

Relatório Final:

**DIMENSIONAMENTO DA
DEMANDA E DIVERSIDADE DE
ESCOPOS DE PRÁTICA DAS ES-
PECIALIDADES MÉDICAS NO
BRASIL**

Belo Horizonte,
Dezembro de 2018

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina - FM
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON
Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

DIMENSIONAMENTO DA DEMANDA E DIVERSIDADE DE ESCOPOS DE PRÁTICA DAS ESPECIALIDADES MÉDI- CAS NO BRASIL

Relatório Final

Belo Horizonte

Dezembro de 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-reitor: Alessandro Fernandes Moreira

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Humberto José Alves

Vice-diretora: Alamanda Kfoury Pereira

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenador: Francisco Eduardo de Campos

Vice coordenador: Edison José Corrêa

Instituição executora: ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe de pesquisadores

Ana Carolina Maciel de Assis Chagas

Ana Cristina de Sousa van Stralen

Cristiana Leite Carvalho

Erick de Oliveira Faria

Flávio Paiva Loureiro

Jackson Freire Araújo

Joice Carvalho Rodrigues

Joana Natália Cella

Lucas Wan Der Maas

Mariana Araújo Pena Bastos

Samuel Araujo Gomes da Silva

Sabado Nicolau Girardi

Instituição Financiadora:

Ministério da Saúde do Brasil (MS) – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES).

Sumário

1. Introdução	5
1.1. <i>Objetivos da pesquisa</i>	6
1.2. <i>Escopo geral do trabalho</i>	7
2. Revisão de literatura	8
2.1. <i>Origem e dinâmica da especialização médica</i>	8
2.2. <i>Aspectos gerais da regulamentação da especialização médica no Brasil</i>	16
2.3. <i>Reconhecimento e regulação da formação e do exercício de especialidades médicas em países selecionados: Estados Unidos, Canadá e Holanda</i>	21
2.3.1. <i>Reconhecimento das especialidades</i>	22
2.3.2. <i>Regulação da formação e do exercício de especialidades</i>	26
2.3.3. <i>A questão da reforma da formação de médicos especialistas</i>	31
3. Diagnóstico e dimensionamento da demanda de especialidades médicas	35
3.1. <i>Fontes de informação utilizadas</i>	35
3.2. <i>Tratamento dos dados</i>	40
3.3. <i>Panorama geral do número de médicos</i>	48
3.4. <i>Dimensionamento do número de especialistas</i>	51
3.5. <i>Dimensionamento do número de títulos</i>	62
4. Identificação de áreas de escassez de especialidades médicas	71
4.1. <i>Notas metodológicas</i>	71
4.2. <i>Resultados</i>	74
5. Composição do exercício de especialidades médicas	87
5.1. <i>Notas metodológicas</i>	87
5.2. <i>Resultados</i>	90
6. Diversidade de escopos de prática das especialidades médicas	100
6.1. <i>Metodologias de coleta de dados sobre escopos de prática</i>	100
6.1.1. <i>Entrevistas em profundidade</i>	100
6.1.2. <i>Grupos de Diálogos Online (GDol)</i>	101
6.1.3. <i>Survey online</i>	105
6.2. <i>Resultados</i>	107
6.2.1. <i>Análise das questões fechadas do survey online</i>	107
6.2.2. <i>Análises qualitativas (GDol, entrevistas e questões abertas do survey online)</i>	136

7. Projeção de especialidades médicas	150
7.1. Metodologia	150
7.2. Pressupostos	154
7.3. Resultados	156
8. Considerações finais	163
Referências	166
Apêndices	170
A – Descrição das Buscas Bibliográficas	170
B – Roteiro das entrevistas em profundidade com representantes de Sociedades de Especialistas	173
C – Print da plataforma dos GDol.....	175
D – Questionário do survey online.....	177

Apresentação

O presente relatório tem por objetivo apresentar o resultado final do projeto “Dimensionamento da demanda e diversidade de escopos de prática das especialidades médicas no Brasil”, firmado no âmbito do Termo de Execução Descentralizada de Recursos nº 62/2015 entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Ministério da Saúde. A execução do projeto foi realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Faculdade de Medicina da UFMG e foi acompanhado tecnicamente pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde

O projeto em questão teve por objetivo conhecer as diversas realidades que marcam a formação e o exercício das especialidades médicas no Brasil. Deste modo, busca reunir e produzir evidências sobre a formação e o exercício de especialidades médicas, seus escopos de prática e competências nas diversas regiões do país, comparando com outros contextos no plano internacional, no sentido de subsidiar a ação governamental na condução do processo de mudança da formação de especialidades previstas no âmbito do “Programa Mais Médicos” (PMM). O projeto se soma a iniciativas anteriores já realizadas pela EPSM de avaliação da demanda por especialidades médicas no Brasil (Girardi et al., 2009; Girardi et al., 2012a), além da iniciativa recente de formação da Rede Colaborativa para produção de subsídios para formação e alocação de especialistas no Brasil¹.

1 A rede em questão partiu de demanda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS), tendo sido constituída pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/FIOCRUZ), em parceria com as seguintes estações integrantes da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-americana de Saúde: Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado, ObservaRH do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/UFMG), Estação de Trabalho ObservaRH do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e Estação ObservaRH de São Paulo.

1. Introdução

Atualmente muitos países estão alternando entre excesso e escassez de profissionais de saúde (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009). Isso se deve à complexidade de dimensionar o número adequado de profissionais de saúde, o que implica um balanceamento entre demanda e oferta. Estas são influenciadas por vários fatores, alguns imprevisíveis, que influenciam diretamente sobre o número de trabalhadores de saúde, tais como: mudanças demográficas (queda da fecundidade, redução da mortalidade, envelhecimento populacional), mudanças epidemiológicas (modificações nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade) (Rodrigues, 2008), mudanças tecnológicas, avanços científicos e novos tratamentos, mudanças culturais e sociais, mudanças nas políticas governamentais de atração e retenção de profissionais e mudanças da própria força de trabalho médica, como o envelhecimento e a feminização da profissão (Channon, Matthews, Lerberghe, 2007).

Nesse contexto multifatorial que influenciam a disponibilidade efetiva de profissionais de saúde, a principal forma de intervir sobre o balanceamento entre oferta e demanda é através da definição do número de profissionais de saúde (levando em consideração a profissão e especialidades destas) a serem formados. Entretanto, a decisão de treinar mais ou menos profissionais de saúde pode não refletir sobre o estoque de trabalhadores durante o período projetado, visto que o profissional pode vir a exercer outras atividades, migrar para outros lugares, entre outros aspectos.

Um aspecto ainda pouco abordado, mas não menos importante, são as mudanças das relações entre profissões em termos de sua jurisdição de trabalho (como, por exemplo, a questão o Ato Médico). Estas mudanças remetem a uma redistribuição horizontal, a transferência de responsabilidades de uma categoria médica para outra (por exemplo, de um médico especialista para um médico da atenção primária) ou vertical, também conhecida como *task-shifting*, a transferência de responsabilidades, para outras categorias profissionais ou para categorias técnicas (por exemplo, de um médico para um enfermeiro, ou de um enfermeiro para um técnico de enfermagem) (Smits, Slenter e Geurts, 2010).

No Brasil, a iniciativa “Mais Médicos” do Governo Federal, criada através da Lei 12.871/2013, talvez tenha sido a principal estratégia de planejamento na área de Recursos Humanos em Saúde no país. Além do provimento emergencial de médicos nas localidades com situações de escassez, a iniciativa previa importantes reformas no que diz respeito à ampliação da oferta de cursos e vagas de medicina no país e reforma dos currículos de graduação e formação de especialistas médicos, notadamente por meio de reformas estruturais nas Residências Médicas (Brasil, 2013). Os efeitos imediatos da iniciativa puderam ser vistos em termos da disponibilidade de médicos (Girardi et al., 2016). A longo prazo, porém, as reformas na formação implicam em mudanças de fôlego e profundidade ain-

da pouco dimensionadas, no que diz respeito aos caminhos de formação, legitimação e reconhecimento da medicina brasileira e de suas especialidades, bem como de sua adequação às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, também devem ser considerados os cenários de expansão e compartilhamento de escopos, especialmente onde a escassez de profissionais se manteve mesmo após o provimento do Mais Médicos (Girardi et al., 2016).

Nesse contexto, faz-se necessário conhecer as diversas realidades que marcam a formação e o exercício das especialidades médicas nas diversas regiões do país. Deste modo, buscamos neste projeto reunir e produzir evidências sobre a formação e o exercício de especialidades médicas, seus escopos de prática e competências, comparando com outros contextos no plano internacional, no sentido de subsidiar a ação governamental na condução desse processo de mudança da formação de especialidades para o SUS.

1.1. Objetivos da pesquisa

Geral: Realizar estudo de dimensionamento da demanda e da diversidade de escopos de prática de especialidades médicas no SUS com o objetivo de subsidiar as reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e da formação de especialistas no país.

Específicos:

- Analisar os processos de regulação da formação e do exercício profissional das especialidades médicas no Brasil e países que passaram por processos de ampliação e compartilhamento de escopos entre especialidades médicas e outras profissões de saúde;
- Diagnosticar e dimensionar a demanda por especialidades médicas prioritárias ao SUS, no Brasil, no período de 2010 a 2015;
- Levantar as atribuições, competências e o escopo de práticas de especialidades médicas prioritárias ao SUS;
- Identificar escopos de atividades comuns e singulares realizados pelas especialidades;
- Analisar as determinações temporais, geográficas e funcionais (tipo de serviço de saúde, relações de trabalho, etc.) da composição do exercício das especialidades médicas prioritárias ao SUS, buscando identificar tipologias de profissionais e de especialidades médicas;
- Identificar os desequilíbrios e as iniquidades no acesso às especialidades médicas no Brasil, com foco da proposição de novas vagas de residência com currículos expandidos e compartilhados e em áreas desassistidas;
- Estimar a demanda futura de especialidades médicas considerando cenários de expansão e compartilhamento de escopos de prática entre especialidades médicas e outras profissões de saúde.

