessa época, hemodinâmica não era uma residência, mas uma especialidade não remunerada. “Chegava às 7h, não tinha horário para sair, não tinha direito a almoço, nada. O cara já avisava, a brincadeira é assim, se você quer, quer. Ele me dava uma folga por semana e eu fazia plantão no xxxx, na UTI, à noite. Trabalhava o dia inteiro na hemodinâmica, virava 12 horas no plantão de UTI, voltava para casa para trabalhar de manhã. Ganhava só o que recebia pelo plantão. Isso em 2002. E foi isso, 3 anos nisso aí, aí terminei lá e esse professor me deu uma chance, continuou com o plantão semanal no xxxx e depois teve uma chance de trabalhar na UTI de Hospital de Cooperativa com hemodinâmica. {...} Em 2010 entrou no mestrado na xxxx e começou a trabalhar em municípios da região metropolitana A. Nessa época, ficava na UTI em São Paulo (Hospital xxxxo), fazia hemodinâmica no Hospital de município da região metropolitana B e no hospital A.

Atualmente trabalho duas vezes por semana como intervencionista no Hospital B, gerido por OS. Mantém um vínculo CLT na UTI em São Paulo, como intensivista, desde 2007. Uma vez por semana trabalha no Hospital C, localizado em município do interior de SP, gerido por OS. (Cardiologia/Hemodinâmica)

“...Para a graduação procurava uma faculdade pública e pela excelência, prestei vários vestibulares e a xxxx foi uma das que passei. Após o ingresso na graduação parece a continuidade na formação, Residência, pós e mestrado na mesma instituição, um caminho natural. Os plantões na época de Residência eram indicações dos residentes mais velhos indicavam para os mais novos. Não era anúncio, nem internet, geralmente um passa para o outro. ... Assim que terminei a residência, comecei a trabalhar em consultório de uma colega que precisava de alguém na especialidade de pé, e estou lá até hoje, foi o primeiro lugar que comecei a trabalhar específico (2014). E aqui no CER na minha pós de medicina do esporte um dos médicos era do CER com 20 horas semanais, ele precisava dividir para entrar em outro emprego, então me convidou para fazer a outra metade. Foi por contato também.{...} parei de dar plantão há 2 anos e meio, por alguns anos eu dei plantão de sábado e domingo de dia, em hospital de convênio em ortopedia geral não faz nada específico, mas era um plantão bom, eu parei pois resolvi ter final de semana (Ortopedia 2)

“...Depois da graduação fiz alguns plantões como clínico, tanto em ambulância como em Pronto Socorro...alguns no Rio ainda... e depois de vir pra SP continuei dando plantão em ambulância e clínica médica, e aí quando entrei na residência acabei ficando só com um plantão de clínica, e terminando a residência comecei os plantões de neurocirurgia... então trabalhei, onde trabalho até hoje, no próprio Hospital Municipal Aonde fiz a residência, trabalho no Hospital Municipal B e trabalho no Hospital C localizado em município do interior de São Paulo.” (Neurocirurgia 2)

“...minha família não é uma família de muitas posses, então quando eu fui fazer a residência, eu falei para o chefe da oftalmo que eu não tinha tanto dinheiro e ele me autorizou ficar um ano no exército, foi quando eu juntei um dinheirinho, porque oftalmologia é uma especialidade cara, material cirúrgico é tudo caro. Eu fiquei no exército um ano e juntei um dinheirinho. Nessa época do exército eu prestei para a Prefeitura do Embu e fui dar plantão à noite com o médico do pronto socorro, e assim, eu gosto do paciente do SUS, me dou super bem atendendo estes pacientes. Eu dei plantão de clínica de pronto socorro durante 20 anos, desde que me formei até sair em 2011. Não aguentei mais dar plantão, percebi que uma noite de sono fazia uma diferença enorme!” (Oftalmologia 2)

“...me formei em 2003. E no mês de outubro em que me formei eu fui trabalhar, eu não tinha estudado muito para minha residência porque é uma outra espécie de vestibular e aí eu resolvi ser Médico da Família e fiquei trabalhando no interior de

SP ,eu e uma colega de turma, nós ficamos 6 meses lá e já com intuito de se especializar. Você se forma como médico geral e aí a gente viu que tinha duas vagas nesta cidade, você sempre começa com um pouco de medo e pra um ajudar o outro fomos nós dois. A prefeitura ofereceu apartamento na época. {...} 2004 eu passei na residência em Cirurgia Geral no Hospital em SP e fiz 2 anos de cirurgia geral. Fiquei um ano fazendo plantão em pronto socorro, depois atendimento em ambulância e estudando ao mesmo tempo. Um ano depois eu passei em cirurgia vascular no próprio Hospital. {...} Em 2010 eu estava terminando a residência de cirurgia vascular e um amigo da minha chefe pediu indicação, e aí eu comecei a trabalhar no Guarujá. {...} Então eu trabalhei como vascular e depois com o tempo, você tem que ter essa formação (endo vascular) você não quer ficar para trás. No Dante, a gente fala Fellow uma espécie de estágio eu ficava de segunda a sexta e com sábado e domingo de sobreaviso, só nas quartas feiras que eles me liberavam pra trabalhar fora, o restante era dedicação exclusiva.” (Cirurgia Vascular)

Os entrevistados deste grupo elegem como requisitos para a atuação a qualidade e a disponibilidade de recursos materiais (insumos), infraestrutura adequada, coordenação atuante, equipe de trabalho, regras e metas contratuais, estrutura de apoio administrativo e remuneração.

“...A escolha destes locais para prestação de serviços são os recursos necessários à realização do trabalho, como aparelhos, insumos e materiais.” (Neurocirurgia 1)

“...como é a coordenação da anestesia no hospital, são perfis que, fica junto à anestesista, que protege ou não quando precisa; se for uma coordenação muito relapsa que coloca o anestesista direto pra lidar com os problemas, se não dá suporte. Eu particularmente gosto muito de trabalhar com crianças e os colegas que vão estar lá também. Pra mim é muito importante estar num lugar que eu possa ter um troca boa com os colegas, pra gente conversar, pra gente combinar o plantão, onde a gente consegue ter uma boa relação com os colegas de trabalho ... Remuneração eu acho tudo igual. Quem faz plantão, varia pouco, de norte a sul do país é mais ou menos tudo igual, se é homem se é mulher. Agora, distância sim, é importante pra mim estar perto da minha casa que seja 30 a 40 minutos de distância, agora remuneração é tudo igual.” (Anestesiologia)

“...remuneração, com certeza... o local, tb... essa do Hospital Y que eu passei no concurso e talvez fosse assumir lá, o local não é bom pra trabalhar, é muito perigoso... o volume de trabalho tb... tem alguns lugares... eu trabalhava no Hospital Z, que a gente recebia pouco, era ao lado de minha casa, era 10 minutos de minha casa, mas recebia pouco e trabalhava muito com material muito ruim... então as condições do hospital tb são importantes... e, é claro, o tipo de cirurgia que vou poder fazer lá, se é só trauma ou se são cirurgias eletivas, que é o que me interessa mais fazer” (Neurocirurgia 2)

“...salário, o pagamento, o tipo de atendimento considerando se é pronto socorro, ou se é ambulatorial, se inclui cirurgias ou não. Se inclui cirurgias têm outros fatores como material que será utilizado, quem vai operar comigo, quantas cirurgias precisam ser feitas, muitas vezes tem meta. Você precisa 6 cirurgias toda a tarde, não tem dinheiro que compense isso. O que pesa mais são as condições, tem lugar que quer que atenda 6 pacientes por hora, tem lugar que você pode fazer sua agenda, 20 em 20, de meia hora. (Ortopedia 2)

“...eu tô agora fazendo exames pra cirurgia, eu faço os exames, vejo o olho, olho se ele pode ser operado, faço tudo tal eu já dou algumas orientações que eu julgo ser as mais importantes, mas assim o que não é tão fundamental quem faz é a enfermagem, então paciente sai daqui vai passar com a enfermeira agora, aí ela vai dar todas as orientações por escrito, muitas do que eu já falei verbalmente e vai por escrito porque o paciente não vai gravar. Então tem que ter esse conjunto porque sozinho a

gente não faz nada, e o pessoal do balcão também, pessoal da recepção também tem que ter o.... Abrir a ficha no horário certinho, essas coisas porque senão você fica sentadinho e o paciente fica lá do outro lado e não tem a ficha pra eu atender, ou tem uma pilha de ficha aqui que abriu tudo de uma vez aí fica todo mundo batendo na porta perguntando” já sou eu? ” Então tem que ter um sincronismo senão a coisa não anda.” (Oftalmologia 2)

Tipos de Vínculos e Remuneração

À época das entrevistas todos tinham vínculos em serviços públicos e privados, o número de vínculos variou de 2 a 6, predominantemente em atividades assistenciais. Os tipos de contratos com os serviços públicos: estatutário, CLT, pessoa jurídica, e, no privado todos são pessoa jurídica.

A multiplicidade de vínculos é factível devido não serem vínculos de atividades longitudinais com presença diária, e, também por trabalharem em equipes com organização de atividades de consulta, cirurgias, acompanhamentos, características desse grupo de especialidades.

(...) “Temos a equipe de sexta feira e a da segunda. O meu parceiro de cirurgia, se ele agenda cirurgia, eu sei que eu vou entrar junto com ele e as cirurgias que eu agendo, eu sei que ele vai entrar comigo. Normalmente são 3 a 4 cirurgias na segunda-feira de manhã e, em torno de 30 consultas, à tarde. Como aqui a demanda maior são as cirurgias de varizes, existe uma rotina que todo mundo conhece, não existe uma diversidade de cirurgias.” (Cirurgia Vascular)

Esse grupo se destaca em relação à circularidade, atuam em serviços de saúde, em sua maioria SUS, de outros municípios e regiões de saúde do estado de São Paulo. A atração por esses serviços se deu pela possibilidade de atuarem em serviços com infraestrutura adequada e tecnologia avançada, além de serem viáveis em termos de distâncias percorridas.

“...mas o que me leva até lá é que é um hospital novo, onde eu tenho oportunidade de fazer cirurgias eletivas, e fazer uma cirurgia que é difícil de encontrar nos outros hospitais que é a cirurgia de base de crânio com endoscópio. Então eu tenho chance de aperfeiçoar minha técnica nesse tipo de cirurgia lá.” (Neurocirurgia 2)

A remuneração por carga horária contratada e/ou plantão foi a mais frequente principalmente para postos de trabalho de serviços de urgência e emergência, UTI, centro cirúrgico, seguida por remuneração por produção com metas contratuais nos serviços SUS.

Em relação ao tipo de contrato, os entrevistados consideraram as desvantagens do PJ em relação a benefícios, férias e perspectivas de aposentadoria. Aqueles que têm vínculos formais os percebem como segurança para aposentadoria e variações do mercado e quem não tem vínculo formal credita ao PJ a necessidade de ter muitos vínculos.

“...quanto mais a gente trabalha, mais a gente ganha, por um lado, este tipo de contrato é ruim, não se tem garantias, como aposentadoria, décimo terceiro salário e férias, você não tem absolutamente nada disso, eu também tenho vínculos públicos, então com meus 65 anos, eu tenho certeza que vou me aposentar. Eu penso também no futuro, em fazer um concurso para perito, ou algo assim, são concursos que pagam mais” (Cirurgia Vascular).

“Uma vez eu estava com dengue e eu fui. Quem me tirou da sala foi o infectologista. É meio insano {...} a cardiologia intervencionista, como é uma especialidade muito

fechada e muito concorrida, é rasteira atrás de rasteira, são altos e baixos. Então aprendi que o cara tem que ser multi: fazer um pouco de consultório, um pouco de intensiva, então eu não largo o vínculo CLT” (Cardiologia/Hemodinâmica)

“...o ideal seria assim, ainda que fossem hospitais privados, o ideal seria se tivesse uma coisa fixa, ficaria 5 dias da semana, a pessoa morando do lado, acompanhando a rotina dos pacientes e dando sequência, mas normalmente no público, a gente não tem essa conduta. É contratado por dia, carga horária semanal e obviamente precisa completar esses horários e dessa forma, nenhum é contrato CLT.” (Ortopedia 1)

O tipo de contrato PJ foi considerado usual para Anestesiologia e para os Oftalmologistas, sendo que estes últimos consideram também a remuneração por produção com metas estabelecidas um arranjo adequado para incentivar a produtividade e a qualidade do atendimento devido às avaliações constantes para renovação contratual.

“...Anestesia é uma área que você consegue trabalhar muito fácil, você fica sabendo no WhatsApp, “ah, o hospital vai precisar na quinta feira”. E você vai se interessar se tiver dentro da escala pra você. E você vai e faz contato com a coordenação e começa a trabalhar. É muito fácil e não tem vínculo né com o hospital. É plantonista, você é PJ, entrega seu documento para a coordenação entra aqui e trabalha.” (Anestesiologia)

“Porque nós somos uma equipe, então assim, vamos supor que eventualmente você quer tirar uns dias pra dar uma descansadinha, mas eu acho que médico nunca tira um mês, mas aí mexe com as agendas um cobre o outro com as agendas então. Nunca vi inconveniência em ser PJ, no começo a gente falava né, pô a gente não vai ter décimo terceiro, não vai ter férias? Mas até que você consegue fazer o seu horário do jeito que você acha que dá pra fazer, tem flexibilidade.” (Oftalmologia 1)

“O PJ não tem como você acomodar, você trabalha porque quer? E com CLT ou concursado não é que você não trabalha porque não quer, é um estímulo diferente. O PJ, qualquer coisa que a gente faz, eles têm sempre uma análise da gente porque nosso contrato é anual, eles estão te vendo todos os dias, o que você faz, o que você não faz, então você tem uma responsabilidade. Se eu quiser renovar o ano que vem, eu tenho que mostrar serviço. Nesse sentido te incentiva e te cobra mais” (Oftalmologia 2)

Os entrevistados que participaram de processo licitatório, com critério de menor preço, exigência feita às organizações sociais do estado de São Paulo, consideraram este tipo de “seleção” inadequada para contratar serviços especializados por não considerar a experiência dos especialistas, por um lado e por outro a competitividade desvaloriza monetariamente a atividade.

“...Então lá no AME Y foi feito uma licitação, não vejo isso com bons olhos porque assim, como você avalia um médico por licitação? Pelo que ele vai cobrar menos pra atender? Meio perigoso né, eu não confio que todos os ensinos e até não dá pra comparar um cara recém-formado com um cara que já tá formado há 10 anos, outros que tá formado há 20 e outros formados a 30, porque eu já fui recém já tive 10 já tive 20 e 30 né. Eu acho que a gente passa a ser médico depois de 15 anos de formado a insegurança é muito grande, só depois de uns 15 você começa a relaxar. (Oftalmologia 2)

“...Os hospitais abrem licitação todos os anos para contratação de equipe médica, discriminam o que precisam, como o número mensal de exames realizados. A estrutura, a gestão de material, a equipe de enfermagem e os equipamentos são fornecidos pelo contratante e o grupo que vence a licitação entra com a mão-de-obra: realizam os procedimentos e laudam. Cada empresa dá o seu preço e a

concorrência é grande: “e aí é ruim, porque médico não tem camaradagem, não. Eu ponho a 10, vamos dizer que o valor do exame é 10, e já é raso. O cara, para pegar o seu lugar, põe a 7. Então, o médico está se prostituindo muito, porque é muito especialista e a fatia do bolo é pequena, já está saturado.” (Cardiologia/Hemodinâmica)

O Público e o Privado

Uma primeira comparação entre o público e o privado refere-se à atualização terapêutica que poderia trazer mais benefícios aos pacientes e em perspectiva onerariam menos o sistema. Apontam também que algumas tecnologias têm custos altos e não são todos no setor privado que as disponibilizam e não é por isso que a assistência é prejudicada no SUS, assim como há depoimentos de serviços SUS com avanços tecnológicos e bons recursos materiais.

Segunda colocação é a respeito da morosidade dos exames e dos fluxos da atenção primária à secundária e deste à terciária e alguns referem que no privado/convênio também ocorrem restrições de acesso.

“o paciente diabético SUS é cheio de sequela, com algum órgão lesionado. Ele já tem problema de visão, problema renal, de coração. Ele chega lá com obstrução arterio-coronária e tem que colocar um stent. Já está comprovado há quase 20 anos que o stent farmacológico é melhor do que o não farmacológico, tem o problema da reestenose, ele pode ter uma resposta inflamatória e ele entope. A taxa em um stent normal é 20 a 40%. No farmacológico é uma taxa de 2 a 5%. O paciente diabético tem a taxa de reestenose muito maior do que a população normal. Então no SUS eles colocam o que eles têm lá [...] Você não bota TAV no SUS. Você põe CDI no SUS? Acho que põe, não sei. Mas não tem jeito, porque é uma população muito grande e um sistema com recursos limitados [...] Aí você coloca um stent não farmacológico, o cara reestenosa, reenfarta, ICC, olha o ônus para você. Então não tá 100% atualizado” (Cardiologia/Hemodinâmica)

“...a neurocirurgia vascular, por exemplo, que é onde a gente trata os aneurismas, as más formações arteriovenosas, elas estão caminhando cada vez mais para o tratamento endovascular... tratamento que não vai precisar de cirurgia aberta... vc não vai mais precisar abrir o crânio... e vc trata colocando só os stents ou cola, enfim, direto, através de um cateter pela artéria... até nem precisa ser neurocirurgião pra fazer isso, só precisa fazer a especialização em radiologia intervencionista, neuroradiologia intervencionista... essas tecnologias já existem, mas não no SUS... no SUS é muito pouco isso... pq são caras... em relação a distúrbio de movimento tb existem essas tecnologias, mas tb são muito caras... então só em centros muito específicos que tem isso.” (Neurocirurgia 2)

“...está dando um boom de novo com troca valvar de cateter, que é troca de válvula aórtica e válvula mitral por cateter. Só não tá mais porque é muito caro, uma troca de válvula custa 100 mil reais {...} são técnicas muito caras e acessíveis apenas em centros como o Einstein e o Sírio Libanês, por exemplo. A grande massa dos cardiologistas intervencionistas não tem acesso a essas tecnologias pois o governo não paga, devido ao alto custo. “E o cara acaba resolvendo sem isso aí. Isso é a cereja da cereja do bolo. O impacto dessas tecnologias no resultado é muito pequeno. Essa tecnologia das válvulas é muito cara.” (Cardiologia/Hemodinâmica)

“...Gosto, igual eu falo, o SUS mudou o perfil. Antigamente eu achava bonito trabalhar de terno e gravata num consultório, não! Eu não troco o convênio pelo SUS não. O perfil é diferente, o foco é diferente, a cobrança da chefia é diferente. Antigamente as pessoas falavam; ah, ele é médico do SUS. Mudou muito esse conceito. A primeira coisa que eles pensam; ah, deve ter formado no interior, numa faculadizinha! Não, o perfil mudou. Trabalhei num monte, Santa Casa HC, e mudou

o foco, mudou o conceito e todo tipo de paciente, melhor lugar pra aprender é no SUS. Aqui, resolve, chegou um exame e não é esse, peço o que for, demora? Demora, mas resolve e no convênio você vai mandar pra onde? Não resolve. Então nesse ponto mudou, a dinâmica é totalmente diferente do convênio. E como eu tive a oportunidade desde o começo de trabalhar num convenio e aqui, então a minha visão é completamente diferente.” (Ofthalmologia 1)

“...Acho que é assim, existe um perfil de paciente que é SUS e um perfil de pacientes convênios e particulares né. O paciente SUS ele tem acessos a todas essas tecnologias a ultrassom a cirurgia vascular? Tem, mas a gente percebe que tudo isso é mais demorado, as tomografias, isso demora meses até o paciente ter o diagnóstico pra fazer o procedimento e ter a resolução do problema dele. Coisas que no convênio, existe uma certa demora, mas nem tanto. Mas esse acesso aos procedimentos mais tecnológicos, eles demandam dinheiro também. Então você vê que as operadoras também restringem esse acesso. Elas pedem laudos de uns 2 a 3 médicos pra realmente aprovar determinado procedimento, porque conforme, se for uma prótese pode custar acima de 50 mil reais, então o acesso, ele não é geral. Ele é mais demorado, seria o ideal.” (Cirurgia Vascular)

“...Às vezes leva dois anos pra 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 evolução, já está crônica. Não sobrecarregar a linha de frente do ambulatório e ter uma rotatividade maior de paciente. O paciente com falta de acesso, por exemplo, 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 pro clínico que não vai passar o remédio porque não é a área dele. Então assim, uma retaguarda pra casos crônicos, mas que acompanhasse o caso, talvez não tratando com ortopedista, porque já está tratado o caso, e é só renovar a medicação, o 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! O pior é a parte cirúrgica pra gente aqui. A gente diagnostica, trata, orienta e eventualmente o caso é cirúrgico e a vaga é meio complicado aqui, o pedido vai, a vaga não chega.” (Ortopedia 1)

“O CER na modalidade de reabilitação é o ápice, engloba várias áreas, atendimento multiprofissional que é muito difícil de ver no privado. Agora tem um grupo de dor que tem terapeuta, acupunturista, fisioterapeuta, educador físico, tudo na mesma estrutura. Para mim tudo funciona super bem (...) o CER recebeu, no final do ano passado, um Robô para reabilitar mão, cotovelo, ombro, parece um vídeo game, é o ápice da tecnologia no SUS (Ortopedia 2).

Os entrevistados elencaram as implicações das atividades privadas e/ou com o setor privado, quer seja pelos altos custos de manutenção e retorno financeiro, quer seja pelas regras e tabelas de remuneração de convênios e planos de saúde, como também à concorrência. Em relação à remuneração, alguns avaliaram que o SUS proporcionalmente remunera melhor que o privado; para outros o Privado paga mais, porém é necessário ter volume para garantir uma remuneração média, principalmente quando trabalham com convênios em que os valores de consultas são baixos e o ganho está nos procedimentos cirúrgicos. Conforme se verifica nos depoimentos o trabalho no privado tem mais “contras” do que “prós”.

“...O consultório depende das cirurgias, se eu for comparar o atendimento, se eu fizer 10 atendimentos no consultório e 10 atendimentos no SUS, o mesmo tipo de atendimento, eu ganho o dobro no SUS. As cirurgias é que complementam. Ao final do mês eu recebo metade/metade; mas se não fizer cirurgia recebo muito menos.” (Ortopedia 2)

“...o pouco que fiquei foram 5 meses trabalhando com uma equipe de neurocirurgia na rede privada, não me dei muito bem por lá, porque o honorário médico pago é muito baixo, fiz uma cirurgia complexa, por exemplo, de coluna cervical e o honorário médico pago foi de R\$900,00 para o cirurgião principal e para o auxiliar, ou seja, R\$600,00 para o cirurgião e R\$300,00 para o auxiliar.” vc tem que já estar bem estabelecido pra ter um volume grande de pacientes, um volume grande de cirurgias, pra ter um salário razoável... não é fácil começar na rede privada” (Neurocirurgia 2).

“no Hospital privado X tinham três equipes principais de cardiologia intervencionista. Fazia no mês 60 procedimentos para dividir em três equipes, cada equipe tem 3 a 4 nego; pega a bolada e divide: como é que você vai viver disso? No SUS, a minha equipe é a que mais faz no Brasil. Eu faço 150 procedimentos. Dá muita grana? Não dá. Tem muito imposto, não dá. O privado, eu pessoalmente acho a dinâmica chata e financeiramente não dá {...} em termos financeiros, os hospitais privados costumam pagar de 30% a 40% a mais mas, a medicina praticada não é a que aprendi. Focam mais em hotelaria do que nos conceitos médicos e os altos valores cobrados não são revertidos aos profissionais.” (Cardiologia/Hemodinâmica).

“... Então, vamos lá; remuneração faz parte... Particularmente trabalho em outros lugares que são privados, eu percentualmente ganho menos de lá do que aqui. Mas, porque eu estou lá? Tem uma estrutura diferenciada, tem ar condicionado na sala, tem computador que não falha.” (Ortopedia 1)

“Eu não vou perder uma hora do meu tempo e ganhar 48 reais. Eu prefiro ficar em casa e não gastar 48 reais. (...) Desde que tive menina, uma vez por semana eu não trabalho, eu fico com a minha filha [...]. Eu prefiro fazer isso do que ficar no consultório e atender quatro pacientes por hora para ganhar vinte e poucos. E não existe uma consulta de 15 minutos. Você nunca viu o cara e vai entender da vida dele em 15 minutos? {...} está mais difícil viver da profissão com consultório particular. (Cardiologia Intervencionista)

“A pessoa que reclama não conhece o SUS, eu conheço desde que me formei. O atendimento é realizado desde unha encravada até cirurgias complexas, tudo pelo SUS. E gente rica usa, querendo ou não querendo, usa o SUS, isso não existe em nenhum país do mundo. Você vai viajar para o exterior e é seguro saúde lá e, se você cair duro na rua, eles não te atendem (...) mesmo nos países desenvolvidos (...) As pessoas reclamam que demora para marcar, reclamam também de convênio ou consultório particular, (...) só quando você viaja para fora vê a importância do SUS (...) imagina se não existisse o SUS” (Oftalmologia 2).

Perspectiva do Mercado de Trabalho

Para alguns entrevistados o mercado de trabalho do médico é competitivo e está saturado, atribuindo ao aumento de oferta de médicos, devido à expansão de cursos de medicina, que também provocam a oferta de valores menores por parte dos contratantes. A expansão de cursos de medicina também é preocupação quanto à insuficiência de vagas em programas de RM para qualificar essa demanda.

Há considerações a respeito das oportunidades existentes num centro urbano com equipamentos de saúde tradicionais como São Paulo, com mercado ativo, que oferece mais oportunidades quando comparados a outros municípios do estado ou outras capitais brasileiras. E, em alguns casos, a oferta de vagas não absorve o volume de profissionais em São Paulo e, por conta da concorrência, embora haja muito trabalho, não há retorno financeiro.

“...O mercado de trabalho é complicado, porque há muitas novas faculdades de Medicina, na minha época esse número era bem reduzido {...} Todo mundo deve falar da qualidade dos médicos, que não depende só das faculdades e, sim de você mesmo, só que, tem tanta escola de medicina, porém não tem Residência que vá suprir essa demanda, tem um monte de gente se formando agora, que não tem onde fazer Residência. Tem especialização, ele vai estudar para fazer Título, na nossa época tinha Título e Residência, agora tem rede que só tem Título não tem Residência, quando você faz Título é direcionada para uma área, e quando você faz Residência tem uma noção de tudo, em três anos você aprende tudo de oftalmo, desde coisas simples da pálpebra, até as mais complexas, você passa por tudo, você tem uma noção geral. Quando você faz Título de Especialização, você não tem como passar por tudo, você passa por algumas áreas. Hoje tem tantos médicos e não tem Residência para todos e a Residência é o principal para qualquer área da medicina e não apenas para oftalmo. Ou seja, tudo o que você estudou vai ver ao vivo, no dia a dia, é diferente quando você vê só no livro”. (Oftalmologia 1)

“...A prática da medicina está meio complicada com esse aumento de médicos, nesse fim de semana eu vi que vai abrir uma faculdade de medicina, em um município de 20 mil habitantes, zero de infraestrutura com hospital e, a cidade mais próxima, de 40 minutos a uma hora de distância, então eu acho o futuro da medicina, um futuro sombrio, é isso.” (Cirurgia Vascular)

“Sinceramente, hoje em dia está cada vez mais complicado por causa do volume, aqui em São Paulo, ainda tem volume. O difícil mesmo é arrumar lugares bons que te deem o mínimo necessário para você atender. [...] Hoje em dia, por causa da competitividade, muita gente se formando e tal, eles oferecem um valor menor, acabam aceitando e o mercado vai estrangulando [...] Tem mercado. Tem mercado e falta demanda ainda, de médico, por mais que se forme um monte de médico, não contratam.” (Ortopedia 1).

“... Porque é muito mais fácil pra trabalhar, lá (PA) provavelmente eu teria que me submeter a trabalhos que eu nem me identificasse tanto como aqui em SP. E aqui eu trabalho no hospital que eu quero, nos dias que eu quero, lá, por exemplo, meus colegas que fizeram residência comigo, trabalham a noite, eu nunca que ia trabalhar a noite. Aqui eu trabalho de segunda a sexta pra mim é o suficiente. E quando você está numa cidade como lá, tem tanta vaga disponível que você tem que se sujeitar a esses dias para trabalhar. Aqui tem muitas vagas e muitas opções, muitos trabalham a noite porque querem, eles querem dinheiro.” (Anestesiologia)

“... Pelo fato de São Paulo ser um dos grandes centros formadores de cardiologia no Brasil por contar com instituições como Dante Pazzanese, Incor, Escola Paulista de Medicina, Hospital Santa Marcelina, uma pessoa vinda do interior dificilmente volta para sua cidade depois de formada, exceto aqueles que têm um parente ou amigo com um local para trabalhar na especialidade. Os que não têm um emprego garantido e buscam uma subespecialização ficam em São Paulo; trabalham em UTI, Pronto Socorro, até aparecer uma oportunidade.” (Cardiologia/Hemodinâmica)

“...A gente está num lugar muito privilegiado. Eu vejo meus amigos que trabalham e moram no interior, é muito difícil eles poderem fazer um consultório inteiro só da subespecialidade dele. Então assim, não posso reclamar. Eu não faço no CER a minha subespecialidade, mas faço ortopedia, o básico, se aparecer uma pneumonia não vou saber tratar, mas um ombro sim, por exemplo. Não acho que São Paulo seja um mercado restrito, é bem amplo. Não sei como será daqui 20 anos, mas agora...” (Ortopedia 2)

A neurocirurgia aponta para tendência crescente de procedimentos menos invasivos devido às tecnologias, e em relação ao trabalho médico em geral para a expansão de contratos de prestação de serviços na modalidade PJ, com remuneração por produção e metas contratuais.

“...eu imagino cada vez mais esses tratamentos endo vasculares... em relação a essas doenças vasculares...o tratamento de tumores, cada vez mais a gente vai tentando diminuir as craniotomias, os acessos que a gente vai fazendo, cada vez mais através de acessos menores... e em relação a trabalho, o que vejo aqui é que os hospitais estão procurando cada vez mais essa coisa de terceirizar e fazer ou CLT ou o que está acontecendo em Sorocaba, que é a terceirização completa, ter uma equipe sem direitos trabalhistas... estou vendo não só na neurocirurgia, mas na medicina em geral” (Neurocirurgia 2)

Também foi relatado as oportunidades de postos de trabalho, em plantões em serviços públicos que tem a referência na especialidade, e observou que na Pandemia do Covid-19, com as restrições e oscilações dos serviços privados, os serviços públicos passaram a ser uma opção um pouco mais difícil.

“... trabalhar como plantonista, dar plantão, em SP não é tão difícil... porque existem muitos hospitais públicos que tem porte para ter neurocirurgia e realmente os tem, e as pessoas em SP conseguem trabalhar na rede privada e ter um salário razoável e acabam não ficando tanto em hospital público. {...} mas agora com a pandemia, por exemplo, todo mundo teve uma queda brutal nos rendimentos com a rede particular, está difícil também conseguir plantão em hospital público... ninguém consegue sair do plantão agora, é a única forma de ganhar dinheiro. Em relação aos hospitais públicos, agora, na pandemia, com crise, não está fácil de achar plantão... tem muitos hospitais que tem neurocirurgia, mas não é fácil achar plantão... minha esposa, por exemplo, ela é neurocirurgiã tb, ela faz um plantão no Hospital Y ela conseguiu fazer um vínculo que ela fica como coringa de 2ª a 5ª cobrindo o plantonista que está de férias, o plantonista que está afastado... e ela está há mais de 1 ano e meio, já, nesse vínculo, e não consegue uma vaga fixa nesse hospital... não é uma coisa que está fácil... as pessoas reclamam que o SUS paga mal, plantão paga mal, mas não está tão fácil pra arrumar emprego assim... tá todo mundo querendo segurar o plantão porque na vida privada não está fácil... (Neurocirurgia 2)

Parte dos entrevistados refere que está cada vez mais difícil a manutenção de consultórios privados, como fonte principal de remuneração, tanto pela competitividade como pelos custos de manutenção envolvidos. Deste grupo apenas três entrevistados mantêm consultórios particulares (Neurocirurgia 1, Cirurgia, Ortopedia 2 e Cardiologia/Hemodinâmica).

“...Aqueles que conseguem têm um perfil específico, geralmente, são professores universitários de mais de 50 anos, que publicam bastante, têm nome e estão na carreira há 30, 40 anos; são “os medalhões” {...} inviável a existência de clínicas de cardiologia privadas em São Paulo. você tem que ter um lugar, tem que ter hotelaria hoje em dia, secretária, não sei o quê. Um aparelho de ecocardiograma mais simples, usado, deve custar 100, 200 mil reais. Um recém-formado, como vai pagar isso aí? Insumo... No interior você vê muita clínica. Lá em Sorocaba, eles têm clínica, mas não dá para viver só disso. São Paulo eu acho que é o centro que mais remunera bem. Tem gente do Rio que vem fazer plantão e volta”. (Cardiologia Hemodinâmica)

“a questão de ter um consultório particular hoje em dia numa cidade grande, você tem que colocar os prós e contras, o mercado está extremamente competitivo com excesso de médicos em todas as áreas então pesa essa questão dos custos de você abrir um consultório particular e depois você não ter um retorno financeiro que você necessita pra manter essa cadeia, então eu não penso em abrir um consultório particular.” (Cirurgia Vascular)

O Residente em Neurocirurgia apresenta suas expectativas quanto ao final da RM, que não difere das trajetórias dos especialistas entrevistados.

“a residência é diferencial, pelo volume enorme de cirurgias e pelos assistentes, inseridos no mercado de São Paulo. Tendo um bom desempenho na residência as portas se abrem, acho que isso é natural em qualquer especialidade. São Paulo já é uma cidade que tem bastante neurocirurgia, ter um atalho ajuda. {...} sendo da instituição há 11 anos, acredita que se for para trabalhar num local público seria aqui, mas existem outros hospitais públicos que também demandam a neurocirurgia e é também uma possibilidade. {...} Em São Paulo, todo mundo acaba fazendo tudo. Ter um consultório, tem que ser muito famoso, senão você tem que fazer tudo, difícil você fazer só um negócio específico da NC, porque as patologias não são frequentes. {...} Durante a faculdade, prestei as provas de revalidação dos Estados Unidos, fui pra entrevista, não passei, mas tenho a revalidação. Talvez fazer um Fellow fora aproveitar que já fez essas provas.” (Neurocirurgia 3)

Grupo de Especialidades Clínicas

Este grupo reuniu os entrevistados das especialidades clínicas: endocrinologia (3), gastroenterologia (1), geriatria (1), nefrologia (2), medicina de família e comunidade MFC (1) e psiquiatria (4). Os programas de RM nas especialidades endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, nefrologia exigem como pré-requisito dois anos em clínica médica; a MFC e a psiquiatria são de acesso direto.

As especialidades desse grupo têm campo de prática predominantemente ambulatorial, baseado na relação médico-paciente, sem intermediação de tecnologia ou realização de procedimentos. A nefrologia é a única que tem um procedimento intrínseco da especialidade, que é a colocação de cateter para hemodiálise.

A psiquiatria e a MFC se diferenciam das demais especialidades. A psiquiatria teve seus campos de práticas modificados e expandidos pelas políticas de atenção à saúde mental, originadas da reforma psiquiátrica e dos movimentos antimanicomiais, nas possibilidades das redes de atenção psicossocial (RAPS); os hospitais psiquiátricos foram sendo substituídos por alternativas de hospitais gerais, CAPS e inclusão na APS, em ESF, NASF e/ou UBS. E, a MFC com história de ter reconhecimento como “especialidade” mais recentemente e sua formação é apoiada por políticas públicas com grande expectativa para a organização da atenção primária. Ambas também são alvos de preconceitos e desvalorização entre os especialistas.

“... eu entrei na faculdade em 2000, a minha Universidade, que é a do Estado do Pará, estava em um processo de reformulação de currículo, de grade curricular, e a medicina de família entrou como uma grande novidade, ia dar uma outra perspectiva da medicina. E assim foi, desde o 1º ano a gente tinha vivência em periferia, vivência em unidade básica, não era lá, só no final, no internato, desde o 1º ano a gente já tinha essa vivência. Então quando me formei, eu achei que em 5 anos a medicina de família ia ser o grande auge. Mas 15 anos depois de formada eu vi que não foi bem assim, então não sei se foi um vento que passou e brisou só, se os currículos das universidades não seguiram nessa linha, então eu vejo que é um futuro ainda incerto, de uma especialidade subestimada, as pessoas às vezes não entendem direito qual é o objetivo da especialidade e acaba sendo ou uma segunda opção ou temporário até eu conseguir outra coisa {...} o que a gente mais ouve é isso, colegas de outras especialidades ou de outro serviço dizem em forma jocosa até, “ ah, o médico do postinho”, “aquele medicozinho”, sempre no diminutivo, como se vc estivesse ali, como se fosse assim um recepcionista, receber e referendar, receber e referendar, e não é assim ... Claro, como toda profissão, como toda especialidade, tem aqueles que não são comprometidos e fazem de qualquer forma, isso realmente acontece, mas se a pessoa está ciente do que é a medicina de família, isso ofende bastante a gente.” (MFC)

“...Tem pouca receptividade no geral, das outras especialidades médicas, a psiquiatria fica no preconceito. No hospital quando pedia avaliação clínica eles mandavam para a psiquiatria, como se o paciente psiquiátrico não adoecesse de mais nada.” (Psiquiatria 4)

Formação / Titulação

A formação especializada para a maioria dos entrevistados foi por programa de RM em instituição pública. Neste grupo quatro são titulados por prova de títulos, geriatra, psiquiatra, médico de família e comunidade, e a endocrinologia que estava em processo para exame para obtenção do título, após curso de especialização, embora tenha realizado a formação de MFC em Havana/Cuba. Esse é o único grupo que apresentou a especialização por exame de título.

Cinco entrevistados realizaram a RM na mesma instituição da graduação: Endocrinologia 1 e 2, Psiquiatria 3, Nefrologia 2 e Geriatra quando fizeram a clínica médica. Dois entrevistados realizaram a RM ou a especialidade com movimentos migratórios interfederativos, são migrantes procedentes de: Ceará (Psiquiatria 2) e Rio Grande do Sul (Nefrologia 2). A migrante do Pará (MFC) e da Argentina (Endocrinologia 3) não se deslocaram para RM. As motivações da migração foram por questões pessoais e por indicação de amigos por oferecer a especialização na área desejada.

“...Por Indicação de alguns profissionais experientes da área em Porto Alegre.” (Nefrologia 1)

“...de Belém vim direto para SP. As motivações foram pessoais mesmo, não teve muito a ver com a medicina... acabei me sentindo muito bem recebida na cidade... e acabei querendo ficar aqui na cidade.” (MFC)

Alguns dos entrevistados têm mestrado, doutorado e pós-doc e atuam no ensino e pesquisa de suas áreas da especialidade, por preferências pessoais.

“...Tinha interesse em biologia molecular e quando eu passei na endócrino no quinto ano, eu me encantei porque a equipe que eu peguei, de professores também, era muito acolhedora [...] é intrigante fazer o diagnóstico, o raciocínio, tudo me estimulava. E tinha muita parte do laboratório que eu gostava e daí deu pra eu ver que dava pra ter a coisa de clínica, que tem um raciocínio mais ou menos humanístico, com a coisa da fisiologia endócrino toda por trás{...} : “vida do consultório [...] para quem gosta é ótimo, mas eu me senti um pouquinho presa e não me estimulava tanto assim. Eu acho que a coisa das discussões com os residentes me estimula mais, então o atender o paciente [...] não é realmente o que eu mais gosto; é mais a discussão do raciocínio diagnóstico”. (Endocrinologia 2)

“... Eu como a maior parte dos meus colegas, eu sabia que ia fazer uma pós-graduação, sempre gostei muito de pesquisa, na minha faculdade já havia tido genética, que era uma parte que eu gostava muito, Então as coisas foram acontecendo, eu fui me envolvendo cada vez mais com pesquisa, montei consultório, e depois de um ponto não valia mais a pena recomeçar tudo em Fortaleza. ...e tem como diferença que, aqui em SP você tem mais suporte e oportunidade de pesquisa, lá você tem suporte, mas é muito mais difícil de você conseguir financiamento, {...} No doutorado estudei o papel de oligopeptidases na esquizofrenia, a gente conseguiu patentear um teste de diagnóstico.” (Psiquiatria 2)

Trajetórias Profissionais

Os entrevistados atuam em suas especialidades, na assistência, no ensino e pesquisa e na gestão. Os que atuam na assistência são em serviços SUS, combinados com serviços privados e, metade deles têm seus próprios consultórios.