1.2. Escopo geral do trabalho

Este estudo envolveu um conjunto de metodologias para dimensionar a demanda de especialidades médicas, assim como a diversidade dos escopos de prática de especialistas. Em um primeiro momento, realizamos uma revisão de literatura que aborda a origem e dinâmica da especialização médica no mundo e os aspectos gerais da regulamentação da especialização médica no Brasil. De forma mais específica, buscamos identificar iniciativas de expansão e compartilhamento de escopos de práticas das especialidades médicas, bem como de estratégias que tenham contribuído para o alívio de situações de escassez de especialistas. A revisão considerou países que passaram por processos de revisão dos processos de regulação da formação e do exercício profissional. Nesse sentido, avaliamos a viabilidade de adoção de estratégias internacionais no caso brasileiro.

Pelo lado do dimensionamento do número de especialistas no Brasil no período de 2010 a 2015, reunimos e sistematizamos diversas bases de dados secundários sobre o tema, com foco em especialidades prioritárias ao SUS. O objetivo foi o de realizar um diagnóstico da situação atual e analisar a atuação profissional e a formação em especialidades médicas. Por um lado, identificamos as determinações temporais, geográficas e funcionais (tipo de serviço de saúde, relações de trabalho, etc.) da composição do exercício das especialidades médicas. Por outro lado, identificamos os desequilíbrios e as iniquidades no acesso às especialidades médicas no Brasil, com foco na proposição de novas vagas de residência com currículos expandidos e compartilhados. O componente contou ainda com a projeção de curto e médio prazo do número de especialistas, visando estimar a evolução futura dos quantitativos de especialistas tendo em vista a permanência do quadro atual ou a adoção de estratégias regulatórias. Esse dimensionamento permitiu identificar a necessidade de especialistas em áreas prioritárias e em regiões desassistidas, as quais poderiam ser supridas por meio de planejamento adequado da formação e capacitação de especialistas e da oferta de trabalho em serviços de saúde especializados.

Pelo lado da análise da diversidade dos escopos de prática em especialidades médicas, conduzimos pesquisas primárias com médicos especialistas, representantes de entidades médicas e gestores de serviços médicos especializados utilizando entrevistas em profundidade, *survey online* e Grupos de Diálogos *online* (GDol). O objetivo foi o de levantar as atribuições, competências e o escopo de práticas de especialidades médicas, tendo em vista a identificação de escopos de atividades comuns e singulares realizados pelas diversas especialidades, bem como por outras profissões de saúde como enfermagem, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e optometria. Esse levantamento permitiu a elaboração de recomendações no sentido da reforma de pós-graduação médica, considerando ações que poderiam ser compartilhadas entre especialistas e demais profissionais de saúde.

2. Revisão de literatura

Este componente do trabalho consistiu em uma revisão de literatura, que se inicia com uma discussão teórica no tópico 2.1 sobre a origem e dinâmica da especialização médica em quatro países matriz (França, Inglaterra, Países de língua Alemã e Estados Unidos). O texto sintético que segue neste primeiro tópico se baseia na interpretação das obras de reconhecidos historiadores e teóricos das especialidades médicas na modernidade ocidental, como George Rosen (1944, 1972), Rosemary Stevens (1972), Mathew Ramsey (1988), Charles Rosenberg (1976) e George Weisz (2003, 2006), para citar os principais. Nos servimos muito especialmente do monumental esforço de síntese e pesquisa direta realizado por George Weisz publicado em *Divide and Conquer* (Weisz, 2006). Em seguida, no tópico 2.2 apresentamos aspectos gerais da regulamentação de especialidades médicas no Brasil. A descrição foi feita a partir do levantamento da legislação pertinente, o que incluiu as leis de regulamentação do exercício da medicina e das residências médicas, o Código de Ética Médica e as diversas resoluções publicados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) relativos ao registro e ao reconhecimento de especialidades.

Por fim, apresentamos no tópico 2.3 uma revisão sobre a regulação da formação e do exercício profissional das especialidades médicas em países que passaram por processos de ampliação e compartilhamento de escopos entre especialidades médicas e outras profissões de saúde, sendo eles, Canadá, Estados Unidos e Holanda. A revisão teve por objetivo coletar iniciativas de expansão e compartilhamento de escopos de práticas das especialidades médicas que poderiam subsidiar o atual processo de revisão da educação médica no Brasil.

2.1. Origem e dinâmica da especialização médica

A especialização médica ocupa hoje um papel crucial na medicina ocidental sendo o componente mais saliente da maior parte dos sistemas de saúde contemporâneos. Parafraseando Weisz (2006), na atualidade, ela constitui um fato da vida em todas as nações ocidentais. Todos os sistemas de saúde do mundo dependem, em maior ou menor grau, das especialidades médicas e têm que lidar com o problema do contínuo surgimento de novas categorias de especialistas e subespecialistas, e da espiral dos custos a elas relacionados; isto se quiserem manter em níveis financeiramente sustentáveis seus sistemas de saúde e suas populações razoavelmente “satisfeitas”. Isto por pelo menos três fatores: primeiro, porque a especialização médica é responsável, se não pela maior, por importante parcela dos custos crescentes dos serviços de saúde. A especialização e superespecialização médicas produziram e ao mesmo tempo tem sido o produto das inovações da pesquisa biomé-

ca e da indústria de equipamentos e instrumentos propedêutico-terapêuticos, numa palavra da biomedicina high tech praticada especialmente no complexo hospitalar. Em segundo lugar, porque o acesso às especialidades e superespecialidades médicas é altamente valorizado pelos pacientes. Quem não tem acesso a cuidado especializado, ao médico especialista, considera-se desassistido como revela a maioria das pesquisas. Em terceiro, porque a própria profissão médica sobrevaloriza, e muito, o mundo das especialidades em relação à medicina geral.

Mas nem sempre foi assim. Apesar de que a especialização médica date da antiguidade (Sigerist, 1967), até o século XIX era cercada por um enorme estigma dentro da profissão médica. A emergência e o crescimento das especialidades e, sobretudo, sua valorização e plena incorporação no seio da profissão médica é um desenvolvimento dos dois últimos séculos. Até meados do século XIX, nos principais países da Europa ocidental e das Américas, o exercício das especialidades era assunto de praticantes empíricos e ocupações menores, externas à profissão médica dominante, que não detinham nem o prestígio nem a chancela da medicina e da cirurgia oficiais.

Especialistas curandeiros existiam desde a época do Egito antigo, época em que cada parte do corpo era vista com uma entidade separada (Weisz, 2003, 2006). No mundo Ocidental durante o século XVIII existia uma grande variedade de praticantes empíricos irregulares, sedentários e itinerantes, que serviam à população. Em comum o fato de que não tinham acesso aos escalões mais altos da medicina e da cirurgia nem ao ensino praticado nas universidades. Eram estes empíricos viajantes que faziam a ponte entre os mercados das grandes cidades e o interior remoto, servindo a populações que não podiam suportar um médico residente fixo (Ramsey, 1988; Santos Filho, 1977). Estes profissionais se especializavam em procedimentos particulares tais como: extração de dente, realização de partos, tratamento de doenças venéreas, entre outros. Conhecidos como experts na França e *opérateurs* na Alemanha, geralmente possuíam pouca instrução e eram muitas vezes chamados pelos médicos de “charlatões”, que representavam perigo para a saúde pública.

Ainda durante o século XVIII, mesmo que em baixa escala, médicos credenciados, especialmente os cirurgiões, começaram a oferecer os serviços praticados pelos experts e *opérateurs*, sendo cirurgiões-dentistas, cirurgiões-oculistas e parteiros as práticas mais comuns. Em meados do século XIX, gradualmente, os especialistas foram sendo reconhecidos como uma parte da medicina acadêmica de elite (Weisz, 2003). Eles, já não eram apenas indivíduos isolados, mas haviam se transformado em uma categoria socialmente reconhecida. Este movimento se iniciou em Paris do final dos anos de 1830 e início de 1840 se alastrando uma década depois para Viena e outras cidades da Europa e em seguida, entre os anos de 1850 a 1860, atingiu a América do Norte (Weisz, 2003, 2006). Que fatores estiveram por trás e determinaram essa mudança em direção à hegemonia da medicina baseada em especialidades? Sobre isto não existe unanimidade entre os experts no assunto. Weisz (2006) e Rosen (1944), por exemplo, não concordam totalmente sobre o como e o porquê as especialidades

emergiram, mas convergem no ponto que a explicação de senso-comum de que a rápida expansão de conhecimento forçou os médicos a se especializarem é no mínimo incompleta.

Rosen (1944) argumenta que as especialidades médicas emergiram no século XIX como resultado da urbanização, do desenvolvimento de novas tecnologias médicas e da saúde pública e da assim chamada localização anatômica (a possibilidade de aprender/ensinar a partir do conhecimento anatomopatológico). Para ele, o ponto de partida para o surgimento das especialidades foi a patologia localizada, em que órgãos específicos eram identificados com foco de doença e tratamento. Inovações técnico-instrumentais como o desenvolvimento do oftalmoscópio e do laringoscópio, a descoberta da anestesia os avanços na bacteriologia geraram interesse em determinados órgãos e áreas ao redor das quais as especialidades poderiam se desenvolver. Weisz (2006) também reconhece a importância do surgimento da anatomia localizada na emergência das especialidades, no entanto, não a atribui como fator principal, argumentando entre outras coisas, que muitas especialidades que surgiram na época não eram baseadas em órgãos localizados (*organic localism*), mas sim em determinadas populações ou técnicas terapêuticas, como mostra uma publicação em 1838 em Paris, de uma listagem das especialidades pelo jornal *L'esculape*, que inclui especialidades como, *Maladies des femmes et des enfants*, *Hygiène publique et privée* e *Médecine légale*.

Weisz defende que uma précondição para evolução das especialidades foi a unificação da medicina e da cirurgia, tanto como prática médica, quanto, principalmente, dentro das instituições de ensino e pesquisa. O autor argumenta que somente através da compreensão da medicina como um todo, ela poderia ser dividida em diferentes áreas de conhecimento. Um segundo argumento que levou médicos a se especializarem, foi o desejo coletivo de ampliação do conhecimento médico. Através da especialização, acreditava-se ser possível uma rigorosa observação empírica de vários casos importantes na medicina acadêmica. Weisz ainda cita a importância de certas condições institucionais, principalmente a emergência de noções de racionalidade administrativa no século XIX, que enfatizava que a melhor maneira de manejar populações de larga escala seria através de uma classificação apropriada, agrupando indivíduos que pertencem à mesma classe e separando aqueles que pertencem a classes distintas. Vários fatores ainda contribuíram para o surgimento natural das especializações, entre eles o surgimento da divisão de trabalho decorrente do crescimento econômico na sociedade capitalista e avanços na ciência (Weisz, 2003).

Em Paris, uma contribuição determinante para o surgimento das especialidades foi a emergência de uma nova comunidade de pesquisa médica em suas instituições de ensino e em seus hospitais. A especialização ganhou ainda maior visibilidade em Paris, através do crescimento do ensino privado, que foi gradualmente ampliando o número de cursos dedicados a especialidades médicas, mais especificamente nesta sequência: obstetrícia, doenças nos olhos, doenças venéreas, urologia, dermatologia, doenças mentais e doenças do tórax. Por volta de 1845, diversas publicações mostra-

ram que a porcentagem de especialistas na época variava de 5 a 12% (de acordo com a publicação) do total de médicos de Paris. Estes dados revelam que a especialização estava sendo reconhecida dentro área médica, mesmo que de maneira limitada, pois o número de especialistas ainda era baixo e existia muita controvérsia sobre quais eram as especialidades e quem poderia ser considerado especialista (Weisz, 2003).

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

Em meados de 1870 a França já havia conquistado grande prestígio entre a comunidade internacional da medicina, o que acelerou a pressão de transformar os cursos privados de especialização em cadeiras dentro da universidade. A criação de novas cadeiras era então considerada vital para manter essa posição de prestígio e igualmente continuar atraindo médicos estrangeiros, que já começavam a se dispersar para países como Áustria e Alemanha em busca de especialização. Pode-se dizer que a expansão da especialização em Paris estava diretamente relacionada à sua integração com a Faculdade de Medicina. Este movimento de especialização médica não ocorreu isoladamente em Paris. Durante a primeira metade do século XIX, existiam especialistas praticantes em várias cidades da Europa e América do Norte, no entanto a maioria destas cidades não dispunha de uma comunidade de pesquisa médica forte que permitia a emergência da especialização como uma categoria social e profissional significativa como ocorreu em Paris (Weisz, 2003).

A especialização em Londres merece destaque, pois, desenvolveu-se fora do âmbito de ensino e pesquisa como ocorrera na maioria das cidades, sendo marcada por um cenário bastante problemático. Weisz (2006) pontua alguns fatores que contribuíram para um cenário particularmente diferenciado durante o início do século XIX: (i) a profissão médica Britânica era caracterizada por sua estrutura fragmentada e pela sua divisão entre médicos gerais e os chamados elite *consultants*. O grande desafio dos reformistas da medicina britânica era de simplificar e unificar a profissão médica. Neste contexto, a especialização médica era vista como mais uma forma de divisão e possível geradora de conflitos. Além disto, os “consultores de elite”, que já tinham seus poderes e privilégios ameaçados pelos reformistas, consideravam a especialização uma nova forma de ameaça; (ii) Londres não dispunha de um sistema unificado de serviço e ensino (hospitalar e educacional), que poderia gerar uma pressão para a racionalização administrativa e conseqüentemente para especialização.

Além disto, havia certa competitividade entre os hospitais privados com seus variados tamanhos e poucos profissionais. Muitos destes hospitais ainda serviam como escola médica. Dentro destes contextos os professores destes hospitais-escola tinham pouco espaço para se dedicar a interesses particulares, possíveis especialidades médicas; (iii) apesar de muitos profissionais se dedicarem ao avanço do conhecimento médico a elite dos hospitais como um todo não o fazia. Conhecidos como gentlemen demonstravam pouco interesse nas ciências médicas, se dedicando a habilidades clínicas, atributos pessoais e culturais, dando pouca atenção a pesquisas empíricas e metodológicas que promoviam a especialização. Estes ainda se mantinham distantes da comunidade internacional de medicina que já iniciava o desenvolvimento das especializações; (iv) por fim, o treinamento médico acontecia nos hospitais gerais, que eram isolados do meio acadêmico. Nos países em que a educação médica era diretamente ligada às universidades, dificilmente a elite médica conseguia resistir aos novos modelos de pesquisa e especialização. Além disto, muitos hospitais voluntários eram dirigidos por leigos que ao recrutar o seu quadro médico estavam mais interessados em personalidade, estilo e caráter do que em ciências médicas e até mesmo habilidades médicas.

Todos esses fatores não impediram a especialização de acontecer em Londres, no entanto fez com que a mesma emergisse de forma particular, distante da elite médica, com um elenco distintamente empresarial, sendo construído em volta de cuidados a doenças específicas e não no âmbito da pesquisa como na maioria das cidades. Durante o século XVIII, os chamados hospitais especializados começaram a surgir. Estes, geralmente privados atendiam os excluídos dos hospitais voluntários, como os portadores de doenças mentais, pessoas que sofriam de doenças venéreas, febres, etc. Já na primeira metade do século, 27 hospitais especializados existiam em Londres, no entanto estes hospitais sofriam grande oposição da elite médica. As campanhas contra os hospitais especializados eram vistas como uma forma de defesa a visão tradicional sistêmica de doença e como tentativa da elite médica de defender o seu domínio jurisdicional. A prática médica era tida como inferior ao desviar da natureza sistêmica de doença, focando-se em órgãos e doenças isoladamente. Os hospitais especializados eram claramente associados à questão da especialização, fazendo com que até mesmo os reformistas não se interessassem em apoiá-los (Weisz, 2006).

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

Weisz (2003) ainda pontua três razões para que a especialização fosse gradualmente aceita em Londres: primeiro a tendência da elite médica britânica de gradualmente aceitar os desenvolvi-

mentos internacionais, particularmente o papel central que a pesquisa clínica exercia, de forma a evitar que a elite médica fosse marginalizada internacionalmente. Segundo, o crescimento do envolvimento do governo nas questões de saúde pressionou a entrada de uma administração racional que apoiava a especialização. Terceiro, a sede por uma unificação profissional identificada e espalhada pelos reformistas. Tanto a introdução de um sistema de referência e a aceitação da especialidade contribuiu para redução de conflitos entre os interesses da elite médica e dos médicos generalistas. A hostilidade entre os membros da elite, frente à especialização foi diminuindo de tal maneira que os mesmos passaram a monopolizar a especialização britânica (Weisz, 2003).

Outras cidades europeias abordadas por Weisz em sua obra foram as de “Língua Alemã” (*German Speaking World*), especificamente na Viena na Áustria e Berlin na Alemanha. De acordo com o autor, ambas as cidades possuíam os mesmos recursos que permitiram a especialização emergir primeiramente em Paris, no entanto não possuíam condições políticas tão favoráveis e suas comunidades acadêmicas eram notavelmente menores do que a de Paris (Weisz, 2006). Em comparação com Londres, tanto Viena, quanto Berlin tinham menos obstáculos no que tange o surgimento das especialidades médicas e ainda mais do que na França a especialização era originalmente percebida e justificada como uma atividade acadêmica que era central a pesquisa e ensino médico. Faz-se então a questão: Por que o modelo de especialização que existia em Paris demorou tanto a surgir nos países de língua alemã?

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

Os hospitais não universitários em Berlim, diferente de Paris, eram poucos e não tinham um papel significativo em educação ou pesquisa. O maior e mais importante hospital de Berlin era usado para treinamento de médicos militares, não sendo muito disponível para faculdade de medicina e treinamento clínico. Mesmo diante de alguns avanços em direção à especialização, como o surgimento de clínicas especializadas neste hospital em 1828, que ligavam certas especialidades a faculdade de medicina, estes avanços permaneciam isolados e não geraram um senso de identidade de especialistas durante as primeiras décadas do século. Outro fator apontado por Weisz em sua obra foi que, assim como em outros países, existia uma forte tendência entre os médicos e cientistas de Berlin para o conhecimento puro, organicamente unificado, refletindo certa resistência para frag-

mentação. No entanto, notou-se que, a partir de 1840, mesmo diante dessa resistência, o sistema universitário alemão começou a aceitar a especialização.

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

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

Nos Estados Unidos, que assim como na maioria dos países, a especialização também surgiu pelas razões que envolvem a poderosa onda de identificação da especialidade médica com pesquisa e inovação. No início do século XIX os Estados Unidos possuíam poucas das condições que favoreceram a emergência da especialização médica em Paris. A maioria das escolas e hospitais além de serem geralmente pequenos não era controlada pelo Estado. Consequentemente o país não sofreu a pressão para racionalização administrativa que promoveu a especialização médica na Europa. Porém, apesar de existir pouca evidência de desenvolvimento da especialização médica antes de 1855, mesmo diante de forte oposição, a elite médica Americana, abraçou rapidamente a especialização após 1860.