Os entrevistados apresentam comportamento similar quanto ao acesso a postos de trabalhos facilitados dos relacionamentos da graduação e ou da RM, mas o acesso por divulgação de sites, banco de empregos, concursos públicos também foi frequente, mais que em outros grupos analisados. Os graduados há mais tempo tiveram suas colocações em postos de trabalho relacionados à instituição formadora, mesmo ao participar de processos seletivos.

Observa-se que a formação especializada em Clínica Médica, facilita o ingresso em postos de trabalho em pronto socorro e UTIs.

“...em 90 a 92 eu fiz residência em geriatria no Hospital das Clínicas, não cheguei a concluir porque fui contratado em 92 e não permitia duplo vínculo, eu não podia ser residente e funcionário por legislações trabalhistas. Então eu tive que me desligar da residência. {...} Na época em que entrei no hospital de clínicas como funcionário, eu era médico no pronto socorro, eu sou funcionário do hospital até hoje. {...} eu fui parar n Hospital Privado A porque o geriatra daqui me indicou, fui parar no Hospital Privado B pela network daqui e no Hospital Privado C um dos gerentes que era um gestor daqui me falou que teria um concurso e foi. Tem gente que hoje olha na internet no facebook onde vai ter concurso e vai lá e faz. No meu caso foi indicação pessoal.” (Geriatria)

“No final do R1 da clínica médica, eu voltei a trabalhar fora, voltei a complementar a minha renda – mas eu ainda morava com os meus pais, então não era uma necessidade absoluta – e era uma forma também de ganhar experiência fora daquele ambiente protegido da residência. Eu dava plantão em alguns hospitais privados à noite, em Pronto Socorro, como clínica geral e em semi-intensiva.{...} Quando eu estava no R1 da endócrino, eu prestei concurso para o HU e paralelamente à residência na endócrino, eu era assistente no HU.{...} tinham uma grade, porque muitos residentes que tinham passado no HU prestavam prova para assistente, então eles tinham uma grade que, uma vez a cada 15 dias, você dava plantão terça à noite, sexta à noite e domingo de dia, então conseguia fechar 24h semanais, então foi assim que eu fiquei durante esse tempo lá. {...} E aí comecei o consultório. Na verdade, eu comecei vendo pacientes para o Dr X, que é endócrino do Hospital A, eu fazia parte da equipe dele e fui começando devagarzinho meu próprio consultório. Quem me abriu as portas foi a Prof. B. Em 2009 eu engravidei e pedi demissão do HU, eu achei que era muito pesado o trabalho. Surgiu oportunidade de vaga em endocrinologia no Hospital Z (estadual), fiquei de 2010 a 2012 e pedi demissão quando do nascimento da segunda filha.” (Endocrinologia I)

“...Eu iniciei em pronto socorro, fazia plantões em clínica médica, fiz plantão até o nascimento da minha filha que foi em 2010 e aí parei de fazer plantão em pronto socorro e no final da residência em Gastroenterologia eu comecei a trabalhar como Gastreterologia mesmo e fui reduzindo no pronto socorro. Em 2010 ingressei no SAMU, então o único plantão que eu faço é na regulação médica do SAMU. Então basicamente eu atendo só como Gasto a semana inteira e faço um plantão geral no SAMU.” (Gastroenterologia)

“...Trabalho muito na residência, faço uns dois plantões fora da residência, no máximo. {...} na maioria das vezes são plantões de UTI, plantões de Nefro já fiz alguns na minha região, mas foram muito poucos, mas no final da residência. Nos últimos 6 meses eu peguei uns 3 plantões de diálise. {...} PJ, eu abri empresa, então o plantão é por PJ. Geralmente é de contato de colega da residência mesmo {...} diálise foi numa Santa Casa do Interior, e aqui num hospital privado, que aqui em

São Paulo são hospitais mais próximos daqui e aí acaba facilitando mais”
(Nefrologia 1)

A psiquiatria tem campos específicos de atuação e as atividades são iniciadas em clínicas privadas, após a formação acessam colocações em serviços de saúde concomitante aos consultórios particulares e também contam com indicações da rede de relacionamentos da graduação ou da RM. Não foram relatadas atividades como médicos generalistas. O Psiquiatra 2 teve trajetória diferente pela sua preferência pela pesquisa, fazendo carreira acadêmica, se tornou docente concursado da instituição da RM, e mantém consultório particular.

“que iniciou em uma clínica particular (2003-2006) e, 2005, passou em um concurso público para um Centro de Saúde, gerenciado pela instituição da RM, prestando serviço até o ano de 2009, quando foi convidada pelo Dr. xx, para compor a equipe de uma CAPS Infantil gerenciado por outra instituição em que a profissional fazia especialização. Um ano depois (2010), toda a equipe foi destituída e, somente ela não o foi devido a sua gravidez, e transferência para o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), ficou até o período legal de estabilidade pós-parto e, posteriormente foi desligada, e ficou somente no consultório particular.”
(Psiquiatria 1)

“...No período da residência fiquei 3 anos sem ganhar nada, morando na casa dos meus pais, em 2005 eu casei e já tinha um trabalho no convênio como Psiquiatra, percebi que dava para me organizar e pagar umas contas. Ao final de 2005, recebi proposta para trabalhar no hospital (em fez estágio) e fui ser assistente lá. Iniciei em 2006, fiquei 11 anos. Foi muito interessante, pois fui a primeira estagiária, comecei o serviço junto com o Professor xxx. E depois assumi a Direção do Hospital, por volta de 3 anos, até o Hospital fechar por conta da luta antimanicomial. Trabalhei no Hospital e concomitante em clínicas que atendiam convênios, a primeira foi em Santo André. Depois que tive a primeira filha ficou inviável muito distante, e acabei ficando no Hospital e numa clínica perto de casa, na Vila Mariana, que atendia convênios, psiquiatria e tinha psicólogo. E tinha consultório, logo ao término da residência, era assistente no Professor yyy no consultório, fiquei bastante tempo acho que até 2011. Depois aluguei uma sala para atender sozinha. (Psiquiatria 4)

A MFC é migrante, referiu ser a primeira colocação em UBS/ESF XX, de serviço gerenciado por OS, após entrevista e por indicação de uma colega que trabalhava na mesma OS. Foi contratada em 2006 e está até os dias atuais, tem atividade assistencial e é Responsável Técnico da mesma unidade.

O Endocrinologia 3, migrante argentino, veio para o Brasil no Programa Mais Médico, atuando como MFC no interior de São Paulo, e posteriormente se deslocou à capital. Acesso à vaga de endocrinologia ocorreu por divulgação no site do SIMESP, envio de currículo, entrevista e foi contratado num AME SP.

Três entrevistadas realizaram opções por atividade ou locais de atuação devido à maternidade, duas dando preferência às atividades em consultórios particulares. (Endocrinologia 1, Gastroenterologia, Psiquiatria 1)

Para este grupo questões de acessibilidade, proximidade, ambiência, insumos disponíveis são critérios de escolha e condições para o exercício da especialidade.

“... Dependendo das opções possíveis, se for um CAPS ou um posto, o acesso, a localização desse serviço um acesso seguro porque tem muitas ofertas em lugares mais inóspitos e talvez eu não esteja tão disposta ainda pra esse tipo de lugar, que é necessário; alguma indicação de um colega que mencione que seja legal de trabalhar que seja mais justo, com equipe multiprofissional e me dê liberdade de

atender com um pouquinho mais de tempo, acho que isso é importante. {...} os salários são muito parecidos, não difere muito, se fosse um salário maior e sendo longe, eu prefiro ganhar menos e estar mais perto." (Psiquiatria 3)

"...A questão da cercania do lugar onde você mora, para mim é importante. E depois o funcionamento também. A questão econômica. A questão econômica no sentido de não ter atraso nos pagamentos... já me aconteceu em vários lugares. Isso é importante também. É um lugar bastante, diria, estável. Todo mundo faz o seu trabalho tranquilo. Então você não precisa estar brigando com o administrativo que não traz prontuário. Cada um faz a sua função bonitinho e realmente não tenho problema nenhum. Então acho que essa estabilidade, vamos dizer, administrativa, a questão econômica de não atrasar salários e a cercania, seriam as 3 coisas principais que eu avalio." (Endocrinologia 3)

"...a questão de trabalhar com especialidade que pra mim é fundamental, trabalhar num serviço que eu achasse que fosse sério e a questão da proximidade da residência onde moro, isso é importante também." (Gastroenterologia)

"...Talvez a proximidade do local que eu moro, a estrutura local, o local ter a estrutura necessária com os recursos necessários para você poder fazer as coisas que tem que fazer. Quando você tem falta de recurso, é tanto estressante tanto para o paciente que chega com uma demanda como estressante pra gente que não consegue fazer o que tem que ser feito, isso é bem ruim. {...} então a estrutura é o principal, não só de oferecer o mínimo, mas o ideal." (Nefrologia 1)

Tipos de Vínculos e Remuneração

Dois entrevistados só atuam em consultórios particulares (Endocrinologia 1 e Psiquiatria 1). Dos que atuam em serviços públicos, a maioria tem vínculos CLT, três são estatutários sendo dois de carreira acadêmica e um é contratado PJ em serviço gerenciado por OSS, além dos bolsistas da RM. Entre os que atuam em serviços privados, a maioria é PJ e dois são CLT.

O número de vínculos variou de 1 (MFC) a 4 vínculos. É um grupo de especialistas não circulantes. Apenas o Endocrinologia 3 circula de forma invertida, residente de município da região metropolitana em que tem consultório particular, tem vínculos na capital e em outro município da região metropolitana.

O tipo de remuneração mais frequente é por carga horária contratada, ou por plantão mesmo para os vínculos PJ. Apenas a Endocrinologia 2, no vínculo privado, relata a possibilidade de receber bônus anual no caso de atingir metas ao longo do ano, mas que não são incorporados no rendimento fixo, que é por hora.

Esse grupo é o que proporcionalmente tem mais atuação em consultórios particulares. Com exceção da Endocrinologia 3 e da Gastroenterologia, os demais que têm consultórios não realizam atendimento a convênios, só particular. A rede de conhecimentos da RM ainda é importante para manter o fluxo de clientela do consultório particular, assim como as indicações de pacientes.

"... A maioria das pessoas, salvo um ou dois que eu conheço, nunca atendem convênios. Os cirurgiões, às vezes, atendem convênios porque eles têm uma opção de reembolso que é a cirurgia, o que daí é diferente. Mas as especialidades clínicas, a maioria das pessoas que conheço não atende convênio. Porque as pessoas saem da mesma faculdade e vão montando a sua rede de encaminhamentos e, depois de uns 5 anos, essas pessoas já estão mais ou menos estabelecidas. Os clínicos fazem isso. Você percebe que as pessoas começam a encaminhar para pessoas da mesma faixa

etária, deixam de encaminhar para professores, vão montando essa rede”. (Endocrinologia 1).

“...No meu caso, que tenho poucas horas no consultório, é personalizado, são pacientes que recebi encaminhamento de colegas e os próprios pacientes indicam para familiares e conhecidos. Só atendo particular. Não atendo Convênio, pois não tenho tempo e o convênio exige volume e não é essa a minha idéia.” (Psiquiatria 4)

O Público e o Privado

Os itens de medicamentos disponibilizados no SUS para a Diabetes e para a Psiquiatria foram considerados limitados frente às possibilidades terapêuticas existentes, que em alguns casos produzem melhores respostas terapêuticas. Tem uma questão de custo também e na capacidade econômica da clientela poder acessá-la quando indicadas. Então, o que se constata é que a diferença é o perfil socioeconômico dos atendidos pelo SUS e dos consultórios particulares.

“Do ponto de vista técnico não tem nenhum segredo, mas eu acho que o sistema público de saúde está muito limitado em termos de medicação. Hoje ele fica com a metformina, ou sulfonilureia e insulina. Então o paciente teria que receber insulina muito antes do paciente no sistema privado.” (Endocrinologia 1)

“... o âmbito privado é sempre um pouco mais diferente que o âmbito público, tanto de patologias quanto de capacidade econômica dos pacientes. Então você pode utilizar outro tipo de terapêutica, mas muda. Geralmente os pacientes aqui, se ele não tem outra questão terapêutica nenhuma. É só o que o SUS oferece como medicação e só. No privado você pode utilizar outros tipos de Insulina, outros tipos de medicamentos antidiabéticos, porque pode ser que tenha possibilidade de comprar. Então muda a tua prescrição.” (Endocrinologia 3)

“...Tem grande diferença no acesso a essa inovação até inclusive em relação às medicações disponíveis no SUS, é uma fração pequena do que a psiquiatria tem como um todo. As melhores medicações hoje em dia as poucas que a gente consegue é mediante o preenchimento de formulário burocrático, chamado de formulário 13, medicação de alto custo e é dispensado em alguns pontos, acho que são 2 pontos em São Paulo, e não são todas as medicações. Recentemente conseguimos a quetiapina, xxx lxxxxx, tinha a xxxasol, que saiu do formulário preto, mas também não tem na rede, esses antipsicóticos mais recentes tem ótima eficácia, tem efeitos adversos xxx, mas são duas opções mais recentes e xxxxxx podem proporcionar um tratamento adequado, uma resposta, remissão importante dos sintomas, e tem muitos outros que tem disponíveis na farmácia, a gente não tem muitas opções; o psiquiatra que vai trabalhar na rede tem que ter experiência com manejo com poucas opções de medicações. Tem muito pouco para o que tem disponível na medicina. Se for pensar que na psiquiatria o que temos é o remédio e o vínculo médico- paciente, 50% está bem defasado, que é a medicação. {...} temos os testes genéticos, uma super inovação estudando o comportamento dos genes em relação à metabolização e à resposta de grande parte das medicações que usamos na psiquiatria, não para fazer diagnóstico mas, como forma de guiar melhor o tratamento principalmente de pacientes com respostas atípicas à medicação. Tem quadros refratários, ou que tem muitos efeitos colaterais, tenta várias coisas e não acerta, e tem um teste, tipo gabarito, que sugere as melhores respostas daquele perfil genético para cada medicação. Não é acessível, é caro, mas quem consegue fazer tem bom benefícios.” (Psiquiatria 4)

Ainda em relação às características da clientela, há relatos de preferência de atender no SUS, mesmo com suas deficiências estruturais.

“...Tenho pouco e comparativamente eu até prefiro o SUS, eu trabalhava num hospital privado como plantonista e acho que foi outro foco. Foca muito no núcleo da instituição e isso não me agrada muito não. Apesar dos problemas estruturais eu ainda gosto muito do SUS.” (Psiquiatria 3)

“Paciente de consultório particular, eles querem o que eles querem. Você tem que ter muito jogo de cintura pra fazer o que é o certo e não ficar fazendo as perfumarias que as pessoas querem no dia a dia. O paciente do SUS, você faz o que precisa ser feito. Não que não vá tratar a pessoa bem [...] inclusive você vai tratar melhor porque vai tratar só com o que precisa ser feito. Não vai fazer nenhum tipo de malabarismo desnecessário e eu acho que é mais fácil de lidar. Eu acho que sou o oposto de um monte de gente, eu prefiro o paciente do SUS do que o paciente particular, daí agora eu vivo no Privado x e tem uns pacientes particulares, mas eu não sou médico deles, eu só presto assessoria. Às vezes a gente tem as saias justas também, mas é uma coisa diferente. Ali eu tô numa posição muito técnica de falar sobre o exame e dá certo conforto falar que você tem seu parecer técnico pra dar e não precisa ficar entrando nas perfumarias que as pessoas querem no dia a dia” (Endocrinologia 2).

Uma crítica frequente ao “convênio” é o agendamento de pacientes a intervalos curtos, insuficiente para uma boa investigação e que prejudica o atendimento. Mas temos relatos que nos serviços públicos estão se adotando tais práticas também, com o estabelecimento de metas de atendimento.

Aspectos estruturais de disponibilidade de insumos e recursos também foram mencionados, como diferenciais entre o público e o privado.

“No Hospital Público o principal problema que enfrentam é financeiro e tudo o que decorre disso: retenção de exames, carga horária de trabalho extensa e profissionais com princípio de Burnout, falta medicamento. Às vezes você fica de frente pra umas situações que você fica meio impotente, você não tem muito o que fazer, o paciente vem naquela consulta que é a única que tem, encaixa ele no ano e ele vem sem os exames, então você não consegue avaliar se está controlado ou não, então às vezes é complicado, às vezes fazemos malabarismo aí pra resolver o problema” {...} no privado os problemas são outros. acho que no setor privado é mais o excesso de as pessoas quererem fazer muito as coisas que não precisam e no setor público você não conseguir fazer o essencial”. (Endocrinologia 2)

“...Acho que sim, a gente já passou no estágio do Hospital Privado, a gente tem qualidade técnica profissionais, qualidade estrutural, e em outros hospitais privados, talvez não tenha profissionais com uma formação tão boa como a gente tem aqui, mas tem estrutura disponível. Então, talvez tendo uma estrutura melhor acaba se diferenciando realmente.” (Nefrologia 1)

Apesar da morosidade de exames e de dificuldades da relação entre os níveis de atenção, o SUS é considerado melhor que alguns convênios.

“o Sistema de Único de Saúde é muito melhor do que alguns convênios que tem por aí. O grande problema às vezes é até a questão de gerenciamento. 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 UBSs 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. Mas eu acho que o SUS é um serviço muito bom, você tem possibilidade você consegue exames, às vezes mais demorados, tem é tempo de espera, mas é melhor que muito convênio por aí.” (Gastroenterologia)

Os médicos entrevistados com atuação em serviços de atenção primária, Estratégia de Saúde da Família e NASF, atribuem ao cenário de vulnerabilidade do território e dificuldades de manejo como um dos fatores para a dificuldade de fixação e estabilidade do quadro de profissionais médicos, principalmente em áreas periféricas. Esta não é uma comparação com o setor privado, porque essas práticas são exclusivas da atenção primária em saúde no SUS.

“...É um território grande, são de 7 equipes, cada equipe tem aproximadamente 4000 pacientes. As vias normalmente são asfaltadas, tem uma ou outra rua ou viela de chão batido, as casas em geral são de alvenaria, mas temos foco de barracos de madeira, com córregos, temos infelizmente pontos de drogas, de vendas de drogas, de tráfico de drogas, mas em geral não é tão ruim. Esses pontos extremamente vulneráveis são isolados, mesmo. No último ano pra cá tivemos um boom de área de loteamento, de invasão, que cresceram muito de um ano pra cá, então nossa população subiu bastante. Mas ainda são focos isolados. [sobre a dificuldade para prover médico] Se você for abrir vagas indiscriminadas, para a pessoa vir aqui e não ter o mínimo conhecimento do que é uma periferia, a pessoa não dá conta...então tem que ter o mínimo perfil e saber onde você vai atuar. Porque senão, é... não sei nem como explicar....não é bonito, muitas vezes não é cheiroso, então a pessoa tem que entender onde é que ela vai trabalhar, vai atuar, qual é a clientela que ela vai atender, porque senão ela não fica 1 mês.{...}Tem rotatividade porque são muitas dificuldades, como a gente conversou, mas trabalhar na periferia é uma outra dificuldade... a distância de sua residência, e tudo que a periferia traz pra você, algumas dificuldades, entendimentos as vezes do paciente que geram um conflito, se você não tem jogo de cintura, vc acaba se chateando com muita frequência .Se não for realmente uma escolha de vida, você parte para outras opções. As dificuldades às vezes elas são tão grandes que os colegas acabando entornando o barco.” (MFC)

“...então como tudo não se pode generalizar, os únicos que foram extremamente prejudicados são os pacientes que precisam de cuidado. Justamente por eles não conseguirem pedir ajuda eu me sinto muito angustiada em perceber que eles são desassistidos em nome de um cuidado humanitário que na verdade é tudo menos humanitário, pois as condições que esses pacientes ficam hoje são as piores e estou para ver quem conseguiria encarar essa rotina, essa realidade todos os dias, não é fácil. Não é fácil ver isso e saber que não temos muitos recursos e fazemos o melhor com o que a gente tem. Não é à toa que não ficam muitos profissionais, não é à toa que a hora que cheguei nos postos os pacientes me perguntavam, “você não vai sair logo né, vai continuar cuidando da gente”, pois os psiquiatras que vem não ficam, eles não conseguem... É dificuldade com medicamento que não tem, é dificuldade porque tem que ir para regiões difíceis, distantes quando tem que fazer a visita. Tem pouca receptividade no geral, das outras especialidades médicas, a psiquiatria fica no preconceito. No hospital quando pedia avaliação clínica eles mandavam para a psiquiatria, como se o paciente psiquiátrico não adoecesse de mais nada, então é muita carência para o paciente psiquiátrico, tem muita coisa para melhorar.” (Psiquiatra 4)

Perspectiva de Mercado de Trabalho

De forma geral, há concordância que a cidade de São Paulo possui mais oportunidades que o interior ou outras capitais brasileiras. As avaliações são diferenciadas de acordo com a especialidade.