Weisz argumenta várias contribuições para este desenvolvimento, como: (i) o fato do país ter uma política descentralizada, marcada por uma competitividade profissional que propiciou a elite médica a se identificar com a especialização; (ii) a criação da *American Medical Association* (AMA) em 1847, que rapidamente se envolveu com pesquisa, formação e especialização, além de ser uma

associação marcada pela procura de soluções baseadas na auto regulação da profissão ao invés da intervenção do Estado. Após sua criação a AMA imediatamente tratou os conhecidos parceiros/as, como uma categoria profissional distinta; (iii) o fato de existir uma liberdade no país em abrir hospitais privados gerando um ambiente de competitividade favorável para a introdução da especialização; (iv) o alto número de pequenas escolas privadas competindo por estudantes, bem menos burocráticas do que a realidade da Europa ocidental. Vale ressaltar que diferentemente do contexto na Europa ocidental o alto número de instituições privadas nos Estados Unidos levou a uma abordagem mais prática da especialidade médica.

Esta onda de especialização foi se alastrando de tal maneira que já na metade dos anos de 1880 a maioria das grandes cidades ocidentais já tinha cerca de 10 a 15% de seus médicos autodenominados especialistas (Weisz, 2006). Este crescente desenvolvimento, fez ainda multiplicar especialidades, criando subespecialidades ou até mesmo superespecialidades médicas (Pierantoni, 1994). A especialização foi ganhando tamanha força que a porção de especialistas superou a de generalistas na maioria dos países durante as últimas décadas. Atualmente, nos 30 países pertencentes a OCDE, de 1990 a 2007, o número de especialistas aumentou 60%, contra somente 23% de crescimento dos médicos generalistas. A maioria dos países desenvolvidos possui uma média de dois especialistas para cada generalista. Pesquisas apontam que mesmo os países que ainda mantêm certo equilíbrio entre especialistas e generalistas médicos tendem a mudar diante do crescente aumento de estudantes que apontam preferência pela especialização.

No Brasil, o surgimento das primeiras especialidades médicas dentro da profissão coincide com afirmação da influência francesa sobre a medicina, Aqui também até as primeiras décadas do século XIX a medicina segue essencialmente teórica e clínica e o exercício das especialidades nas mãos de cirurgiões, práticos e itinerantes, portanto exterior ao núcleo da profissão. As primeiras cátedras de oftalmologia se instalaram nas faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro a partir dos 1880 em seguida ao aparecimento dos primeiros “consultórios” de médicos especialistas nas instalações das Santas Casas (Santos Filho, 1991). O processo de especialização foi descrito por Donnangelo (1975) como associado à constituição do complexo hospitalar, possível graças à capitalização propiciada pela evolução dos sistemas previdenciários no Brasil ao longo do século XX. A especialização surge, então, como consequência desse avanço e como produto da divisão social do trabalho. O hospital se consolida como um lócus preferencial para o trabalho do médico, onde as tarefas estão divididas de modo complementar: funções clínicas, cirúrgicas e de apoio terapêutico ou diagnóstico. O trabalho em grupo torna-se necessário, uma vez que nenhum profissional realiza sozinho todas as atividades necessárias.

A divisão da profissão em especialidades no Brasil pode ser vista como parte integrante do processo de profissionalização. De certa maneira, as especialidades acabam por se conformar em

uma profissão dentro da profissão, utilizando-se dos mesmos expedientes: constituem uma escola profissional própria, com processo de seleção dos interessados através dos Programas de Residência Médica (PRM) e provas de títulos de especialista. Também constituem uma segunda associação profissional, a Sociedade ou Colégio de Especialista. Assim, seus integrantes lutam para constituir uma base cognitiva e identidade profissional própria, que os diferencie do restante da categoria médica e, com base nisso, se articulam para conquistar autonomia profissional e terem regulamentação própria. Lutam para delimitar um espaço privilegiado de trabalho, preferencialmente com reserva ocupacional em relação às demais profissões e ocupações do mesmo setor, e até mesmo em relação aos outros médicos. Nessa lógica, clínicos não fazem cirurgias e cirurgiões não dão laudos radiológicos ou anatomopatológicos.

De maneira geral, as especialidades no Brasil costumam ser classificadas em diferentes categorias: cognitivas (ex. clínica médica, pediatria, cardiologia, etc.); técnicas ou de habilidades (especialidades cirúrgicas); intermediárias (utiliza-se tanto expediente clínico quanto cirúrgico, como oftalmologia, terapia intensiva, dermatologia, etc.); e tecnológicas e burocráticas (patologia, radiologia, medicina do trabalho, etc.) (Pierantoni, 1994). Uma das grandes preocupações neste contexto tem sido o interesse de recém-graduados em escolherem determinadas especialidades em detrimento de outras. As hipóteses que justificam tais escolhas geralmente se baseiam em status social, remuneração e carga de trabalho. As especialidades técnicas, por exemplo, além de possuir maior prestígio social do que as cognitivas são mais bem remuneradas. Como tal, a escolha por especialidades cognitivas vem drasticamente diminuindo nos últimos anos (Pierantoni, 1994). Em 2011, o Brasil contava com 55% de especialistas e 45% de generalistas (CFM/CREMESP, 2011).

Antes de prosseguir ao tópico de maior interesse para o presente estudo, que é o das experiências internacionais de reforma da formação de especialistas, trataremos no tópico seguinte de aspectos gerais da regulamentação da especialização médica no Brasil. O objetivo é destacar os critérios de delimitação do exercício, formação/titulação, reconhecimento e registro de especialidades médicas no país a partir de um breve levantamento e histórico da legislação pertinente.

2.2. Aspectos gerais da regulamentação da especialização médica no Brasil

A regulamentação das especialidades médicas no Brasil é realizada, em vários aspectos, pela própria corporação médica, praticamente sem interferência de outros setores do poder público. Tal atributo está em consonância com o modelo brasileiro de regulamentação profissional baseado no autogoverno das profissões e na autorização legal de atos privativos das profissões autorreguladas. Há dois elementos institucionais centrais nesse modelo: (i) a lei de exercício da prática profissional que delimita e autoriza aqueles que podem praticá-la, define o escopo da prática e quais são os atos

privativos, os requisitos de habilitação e os formatos institucionais das autoridades reguladoras; e (ii) os Conselhos Profissionais, autarquias federais com autoridade reguladora que visam registrar profissionais, delimitar o código de ética, emitir resoluções acerca do exercício profissional e fiscalizar a conduta dos praticantes (Girardi, 1998; Girardi e Carvalho, 2000).

Nessa linha, a primeira regulamentação² no âmbito da especialização médica é aquela que deriva da Lei 3268/1957 que cria os conselhos de medicina como autarquias federais para regulação do exercício da profissão, que informa no seu Artigo 17º que “os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina”. O Código de Ética Médica³ aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1965, dispõe na alínea f do Artigo 5º que é vedado ao médico “usar títulos que não possua ou anunciar especialidade em que não esteja habilitado ou não seja admitida no ensino médico ou sancionada por sociedades médicas”⁴.

Em seguida, na Resolução CFM 734/1976, ficou aberta a possibilidade de requerimento do Registro de Qualificação como Especialista (RQE) junto aos conselhos regionais. Para o registro em questão, considera-se a apresentação de: “(a) diploma, título ou certificado de curso de especialização criado por Lei e devidamente registrado nos termos da Lei que o criou”; “(b) títulos de especialistas, fornecidos por entidades associativas de médicos, de âmbito nacional, acreditadas junto ao CFM”; ou “(c) título, diploma ou certificado que comprovem habilitação profissional na especialidade”⁵. A Resolução CFM 879/1978 passa a reconhecer uma lista de 51 especialidades para efeito do RQE. Ao longo dos anos seguintes outras especialidades foram incluídas ou tiveram sua taxonomia alterada.

Atualmente, há no Brasil duas maneiras reconhecidas oficialmente para obtenção do título de médico especialista, e eventual registro no Registro de Qualificação de Especialista no Conselho Federal de Medicina: (i) o certificado de residência médica fornecido por programa de residência médica credenciado pela Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e (ii) o título de espe-

2 Cabe ressaltar que anteriormente a criação dos conselhos de medicina, o Decreto-Lei 4.113/1944 – que regulava a propaganda de médicos, cirurgiões, dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros, de casas de saúde e de estabelecimentos congêneres, e a de preparados farmacêuticos – proibia aos médicos anunciar “exercício de mais de duas especialidades, sendo facultada a enumeração de doenças, órgãos ou sistemas compreendidos na especialização”, bem como “especialidade ainda não admitida pelo ensino médico, ou que não tenha tido a sanção das sociedades médica”.

3 A primeira redação é do Código de Ética Médica da Associação Médica Brasileira de 1953, portanto, anterior a Lei de criação dos conselhos.

4 Apenas como curiosidade, pois não se trata de peça regulamentária, o primeiro código profissional, o Código de Moral Médica de 1929, anuncia em seu Artigo 62º que “Entende-se por especialistas o médico que além de possuir a ilustração geral indispensável, se consagra ao estudo particular e à prática de um dos ramos da ciência médica”.

5 Na Resolução 931/1979 a redação do item c foi substituída por “documentos que comprovem habilitação profissional na especialidade”.

cialista conferido pelas Sociedades de Especialidades reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB) a partir de aprovação em exame nacional regulamentado (CFM, 2002).

A prova de título de especialista é realizada pelas sociedades e associações de especialidades médicas filadas à AMB, em parceria entre a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM). Elas proporcionam aos profissionais aprovados o título de especialistas, com reconhecimento das entidades médicas, em qualquer uma das especialidades existentes. De acordo com o art. 7 do Anexo da Resolução CFM 2.148 /2016:

“Nos editais de titulação das suas associações filiadas, deverá prever a participação de médicos que não realizaram programas de especialização ou residência médica. Nesses casos, deverá exigir como único pré-requisito, de forma fundamentada, comprovação de atuação na área pelo dobro do tempo de formação do programa de residência médica, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais” (CFM, 2016).

Para algumas especialidades também contam para aceitação dos candidatos declarações de exercício e “proficiência” por colegas já reconhecidos como especialistas, participações em congressos da área, entre outros tipos de credenciais educacionais e ou de prática. Assim, a partir das comprovações exigidas, o egresso pode prestar a prova para a obtenção de título de especialista que ocorre periodicamente. Os processos seletivos são rigorosos e em geral ocorrem em duas etapas: provas escrita e prova prática, mas podem variar de acordo com cada especialidade, considerando também projetos e análise de currículo.