Para a Endocrinologia, o setor privado absorve mais em clínicas, laboratórios e convênios, embora a remuneração possa não ser a melhor, e nem todos conseguem bons empregos. Aponta a existência de mercados a serem explorados no sul do Brasil, e necessidade de mais

especialistas em ambulatorios especializados no SUS para atenção secundária em Diabetes, que no caso seu ingresso dependeria de contratação do público.

“...a especialidade tem bastante opções no mercado suplementar. É possível não faltar trabalho mas, por outro lado, não é bem remunerado. Como poucos conseguem ter consultório particular, a maior parte opta por ter vínculo com convênios. Por outro lado, um caminho em que o profissional, mesmo jovem, consegue mais dinheiro é na área “obscura” da estética nos consultórios particulares.”

“A capital ainda tem espaço, mas o profissional tem que trabalhar muito e para convênio, eu vejo ainda residentes que já são formados há 3, 4 anos dando plantão de clínica médica porque ainda não conseguem fechar a conta com consultório”.

“..O setor público, por sua vez, tem menos espaço. muitos pacientes que apresentam casos mais simples de diabetes e hipotireoidismo, por exemplo, que poderiam ser acompanhados num ambulatório de especialidade no bairro ou na região, são encaminhados ao serviço terciário porque não há tantos profissionais nesses ambulatorios.{...} na época que eu tive na prefeitura, que era um ambulatório de especialidade, eu acompanhava um monte de casos lá que não precisavam vir até aqui Hospital Terciário. Para os pacientes era melhor, porque eles não tinham que se deslocar a uma distância tão grande, eles tinham uma frequência maior de consultas. E você tirava daqui os casos mais simples que podiam ser resolvidos em outros lugares”.

“... não observo muita dificuldade de inserção no mercado de trabalho dos alunos de residência de endocrinologia da xx devido a uma boa rede de profissionais que indicam postos de trabalho uns aos outros. Nem todos conseguem empregos bons, no entanto. Acredita que pertencer a um grupo maior ajuda porque mantém ligações profissionais importantes.”

Para a Nefrologia o mercado vem passando por mudanças, com diminuição de fluxo no mercado de trabalho, devido à aquisição de serviços ambulatoriais de hemodiálise, que pode tanto diminuir o valor do trabalho, como mitigar o trabalho médico na diálise. Considerou que as equipes de nefrologia são fechadas, no interior apesar de ter mais possibilidades, tem que ficar rodando entre as cidades para ter volume de trabalho, e em São Paulo é mais difícil, mas a oferta de plantões em UTI e/ou pronto socorro é maior.

“...A gente sabe que precisa de mais médicos disponíveis, aumentou muito o número de faculdades, em vários interiores do Brasil e eu não sei como esses profissionais vão se inserir no mercado e como vai ser essa previsão daqui pra frente. {...} Talvez a especialidade que eu fiz nesse momento, tenha sido o melhor caminho a ser seguido, porque vai saturar o mercado de profissionais, talvez não qualificados. Acho que você ter uma outra especialização ou outra formação vai te diferenciar dentro do mercado. Agora, dentro da Nefrologia acho que é um mercado que está se fechando é um mercado que forma equipe, não tem como aparecer um Nefrologista aqui ou acolá, mas eu acho que o Nefrologista vai ficar cada vez mais dentro da clínica médica. No fim a Nefro acaba sendo uma especialidade com maior extensão área para clínica, na hipertensão, na diabetes, hepatites, e direciona mais na parte de terapia intensiva.”

“... Eu acho que está diminuindo cada vez mais esse fluxo, existe uma conversa que a gente acaba tendo, tanto com chefes mais novos, que está tendo uma compra grande de empresas externas, comprando clínicas de diálise, então a gente não sabe pra que direção isso vai acontecer, se vai diminuir o valor do trabalho, ou se vai tirar os médicos da Hemodiálise, porque nos Estados Unidos não tem médico na diálise, é só enfermeira que fica na diálise em si, a gente não sabe pra qual caminho isso vai seguir.”

“Então a gente não sabe qual vai ser esse valor de mercado e as equipes de Nefros são mais fechadas e são mais equipes, então não sei que caminho vai seguir num centro grande como São Paulo. E no interior, a princípio tem mais oportunidade, mas há a questão de você ficar rodando de cidade em cidade, então é questão de se pensar mesmo.”

Para a Gastroenterologia o mercado de trabalho está muito ruim, porque o médico é subvalorizado e sua remuneração e condições de trabalho não correspondem ao investimento realizado desde a graduação:

“são seis anos de graduação, depois a gente faz uma Residência de no mínimo 3 anos, inventa de fazer uma pós graduação para melhorar, e vai para o mercado de trabalho e, esse mesmo mercado quer encher você de pacientes, dando 10 (dez) minutos de atendimento, você não consegue atender com este tempo e ainda ganhando tão pouco {...} É difícil, não sei, está muito complicado, você atende no convênio e o convênio te repassa um valor horrível, o particular as pessoas não tem dinheiro pra pagar, o SUS paga pouco. Estava até pensando mesmo em ampliar os horizontes, ir para a área científica, não sei se pagaria mais. Porém eu gosto de atuar como assistencial.” (Gastroenterologia).

Na psiquiatria há campo de trabalho no setor público, mas a prática é exercida, sobretudo, em consultórios particulares. Um dos especialistas na área refere que a RM não proporciona campo de trabalho, mas todos conseguem emprego com facilidade. A capital tem possibilidades e recursos diferenciados de outras capitais, tanto para atuação em pesquisas como em consultórios particulares.

“...Hoje na psiquiatria talvez seja diferente de outras especialidades, você fazer parte do time de determinado hospital, tem o Einstein, Sírío [...] Isso em psiquiatria não existe, seriam os consultórios particulares bem-sucedidos. Não existe o papel do psiquiatra nesses grandes hospitais. Acho que hoje estão mais voltados em serem bons médicos de consultório, virar referência; não tem essa instituição que será referência como vejo noutras áreas de medicina. Não tem chancela de qualidade de instituição”

“...tive oportunidade aqui e tem interesse na pesquisa que eu gosto muito, lá não teria essa possibilidade. Então as coisas foram acontecendo, eu fui me envolvendo cada vez mais com pesquisa, montei consultório, e depois de um ponto não valia mais a pena recomeçar tudo em Fortaleza.{...} , e tem como diferença que, aqui em SP você tem mais suporte e oportunidade de pesquisa, lá você tem suporte, mas é muito mais difícil de você conseguir financiamento, e para a prática psiquiátrica de modo geral em SP comporta mais para os atendimentos particulares, em Fortaleza é mais convênio, mas isso é uma consequência o que fixou mesmo aqui foi a parte acadêmica e pessoal e nem tanto o mercado de trabalho.”

“Não sei dizer na verdade, acho que tem bastantes opções, eu vejo pelos grupos do wzp, tem plantões, tem clínicas de convênio, não tem muita variedade não; as clínicas são essas que estão aí há anos, têm hospitais com plantonistas e o consultório particular. Não tem muita, mas também vejo que não fica ninguém sem emprego. Acho que tem boa oferta ainda, não está sobrecarregada.”

Grupo de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Foram entrevistados dois especialistas em Radiologia Diagnóstico por Imagem (RDI) com uma década de diferença na conclusão da graduação.

A RDI é uma especialidade dependente de tecnologia pesada e abrange todos os métodos de imagem: raio-x, ultrassom, tomografia e ressonância magnética.

Os entrevistados abordaram que as novas tecnologias como a “inteligência artificial” causaram receios na substituição dos médicos radiologistas, e observaram diminuição na procura de RM por RDI. Em suas opiniões, as novas tecnologias vêm em auxílio do trabalho do médico radiologista, e dificilmente as máquinas vão oferecer laudos autônomos. As novas tecnologias futuramente poderão abarcar a parte repetitiva do trabalho, e os radiologistas ficarão com as análises mais complexas. Isso implica em que poderão ter aumentos quantitativos de exames sem necessariamente ter necessidade de aumento de médicos radiologistas. Não acreditam que a especialidade irá ser substituída. Os entrevistados inclusive apontam para desigualdades na distribuição de equipamentos e tecnologias no território brasileiro, que implica na permanência da especialidade.

“...Aí uns dois anos atrás começou a ter o procedimento da inteligência artificial e muita gente ficou com medo do futuro da radiologia, hoje já é especialidade mais mediana assim a procura já não é tão alta e a gente vê muita gente já com prática da radiologia com medo de perder o emprego pra um computador que vai laudar, eu mexo um pouco com esse artificial no Clínica X, faço parte do grupo de desenvolvimento artificial lá, a gente vê assim, existem tecnologias que fazem bastantes coisas sozinhas, nenhuma delas é nem perto capaz de soltar um laudo autônomo, óbvio isso varia com o método, então na mamografia isso já é mais fácil, porque é um método mais simples, tem que procurar calcificações no filme então é bem mais tranquilo, então isso o computador já faz melhor do que, por exemplo, interpretar uma tomografia, {...} mas ele não te dá um laudo inteiro e ele não analisa o exame todo. Acho que a tendência com o passar dos anos, é que essas tecnologias abarquem a parte repetitiva do trabalho e a parte que é igual em todos os exames ou que parece em todos os exames e deixa o radiologista focado nas alterações mais específicas e na conclusão tipo juntar os achados.” (RDI 1)

“Neste momento o que estamos vendo de inteligência artificial não tem nem de longe a capacidade de substituir um radiologista. Porque são iniciativas que atendem algumas necessidades de diagnóstico e elas não conseguem substituir todo o raciocínio humano, então neste momento não tem redução de postos de trabalho. Mas a gente sabe que em algum momento elas vão ficar inteligentes e começar a responder mais e mais coisas. Então vai ter algum tipo de exame que vai ter laudo automatizado, já é possível prever que daqui 5, 6 anos vai ter bons laudos de tomografia de tórax, de radiografia de tórax que detecta relativamente bem as lesões e faz diagnósticos por bigdata, por alimentação de múltiplos dados, isso vai acontecer mas vai sempre precisar de uma validação humana por enquanto, mas aí vai diminuir posto de trabalho, então 1 posto de trabalho para validar o trabalho de muitas máquinas, então em algum momento vai diminuir postos mas a gente não está nesse momento, principalmente porque tem muitos centros no Brasil que nem ressonância tem.” (RDI 2)

Formação / Titulação

Os dois entrevistados graduados em universidades públicas, realizaram a formação especializada em programas de RM na mesma instituição de graduação. Ambos têm formação em subespecialidade, um em radiologia abdominal e outro em neurorradiologia.

Para ambos, a formação especializada em programas de RM de suas instituições é a modalidade mais adequada para desenvolver habilidades e competências, com supervisão, propiciada na variedade de patologias e de gravidade.

A radiologia é uma especialidade muito tecnológica e exige atualização contínua na geração de novos equipamentos.

Trajetórias Profissionais

Os entrevistados atuavam à época das entrevistas em suas subespecialidades, em Hospital SUS, Hospital Privado e Clínica de Diagnóstico. Ambos desenvolvem atividades assistenciais e de ensino.

O acesso a postos de trabalho durante a RM foi por indicação de colegas e professores do período de RM, um foi absorvido pela instituição formadora.

Um fluxo de ingresso relatado ocorre durante a RM em plantões noturnos, geralmente em “ultrassom” que vai num crescente de variedade até postos de trabalho na subespecialidade. O entrevistado com mais tempo de graduação teve uma trajetória mais diversificada com vários postos de trabalho até a colocação na subespecialidade.

“...foi convite então, uma vez que eu terminei a especialização e fiquei de preceptor um tempo, ao término de dois anos de preceptoria fui convidado a permanecer como colaborador no setor de radiologia de urgência e aí logo na sequência no setor de radiologia abdominal então isso foi por convite, e na clínica A também foi convite, inclusive a pessoa que me convidou era vinculado aqui no grupo de radiologia abdominal, então já me conhecia precisava de um radiologista lá aí me convidou pra fazer parte de lá, no geral na radiologia quase todos são por convite, raríssimo ter por outro meio.” (RDI 1)

“...Durante a RM a gente consegue trabalhar como radiologista, mesmo sem título, tem muito hospital de pequeno porte que precisa, no R2 já conseguia eu trabalhava em plantão noturno. Comecei no Hospital Privado A, que é um hospital infantil, como plantonista noturno fazendo ultrassom, e num Hospital Privado B, também como plantonista noturno. Depois, saí do H A e entrei como plantonista noturno no H Privado C. Enquanto plantonista noturno, a gente fazia só ultrassom, ficava atendendo os pedidos de ultrassom do pronto socorro.{...} ao final do R3 entrei num plantão noturno de uma equipe que tinham 3 hospitais, eu rodiziava entre eles. Esses 3 hospitais são independentes e nessa época a radiologia era terceirizada para uma empresa e eu entrei nessa empresa. Foi durante o R4 inteiro, com uma vantagem em relação aos trabalhos anteriores que incluía tomografia, então eu fazia ultrassom e tomografia de pronto socorro, e radiologia geral (tórax, abdômen), medicina interna.{...} A indicação era de um Residente mais velho, que queria passar para frente aquele trabalho, ele pedia demissão daquele emprego e indicava os colegas para ocupar, e a gente ia para ser entrevistado e levar o currículo, e entrava ou não. Nunca ouvimos falar de quem não entrou, porque era na base de indicação de pessoas que se conheciam, já era referenciado.{...} Até então o trabalho era noturno, no meio de R4 consegui um trabalho diurno, comecei numa clínica no Paraíso pequena, que fazia ultrassom, em períodos diurnos agendados. Ao final do R4 tive uma proposta para o Hospital Privado D, abriu uma vaga de plantão noturno um pouco mais especializado, não tinha ultrassom, só tomografia e ressonância. Não gostavam de pegar residente, queriam alguém com título, do CBR e da RM, e que já tivesse completado o R4, então foi uma entrevista mais formal, tive que apresentar currículo, tinham outras pessoas que estavam avaliando e acabei entrando no plantão noturno. O plantão noturno já tinha que fazer obrigatoriamente uns trabalhos na rotina, então era diurno e noturno, no diurno eu fazia neurorradiologia, então já comecei a fazer a especializada (2005) e no noturno era radiologia geral.” (RDI 2)

Os critérios para o trabalho: flexibilidade de horário para mudanças de dia ou hora, e a qualidade dos exames para laudar.

“... gosto muito da flexibilidade de horário, se eu precisar mudar o dia ou o horário é fundamental, se a remuneração for média com outros lugares, mas se eu tiver mais flexibilidade de horário pra mim isso é importantíssimo. ... tem um problema que é da radiologia que quase sempre a gente faz períodos sozinho no lugar, e é

responsável pelo contraste, então você tem que ficar lá para os exames serem feitos, isso considerando ressonância; ultrassom você tem que tá lá pra fazer o exame, só que fazendo isso sozinho, tipo você não tem um colega pra dividir ou pra falar opa hoje eu tenho que sair mais cedo ou hoje eu tenho que chegar mais tarde, ou hoje eu não posso ir, alguém faz no meu lugar, dependendo da onde você trabalha fica difícil conseguir essa, hoje não posso fazer alguém pode fazer no meu lugar. Então pra mim flexibilidade é importante e uma coisa que é bem particular da radiologia pelo menos pra mim, a qualidade dos exames, então é muito fácil você ter exames de má qualidade e isso atrapalha muito tanto o seu diagnóstico quanto atrapalha pro paciente, mas você tem que abaixar os seus níveis seu standard pra dar laudar exames de má qualidade, sou meio chato com isso, gosto dos lugares que trabalho que os exames bem feitos.” (RDI 1)

Tipos de Vínculos e Remuneração

Os profissionais entrevistados têm dois vínculos na capital. Um deles tem 2 vínculos, um público e outro privado, com tipo de contrato PJ para ambos; o outro tem 2 vínculos, no setor privado é CLT, para 40 horas semanais e no setor público é voluntário.

Para o PJ a remuneração é por produção, em 90% do tempo das atividades, no público recebe ajuda de custo por tempo de colaboração, e no privado tem alguns períodos que são mistos.

“...Na Verdade tudo PJ, tanto aqui como colaborador eu recebo tipo uma ajuda de custo pelos anos que eu lidero, mas é como PJ e na Clínica A também PJ. Vínculo com CLT já tive como radiologista, mas era como chefe de plantão. {...} geralmente a remuneração média acaba sendo parecida, acaba que quanto você ganha por exame é menor do que esses que são mistos aí o valor fixo não é muito diferente da produtividade média que ganha um radiologista, então acaba ficando meio que de acordo com o que você gosta mais, tem todas as possibilidades, hoje eu só trabalho quase só por produtividade.” (RDI 1)

O vínculo PJ exige planejamento para no futuro reduzir as atividades e manter padrão de vida. O vínculo CLT não é o mais comum na contratação de especialistas em radiologia.

Como observado, os entrevistados não têm muitos vínculos e não tem circulação presencial em outros municípios e regiões de saúde. Porém há uma circulação remota possibilitada pelas ferramentas da telerradiologia, que são utilizadas pelos locais em que trabalham.

“...Eventualmente, duas vezes ao ano, é solicitado pelo XXX para dar cobertura em outras clínicas do grupo em Santo André e São Bernardo do Campo, municípios da região metropolitana de São Paulo. {...} XX X é uma empresa que é nacional então vez ou outra acontece do pessoal da regional de Brasília estar com muito exame e não vai conseguir chegar no prazo aí você pode ajudar?! Mandam os exames e eu laudo por telerradiologia os exames de Brasília. É uma ferramenta que já está bem comum.” (RDI 1)

“Agora, a gente tem telemedicina para clínicas no interior, há cerca de 10 meses que o Hospital x lançou um serviço de telerradiologia para clínicas em outras cidades. Então a gente implanta nossos protocolos de tomografia e ressonância, mas a gente não tem a propriedade dos equipamentos, implanta os processos e protocolos de exames e lauda à distância. Temos 3 clientes de clínicas que contratam para receber o serviço. Parece que vai expandir mais, isso é laudado em São Paulo.” (RDI 2)

O Público e o Privado

Em relação à radiologia no SUS e no privado as opiniões foram em relação à limitação da oferta e do acesso a exames mais complexos, que no SUS são deficitários e quando existentes demoram na realização e obtenção de laudos.

“...O SUS pra imagem a gente tem um déficit muito grande de métodos mais complexos então tipo a maior parte do SUS, a gente tem até uma amplitude a rede cobre bastante gente, cobre bastante coisa de método por Raio-X, mas você não consegue fazer uma tomografia rápida então você precisa fazer um método mais complexo e são poucos lugares que tem porque radiologia é uma especialidade cara, não é todo lugar que dá suporte, não é clínica particular que dá suporte e atende diretamente ao SUS então assim poucas tem convênio com o SUS então acaba sendo pouco. A radiologia é feita de particular na maior parte do Brasil então o serviço de imagem do SUS são do próprio SUS, são métodos caros, dispendiosos de manutenção, precisa de mão de obra alta especializada pra operar e pra laudar então, tem poucos acessos a métodos complexos e quando tem com muita demora muita dificuldade pra obter laudo ou pra fazer o método correto. Nisso o SUS deve bastante, mesmo o ultrassom do SUS que é um pouquinho melhor a gente vê que tem uma fila grande de espera. Mas faltam bastante métodos complexos no SUS é bem limitado.” (RDI 1)

E a outra visão é que os hospitais de ensino públicos são os melhores campos para aperfeiçoamento, crescimento pessoal e profissional daqueles que tenham interesse em ensino.

“...Eu vejo que antigamente o hospital público era mesmo para quem tinha vocação de pesquisa e ensino e o privado para o assistencial ou gestão, mas isso mudou muito, o mercado privado começou a ter muita atuação em ensino e pesquisa. Eu particularmente voltei para o HC em 2020 é porque o Hospital Privado ainda não tem muita coisa de neurorradiologia pediátrica, que tenho interesse, mas não é um hospital pediátrico, é um hospital geral, tem um grupo de pediatria muito grande, tem neuropediatras, mas não tem a variedade de casos que o Instituto da Criança tem. Então voltei porque queria essa outra vertente na carreira que só consigo no serviço público.” (RDI 2)

Perspectiva de Mercado de Trabalho

Os radiologistas têm claro que não serão proprietários de clínicas de diagnósticos de imagem, devido aos valores altos de investimentos e manutenção, e que serão empregados. Nessa área grandes redes dominam o mercado.

“... A maior parte dos radiologistas não tem perspectivas de aqui em São Paulo, por exemplo, de ser dono de clínica, o mercado de clínicas aqui em São Paulo mesmo no interior próximo é bem saturado e exige muito dinheiro inicial, muito dinheiro em manutenção até você começar a ter alguma receptividade e é um mercado de grandes jogadores, então são grandes redes grandes clínicas que fazem. Quase todos os radiologistas já se conformam em algum momento da residência, ou mesmo antes no início que você vai trabalhar pra alguém.” (RDI 1)

A RDI acompanha a evolução da rede física e a necessidade de ter radiologista nos serviços de imagem. O entrevistado refere três grandes nichos para a radiologia: cobertura noturna de pronto socorro de hospitais, realização de exames de ultrassom durante o dia e laudo de métodos axiais, tomografia e ressonância. A demanda de exames de ultrassom é grande e favorece a oferta de trabalho. Ainda, o mais comum são serviços com o radiologista geral laudando tudo; não é o padrão ter radiologistas com subespecialização fazendo laudos.

“Pra médico em geral aqui na cidade de São Paulo é um mercado saturado, tem muitos médicos nas zonas mais centrais, mais procuradas, enquanto nas periferias tem um déficit de médicos, especialmente pra trabalhar de pronto atendimento e de

atenção básica, mas mais pra pronto atendimento. Da radiologia é quase que a mesma situação só que a gente tem como se fosse um atraso de alguns anos, então ao mesmo tempo onde passou por um período de expansão da periferia das áreas da medicina em geral, mas ainda é deficitária, a radiologia demorou um tempo até chegar nesse ponto, a radiologia sempre acompanha aonde tem o serviço médico. ... quando o serviço começa a ficar grande, volumoso, que se pensa em ter um serviço de radiologia associado, se agrupar demora um tempo até obter uma área de imagem que comporte um radiologista então, a gente tá sempre seguindo o restante das áreas. Hoje o mercado pra radiologia tem dois grandes nichos pra trabalhar três na verdade, dar plantão noturno, cobrindo pronto socorro dos hospitais, a maioria dos residentes trabalham com isso ao longo da residência ou logo depois que sai, esse é um pouco mais fechado um pouco mais difícil, pouca gente pra cobrir vários hospitais, nem todo hospital tem radiologista de noite, trabalhar fazendo ultrassom durante o dia, acho que esse é disparado o local que os radiologistas mais trabalham. [...] Fora daqui já começa a ficar um pouquinho diferente a radiologia no sentido que ainda é um cara só que lauda tudo. Mas ultrassom tem em todo lugar” (RDI 1).

A telerradiologia é uma ferramenta comum e uma das possibilidades de trabalho do médico radiologista, que vê as imagens e fornece um laudo remotamente. Os valores praticados na telerradiologia são menores aos praticados nos serviços locais e presenciais, mas tem oferta para os radiologistas, em especial aqueles que não conseguiram colocação.

“...Já é uma realidade há muito tempo na verdade há alguns anos, já tem a telerradiologia é bem comum é bem difundida e é mal vista. Então a gente tem o hábito de toda vez que vê a telerradiologia a gente pergunta assim: mas vão pagar quanto? Porque geralmente a remuneração está abaixo do mercado, porque eles aproveitam dessa demanda de radiologista que querem moldar tomografias e ressonância, mas que não conseguem se encaixar no serviço local, no serviço presencial e acabam laudando por telerradiologia ou que fazem isso como um acréscimo, um período que não conseguia um lugar pra trabalhar então vou fazer a telerradiologia então tem excesso de radiologistas disponíveis pra esse caso. Então isso tem bastante e tem exame muito voltado pra exames feitos muito na periferia de São Paulo e cidades da grande São Paulo, Carapicuíba, Mauá fica batendo mais, são esses lugares que enviam pra telerradiologia. (RDI 1)

5.3. Impactos da pandemia

Cinco entrevistas com profissionais médicos foram realizada em período pandêmico e foi introduzido o tema do impacto da pandemia nas atividades profissionais, nos rendimentos dos entrevistados, e o uso da telemedicina.

Em relação aos serviços ambulatoriais, os profissionais referiram que, no início da Pandemia (março/abril 2020), os atendimentos nos serviços de saúde do SUS foram redefinidos e organizados para priorizar o atendimento de COVID, ou para manter com segurança os atendimentos; os serviços criaram estratégias para monitorar e manter atividades terapêuticas em domicílio.

“... No início, está fazendo agora 1 ano, foi um susto para todo mundo, eu diria um susto, porque ninguém sabia direito como atuar, e aí, como todo mundo fez, nas 2 primeiras semanas, teve tudo cancelado, os atendimentos todos de rotina foram cancelados, e atendíamos só basicamente COVID, mais nada... e foi importante, porque foi uma demanda muito gigantesca, atendíamos muitos pacientes por dia, muitos...e num momento que não tínhamos testagem, não tínhamos suporte...e as

... pessoas ficavam em casa, só saíam quando com falta de ar, e chegavam muito graves, então no início a medicina de família toda rotina foi deixada pra lá, a gente só atendia COVID. O tempo foi passando, foi-se entendendo que não se podia deixar de lado, as outras patologias deveriam ser seguidas e as coisas foram se restabelecendo devagarzinho. Hoje a gente já está mais ou menos como antes, não está ainda por conta da pandemia, mas precisa ter esse tempo isolado, pra não misturar os pacientes, mas os programas seguem, puericultura tem q seguir, hipertenso, diabético, gestantes principalmente, essa nunca parou, desde o início nunca parou, gestante sempre foi prioridade zero.

... Hoje a gente faz uma escala, então a cada período do dia tem um médico só para atender COVID, suspeita de COVID e os outros médicos ficam fazendo programas de saúde da família. Então a gente faz uma escala médica e de enfermagem, uma equipe só para atender suspeitos ou confirmados de COVID, numa sala isolada, um lugar que eles não fiquem circulando pela unidade, uma das primeiras salas, para a gente tentar evitar o contato deles com o serviços. É assim que está funcionando. ... a telemedicina começou lá no passado e ela continua até hoje, com suspeitos e confirmados de COVID, e até passar o tempo de isolamento e remissão dos sintomas... a telemedicina, além de ser usada para pacientes de COVID, a gente tb está usando para outros motivos que tb podem ser resolvidos por telefone, para evitar que as pessoas venham desnecessariamente ao serviço.

A gente tem um telefone que a empresa ofereceu a cada equipe, não usamos o nosso pessoal, e não tem whats app nem imagem, é só telefone mesmo. Poucas coisas a gente consegue resolver, mas dá... outras que precisaria de imagem a gente não consegue.” (Médico de família e comunidade)

“ ... O CER não fechou só diminuiu o atendimento. No CER todos os médicos faziam a telemedicina, mas como o CER manteve o atendimento, os pacientes eram encaminhados pra mim, para iniciar ou finalizar um tratamento. Então minha agenda teve que continuar e não fiz teleatendimento. Como o fluxo de pacientes diminui, muitos pacientes passaram a ser orientados à distância, ou por e-mail, flyers nas UBS, enquanto isso os fisioterapeutas da parte ortopédica ligavam para saber como estavam, os primeiros cinco minutos eram para orientação do COVID sintomas, e depois sobre como estava a dor, se estavam fazendo os exercícios em casa. O neurologista, cardiologista, otorrino e oftalmo faziam teleatendimento, a orientação que podiam. Para os pacientes que já eram do CER, foi mais um telemonitoramento, não uma teleconsulta. Teve uma reunião da ONA que foi apresentado que os pacientes monitorados fizeram uso das orientações do panfleto e melhoraram nem precisaram voltar ao serviço. Então o telemonitoramento não é só para seguir a linha de cuidado, foi resolutivo.” (Ortopedia 2)

A psiquiatria voltou seu foco aos trabalhadores de saúde criando dinâmicas institucionais para contenção das dificuldades que eles enfrentam nas rotinas de trabalho e a pandemia.

“... Eu gosto de ser otimista penso que no desespero que todo mundo viveu e continua vivendo, e quem tem alguma prudência ainda está no desespero, começou a olhar mais para a saúde mental, e isso foi positivo. As pessoas começaram a se dar conta que precisam cuidar da saúde mental, porque era a única coisa que ia dar certo, que ia sobrar porque todo o restante havia sido retirado, não tinha convivência, não tinha lazer; é isolamento, muitos sem trabalho, então precisavam se ver com eles em primeiro lugar, com a saúde mental, estabelecer alguma saúde para pensar em como vai gerenciar aquilo que estávamos vivendo desde o ano passado.

Isso ficou muito nítido lá no xxxx e foi meio concomitante. Eu imaginei; acabaram com atendimento no ambulatório e devido o isolamento não podiam ir para a UBS para não transmitir então as agendas foram canceladas com exceção do posto continuei atendendo os pacientes da agenda, mas os outros 3 fecharam, aí pensei, o que vou fazer aqui? Qual é o meu papel? O que posso agregar neste momento caótico da medicina,

da saúde, do mundo? Então veio junto uma ideia do xxxx e uma proposta que já estava acontecendo nos postos para o atendimento dos colaboradores, aqueles que estavam como eu, obrigados a trabalhar normalmente, sem saber para onde estávamos indo, se ia contaminar ou não, se ia sobreviver, então comecei a fazer o atendimento dos funcionários para que pudesse dar uma contenção a essa angústia que foi surgindo, todo mundo estava no mesmo barco. Eu também não estava muito segura e muito melhor, eu também precisava me ouvir, me organizar, saber como ia passar esse dia para amanhecer o dia seguinte, para seguir até quando? para onde? sem saber nada. Então acho que isso foi fundamental, as pessoas acolheram a saúde mental e reviram a necessidade, começaram a olhar diferente e a respeitar e obtiveram resultados. Foi muito marcante, no xxxx, as quintas feiras, que fazia esse grupo, quando formalizou esse atendimento, vinham colaboradores de diversos postos e pude acompanhar semana a semana, o suporte que aquele grupo estava dando para que eles pudessem olhar para as famílias, para o isolamento, para as dificuldades que estavam lidando no dia a dia, então realmente foi eficaz, deu para perceber que foi assistência bem prudente, no momento certo, e teve bom aproveitamento. (Psiquiatria)

Os profissionais com consultórios próprios, dependendo de sua especialidade tiveram condutas diferenciadas. O ortopedista fechou por dois meses o consultório e, quando reabriu, referiu retorno à normalidade; o psiquiatra não alterou as atividades que se mantiveram estáveis e já utilizava telemonitoramento para acompanhamento dos pacientes.

“...Comecei a utilizar Telemedicina no consultório imediatamente, na verdade foi autorizado rapidamente pelo CFM quando deu a pandemia. É fato que tenho pacientes há anos que foram morar fora do país, pacientes de terapia de outros estados, então essa prática não é uma coisa nova da pandemia. O consultório que já tem seus pacientes, ainda mais na área de saúde mental, é difícil o paciente empatizar e ficar trocando de profissional, em geral tem essa questão poder manter esse vínculo, e desde que os computadores vieram para o consultório isso já era uma prática, não era frequente para todos, mas essa transição foi muito fácil. Tinha que continuar dando suporte, já pensou no pior momento suprimir inclusive o atendimento médico!! Principalmente na saúde mental, não tenho um exame físico que requer apalpe ou ausculta, mas o exame psíquico posso fazer pelo vídeo, não é o melhor, não é o que prefiro, gosto do contato pessoal, mas como medida urgência com certeza se adequa.” (Psiquiatria)

“... Eu fechei o consultório durante 2 meses e, quando voltei, voltou tudo normal. Eu imaginava que teria menos paciente, mas acho que o paciente tem tanto medo de ir ao hospital que prefere vir ao consultório. E ainda os pacientes que estão em home office querem operar para aproveitar que estão em casa.

Eu, no lugar do paciente, não teria esse raciocínio, mas é impressionante o número, como eu opero pé, tem que ficar imobilizado, não pode pisar, então querem aproveitar que já estão em casa. Até questiono:- a senhora quer ir ao hospital, internar, tomar anestesia no meio de uma pandemia? Ela quer, acha uma boa fase para reabilitar. Então o consultório ficou fechado só os 2 meses, depois voltou ao normal.” (Ortopedia)

O neurocirurgião, com atuação na urgência e emergência e atendimento eletivo dos hospitais de alta complexidade, referiu suspensão de procedimentos eletivos e manutenção de urgência e emergência, cujo volume teve diminuição. Equipes de atendimento eletivo sofreram diminuição de pessoal e tiveram redução salarial.

“... a pandemia... como nos hospitais que eu faço PS a gente tem muito atendimento de trauma... como as pessoas ficaram mais isoladas em casa... acabou que a quantidade de traumas diminuiu bastante... então o movimento do PS diminuiu muito... e, em xxxx, como tem as cirurgias eletivas, faz atendimento ambulatorial de coluna, de crânio, e aí, como o hospital virou uma referência para a Covid, a gente teve que cortar o número de

cirurgias eletivas.. Não estava sendo autorizado a fazer as cirurgias eletivas... só as cirurgias de mais urgências... pra evitar as aglomerações nos ambulatórios e evitar algum problema na cirurgia, por conta de internação e paciente adquirir Covid no hospital. Então diminui muito o volume de cirurgias, lá em xxxx, também.

... Na verdade fizeram uma redução da equipe... a gente tinha 4 neurocirurgiões no dia que estou lá, na 5ª feira, reduziu pra 3, alguns dias tinha 4 ou 5 reduziu pra 2 ou 3... então eles fizeram uma redução da equipe e fizeram uma redução de 10% no salário também.

... voltou o trabalho rsrsrs, o salário não... Depois que cortaram esses 10% duvido bastante que vão voltar, e duvido que volte a 4ª pessoa também... mas o hospital agora está voltando a encher... está tendo um volume grande de cirurgia de novo...vamos ver se vão voltar a ter a quantidade.” (Neurocirurgia)

Na Neurocirurgia, foi observado também que a oscilação da rede privada provocou fixação de postos de trabalho, em hospitais do SUS.

“... em relação aos hospitais públicos, agora, na pandemia, com crise, não está fácil de achar plantão... tem muitos hospitais que tem neurocirurgia, mas não é fácil achar plantão... minha esposa, por exemplo, ela é neurocirurgiã tb, ela faz um plantão no Hospital de Guarulhos onde ela fica como coringa... ela conseguiu fazer um vínculo que ela fica como coringa de 2ª a 5ª cobrindo o plantonista que está de férias, o plantonista que está afastado... e ela está há mais de 1 ano e meio, já, nesse vínculo, e não consegue uma vaga fixa nesse hospital... não é uma coisa que está fácil.” (Neurocirurgia)

Um dos radiologistas de serviço privado informou que houve redução no volume de atendimento em sua subespecialidade, neurorradiologia, organização da equipe em aparato tecnológico para trabalho em home-office e rodizio de férias entre a equipe devido a alterações do perfil de exames provocadas pela pandemia.

“... O trabalho remoto. Eu não tenho feito muito home office por causa da minha atuação como gestor, então, tenho que estar no hospital para resolver pepinos, problema com médico, queixa de paciente, isso não terceiriza muito fácil para o home office, não é prático resolver isso de casa. Na equipe, é uma realidade que veio para ficar, poupa postos no hospital, desocupa a aglomeração da sala de laudos, a pessoa trabalha de casa, é muito cômodo isso. Agora estamos fazendo ferramentas para deixar a pessoa rastreável que não seja só pelo celular. Então por exemplo, já tem jeito de transferir um ramal do hospital para o celular da pessoa, então fica totalmente rastreável, localizável, interage com a gente, é muito prático para trabalhar, porque o radiologista também tem que orientar o biomédico no console, na aquisição do exame, avaliar o exame ainda no console para poder encerrar, se vc estivesse em home office, protegido sem telefone, era difícil fazer esse trabalho não interpretativo, agora já dá.

Só temos que decidir o quanto vai querer de home office, o quanto vai caber para cada perfil de profissional, mas isso mudou.

Mudou o perfil de exame, hoje em dia dá dó do colega do tórax, o radiologista torácico se matando de trabalhar, está contratando está tendo demanda porque não pára de ter tomografia de tórax. A neuro em abril e maio do ano passado ficamos às moscas, demos férias para metade da equipe em abril, a outra metade em maio, porque os hospitais só tinham COVID.

Em maio, começou a haver as complicações neurológicas de COVID, aí aumentou um pouquinho. Graças a Deus, são complicações raras, mas começamos a ver complicações de COVID, encefalites auto-imunes, AVC, relacionados à COVID. Então teve uma mudança de perfil de exames” (Radiologia Diagnóstico por Imagem-Neurorradiologia)

Segundo os entrevistados, a pandemia provocou impactos nos colaboradores do ponto de vista psicológico e no clima organizacional.

“...Mas foi muito complicada a pandemia, e eu digo principalmente pra mim, pra gente da atenção básica, pq a gente sempre foi promoção de saúde, a gente falou muito de saúde, qdo chegou a pandemia a gente começou muito a falar de morte, então protocolos de parada cardíaca, seguimento de saco de óbito, então começou assim uma rotina que não era a nossa rotina, então começamos a lidar muito com morte, possibilidade de morte, diferente de como era antes, pq antes a gente criava programas, com projeção, promoção de saúde, educação em saúde. Pelo menos pra mim, foi uma coisa difícil de lidar emocionalmente, no inicio, mas depois as coisas vão se encaixando, criando mecanismos para tentar equilibrar.” (Médico de família e Comunidade)

“... COVID mudou muito o dia a dia da gente; eu vejo um ponto negativo, ok o home office é legal, mas a equipe fica distante, a gente vê menos o colega, não é a mesma coisa interagir por telefone, por zoom, eu acho que prejudica a equipe como um todo. Fico preocupado, com a sensação que estou assim puxando os meus colegas, tentando não desgarrar, não gosto dessa sensação e isso veio com a pandemia, cada um no seu canto.

Tinha um profissional que tinha mais de 60 anos na equipe, ele fez por 6 meses todos os períodos em home office, não foi ao hospital, era muito ruim porque é um profissional excelente e a gente precisava dele interagindo no hospital. ... Mudou psicologicamente também; as pessoas estão mais ansiosas, estão amedrontadas, pessimistas... isso está muito chato, o ambiente geral de trabalho; é difícil contornar o pessimismo, porque a gente fica vendo as complicações neurológicas de COVID, colega adoecendo, indo para UTI, dá baixo astral, o impacto psicológico no trabalho foi grande” (Neurorradiologia)

Os vínculos foram mantidos, os rendimentos procedentes dos vínculos com serviços de saúde foram mantidos, os rendimentos dos vínculos de consultórios particulares e de vínculo com renda por produção foram diminuídos devido às restrições das atividades eletivas.

Destaques das Narrativas

As trajetórias e práticas dos especialistas se distinguiram de acordo com o tempo de graduação, os locais de graduação e residência, pela evolução tecnológica, por aspectos demográficos e epidemiológicos e principalmente pelas Políticas Públicas para organização do SUS.