Residências Médicas

A Residência Médica constitui-se no sistema de formação de especialistas em medicina internacionalmente reconhecido como o padrão-ouro entre as modalidades de pós-graduação de médicos para o exercício da profissão desde os anos posteriores à segunda grande guerra mundial. O primeiro programa de Residência Médica estruturado nos moldes ainda hoje vigentes que combina educação e trabalho no processo de formação teve início em 1889 no hospital da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore nos Estados Unidos da América, em 1889 (Ludmerer, 2015). Na época, o termo “Residência” relacionava-se com o fato de que o médico deveria residir na instituição no sentido de poder se dedicar integralmente ao acompanhamento e tratamento dos pacientes internados e à profissão (Elias, 1987).

No Brasil os primeiros programas surgiram na década de 1940, mais especificamente em 1944, no Hospital das Clínicas de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro (Sampaio, 1984), inicialmente para um número restrito de egressos de medicina. O aumento no número de vagas para residentes ocorre a partir do fim dos anos 1950, porém ainda sem regulamenta-

ção, que ocorreu nacionalmente apenas em 1977 pelo Decreto 80.281/1977, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Sua regulamentação vigente é dada pela Lei Federal nº 6.932/1981, que, em seu Artigo 1º, define a residência médica como: “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (Brasil, 1981). Além disso, essa lei estabelece a remuneração paga aos médicos residentes e direitos trabalhistas como a licença maternidade e carga horária máxima de trabalho.

Destarte, a CNRM é o órgão da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) responsável pela regulação das residências médicas no país. Ela responde pela regulamentação dos PRM: determina os pré-requisitos para o credenciamento dos programas em geral e por especialidade, avalia pedidos de credenciamento e denúncias de irregularidades nos Programas (Brasil, 1977). A competência de regular as especialidades médicas compete, portanto, à CNRM, ao disciplinar os PRM, e ao CFM, como órgão regulador e fiscalizador do exercício da medicina. Recentemente esse poder político-regulatório do CFM tem sido dividido oficialmente com as Sociedades de Especialistas, através da Associação Médica Brasileira (AMB).

A AMB é associação política e científica de médicos, e que tem grande importância por congrega as associações médicas de cada estado e as sociedades de especialistas, órgãos científico-políticos de cada especialidade médica. A primeira resolução do CFM que transfere poderes à AMB é a 1.286/1989, que estabelece o reconhecimento de títulos de especialistas emitidos pela associação. Posteriormente, na resolução 1.288/1989 são incluídos, para fins de registro junto aos CRM, os certificados de conclusão de residências médicas credenciadas pela CNRM e algumas sociedades de especialistas diretamente conveniadas⁶.

Em 2002 foi firmado um convênio entre as três entidades – CFM, CNRM e AMB – estabelecendo a Comissão Mista de Especialidades Médicas (CME). De acordo com a resolução 1.634/2002 do CFM, o objetivo da CME é definir “os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas” (CMF, 2002). Essa resolução lista as especialidades reconhecidas e também explicita justificativas da importância em melhor regulamentar as especialidades médicas: a importância da organização das mesmas na dinâmica do mercado de trabalho e a crescente valorização do título de especialista.

A mesma resolução estabelece também critérios para que determinada atividade médica passe a ser considerada especialidade médica, a saber:

6 Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, Sociedade Brasileira de Angiologia e Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular.

- Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico;
- Ter relevância epidemiológica e demanda social definida;
- Ter programa de treinamento teórico-prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica;
- Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolutividade diagnóstica e/ou terapêutica;
- Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes (CFM, 2002, ANEXO II).

Também estabelece argumentos que não são aceitos como válidos para que determinada atividade seja considerada uma especialidade:

- Número de Médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência;
- Área que já esteja contida em uma especialidade existente;
- Processo que seja apenas o meio diagnóstico e ou terapêutico;
- Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada;
- Área cuja atividade seja exclusivamente experimental;
- Função ou atividade essencialmente vinculada ao conhecimento da legislação específica (CFM, 2002, ANEXO II).

Essa resolução reconhecia 50 especialidades médicas. Em comparação às resoluções anteriores, as seguintes especialidades deixaram de ser arroladas: administração hospitalar, broncoesofagologia, citopatologia, eletroencefalografia, fisioterapia, foniatria, hanseologia, medicina interna, tisiologia, neurofisiologia clínica, neurologia pediátrica e sexologia. A maioria delas foi convertida em área de concentração da especialidade da qual derivam e outras deixaram de existir. Após 2002, a lista foi alterada quatro vezes. Em 2003, angiologia e cirurgia vascular foram desmembradas e endoscopia foi incluída. Em 2005, cirurgia de mão foi incluída. Em 2016, houve reconhecimento da medicina de emergência. Em 2017, a cancerologia foi desmembrada em cirurgia oncológica e oncologia clínica. Em resumo, a Resolução 2.162/2017, que é a mais recente, reconhece 55 especialidades.

O convênio da CME também estabelece que os Conselhos possam cadastrar como especialistas os médicos que apresentarem o Certificado de Conclusão de Residência Médica, emitido pela CNRM, ou o título de especialista emitido pela AMB. Esse registro junto aos CRM dá ao médico o direito ao RQE. A especialização na área médica, portanto, é um processo que ocorre após uma formação de caráter geral, sendo, portanto, alcançada após a graduação. No caso brasileiro, a condição de especialista pode ser alcançada de dois modos. O primeiro mediante o mecanismo formal do sistema de ensino, a pós-graduação: *lato sensu*, conhecido como Residência Médica; o segundo, através do reconhecimento formal, por um órgão de certificação profissional, da apropriação de conhecimentos específicos em uma determinada especialidade. Ambos os procedimentos outorgam ao estudante o título de especialista.

Cabe ressaltar ainda, como um aspecto complementar ao reconhecimento de especialidades, a listagem oficial do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) para fins de registro nos cadastros de trabalho e previdência social, a chamada Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Trata-se de uma listagem de ocupações em todas as áreas profissionais que no caso da medicina reserva, em sua última versão publicada em 2010, 62 ocupações (a seis dígitos) discriminadas em três famílias ocupacionais (a quatro dígitos): (i) especialidades clínicas: que incluem aquelas de caráter cognitivo ou de medicina interna como clínica médica, pediatria, dermatologia e cardiologia, mas também algumas de aspecto burocrático como medicina do trabalho e medicina legal; (ii) especialidades cirúrgicas: que incluem as de aspecto técnico ou de habilidades incluindo aquelas que são parcialmente cirúrgicas como ginecologia e obstetrícia, oftalmologia e urologia; (iii) especialidades de medicina diagnóstica: que realizam procedimentos de diagnóstico e terapêutica como radiologia, patologia e endoscopia. De maneira geral, há correspondência entre a CBO e as especialidades reconhecidas pelo CFM, sendo que alguns casos são resquícios de listas anteriores. Retornaremos a este ponto no próximo capítulo (tópico 3.2) quando abordaremos o processo de classificação adotado na pesquisa⁷.

Até aqui a presente revisão buscou levantar os aspectos gerais da regulamentação da especialização médica no Brasil, o que não é exatamente uma novidade e nem pretende oferecer um esgotamento do tema. No próximo tópico abordaremos a questão da regulamentação da formação médica, em especial de especialista na experiência internacional, tendo como foco países que passaram por processos de reforma da formação.

2.3. Reconhecimento e regulação da formação e do exercício de especialidades médicas em países selecionados: Estados Unidos, Canadá e Holanda

No intuito de compreender melhor as reformas nos sistemas de formação médica, especialmente na formação de especialistas, foram estruturadas algumas buscas sistemáticas de literatura considerando a experiência de três países que passaram por processos de reforma, sendo eles Estados Unidos, Canadá e Holanda. Para tanto, detalhamos a seguir os processos de reconhecimento de especialidades e de regulação da formação e do exercício de especialidades nesses países e a caracterização geral dos processos de reforma realizados. O levantamento que se segue tem por intuito sinalizar os caminhos tomados por outros países que poderiam ser utilizados como subsídio ao atual processo de reforma da educação médica no Brasil. Apresentamos aqui apenas os resultados do levantamento, sendo que o detalhamento dos descritores de busca e as fontes utilizadas podem ser consultados no Apêndice A.

⁷ Em alguma medida a divisão das famílias ocupacionais reserva semelhança com a divisão da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

2.3.1. Reconhecimento das especialidades

Estados unidos

Embora existam rotas comuns reguladas pelo Estado para o reconhecimento de especialidades ou subespecialidades médicas nos Estados Unidos da América (EUA), nenhum caminho é formalmente reconhecido por todos os grupos interessados no processo, e parece não haver uma base de dados nacional de especialidades ou subespecialidades médicas. Logo, não se sabe exatamente quantas especialidades ou subespecialidades médicas existem no país. Dados de 2011 apontavam para a existência de 200 conselhos médicos especializados nos EUA na época, muitos dos quais conferem aos médicos certificação de especialidade e subespecialidade. Na prática, sabe-se que o número de subespecialidades no país está crescendo, em detrimento das preocupações sobre o declínio da força de trabalho da atenção primária. Existem inúmeras possíveis razões explicativas para esse fenômeno, mas uma das mais fortes parece ser o fato de que médicos especialistas e subespecialistas são muito mais bem remunerados do que generalistas (GMC, 2011).

Apesar da não existência de um órgão reconhecido por todos os *stakeholders* ligados à prática de especialistas médicos, nos EUA há uma organização guarda-chuva, a *American Board of Medical Specialties* (ABMS) – Conselho Americano de Especialidades Médicas – que define e organiza os padrões necessários para a certificação do Estado no que se refere às especialidades e subespecialidades mais comuns, algo em torno de 150. Além deste, há também a *American Osteopathic Association* (AOS), o principal órgão representativo dos médicos osteopatas no país (GMC, 2011).