Assim no Grupo de Oncologia, com rede assistencial específica, e que é muito fomentada na área da pesquisa em busca de terapias que proporcionem sobrevida com qualidade, percebemos que as perspectivas de mercado de trabalho para esse grupo foram mais assertivas, quanto a não faltar postos de trabalho, embora tendentes a atuar no setor privado. Devido a concentração da rede de serviços em grandes centros, esse grupo apresenta menor circulação entre regiões.

O Grupo de Especialidades Cirúrgicas são aqueles “mais resolutivos” e pontuais, tendo um leque de opções para atuação, desde ambulatorios especializados até hospitais gerais e especializados, desde que tenham aparato tecnológico para os procedimentos e cirurgias. Foi o grupo que apresentou maior mobilidade, com circulação entre municípios e/ou regiões de saúde, em serviços de saúde de caráter regionais, disponibilizados por ente público (caso dos hospitais regionais e AME). É o grupo que tem mais contratos de prestação de serviços,

voltados para realização de procedimentos e cirurgias. As relações com o setor privado são conflituosas e não necessariamente apresenta a melhor remuneração. As atividades em consultórios particulares são menos relevantes. Esse grupo apresentou mais disponibilidade de contratos com o setor público associado à remuneração por produção e a metas definidas.

O Grupo de Especialidades Clínicas utiliza um pouco menos o aparato tecnológico, com exceção da nefrologia, e a consulta é fundamental para o estabelecimento da relação médico-paciente. Um segmento do grupo de especialidades clínicas é o que apresenta mais contratos formais com o setor público, e dentre elas a psiquiatria e a MFC que tiveram seus campos de atuação ampliados pelas políticas de saúde, na atenção primária. É o grupo com mais frequência de consultórios particulares, e apresenta menor circulação entre municípios e regiões de saúde.

O Grupo da RDI é fortemente dependente de equipamentos e tecnologia para o exercício da especialidade, com predominância de grandes empresas dominarem o mercado privado, e no setor público geralmente são serviços terceirizados. Esses profissionais apresentam circulação presencial entre municípios e regiões, e frequentemente circulam remotamente com ferramentas da telerradiologia.

Os especialistas apontaram maior tendência de atuarem como empregados ou prestadores de serviço do que como empreendedores ou proprietários. Foi fala recorrente que o consultório particular tem sido espaço cada vez menor, estando afetado a variáveis econômicas de forma geral, em poucos especialistas sobrevivem exclusivamente deste. Aqueles que conseguem ter o consultório como única ou principal fonte de renda são, de maneira geral, profissionais com uma rede sólida de colegas que encaminham pacientes, ou médicos um pouco mais velhos, sobretudo acadêmicos, que conseguiram estabilidade e renome em outra época.

Destacamos a seguir “comentários” observados do conjunto dos entrevistados que interpretamos como sendo características da profissão médica e não especificidades da especialidade escolhida, devido a ocorrência em todas os entrevistados independente da especialidade

Vários profissionais que realizaram a graduação e RM em universidades com hospitais de ensino, buscaram a formação especializada posterior nestas mesmas IES, referindo em suas trajetórias oportunidades de fellows e intercâmbios, distintas daqueles que realizaram a formação especializada em serviços não universitários, credenciados para a RM. Essa possibilidade pode-se dar porque as instituições de ensino apresentam estrutura acadêmica mais estruturada em termos de intercâmbio, também facilitada pela rede de relações interna, que funciona como um facilitador dessas experiências bem como pelo perfil socioeconômico dos profissionais.

Muitos entrevistados tiveram e/ou têm vínculos profissionais nas instituições de formação. Foi possível identificar que as relações estabelecidas na graduação e na residência médica são condutores da iniciação no trabalho. O ingresso no mercado de trabalho é influenciado pela origem da formação, a maioria dos entrevistados ingressou no mercado de trabalho por “indicação” de professores, preceptores, colegas de residência ou de graduação. Esses relacionamentos contribuem inclusive para as colocações após o término da RM quer seja na indicação a postos de trabalho, quer para a manutenção de clientela de consultórios por meio de redes de relacionamentos estabelecidas. Esta rede de relações é menos relevante em serviços com maior atividade no setor público, por exemplo, Medicina de Família e

Comunidade, ainda que a intensa atuação das Parcerias relativizem as exigências de concurso público.

A concordância de todos os segmentos de todas as especialidades da importância da Residência Médica para a formação especializada. Justificada ora por fragilidades do ensino médico, ora pela diferenciação e competitividade no mercado de trabalho e para todos como satisfação pessoal, confiança e segurança na própria qualificação.

As preferências ou requisitos para avaliar o bom desempenho da especialidade e, ou para aceitar um posto de trabalho foram distintas considerando dois perfis de especialidades médicas, aquelas com atuação em hospitais e serviços de saúde especializados, que para sua atuação é exigido aparato tecnológico e recursos de apoio diagnóstico considerados de alta complexidade e aquelas especialidades ambulatoriais com características longitudinais.

Para as especialidades de maior complexidade os entrevistados focaram na qualidade e disponibilidade de recursos materiais (insumos) e infraestrutura para execução das atividades bem como a coordenação dos serviços atuantes, autonomia e flexibilidade, equipe de trabalho, regras e metas contratuais foram as mais citadas.

Já para os profissionais de especialidades ambulatoriais que ocorrem em UBS, CAPS ou Ambulatórios Especializados, com características longitudinais referem como requisitos condições de acesso, proximidade e ambiência.

Nos dois grupos, observamos que a remuneração não foi o quesito principal e colocando como prioridade as outras condições citadas.

O envelhecimento da população tem implicações em todas as especialidades do estudo.

O desenvolvimento tecnológico foi observado na área farmacêutica para especialidades clínicas, oncologia, endocrinologia, psiquiatria, e na área de tecnologia de equipamentos e instrumentais que permitem procedimentos menos invasivos, para as especialidades cirúrgicas como ortopedia, neurocirurgia, hemodinâmica, cirurgia vascular, até desenvolvimento inteligência artificial que auxilia em rastreamento de imagens.

Há de se destacar que não houve consenso de possíveis vantagens do trabalho no setor privado. Diferentes visões, por um lado profissionais que atuam mais na saúde suplementar e se sentem satisfeitos e por outro lado alguns consideram as regras da saúde suplementar no sentido de retornos financeiros, metas e condições operacionais nem sempre favoráveis ao trabalho médico. Para alguns o público intermediado por OS remunera melhor que o privado, e há vários níveis de “privado” e de tabelas de remuneração bem como restrições da saúde suplementar.

O setor público apresenta volume e diversidade de casos interpretados como os melhores campos de prática para a RM e para os profissionais que querem experiências.

O mercado privado da saúde é dependente economicamente de seus financiadores, principalmente consultórios particulares, e/ou convênios médicos. Quando ocorrem crises na economia, como queda nas carteiras de planos de saúde, observou-se o movimento de busca por colocação no setor público, cuja restrição para contratação é a disponibilidade financeira.

6. Considerações Finais

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com profissionais médicos, Gestores Públicos e Gestores de Serviços de Saúde do Campo de São Paulo, apresentam um contexto específico quanto à organização e operação dos serviços públicos de saúde, SUS, onde tanto a expansão como a manutenção da operação são apoiadas por Parcerias público-privado, bem como pela expansão e forte presença do setor privado, da saúde suplementar existentes na capital.

Os desequilíbrios na distribuição de profissionais se referiram, principalmente, ao provimento e manutenção (atração e fixação) em serviços de saúde localizados em áreas periféricas e de maior vulnerabilidade social do município.

Em algumas situações os desequilíbrios são acentuados pela forte presença do setor privado, de convênios e particulares. Paradoxalmente pode-se observar que por ocasião de crises econômicas que afetam a capacidade de parte da sociedade na manutenção de convênios ou como na pandemia que serviços privados foram contingenciados houve expansão dos serviços SUS.

O presente estudo não analisou com profundidade todos os segmentos do mercado de trabalho médico, em São Paulo, concentrando-se nas análises das entrevistas de gestores públicos, gestores de organizações sociais e nas entrevistas com uma pequena amostra de médicos em atividade na capital e sua relação com os serviços públicos e privados.

Tais entrevistas foram complementadas com aquelas realizadas com as Sociedades de Especialistas, que não se referem especificamente ao campo de São Paulo. A entrevista com as Sociedades de Especialistas serviu de base também para outras análises realizadas em outras dimensões do estudo, mas optamos por agregá-las neste relatório, pois além de terem sido realizadas primordialmente em São Paulo, se complementam e possibilitam diferenciações a partir das falas de gestores e profissionais.

Uma primeira observação em relação às Sociedades de Especialistas é sua forte preocupação com a qualificação profissional de seus associados (buscar as atribuições das sociedades no texto)

Este compromisso se traduz numa defesa inarredável da Residência Médica como o padrão ouro da formação do especialista. Por outro lado, tal defesa se associa a uma intensa defesa da realização da prova de título, como fator essencial para o profissional ascender e atuar na organização interna das Sociedades, bem como a sua atuação no mercado de trabalho, principalmente nos serviços de maior qualidade. Esta preocupação se traduz também numa movimentação das sociedades para avaliar e reconhecer serviços e cursos específicos que promovam a especialização dos profissionais, bem como de avaliar internamente os agentes formadores através do desempenho dos egressos nas provas de título da sociedade. Este movimento, apesar do reconhecimento da excelência da RM, legitima a formação especializada paralela à própria residência, cujo credenciamento é externo às Sociedades (realizado pela CNRM- MEC).

Neste sentido ainda que as Sociedades também se manifestem como favoráveis a interiorização das especialidades (o problema não é de quantidade de profissionais mas de

distribuição), e em alguns casos até desenvolvam estratégias específicas nesta direção, são mais céticas ou críticas às políticas dirigidas mais diretamente pelos agentes públicos, e consideram frequentemente tais iniciativas como risco à qualidade da formação do especialista. Há, portanto, pouca ênfase na discussão sobre políticas de expansão de bolsas de residência médica, ou necessidade de especialistas, dado que em geral o diagnóstico aponta para a suficiência de oferta, mas demanda melhoria de condições de trabalho, para que esta redistribuição ocorra.

A análise do diálogo entre médicos especialistas e suas representações formais promoveu o levantamento de diversos aspectos importantes sobre o perfil mais atual da profissão médica, destacadamente: as formas de vinculação e remuneração do trabalho médico e as novas formas de composição profissional na prestação assistência privada, como nas clínicas populares, que, relativamente, acolhem a demanda reprimida por especialistas no setor público.

Nessa perspectiva, a influência dos setores privado e público na oferta/dimensionamento dos médicos especialistas, meta fundamental desse estudo, varia de acordo com a área de especialidade.

Algumas características comuns podem ser referidas – a presença de grandes prestadores/ organizações que contratam grande volume de profissionais, “Pejotização” do trabalho, dificuldade de atuação como profissional liberal isolado, crítica ao setor público pela baixa remuneração, desatualização tecnológica, e a necessidade de incorporação de tecnologia e medicamentos de ponta. A atuação no setor público, em função das formas terceirizadas de contratação deixa de ser, pelo menos para as novas gerações, uma opção alternativa para garantia de estabilidade.

As considerações sobre o mercado de trabalho são frequentemente orientadas pela perspectiva do mercado privado, e não há uma identificação ou parceria específica com o SUS. Tal preocupação só se manifesta mais intensamente com a SBMFC, pela natureza específica da atuação do profissional. Entretanto, nos meandros das entrevistas é possível identificar relação importante, às vezes de quase dependência da especialidade com o setor público, como por exemplo, na Nefrologia em relação a hemodiálise, na Hematologia em decorrência da política de sangue e produção de hemoderivados, ou até na Oftalmologia, particularmente frente aos mutirões de catarata, mas também com propostas de incorporação da especialidade na Atenção Básica.

A relação das especialidades com atenção básica tende a ser muito valorizada, e considerada como fundamental para o funcionamento adequado do sistema, e da garantia de atenção integral. Varias especialidades referem dimensões da prática específica que poderiam vir a ser assumidas ou desenvolvidas na Atenção Básica. Entretanto, raramente se trabalha com a perspectiva de transferência de atribuições, exceto para algumas atividades de diagnóstico precoce e triagem. O que é muitas vezes sugerido é a incorporação do profissional em atividades de matriciamento, ou incorporação na equipe de apoio, na perspectiva de ampliação de campo de atuação da especialidade, mas não de transferência de escopo para outros profissionais. A SBHH, excepcionalmente, refere estar elaborando um guia para diagnóstico e manejo de anemias.

No outro extremo da Atenção, as Sociedades referem avanços significativos e extrema atenção com a incorporação tecnológica e de medicamentos, ainda que poucas refiram ou

visualizem tecnologias verdadeiramente disruptivas neste momento. A SBHH mais uma vez, refere que a possibilidade de manejo celular para adequação da resposta imune aos tumores, pode vir a ser de fato um novo campo de atuação da especialidade.

A maioria reconhece a importância da incorporação de Inteligência Artificial, mas identificam estes processo mais relacionados à qualificação da atenção, garantia de segurança e eventualmente, ampliação do acesso, do que especificamente à possibilidade de substituição do profissional. Por outro lado, tais incorporações geram gastos adicionais, o que vai fortalecendo a atuação das grandes organizações, em detrimento das praticas liberais mais individualizadas ou grupais.

Uma área onde este processo está em maior desenvolvimento é a Radiologia, tanto em termos de desenvolvimento tecnológico para diagnóstico, mas também como terapia (procedimentos micro-invasivos) e aprimoramento de inteligência artificial. Esta situação gera um movimento importante, tanto em termos de ampliação de escopo com a radiologia invasiva, como disputas de campo de atuação (mastologia, cirurgia vascular, gineco obstetrícia, cardiologia), e divisão técnica do trabalho – valorização dos técnicos específicos no manejo dos equipamentos, laudação á distância.

Outro elemento importante, considerado pelas Sociedades refere-se ao processo de envelhecimento da população que se apresentava como um orientador de demandas, com significativo impacto sobre as práticas profissionais considerando o cuidado de longo prazo. Entretanto tais demandas foram fortemente revisitadas a partir da Pandemia de COVID-19, quando a necessidade de cuidado agudo foi intensamente retomado, associada ao retardamento nos cuidados crônicos.

Em relação à utilização de telemedicina no cotidiano das atividades da especialidade, no momento anterior a Pandemia, a postura era bastante conservadora. Entretanto, para aquelas Sociedades entrevistadas já durante o desenvolvimento da pandemia, esta passou a ser identificada como um instrumento fundamental para algumas áreas.

Os campos – Gestores e Prestadores

Todas estas características encontram mediações e conformações específicas nas diferentes realidades observadas. Ainda que, em função da pandemia, os campos não tenham sido amplamente explorados, aqueles que foram realizados nos trazem elementos e revelações para importantes para a análise.

No campo de São Paulo a principal forma de vinculação médica se dá através de contratos de PJ e pessoa física, inclusive no setor público, em função das contratações por Organizações Sociais de Saúde. Assim, ainda de que neste campo os principais agentes contratantes sejam o poder público, estado e município, estas contratações são amplamente distribuídas por diferentes e poderosos agentes intermediadores.

Os agentes públicos justificam suas escolhas pelo modelo de OSS em função da flexibilidade e agilidade de contratação de profissionais, a possibilidade de apresentarem condições de competição no mercado de trabalho, com alternativas de ajustes e diferenciação de remuneração de acordo com as necessidades, a longa história de experiência de atuação no

SUS que a maioria destas organizações apresenta, e evidentemente o menor comprometimento orçamentário no longo prazo.

Por outro lado as instituições parceiras identificam algumas características importantes nesta relação: financiamento adequado e regular, atuação baseada em metas, possibilidade de alguma adaptação para gerar competitividade no mercado, e para algumas parceiras que atuam a mais longo prazo, compreensão e capacidade de gestão de um subsistema mais integrado de atenção. Em função de exigências legais as organizações vêm migrando de processos seletivos mais descentralizados, localizados por serviços, para processo seletivos mais gerais e publicizados, ou para a realização de pregões para contratações específicas de serviços. Também apresentam uma tendência de transformação de seus vínculos CLT para PJ em função de menor custo e flexibilidade. Não referem dificuldades muito significativas para contratação, mas identificam grande rotatividade na atenção básica. Para os serviços ambulatoriais especializados referem muita contratação de profissionais provenientes de faculdades do interior, do entorno da Grande São Paulo, bem como de estados limítrofes. Algumas destas OSS também contam com faculdades de medicina, e com Programas de Residência Médica na instituição sede, havendo aí também expectativas de captação de profissionais formados na própria organização.

Já no campo de Belo Horizonte a contratação da SMS é feita principalmente através de contratação direta. Há dificuldades para contratar profissionais na AB principalmente em regiões com maior vulnerabilidade, e alguma dificuldade para contratação de especialistas. Interessante registrar os ciclos de contratação dos profissionais – recém-formados para atuar na Saúde da Família, onde ficam cerca de 2 anos, até entrarem na residência. Na saída da residência ficam cerca de 2 anos também, para aprendizado, dado a grande volume de pacientes atendidos. Depois vão para saúde suplementar. Uma facilitação para contratação ocorre quando o profissional tem outros vínculos próximos do local de atuação e acaba se fixando mais na região.

Também foram discutidas propostas públicas para o interior do estado, onde o desenvolvimento de um projeto mais integrado de atuação em rede regional de saúde, com suporte assistencial adequado, em associação com um agente formador, com estabilidade e carreira possibilita a captação de profissionais para a cidade e região.

No âmbito hospitalar identificaram-se algumas experiências de contratação diferenciadas como dois hospitais não lucrativos que trabalhavam em regime de cooperativas, ambas com projetos robustos de garantia de qualidade assistencial, qualificação profissional e carreira.

Voltando a São Paulo foi possível reconhecer um hospital de grande porte e alta complexidade, instituição mãe de uma grande OSS que gerencia a atenção de toda a rede de saúde de uma região da cidade investindo na estruturação da Residência Médica, na criação de uma faculdade de medicina, e no desenvolvimento de um projeto de gestão do cuidado para o conjunto da rede, como componentes da sua gestão que possibilitam a atração e fixação de especialistas, e na formação de pessoal próprio para atuar em seus serviços.

Outro Hospital de grande porte, altamente especializado, com vínculos com o SUS apenas para situações especiais, possibilita mediante indicação e avaliação do histórico do profissional um amplo credenciamento de profissionais dispostos a pagar o custo de utilização de suas dependências para atuar e atender neste serviço, Entretanto este hospital, fugindo às

normas usuais, contrata um grupo de cerca de 900 médicos com vínculo CLT para conduzirem e dirigirem os diferentes serviços chaves do hospital – UTI, PS, maternidade, enfermarias, SADT, acreditando em uma relação de confiança com estes profissionais que esta modalidade de vinculação possibilita. Ao mesmo tempo, conta com um programa bastante sofisticado da avaliação de desempenho e remuneração, de educação permanente, e também forma profissionais para seus próprios serviços, através de faculdades próprias de medicina e de enfermagem.

A dificuldade de contar com o profissional, frequentemente muito relacionada à questão remuneratória, não se esgota, entretanto, neste tema - a melhor resposta, aparentemente, dada à contratação de especialistas proporcionados pelas OSS parece estar também muito vinculado a um modelo onde que possibilita facilitação de contratações e propostas compatíveis com a diversidade da inserção profissional. Destaque-se em particular o modelo proposto pelos Ambulatórios Médicos de Especialidades, com remuneração por produção e uma orientação assistencial de retorno rápido do paciente a atenção básica, após consulta de avaliação, diagnóstico e estabilização do quadro e re-encaminhamento para continuidade do seguimento na APS, ou como serviços de diagnóstico e de pequenas cirurgias que também remetem a procedimentos e acompanhamentos de curto prazo. Tal modelo oferece remuneração adequada, flexibilidade de horários e vinculação, estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico tecnologicamente desenvolvido para este nível de atenção, bem como possibilidade de encaminhamento para serviços terciários e o retorno rápido para a atenção básica. Não é, entretanto, um modelo para acompanhamento de longo prazo para os pacientes. O que pode limitar sua adesão por algumas especialidades.