Fundado em 1933, o ABMS é composto por 24 membros de conselhos de especialistas médicos, que ingressaram na organização ao longo dos anos. Sua principal missão é "manter e melhorar a qualidade dos cuidados médicos, ajudando os conselhos membros em seus esforços para desenvolver e utilizar padrões profissionais e educacionais para a certificação de médicos especialistas. A intenção da certificação inicial de médicas e médicos, e da manutenção da certificação, é garantir ao público que um especialista certificado por um Conselho Membro do ABMS completou com sucesso um programa educacional reconhecido e aprovado pela ABMS e um processo de avaliação. Em termos práticos, o ABMS serve para coordenar o processo, as atividades dos seus membros e para fornecer informações ao público, ao governo e aos seus membros sobre questões relativas à certificação de médicas e médicos especialistas" (GMC, 2011).

Em outubro de 2018 existiam 40 especialidades e 87 subespecialidades reconhecidas e certificadas pelos conselhos da ABMS (ABMS, 2019). Parece que o número de subespecialidades tem experimentado um crescimento contínuo nos EUA, sendo que nem todas são necessariamente ligadas aos membros da ABMS. Em 2006, o órgão estimou que havia mais de 180 conselhos médicos que

não eram membros do ABMS. Portanto, é provável que existam mais especialidades ou subespecialidades nas quais os médicos possam praticar, embora nenhum estudo aprofundado do número real de especialidades e subespecialidades nos EUA tenha sido realizado. A *Federal Trade Commission*, que tem como função regular o mercado estadunidense como um todo, declarou que os conselhos não-ABMS podem fornecer certificação legítima do conselho como uma indicação de treinamento avançado e habilidade. Além disso, as diretrizes da *American Medical Association* (AMA) afirmam que: “a não-afiliação com a ABMS não indica que uma organização possui critérios e procedimentos de revisão inadequados”, inclusive aponta que vários dos conselhos que não são filiados ao ABMS se valem dos mesmos fundamentos de qualidade para certificar suas e seus especialistas (GMC, 2011).

O reconhecimento da AMA da validade e qualidade dos conselhos não-ABMS é de extrema relevância, visto que ela é a maior associação médica do país. Fundada em 1847, é composta por representantes da classe médica profissional, estudantes e residentes em medicina das mais diversas áreas. Com mais de 200 mil associados, a organização se dedica a difundir o conhecimento médico via jornais e revistas científicas, congressos e seminários, além de fazer uma incidência direta na formulação de políticas de saúde nos EUA (AMA, 2019).

Entretanto, é preciso salientar a importância do ABMS nesse processo de reconhecimento das especialidades e subespecialidades. Embora não seja o único caminho para o reconhecimento de especialidades, desde 1934, muitos novos conselhos e diretorias de especialidades médicas foram aprovadas conjuntamente pelo Conselho de Associação Médica Americana (AMAC) em Educação Médica e pelo ABMS. Novos conselhos de especialidade são primeiramente revisados pelo “Comitê de Ligação para as Diretorias de Especialidades” (LCSB). O LCSB é composto por quatro membros votantes do Conselho de Educação Médica e quatro do Conselho de Administração da ABMS. Um conselho de especialidades médicas é definido pelo LCSB como “um órgão financeiramente independente, separado e incorporado que determina seus requisitos e políticas de certificação, seleciona os membros de seu órgão regulador de acordo com os procedimentos estipulados em seu estatuto, aceita entre seus candidatos para certificação pessoas que preencham os requisitos estabelecidos, administram exames e emitem certificados para aqueles que se submetem e passam suas avaliações”, se ele atende aos seguintes critérios:

1. Se basear em novos conceitos importantes da ciência médica e representar um campo distinto e bem definido de prática médica;
2. Conter um padrão único de preparação e avaliação de especialização e ser reconhecido por apenas uma diretoria de especialidade médica para cada especialidade;
3. Possuir treinamento necessário para atender aos requisitos de certificação pelo solicitante distinto daquele requerido para a certificação por membros aprovados do Conselho de Ad-

ministração da ABMS, de modo que não seja incluído em programas de treinamento estabelecidos que conduzam à certificação por Conselhos ABMS aprovados;

4. Possuir um conselho de especialidades médicas capaz de demonstrar que os candidatos à certificação adquirirão, e seus diplomados manterão, a capacidade em uma área definida da medicina e demonstrarão conhecimentos e competências especiais nesse campo;

5. Apresentar evidências de que o novo conselho estabelecerá padrões definidos para treinamento e que existe um sistema para avaliação da qualidade do programa educacional;

6. Demonstrar apoio do campo relevante da prática médica e amplo apoio profissional;

A AMA e os conselhos médicos estaduais também concordam que um conselho de certificação médica, ABMS ou não-ABMS, deve atender a três critérios: exigir uma residência credenciada que inclua treinamento na área de medicina para a qual a certificação é oferecida; exigir revisão por pares da experiência da prática clínica; e, exigir a conclusão de um exame rigoroso do conhecimento na área de medicina para o qual a certificação é oferecida (GMC, 2011).

Um obstáculo importante a ser superado por um possível novo conselho de especialidades é convencer a Comissão Federal do Comércio (FTC) de que essa nova especialidade proposta não representa uma tentativa de estabelecer um monopólio por meio de exigências excludentes. Também é útil ter representação na Câmara dos Delegados da AMA, geralmente por meio de uma sociedade especializada ativa na organização da nova diretoria. Em linhas gerais, esses critérios são uma forma de evidenciar de que a nova “área” tem um corpo de conhecimento definível e um número substancial de programas de treinamento clínico com a expectativa razoável de que os serviços clínicos na subespecialidade desempenharão um papel benéfico para a sociedade no que se refere ao cuidado do paciente (GMC, 2011).

Canadá

O *Royal College of Physicians and Surgeons* do Canadá é o órgão criado pelo parlamento do país em 1929 para supervisionar e certificar os processos e instituições que se dedicam a educação no nível da pós-graduação médica no país. No início, o Royal College oferecia apenas duas qualificações de especialidade: bolsa de estudos em medicina geral e bolsa de estudos em cirurgia geral. Agora, o Royal College reconhece quase 100 especialidades, subespecialidades, programas especiais e áreas de competência focada, sendo responsável pela definição dos requisitos para o ensino de todas essas (ROYAL COLLEGE, 2019). Em linhas gerais, podemos dizer que o *Royal College*: 1) credencia programas de residência, avalia a aceitabilidade da educação dos residentes; 2) realiza exames de certificação (exceto em Quebec, onde compartilha essa responsabilidade com o *Collège des médecins*

du Québec), e garante um alto padrão de atendimento especializado através de seu Programa de Manutenção e certificação; e 3) certifica as especialidades médicas no Canadá (GMC, 2011).

Os requisitos para certificação no Canadá são quase idênticos aos dos EUA e, portanto, os médicos canadenses e norte-americanos podem se mover com relativa facilidade entre os dois países (GMC, 2011). Os critérios para o reconhecimento de áreas como especialidades e subespecialidades incluem:

- A especialidade ser de base ampla contribuir ativamente para novos conhecimentos no campo;
- Ser base para competências adicionais;
- Ser claramente necessária socialmente;
- E não afetar adversamente outras especialidades primárias existentes.

O órgão ainda recomenda que todas as especialidades primárias devem incluir um período de treinamento básico para desenvolver uma base de competências generalistas. As competências generalistas devem ser incorporadas nos objetivos específicos da especialidade de formação em toda a residência e as disciplinas que compartilham sobreposição significativa dentro dos objetivos do treinamento devem ser alinhadas, amalgamadas ou combinadas, além de disseminadas através de publicações acadêmicas e apresentações em congressos (GMC, 2011).

Holanda

Nos Países Baixos, a *Royal Dutch Medical Association* (KNMG) é a organização profissional de médicos da Holanda, autoridade profissional que reconhece todas as áreas de especialização. O sistema de (re)certificação é baseado na “*Trias Política*” com responsabilidades separadas (legislação, execução e recurso). Todas as instituições (Conselhos, Comitês de Registro e Comitês de Apelação) são independentes. Embora façam parte da Associação Médica Real Holandesa, podem atuar em seu próprio nome devido ao seu dever legal público concedido pela Secretaria de Saúde. No entanto, todos os regulamentos estabelecidos pelos Conselhos de treinamento e (re)registro devem ser submetidos à aprovação do Secretário de Saúde (Faimer, 2018).

Criado em 1849, o KNMG tornou-se uma federação de associações profissionais de médicos em 1999. Seus objetivos são: 1) melhorar a qualidade da assistência médica; 2) da saúde em geral; 3) e da saúde pública. Na prática, esses objetivos são alcançados pelo desenvolvendo diretrizes e políticas, *advocacy* e fornecimento de serviços aos seus membros. A federação é composta pela Associação de Médicos de Saúde Pública (KAMG), a Associação Nacional de Médicos Assalariados (LAD), a Associação Nacional de Médicos de Clínica Geral (LHV), a Associação Holandesa de Saúde Ocupaci-

onal (NVAB), a Associação de médicos de cuidados a idosos (*Verenso*), a Associação Holandesa de Medicina de Seguro (NVVG), a Associação Holandesa de Especialistas Médicos (*Federatie van medisch specialisten*) e a Associação de Estudantes de Medicina (*De Geneeskundestudent*).