Desta forma, parece que o desenvolvimento de propostas para a atração e fixação de especialistas depende muito menos de uma resposta remuneratória ou de um certo tipo de vínculo, mas sim de uma estratégia mais abrangente, que seja capaz de dar uma resposta mais adequada às expectativas e possibilidades de atuação destes profissionais, e sua organização específica de trabalho em cada especialidade.

Durante a pandemia, no campo de São Paulo, esta flexibilidade para contratação aumentou significativamente a atuação das OSS, quer na montagem e gestão de hospitais de campanha, mas também para contratações em setores específicos de hospitais próprios, como Prontos Socorros e UTIs, trazendo questões importantes quanto à segurança e proteção adequada para o exercício profissional, mas também para a importância e dimensão que tais arranjos vão assumindo na gestão, bem como para a capacidade de coordenação e integração por parte do agente público frente aos múltiplos comandos mais autônomos que vão se instituindo nos serviços e no sistema como um todo.

Características dos profissionais – trajetórias

As especialidades médicas apresentam diferentes possibilidades de atuação e inserção a postos de trabalho considerando as características se clínicas ou cirúrgicas, e a complexidade e densidade tecnológica incorporada.

Assim a oncologia, associada à alta incorporação tecnológica diagnóstica e grande dependência de inovações em medicamentos, vem apresentando grande crescimento no segmento privado não SUS, bem como concentração de atuação em serviços muito

especializados, como baixa circulação de profissionais. Por outro lado os principais agentes formadores seguem sendo públicos, com grandes serviços, e conhecimento incorporado.

O segmento de especialidades clínicas acompanha em parte este padrão com maior valorização da incorporação de inovações medicamentosas, continuidade do cuidado para a atenção a cronicidade, em expansão com o envelhecimento, valorização da ambiência no trabalho, possibilidade de composição de carteira de pacientes em acompanhamento mais rápida, menor dependência de volume de atendimentos, portanto com tendência a vinculação setor privado em consultórios, mesmo que mediados por planos de saúde.

O segmento das especialidades cirúrgicas é fortemente relacionada à oferta de infra-estrutura institucional, é mais dependente de volume de atendimentos, menos relacionado com a continuidade de cuidados. A diversidade de procedimentos possíveis possibilita atuação em diferentes serviços, e o custo operacional, condiciona à vinculação institucional. Neste sentido é uma prática mais afeita a atuação em novos arranjos público-privados.

O segmento de apoio diagnóstico e terapêutico é fortemente condicionado à incorporação tecnológica. No caso da Radiologia, a disponibilidade da tecnologia eventualmente independe da própria presença física do profissional, constituindo uma dupla condição onde o maior detalhamento e diversidade/volume de imagens gera maior trabalho de análise, associada à oferta de equipamentos maior que a de profissionais disponíveis. Esta condição em parte é enfrentada pela telerradiologia e pelo desenvolvimento de inteligência artificial, mas por outro por uma intensa disputa de campos, por outras especialidades e pela divisão de trabalho com profissionais técnicos. É, portanto, uma especialidade em transição. Esta diversidade entretanto também permite a atuação do profissional em diferentes serviços, tanto públicos como privados.

Em São Paulo o maior agente institucional contratante é o Público, ainda que por intermediação das OSS, que estão cada vez mais incorporando formas de contratação do trabalho médico e da prestação de serviços médicos, por contratos PJ e remuneração por produtividade, como mecanismo de diversificação e aderência do profissional médico.

Neste sentido, se a atenção no setor público perde valor relacionado à estabilidade, segue sendo um importante campo de formação, formal ou informal, bem como uma relevante porta de entrada para o mercado de trabalho, principalmente de migrantes. A continuidade do trabalho será, portanto, tão mais dependente da condição do setor de oferecer condição adequadas de trabalho e desenvolvimento profissional bem como de incorporação tecnológica.

Já a relação com o setor privado, que não foi muito explorada nestas entrevistas segue fortemente tensionada, quer por constrangimentos de produção, ou pressão por desempenho estabelecidas nas relações com os diferentes contratantes privados, ou inclusive na ausência de regras mais claras e transparentes de contratação em segmentos mais tecnológicos. Alguns relatos apontam que as regras e decisões neste segmento frequentemente não estão bem definidas e dependem mais de relações interpessoais enquanto o setor público apresenta normas mais transparentes.

Foi evidenciado que o mercado de trabalho médico no município de São Paulo é um fator definidor da retenção de imigrantes e indução de circularidade de profissionais entre municípios vizinhos e entre serviços de saúde no município, sendo que, em diversas situações a movimentação é associada às Parceiras e em serviços públicos de caráter regional. O que se

percebeu foi que os deslocamentos da capital para outros municípios foram menos relacionadas a atividades no setor privado.

A movimentação médica apresenta relação também com as ofertas de especialização em programas de Residência Médica e, a fixação e retenção do contingente formado são dependentes da disponibilidade de absorção do mercado de trabalho, tanto no SUS como no setor privado. Neste sentido, este mercado continua atraente tanto pelas oportunidades de qualificação existentes, (com uma surpreendente oferta de 56% dos postos de trabalho médico em serviços do SUS, relacionados a ensino), como também por oportunidades de trabalho, bastante distribuídas pelo município, sem grandes restrições de acesso, particularmente no setor público, ainda que mediadas pelas OSS. Ainda que bem mais segmentado e com regras específicas de entrada, mediadas frequentemente por relações interpessoais o setor privado também parece ser capaz de continuar atraindo profissionais.

Importante referir que dentre os profissionais que foram entrevistados cerca de 37% eram migrantes. Estes migrantes, profissionais formados fora de São Paulo que realizaram a RM no estado, foram maioria entre os profissionais que atuavam em mais de um município (55%). Conforme referido, estes profissionais circulantes atuavam em especialidades cirúrgicas (89%), com predominância de serviços SUS (70%) e com número de vínculos superior àqueles referido pelos não circulantes. Tais informações reforçam estudos anteriores em relação à circulação de profissionais e apontam para a sua importância para a oferta de serviços em áreas mais vulneráveis, como também sugerem uma relevante segmentação do mercado de trabalho médico na cidade.

Por outro lado tais informações também parecem representar uma segmentação do mercado de trabalho médico, onde os graduados nas universidades mais tradicionais tem acesso a serviços de maior prestígio e remuneração, em função de vínculos históricos e rede de relacionamentos, enquanto os profissionais que vem de fora atuam nos serviços mais periféricos e são obrigados a se movimentar mais para garantir a remuneração adequada.

Neste sentido, ainda que este pareça ser um mercado de pleno emprego, nenhum profissional referiu dificuldade para iniciar e desenvolver suas atividades, portanto ainda com grande oferta, as portas não são iguais para todos.

A pandemia evidenciou parte desta desigualdade. A ação pública através das organizações sociais foi capaz de ampliar a oferta de serviços e incorporar profissionais. Entretanto tais vínculos foram estabelecidos de forma bastante precária, contratos temporários, bem como ocupados em grande parte por profissionais recém-formados, como pode ser observado no relatório do Survey nacional com médicos no período da Covid.

O impacto de recessão econômica parece ter afetado as especialidades clínicas na atuação do setor privado, nos consultórios principalmente. Na situação extraordinária da Pandemia da COVID as especialidades cirúrgicas e diagnósticas sofreram uma importante retração, decorrente das restrições de procedimentos eletivos.

A Pandemia também possibilitou a experimentação da Telemedicina no monitoramento dos atendimentos na Atenção Básica. Neste caso o setor privado foi capaz de rapidamente desenvolver respostas que possibilitassem enfrentar a queda de receitas e o receio dos pacientes em comparecerem aos serviços. Este talvez seja um dos maiores desafios para o

futuro do SUS. Responder as necessidades daqueles que deixaram de ser atendidos e, portanto agravaram seus quadros crônicos, bem como a reabilitação daqueles acometidos pela Covid.

Anexos

Anexo 1 – Roteiros de Entrevistas por Segmento

SOCIEDADES/CONSELHOS/ASSOCIAÇÕES DAS ESPECIALIDADES
--

1. Você pode contar um pouco da sua trajetória profissional? (loais de trabalho e época/ano)
2. Quando iniciou a sua Gestão na Sociedade (identificar) _____?
 - a. Quanto tempo do mandato
 - b. Processo de candidatura e eleição
 - c. Atribuições principais da Sociedade
 - d. Relação de Residências da Área
 - e. Relação com os Conselhos Regionais e Federais de Medicina
 - f. Em quais subespecialidades a (inserir especialidade) tem hoje
3. Quais as variáveis/critérios que o Sr./Sra. considera para avaliar as melhores Residências de (identificar) no país?
 - a. Na sua opinião, quais as habilidades e competências são necessárias para o exercício das Especialidades?
 - b. Podemos dizer que há um “perfil” (formativo ou pessoal) que melhor atenderia/favoreceria a Formação e a Prática na Especialidade?
 - c. Todas as Residências da Comissão Nacional são reconhecidas pela Sociedade ou há critérios para o reconhecimento?
4. Como o Sr./Sra. avalia o Mercado de Trabalho Médico de modo Geral e da sua Especialidade?
 - a. Como se dá hoje a inserção no Mercado.
 - b. Em relação ao exercício profissional nessa especialidade, quais são os pontos positivos? E negativos?
 - c. Como os profissionais se organizam para atuar no mercado (em grupos médicos, individualmente)?
 - d. Quais os tipos de instituição? Há algum tipo de preferência por parte dos médicos?
 - e. E os Arranjos Institucionais, entenda-se Hospital, Clínica Populares, Clínicas Médicas.
 - f. Como vê a Especialidade se organizando em prestação de assistência no setor Público e Privado.
 - g. O Sr./Sra. saberia nos dizer em números, aproximadamente, quantos profissionais associados atendem ao Sistema Único de Saúde - SUS (qual a relevância do SUS para a prática da especialidade?)
 - h. Os dados estatísticos DataSUS, CFM e CNES afirmam que 60% dos médicos (identificar especialidade) atendem na rede pública SUS, o Sr./Sra. Concorda? (ter em mãos os dados da especialidade entrevistada)
 - i. Como o Sr. percebe a sua especialidade dentro do SUS? (o que a Atenção Básica precisa saber para encaminhar/referenciar melhor)
 - j. Na sua especialidade, qual a importância do trabalho em equipe? Quem compõe/como é composta a equipe?
 - k. Na sua opinião, o que determina o atendimento ou comportamento do Médico Especializado no setor Público e no Privado, há variações?

5. Na sua opinião, qual a tendência que (inserir especialidade) tem para novas subespecialidades?

- a. No âmbito da sua Especialidade, na sua opinião, o envelhecimento da população afeta as práticas médicas? E de que forma?
 - b. Pensando em Tecnologia (deixar claro o que se entende por tecnologia) de modo mais amplo, como se dá a relação prática profissional e desenvolvimento do conhecimento?
 - c. Quais são os principais problemas de saúde na sua área e como se relaciona com o setor público e privado?
 - d. Sobre Pesquisa/conhecimento, o Sr. teria em números quantos Seminários, Fóruns, Encontros são disponibilizados por ano na sua Especialidade e nas Subespecialidades?
7. O Sr./Sra. possui dados estatísticos/informações da especialidade que possam ser disponibilizados para nós?

COORDENADORES DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU

1. Identificação do Entrevistado
 - a. Formação (graduação e especialização)
 - b. Cargos que ocupa
 - c. Tempo de atuação no cargo
2. Identificação da Instituição e do Curso
 - a. Sobre a instituição, se próprio, mantido, natureza jurídica da instituição? Possui serviços assistenciais próprios? Oferta outros cursos na área da saúde?
 - b. Organização da oferta de programas de Residência/cursos de especialização da IES: especialidades ofertadas, relação ensino – serviço, financiamento, etc.
 - c. Demandas a atender quando existir residência e cursos especialização de mesma natureza
 - d. Perfil dos candidatos : composição demográfica, origem geográfica, inserção no mercado de trabalho, trajetórias das especializações mais comuns
 - d. Certificados e critérios de obtenção
3. Modalidades de Formação
 - a. Opinião sobre Residência Médica como forma de acesso a especialidade, vantagens e desvantagens
 - b. Titulação por RM ainda é padrão ouro entre as diversas modalidades
 - c. Número de vagas para RM autorizadas atualmente é suficiente?
 - d. Ocorreram mudanças curriculares nos últimos anos? Por que elas ocorreram?
 - e. Quais são as tendências para as RM nos próximos anos?
 - f. Qual a sua opinião sobre cursos preparatórios para os exames de residência médica?
 - g. E sobre habilitações e outras modalidades “modularizadas” de certificações na forma de atualização, aperfeiçoamento, certificados de competências, qual a sua opinião?
 - h. Qual seria, nesse contexto, o papel das pós graduações strictu sensu (mestrado e doutorado)? Tem algum diferencial?
4. Escopo de Prática
 - a. Competências adquiridas compartilhadas com outras especialidades? Quais e com qual especialidade
 - b. Qual a sua opinião sobre a formação de competências essenciais/nucleares (core competencies) e maior compartilhamento de escopos entre especialidades, a exemplo do que acontece em países como Estados Unidos, Canadá e Holanda?

- c. Qual a sua opinião sobre a ampliação dos escopos, competências e autonomia de profissionais não médicos? Existem escopos da sua especialidade que poderiam ser realizados por estes profissionais? Quais escopos e quais profissionais?

GESTORES INSTITUCIONAIS

1. Você pode contar um pouco da sua trajetória profissional (locais de trabalho e época/ano)?
2. Atuou nos últimos 10 anos como Médico (identificar especialidade)? _____ no setor público e/ou privado, antes de assumir o cargo (identificar qual) _____ nesta Instituição? (No caso do gestor ser médico)
3. Se sim, quais motivos foram relevantes para deixar de atuar na sua Especialidade? (No caso do gestor ser médico)
4. Se ainda atua também como Médico (Identificar Especialidade) _____
 - a. Instituição é Pública e/ou Privada?
 - b. Quantos dias da semana atua?
 - c. Como concilia as duas atividades profissionais?
 - d. O que o motiva a exercer as duas atividades profissionais?
5. Na sua opinião, como Sr./Sra. avalia os Serviços prestados por esta Instituição?
 - a. Identificar área de atuação da Instituição, se mais de uma, qual a principal?
 - b. Quanto aos profissionais que compõem sua equipe, é correto afirmar que o número é adequado? Por quê?
 - c. A estrutura de serviços disponível para atendimento atende a demanda?
 - d. E quanto à disponibilidade de repasse e uso de material administrativo e para os pacientes, em quantidade, supre as necessidades da Instituição?
 - e. Por favor, mapeie todos os serviços oferecidos na Instituição.
6. Há quanto tempo é o/a Gestor/a Responsável? Como se deu o convite, por indicação ou eleição?
7. O que mudou com a sua Gestão – aspectos humanos (pacientes e profissionais) administrativos (orçamentário) e de serviços (atendimento oferecido)?
8. Quais as maiores dificuldades ao assumir o cargo?
9. Enquanto Gestor(a), como o Sr./Sra. classificaria a relação da sua Instituição com a Referência e Contra Referência? Como o seu serviço se posiciona em relação a Rede de Saúde?
 - a. Dar uma nota 0 a 10
 - b. Quais os aspectos positivos?
 - c. Quais dificuldades ainda precisam ser superadas?
10. Quais os critérios que definiram as Especialidades que vocês disponibilizam nesta Instituição?
 - a. Quais são as Especialidades?
 - b. Quantos médicos por especialidades?
 - c. Alguns dos médicos prestam atendimento em mais de uma especialidade?
 - d. Como o/a Sr./Sra. avalia o mercado de trabalho médico atualmente?
 - e. Como avalia o papel do seu serviço no Sistema Único de Saúde?
11. Sobre Contratações de médicos
 - a. Qual a carga horária, remuneração, tipo de contratação (regime de trabalho/vínculos)?

- b. Existem intermediários nas contratações (empresas, grupos médicos, cooperativas) no processo de contratação? Como atuam? Qual sua visão sobre isso (positiva/negativa)?
 - c. Quais as exigências estabelecidas no caso de contratação de profissionais – disponibilidade e profissionais por postos de trabalho, horas profissional, produtividade, metas assistenciais, critérios de qualidade?
 - d. Qual a origem dos profissionais que atuam no município?
12. Existem mecanismos de avaliação e remuneração segundo produtividade? Comente esse aspecto.
13. Qual foi o impacto do mais médico no município? E na região?

MÉDICOS ESPECIALISTAS

1. Motivação para a escolha da Carreira Médica e Formação
 - a. Você pode contar um pouco da sua trajetória profissional? (locais de trabalho e época/ano)
 - b. Mudou de local (cidade) para a formação?
 - c. Sobre a Residência Médica
 - d. Por que escolheu esta Instituição para Residência
 - e. O que em sua Residência inspirou a sua atuação profissional?
 - f. Tem mais de uma Residência? Qual? Entre as duas citadas, em qual delas há maior dedicação?
 - g. Qual nota você daria para a sua Residência
 - h. Quais são os aspectos positivos e negativos para a sua Residência
 - i. Fez alguma Formação Complementar para a Prática Profissional
 - j. Quais são as habilidades e competências necessárias, na sua opinião, para o exercício da especialidade?
 - g. Participa/participou da Sociedade de Especialistas?
2. Trajetória Profissional
 - a. Quais são os seus vínculos de trabalho?
 - b. Onde atua profissionalmente, em locais Públicos e/ou Privados
 - c. Como foi seu ingresso nos diferentes postos de trabalho (Concurso, Indicação, Eleição, termos de Contratação)?
 - d. Quais são os tipos de serviços (Clínica Popular/ Santa Casa/ Hospital)?
 - e. Para cada item, qual a carga horária/distância, remuneração, carteira de cliente, reconhecimento profissional/convite profissional.
3. Circulação
 - a. Você mora neste município? Se não, onde mora? É muito distante?
 - b. Você também trabalha em outros serviços no município? Em outros municípios do estado? E em município de outro estado? Em caso positivo, qual/quais?
 - c. Porque está trabalhando aqui? E nos demais locais? Este é o seu principal município de trabalho? Existe algum principal? Por quê?
 - d. Por que atua em diferentes municípios (ou não): mercado local complicado; expectativa de incremento de ganhos; diversificação; oportunidade; qualificação?
 - e. Quais seriam os pontos atrativos (Condições de trabalho na Instituição, qualidade de vida, Remuneração, Possibilidade de Especialização, Plano de Carreira, Ambiente com Segurança), para fixação em uma cidade?
 - f. Quantos km você circula em média por semana?
 - g. Você pretende vir a atuar em menos municípios?
 - h. O que faria diferença para você atuar em menos municípios?
 - i. O que faria você vir a atuar em municípios mais distantes?

4. Mercado Profissional (Atuação)
 - a. Atualmente como você organiza e distribui seu tempo de trabalho?
 - b. Quais os seus vínculos empregatícios? Qual prefere? Por quê?
 - c. Quais elementos são determinantes para escolha dos serviços? (Ex: distância, remuneração, clientela, reconhecimento, convites, origem, condições de trabalho, carreira, horário, grupo de trabalho etc.)
 - d. Como avalia o mercado de trabalho médico em geral e, em especial, nas especialidades (Oferta e Demanda, Remuneração, Tipos de Contratação, Arranjos Institucionais, Cooperativas, e na sua própria Especialidade)?
 - e. Quem é sua clientela? (convênio, particular, SUS). Como distribui seu tempo de trabalho em cada um?
 - f. Existem segmentos mais expressivos/atrativos/ economicamente falando que torna remuneração mais atrativa/significativa
 - g. Como você compõe com outras áreas profissionais a assistência ao paciente (para quais profissionais costuma encaminhar)?
 - h. Como é a organização de trabalho mais típica/tradicional/consagrada na sua especialidade?
 - i. Você faz ou fez algum tipo de solicitação ou exigência em seu(s) contrato(s)?
 - j. Recebe algum tipo de incentivo financeiro ou não financeiro – moradia, benefícios – nos locais onde atua?
 - k. Você identifica algum controle ou dificuldade para começar a atuar ou entrar nos diferentes municípios/serviços? Algum controle sobre o mercado de trabalho local? Qual? Como você enfrentou esta situação?
5. Perspectivas da Especialidade
 - a. Como o envelhecimento da população afeta a sua atuação profissional/seu campo de atuação?
 - b. De que modo as novas tecnologias afetam a sua atuação profissional?
 - c. Como se organiza para utilizar as Tecnologias disponíveis?
 - d. Como você vê as tendências/futuro da sua Especialidade na sociedade?
 - e. Como vê a Telemedicina na sua especialidade?
6. Relação com o Setor Público
 - a. O que você conhece do Sistema Único de Saúde (SUS)
 - b. E como o avalia?
 - c. Conforme a Constituição de 1988, o direito a Saúde é direito de todos e dever do Estado, na sua opinião este direito tem sido assegurado a sociedade como um todo?
7. Está satisfeito com o seu trabalho? Por que?
8. Qual são seus planos para o futuro?

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convite para participação em pesquisa

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Estudo sobre Formação, Exercício e Alocação de Médicos Especialistas no Brasil”.

Esta pesquisa é coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, envolvendo uma equipe de pesquisadores da área de recursos humanos em saúde, provenientes das Estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde.

O objetivo desta pesquisa é desenvolver estudos para subsidiar o Ministério da Saúde no planejamento da alocação de especialidades médicas em serviços de saúde, através do aprimoramento das metodologias de dimensionamento da força de trabalho, estimativas de necessidades de médicos, mapeamento de escopos de prática, caracterização da pós-graduação médica e projeção/simulação do número de especialistas para o futuro.

Para isto solicitamos sua especial colaboração em participar da pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre formação, titulação e exercício de médicos especialistas no Brasil. Os dados informados nessa entrevista serão gravados e posteriormente digitados em uma base de dados, construída especificamente para inserir as informações coletadas e para permitir sua análise. Você pode optar por não ter a entrevista gravada, assinando ao final desse Termo no local destinado a essa informação. Ao final do estudo, essa base será enviada para a SGTES/Ministério da Saúde, que é responsável pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, sendo arquivada de forma permanente.

Os riscos e/ou desconfortos envolvidos nesse estudo estão relacionados ao tempo dispendido para responder às entrevistas, a possíveis constrangimentos relativos a alguma pergunta/questão ou ao uso da gravação. Para minimizá-los, faremos com que a entrevista seja o mais breve e objetiva possível, com total liberdade para não responder às questões que você não se sentir confortável a fazê-lo e desligar ou não autorizar o uso do gravador se você assim o desejar. Os benefícios do estudo estão relacionados à possibilidade de ampliação do conhecimento sobre a formação de médicos no Brasil, que poderá resultar em políticas públicas baseadas em decisões melhor fundamentadas e mais adequadas aos serviços de atenção à saúde no país.

Sua participação é muito importante e é voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa ou serviço. Os resultados deste estudo irão compor o relatório de pesquisa que será encaminhado ao Ministério da Saúde, que é a instituição responsável pelo financiamento e execução desse projeto.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Este estudo foi analisado em seus aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz/IOC. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no

desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEP Fiocruz/IOC, está localizado na Av. Brasil, 4036, 7º andar – sala 705 – Expansão Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ – CEP 21.040-360, podendo ser contatado pelo email cepfiocruz@ioc.fiocruz.br, e pelo telefone (21) 3882-9011.

Caso necessite de qualquer tipo de esclarecimento, pedimos entrar em contato com o pesquisador principal, Antônio Ivo de Carvalho, pelo E-mail: antonio.ivo@fiocruz.br, ou pelo Telefone: (21) 3882-9282; ou com um dos coordenadores da pesquisa, Cristiana Leite Carvalho, pelo E-mail: cristianalcarvalho@gmail.com, ou pelo Telefone (31)33194517.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor e deverá ser rubricado pelo pesquisador e do participante em todas as páginas.

São Paulo, ____/____/____.

() Autorizo a gravação desta entrevista

() Não autorizo a gravação desta entrevista

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Eu, _____, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador

Data

Anexo 3 – Relação das Entrevistas Realizadas por Segmento

Segmento	Descrição
Sociedades Especialistas e Entidade Médica	Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia Celular Conselho Brasileiro de Oftalmologia Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica Sociedade Brasileira de Nefrologia Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Diretoria de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Diretoria de Exercício Profissional e Mercado de Trabalho da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia Associação Médica Brasileira
Gestão Pública	Departamento de Regulação da Gestão Municipal de São Paulo Departamento de Atenção Básica da Gestão Municipal de São Paulo Departamento de Atenção Especializada/Alta Complexidade de Belo Horizonte Departamento de Atenção Primária à Saúde Municipal de Belo Horizonte Departamento de Atenção à Saúde Complementar Municipal de Belo Horizonte Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (DAET/MS) Coordenação de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de São Paulo
Gestores e Dirigentes de Serviços de Saúde	Casa de Saúde Santa Marcelina Ambulatório Médico de Especialidades de São Paulo Hospital Israelita Albert Einstein Santa Casa de Belo Horizonte Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM Afiliadas Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Programa de Atenção Integral à Saúde - SPDM PAIS Atenção Primária em Saúde do Santa Marcelina - APS Hospital Felício Rocho Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM
Formação	Comissão de Residência Médica da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP Comissão da Residência Médica da Santa Casa de São Paulo Comissão da Residência Médica da Santa Casa de Belo Horizonte Comissão de Residência Médica Hospital das Clínicas da UFMG Residência em Radiologia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte Comissão da Residência Médica do Hospital Felício Rocho Comissão de Residência Médica Hospital Universitário da UNIVASF/Petrolina Coordenação da Graduação em Medicina da UNIVASF/Petrolina Cursos de Especialização Hospital Felício Rocho
Médicos Especialistas	Oncologia (2) Hematologia (1) Mastologia (1) Radioterapia (1) Cardiologia (1) Cirurgia Vascular (1) Endocrinologia (3) Nefrologia (2) Neurocirurgia (3) Ortopedia (2) Anestesiologia (1) Radiologia por Imagem (2) Psiquiatria (4) Oftalmologia (2) Médico de Saúde da Família (1) Outros (3)

Anexo 4 - Tabelas

**Tabela 07 – População e Taxa de Crescimento segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS).
Município de São Paulo, 2000 – 2010.**

STS	População		Taxa
	2000	2010	
Butantã	377.576	428.217	1,27
Campo Limpo	505.969	607.105	1,84
Capela do Socorro	563.922	594.930	0,54
Casa Verde/ Cachoeirinha	313.323	309.376	-0,13
Cidade Tiradentes	190.657	211.501	1,04
Ermelino Matarazzo	204.951	207.509	-0,11
Freguesia/ Brasilândia	392.251	407.245	0,38
Guaianases	256.319	268.508	0,47
Ipiranga	429.235	463.804	0,78
Itaim Paulista	359.215	373.127	0,38
Itaquera	489.502	523.848	0,68
Lapa / Pinheiros	543.230	595.269	0,92
M Boi Mirim	484.966	563.305	1,51
Mooca/ Aricanduva	574.999	611.682	0,62
Parelheiros	111.240	139.441	2,29
Penha	475.879	474.659	-0,03
Pirituba/ Perus	499.646	583.638	1,57
Santana/ Jaconã	582.747	616.682	0,57
Santo Amaro/ Cidade Ademar	589.355	649.023	0,97
São Mateus	381.718	426.794	1,12
São Miguel	378.438	369.496	-0,24
Sé	373.914	431.106	1,43
Vila Maria/ Vila Guilherme	304.393	297.713	-0,22
Vila Mariana/ Jabaquara	527.131	568.412	0,76
Vila Prudente/ Sapopemba	523.676	531.113	0,14
Município de São Paulo	10.434.252	11.253.503	0,76

Fonte primária: IBGE-Censo 2010.

Elaboração: CEInfo/Gisa, 2011.

Tabela 08 - Densidade Demográfica (habitante/hectare*) segundo Supervisão Técnica de Saúde (STS). Município de São Paulo, 2000 - 2010

STS	População		Área (ha)**	Densidade Demográfica	
	2000	2010		2000	2010
Butantã	377.576	428.217	5.610	67,3	76,3
Campo Limpo	505.969	607.105	3.670	137,9	165,4
Capela do Socorro	563.922	594.930	13.420	42,0	44,3
Casa Verde/ Cachoeirinha	313.323	309.376	2.670	117,3	115,9
Cidade Tiradentes	190.657	211.501	1.500	127,1	141,0
Ermelino Matarazzo	204.951	207.509	1.510	135,7	137,4
Freguesia/ Brasilândia	392.251	407.245	3.150	124,5	129,3
Guaianases	256.319	268.508	1.780	144,0	150,8
Ipiranga	429.235	463.804	3.750	114,5	123,7
Itaim Paulista	359.215	373.127	2.170	165,5	171,9
Itaquera	489.502	523.848	5.430	90,1	96,5
Lapa / Pinheiros	543.230	595.269	7.180	75,7	82,9
M Boi Mirim	484.966	563.305	6.210	78,1	90,7
Mooca/ Aricanduva	574.999	611.682	5.670	101,4	107,9
Parelheiros	111.240	139.441	35.350	3,1	3,9
Penha	475.879	474.659	4.280	111,2	110,9
Pirituba/ Perus	499.646	583.638	11.190	44,7	52,2
Santana/ Jaçanã	582.747	616.682	9.880	59,0	62,4
Santo Amaro/ Cidade Ademar	589.355	649.023	6.820	86,4	95,2
São Mateus	381.718	426.794	4.580	83,3	93,2
São Miguel	378.438	369.496	2.430	155,7	152,1
Sé	373.914	431.106	2.620	142,7	164,5
Vila Maria/ Vila Guilherme	304.393	297.713	2.640	115,3	112,8
Vila Mariana/ Jabaquara	527.131	568.412	4.060	129,8	140,0
Vila Prudente/ Sapopemba	523.676	531.113	3.330	157,3	159,5
MSP	10.434.252	11.253.503	150.900	69,1	74,6

* um hectare= 10.000 metros quadrados (100m x 100m)

** a Área inclui Parques Estaduais, Municipais e Represas.

Fonte Primária: População: IBGE, Censos 2000 e 2010. Área dos Distritos: SMDU/Infolocal.

Elaboração: CEInfo/Gisa, 2011.

Tabela 09 – Índice de Envelhecimento por Subprefeitura. Município de São Paulo, 2010, 2015 e 2019.

Subprefeitura	2010	2015	2019
ARICANDUVA-FORMOSA-CARRÃO	96,1	113,55	127,68
BUTANTÃ	65,41	74,16	82,65
CAMPO LIMPO	31,25	42,32	52,11
CAPELA DO SOCORRO	33,81	45,4	55,08
CASA VERDE-CACHOEIRINHA	60,13	69,09	77,31
CIDADE ADEMAR	37,17	48,43	57,87
CIDADE TIRADENTES	21,5	33,35	43,44
ERMELINO MATARAZZO	54,2	68,05	79,61
FREGUESIA-BRASILÂNDIA	44,93	54,57	62,76
GUAIANASES	28,1	38,36	46,66
IPIRANGA	74,28	86,83	99,29
ITAIM PAULISTA	32,7	44,43	54,16
ITAQUERA	42,36	56,53	67,58
JABAQUARA	66,98	78,86	89,41
JAÇANÃ-TREMembé	48,72	59,93	88,6
LAPA	116,08	125,29	75,06
M'BOI MIRIM	27,16	37,36	130,49
MOOCA	115,42	115,92	121,58
PARELHEIROS	23,3	32,74	40,9
PENHA	76,77	90,47	101,28
PERUS	24,11	33,67	42,37
PINHEIROS	189,59	187,51	85,22
PIRITUBA-JARAGUÁ	48,33	60,71	52,73
SANTANA-TUCURUVI	114,18	129,66	142,24
SANTO AMARO	112,05	125,67	139,95
SÃO MATEUS	33,85	45,08	54,78
SÃO MIGUEL	37,93	48,7	77,03
SAPOEMBA	44,75	58,28	69,52
SÉ	124,82	121,94	124,99
VILA MARIANA	73,6	81,11	88,83
VILA MARIA-VILA GUILHERME	163,54	173,25	185,35
VILA PRUDENTE	90,87	106,08	119,28
SÃO PAULO(Município)	57,28	69,34	79,51

Fonte

<http://observasampa.prefeitura.sp.gov.br/populacao>

Tabela 10 – IDHM por Subprefeitura. Município de São Paulo. 2000, 2010.

Subprefeitura	2010	2015	2019
ARICANDUVA-FORMOSA-CARRÃO	96,10	113,55	127,68
BUTANTÃ	65,41	74,16	82,65
CAMPO LIMPO	31,25	42,32	52,11
CAPELA DO SOCORRO	33,81	45,40	55,08
CASA VERDE-CACHOEIRINHA	60,13	69,09	77,31
CIDADE ADEMAR	37,17	48,43	57,87
CIDADE TIRADENTES	21,50	33,35	43,44
ERMELINO MATARAZZO	54,20	68,05	79,61
FREGUESIA-BRASILÂNDIA	44,93	54,57	62,76
GUAIANASES	28,10	38,36	46,66
IPIRANGA	74,28	86,83	99,29
ITAIM PAULISTA	32,70	44,43	54,16
ITAQUERA	42,36	56,53	67,58
JABAQUARA	66,98	78,86	89,41
JAÇANÃ-TREMembé	48,72	59,93	88,60
LAPA	116,08	125,29	75,06
M'BOI MIRIM	27,16	37,36	130,49
MOOCA	115,42	115,92	121,58
PARELHEIROS	23,30	32,74	40,90
PENHA	76,77	90,47	101,28
PERUS	24,11	33,67	42,37
PINHEIROS	189,59	187,51	85,22
PIRITUBA-JARAGUÁ	48,33	60,71	52,73
SANTANA-TUCURUVI	114,18	129,66	142,24
SANTO AMARO	112,05	125,67	139,95
SÃO MATEUS	33,85	45,08	54,78
SÃO MIGUEL	37,93	48,70	77,03
SAPOPEMBA	44,75	58,28	69,52
SÉ	124,82	121,94	124,99
VILA MARIANA	73,60	81,11	88,83
VILA MARIA-VILA GUILHERME	163,54	173,25	185,35
VILA PRUDENTE	90,87	106,08	119,28
SÃO PAULO(Município)	57,28	69,34	79,51

Fonte

<http://observasampa.prefeitura.sp.gov.br/populacao>

Tabela 22 – Postos de Trabalho Ocupados segundo Especialidades Médicas e Atende ao SUS ou Não. MSP. Dez/2019.

Especialidades Médicas	Atende ao SUS		Não atende ao SUS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico acupunturista	116	31,7%	250	68,3%	366	0,3%
Médico alergista e imunologista	84	29,5%	201	70,5%	285	0,2%
Médico anatomopatologista	225	71,0%	92	29,0%	317	0,3%
Médico Anestesiologista	3853	65,2%	2061	34,8%	5914	4,9%
Médico angiologista	154	42,3%	210	57,7%	364	0,3%
Médico broncoesofalogista	17	85,0%	3	15,0%	20	0,0%
Médico cancerologista cirúrgico	241	62,9%	142	37,1%	383	0,3%
Médico cancerologista pediátrico	53	67,1%	26	32,9%	79	0,1%
Médico cardiologista	2410	42,4%	3279	57,6%	5689	4,7%
Médico Cardiologista Intervencionista	32	37,2%	54	62,8%	86	0,1%
Médico cirurgia cardiovascular	638	47,7%	699	52,3%	1337	1,1%
Médico cirurgia da mão	8	26,7%	22	73,3%	30	0,0%
Médico cirurgia de cabeça e pescoço	286	46,0%	336	54,0%	622	0,5%
Médico cirurgia do aparelho digestivo	535	49,1%	554	50,9%	1089	0,9%
Médico Cirurgião Geral	3582	65,2%	1911	34,8%	5493	4,6%
Médico cirurgia pediátrico	329	60,8%	212	39,2%	541	0,4%
Médico cirurgia plástico	1004	46,3%	1165	53,7%	2169	1,8%
Médico cirurgia torácico	197	48,4%	210	51,6%	407	0,3%
Médico citopatologista	25	45,5%	30	54,5%	55	0,0%
Médico Clínico	10103	61,0%	6459	39,0%	16562	13,8%
Médico coloproctologista	132	41,8%	184	58,2%	316	0,3%
Médico da estratégia de Saúde da Família	1522	99,1%	14	0,9%	1536	1,3%
Médico de família e comunidade	6	5,8%	97	94,2%	103	0,1%
Médico dermatologista	511	21,6%	1852	78,4%	2363	2,0%
Médico do trabalho	192	42,5%	260	57,5%	452	0,4%
Médico em cirurgia vascular	601	43,4%	783	56,6%	1384	1,2%
Médico em endoscopia	548	50,4%	540	49,6%	1088	0,9%
Médico em medicina de trânsito	-		44	100,0%	44	0,0%
Médico em medicina intensiva	1649	63,9%	932	36,1%	2581	2,1%
Médico em medicina nuclear	90	52,6%	81	47,4%	171	0,1%
Médico em medicina preventiva e social	4	33,3%	8	66,7%	12	0,0%
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	3099	54,0%	2636	46,0%	5735	4,8%
Médico endocrinologista e metabologista	504	31,0%	1121	69,0%	1625	1,4%
Médico fisiatra	177	53,6%	153	46,4%	330	0,3%
Médico gastroenterologista	494	35,5%	897	64,5%	1391	1,2%
Médico Generalista Alopata	257	46,6%	294	53,4%	551	0,5%
Médico geneticista	30	40,5%	44	59,5%	74	0,1%
Médico geriatra	256	35,4%	468	64,6%	724	0,6%
Médico Ginecologista Obstetra	3751	43,1%	4947	56,9%	8698	7,2%
Médico hansenologista	3	100,0%	-		3	0,0%
Médico hematologista	507	50,3%	501	49,7%	1008	0,8%

Médico hiperbarista	8	57,1%	6	42,9%	14	0,0%
Médico homeopata	55	28,9%	135	71,1%	190	0,2%
Médico infectologista	752	66,8%	374	33,2%	1126	0,9%
Médico legista	5	71,4%	2	28,6%	7	0,0%
Médico mastologista	423	56,4%	327	43,6%	750	0,6%
Médico nefrologista	915	67,7%	437	32,3%	1352	1,1%
Médico neurocirurgião	703	46,7%	803	53,3%	1506	1,3%
Médico neurofisiologista clínico	30	40,0%	45	60,0%	75	0,1%
Médico neurologista	921	44,5%	1150	55,5%	2071	1,7%
Médico nutrologista	92	38,3%	148	61,7%	240	0,2%
Médico oftalmologista	2141	43,5%	2785	56,5%	4926	4,1%
Médico oncologista clínico	792	51,9%	733	48,1%	1525	1,3%
Médico ortopedista e traumatologista	3104	45,1%	3773	54,9%	6877	5,7%
Médico otorrinolaringologista	743	31,1%	1644	68,9%	2387	2,0%
Médico patologista	99	47,6%	109	52,4%	208	0,2%
Médico patologista clínico / medicina laboratorial	163	53,8%	140	46,2%	303	0,3%
Médico Pediatra	5631	59,6%	3817	40,4%	9448	7,9%
Médico pneumologista	343	43,4%	447	56,6%	790	0,7%
Médico psiquiatra	1599	56,6%	1224	43,4%	2823	2,3%
Médico radioterapeuta	132	60,3%	87	39,7%	219	0,2%
Médico residente	7687	91,2%	741	8,8%	8428	7,0%
Médico reumatologista	221	35,0%	411	65,0%	632	0,5%
Médico sanitaria	110	83,3%	22	16,7%	132	0,1%
Médico urologista	812	36,2%	1434	63,8%	2246	1,9%
Total	65706	54,6%	54566	45,4%	120272	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
CNES – Recursos Humanos – Ocupações – segundo CBO 2002 – São Paulo

Referências

Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

Chiavenato, I. Administração de recursos humanos: fundamentos básicos. 7ª ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

Minayo, M.C. de S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NESCON. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde Belo Horizonte, Março 2009.

Scheffer, M. e cols. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP,CFM, Cremesp, 2018.

Seixas, PHD. Estudo sobre sociedades de especialistas em medicina no Brasil (parte integrante do estudo sobre especialização médica na América Latina e Caribe). Relatório Final. Ministério da Saúde, 1999.