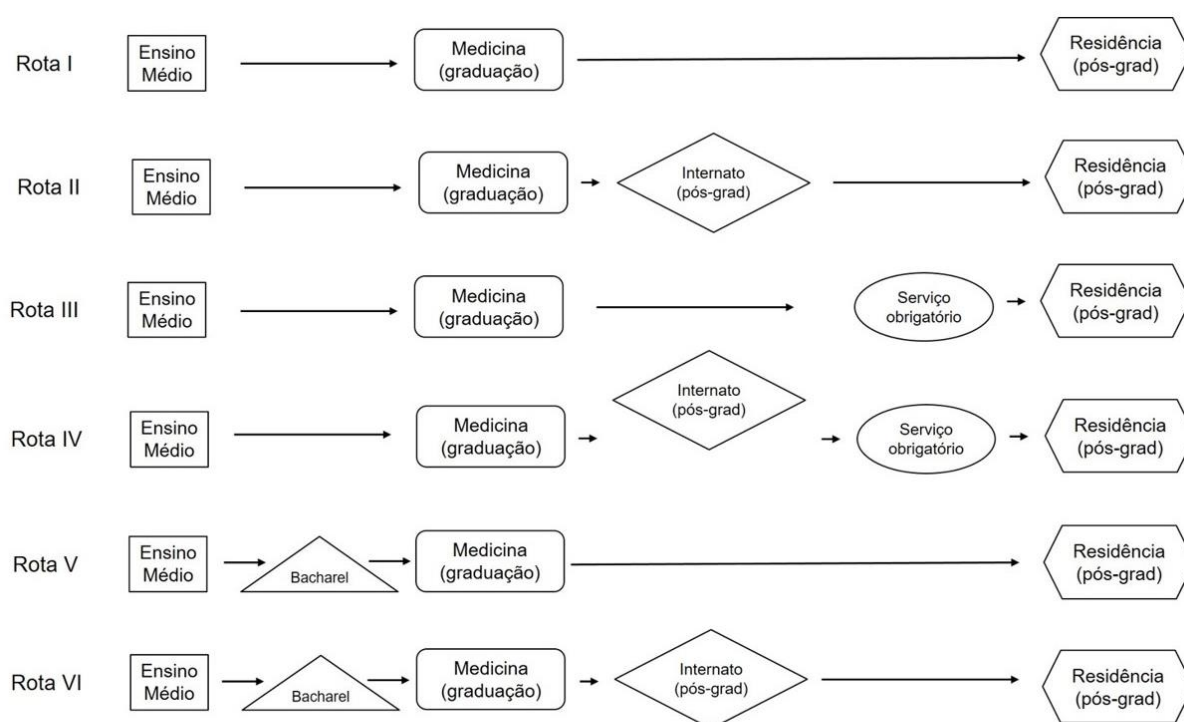
O KNMG trabalha em estreita colaboração com seus *stakeholders*, como por exemplo com o governo, as instituições políticas, empresas de seguro de saúde, organizações de pacientes e outras organizações de saúde. Sempre com o intuito de promover o desenvolvimento científico da medicina e das outras áreas da saúde e, assim, proporcionar cuidados de saúde de alta qualidade. As suas ações abrangem toda a gama de questões de saúde pública, ética médica, ciência, direito de saúde e educação médica.

Outra tarefa importante do KNMG é regulamentar formação médica como um todo e coordenar o sistema legal relativo ao treinamento de pós-graduação e registro de especialistas. Os conselhos legislativos emitem regras sobre formação especializada, reconhecimento de formadores, hospitais, etc., registo especializado e (re)certificação de especialistas. Já os comitês de registro criam a legislação sobre as tarefas mencionadas acima com base no seu entendimento do interesse público (KNM, 2018). O KNMG é um membro ativo do Comitê Permanente dos Médicos Europeus (CPME) e da Associação Médica Mundial (WMA).

2.3.2. Regulação da formação e do exercício de especialidades

Segundo Wijnem-Meijer (2013), existem 6 rotas conhecidas de formação médica ao redor do mundo, conforme demonstrado na figura 1. A rota v, designada como pertencente aos EUA e ao Canadá, é caracterizada por possuir um período em que os alunos devem cursar um outro bacharelado antes de ingressar na escola de medicina propriamente dita. Já a rota I, designada à países como Brasil e Holanda, se caracteriza por uma entrada na escola de medicina imediatamente após a conclusão do ensino médio ou equivalente. Em ambas rotas, a especialização, caracterizada como residência médica, é uma etapa posterior à escola de medicina sem a necessidade de internato ou serviço obrigatório entre elas. Já as credenciais e as formas de ingresso na pós-graduação médicas em cada um dos países varia de acordo com seu modelo de governança.

Figura 1 – Modelos gerais de formação médica.



Rota I - Argentina, Brasil, China, DR Congo, França, Geórgia, Alemanha, Índia, Itália, México, Holanda, Rússia, Arábia Saudita, Espanha, Ucrânia e Uruguai.

Rota II - Austrália (1), Bangladesh, Dinamarca, Israel, Japão, Paquistão, Suécia e Reino Unido.

Rota III - Colômbia, República Dominicana, Etiópia, Irã, Nicarágua, Peru, Turquia **.

Rota IV - Egito, Nigéria, África do Sul, Sudão do Sul, Sudão, Indonésia**.

Rota V - Canadá e EUA.

Rota VI - Austrália (2) e Filipinas.

*Internato também é chamado de *foundation programme*, *medical officer*, *house officer training period* or *housemanship*.

** Na Turquia e Indonésia, o serviço mandatório (social) também pode acontecer depois da residência.

Fonte: Wijnem-Meijer (2013).

Estados Unidos

O registro pleno como médico é concedido após o aluno ser aprovado no exame nacional de licenciamento. As duas primeiras partes do exame são feitas após o término da graduação em medicina; e a terceira parte após o primeiro ano da pós-graduação. Sendo que as 3 partes devem ser completadas em 7 anos. O *United States Medical Licensing Examination* (USMLE) é o exame aplicado aos alunos da escola médica alopática e o *Comprehensive Osteopathic Medical Licensing Examination* (COMLEX) é aplicado para os alunos das escolas de medicina osteopática (Weggemans et al., 2017).

Nos EUA a entrada na pós-graduação médica é feita por meio de um sistema nacional de exame para admissão nos programas de residência. Para participarem do *National Resident Matching Program* os alunos se candidatam para uma média de 30-40 programas de seu interesse, faz entrevistas em 12-15 destes e, por fim, enviam uma lista com os programas de interesse em ordem de preferência. Após as entrevistas, os diretores dos programas também submetem uma lista com as

candidatas e candidatos em ordem de preferência. Com esses dados o programa faz a combinação entre os alunos e os programas. O resultado das combinações é obrigatório. Ou seja, os candidatos devem se matricular nos programas que foi entendido pelo programa como a sua melhor combinação (Weggemans et al., 2017).

Conseguir um certificado em uma especialidade (incluindo especialidade generalista) ou subespecialidade nos EUA é inteiramente voluntário. Tendo concluído com sucesso um BA, um diploma de MD ou DO e um ou dois anos em um programa de treinamento em residência médica, os médicos podem solicitar uma licença estadual para praticar. É importante observar que, caso um médico deseje trabalhar posteriormente como "especialista", o programa de treinamento de residência médica deve ser reconhecido pelo Conselho de Credenciamento para Educação Médica de Pós-Graduação (ACGME). Uma licença estadual de prática é o nível mínimo de competência que um médico precisa para realizar o trabalho clínico. É importante ressaltar que o médico está livre para trabalhar como especialista nos EUA sem a certificação de um determinado conselho especialista. No entanto, como um artigo recente colocou, "vinte e cinco anos atrás, a certificação do conselho era admirável, mas não essencial para praticar medicina. Hoje é imperativo (GMC, 2011).

A fim de obter a certificação em uma especialidade ou subespecialidade específica após o término de um programa de treinamento em residência médica, o médico deve primeiro completar de três a cinco anos em um programa de treinamento em residência credenciada por um conselho especialista. Depois de concluído, o médico deve passar por um exame escrito e, às vezes, oral, administrado pelo comitê de especialistas. Se for bem-sucedido, o médico adquirirá a certificação de especialista. Muitos conselhos limitam a duração de seus certificados (geralmente entre 6 e 10 anos), o que exige que os médicos passem por re-certificação periodicamente. Um sistema de *grandfathering* geralmente existe, por meio do qual aqueles que obtiveram certificação de especialidade ou subespecialidade antes de uma determinada data não são obrigados a se re-certificar.

Vários estudos recentes encontraram uma associação positiva entre a certificação do conselho e a qualidade do atendimento clínico (Ramsey et al., 1989; Norcini, Lipner, Kimball, 2002; Silber et al., 2002; Chen et al., 2006; Holmboe et al., 2008; Turchin et al., 2008). Como assinalam Cassel e Holmboe (2008), os planos de saúde especializados e as instituições de saúde, para se "distinguírem", podem exigir que os médicos requeiram uma certificação especializada do conselho. Além disso, a ABMS lançou recentemente um novo website (www.certificationmatters.org), que permite que os pacientes verifiquem facilmente se um médico possui certificação do seu conselho. Isso provavelmente aumentará a pressão sobre esses profissionais para se tornarem certificados.

Canadá

No Canadá, o registro pleno como médico é concedido após o aluno ser aprovado no exame nacional de licenciamento *Medical Council of Canada Qualifying Examination* (MCCQE). A primeira parte do exame é feita após o término da graduação em medicina; e a segunda parte é feita após um período mínimo de 12 meses de treinamento médico clínico na pós-graduação. A entrada na pós-graduação médica, por sua vez, também é feita por meio de um sistema nacional de combinação entre os estudantes interessados e os programas disponíveis. Para participarem do *Canadian Resident Matching Service (CaRMS)* os alunos se candidatam para uma média de 30-40 programas de seu interesse, faz entrevistas em 12-15 destes e envia uma lista com os programas em ordem de preferência. Os diretores dos programas também submetem uma lista dos alunos em ordem de preferência. Com esses dados o programa faz a combinação entre estes e os programas. O resultado das combinações também é obrigatório. Ou seja, os candidatos devem se matricular nos programas que foi entendido como a sua melhor combinação (Weggemans et al., 2017).

A formação de médicos especialistas no Canadá é regulada pelo *Canadian Medical Educational Directives for Specialists (CanMEDS)*. No processo, não há exigência de um estágio ou “ano de fundação” que seja separado do treinamento de especialidade. Isso significa que os graduados em medicina decidem com frequência sua profissão especializada antes de concluir um curso de medicina primária.

O Conselho Médico do Canadá, criado em 1912, mantém e implementa métodos para avaliar a competência dos profissionais de medicina e mantém um registro nacional de médicos e suas qualificações. Como nos EUA, cada governo provincial e territorial no Canadá tem a responsabilidade de licenciar médicos para praticar medicina dentro de seus limites. A licença para praticar medicina no Canadá requer a conclusão bem-sucedida de um programa de treinamento de pós-graduação credenciado, bem como a conclusão de exames nacionais de qualificação. Província e território individuais podem ter requisitos diferentes.

O Conselho Médico do Canadá emite licenças nacionais com a qualificação em medicina conhecida como a Licença do Conselho Médico do Canadá (LMCC). Os médicos graduados que satisfizeram os requisitos de elegibilidade e foram aprovados no Exame de Qualificação do Conselho Médico do Canadá, partes I e II, serão registrados no Registro Médico Canadense. O LMCC não é uma licença para praticar medicina. Licenças para praticar medicina são emitidas pela autoridade reguladora médica no território onde o médico irá praticar. No entanto, todas as províncias e territórios aceitarão a Licenciatura do Conselho Médico do Canadá e a certificação em uma especialidade certificada pelo *Royal College of Physicians e Surgeons of Canada*. As províncias e territórios também aceitam outras qualificações para licenciamento em base individual.

Atualmente, não é necessário que os médicos realizem um treinamento específico ou ano de estágio, o que é uma diferença significativa em relação a outros caminhos de treinamento e que causou muito debate interno no Canadá. Depois de obter um diploma de medicina primária concedido por uma universidade aprovada, os estudantes solicitam a residência em um programa de treinamento especializado de pós-graduação. Portanto, os alunos progridem de MD para treinamento de especialidade imediatamente. Ao completar a formação especializada, que geralmente dura cinco anos – mas, no caso da medicina de família, pode ser de apenas dois – os médicos podem concluir os exames para se tornarem especialistas.

Holanda

Nos países baixos, o registro pleno como médico é concedido logo após a graduação na escola de medicina, sem a necessidade de um exame de licenciamento em nenhum nível estatal. Caso optem pela formação em alguma especialidade, todos os graduados em escola médica podem se candidatar para a formação de especialista sem necessidade de comprovar experiência médica prévia. Contudo, uma vez que a competição pelas vagas em algumas áreas é alta, os médicos com poucos anos de experiência clínica, pesquisa ou até mesmo doutorado entram em vantagem no processo (Weggemans et al., 2017).

No país, a formação de médicos especialistas é regulada pelo *College of Medical Specialisms (CGS)*. O CGS é uma organização regida pelo direito privado que compõe o *Royal Dutch Medical Association (KNMG)*, que é o órgão que estabelece e define as tarefas e o processo de tomada de decisão, bem como nomeia os 13 membros (entre profissionais médicos e agentes públicos) do CGS. Os membros do CGS não podem ser ao mesmo tempo membros do Conselho da Federação, do conselho de uma associação científica ou associação profissional, do RGS, do comitê consultivo ou do comitê de disputas. O CGS foi criado em 2010 pelo Associação Central de Especialidades Médicas (CCMS), Associação de Clínica Geral, Medicina da Família, Enfermagem e Assistência médica para problemas de saúde mental (CHVG) e a associação de Medicina Social (CSG).

2.3.3. A questão da reforma da formação de médicos especialistas

Nos 3 países em questão (Canadá, EUA e Holanda) o sistema de formação de especialidades médicas passou por reformas recentes em direção a uma lógica de formação centrada no desenvolvimento de competências específicas. É neste contexto que podem ser identificadas as experiências de expansão das *core competencies* e maior compartilhamento de escopos entre especialidades. Segundo Ten Cate (2017), esse modelo de educação médica tem se tornado dominante em vários países, apesar das controvérsias quanto às suas terminologias.

Na lógica dos modelos de competência na educação médica, duas experiências se destacam: 1) a do ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) nos EUA; e o 2) projeto *CanMEDS*, criado no Canadá e adotado por alguns países do norte da Europa e nos países baixos (Ten Cate, 2018). O modelo de competências adotado pelo ACGME é composto por um conjunto de seis competências gerais (assistência ao paciente, conhecimento médico, profissionalismo, habilidade interpessoais e de comunicação, aprendizado baseado em prática e desenvolvimento e práticas integradas em sistemas) determinadas pelo conselho de acreditação para a educação no nível da pós-graduação médica, pode ser visto no quadro 1 (Weggemans et al., 2017).

Quadro 1 – Competências ACGME.

ACGME Competencies	
Assistência ao paciente	Os médicos residentes devem possuir a habilidade de prover assistência ao paciente de forma atenciosa, apropriada e efetiva para o tratamento de problemas e promoção da saúde.
Conhecimento Médico	Os médicos residentes devem ser capazes de demonstrar conhecimento sobre as ciências biomédicas, clínicas e cognatas (por exemplo, epidemiológicas e sócio-comportamentais) estabelecidas e em evolução e a aplicação desse conhecimento ao atendimento ao paciente.
Profissionalismo	Os médicos residentes devem ser capazes de demonstrar um compromisso com a realização de responsabilidades profissionais, adesão a princípios éticos e sensibilidade para uma população diversificada de pacientes.
Habilidades Interpessoais e de Comunicação	Os médicos residentes devem ser capazes de demonstrar habilidades interpessoais e de comunicação que resultem em colaborações e trocas efetivas de informações com pacientes, familiares de pacientes e profissionais associados.
Aprendizado Baseado em Prática e Desenvolvimento	Os médicos residentes devem ser capazes de investigar e avaliar suas práticas de atendimento ao paciente, bem como avaliar e assimilar evidências científicas e melhorar suas práticas de atendimento ao paciente.
Práticas integradas em sistemas	Os médicos devem ser capazes de demonstrar uma consciência e capacidade de resposta ao contexto e ao sistema mais amplo de assistência à saúde, além de capacidade de recorrer efetivamente aos recursos disponíveis no sistema para prestar cuidados que respondam as demandas dos paciente de forma eficiente.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM

Já o CanMEDS é um projeto que desde 2005 vem mapeando competências essenciais na formação médica, visando melhorar a qualidade da pós-graduação médica no Canadá, bem como superar barreiras entre os processos de mudança de especialidade durante formação médica e buscar formas de evitar tomadas de decisão prematuras. O Projeto de Competências Essenciais entregou seu relatório final em 2010, juntamente com muitas recomendações (GMC, 2011). O CanMEDS é composto por 7 competências centrais (qualificação médica, comunicação, colaboração, gestão, promoção da saúde, pesquisa e desenvolvimento e profissionalismo), como pode ser visto no quadro 2.

Apesar de diferentes, as competências propostas nos dois modelos são bem próximas e passíveis de serem agrupadas segundo seus pontos centrais, como podemos ver na figura 2.

Quadro 2 – Competências CanMEDS.

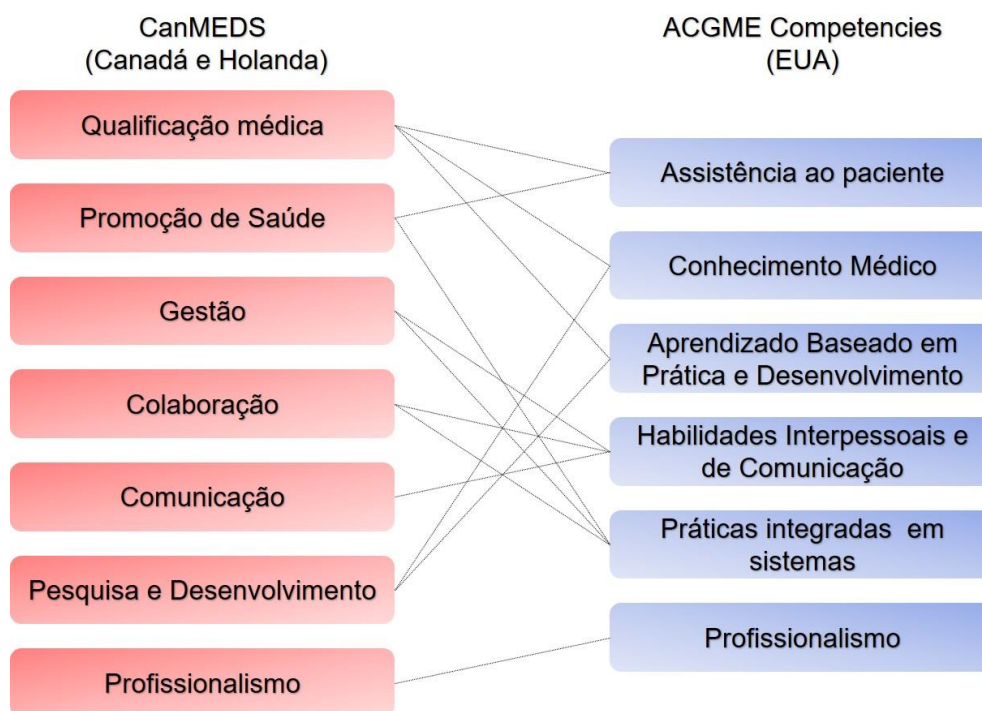
CanMEDS	
Qualificação médica	Os médicos especialistas realizam atividades diagnósticas/terapêuticas que envolvem o gerenciamento de situações em que a priorização médica e as decisões são necessárias. As características distintivas dos serviços de saúde são muitas vezes complexas e imprevisíveis. Em alguns casos, a definição de prioridades e a tomada de decisões ocorrem com base em informações inadequadas e incerteza sobre evidências e melhores práticas. O trabalho requer o domínio de soluções criativas baseadas em conhecimentos e habilidades médico-científicas.
Comunicação	Como comunicadores, os médicos transmitem problemas e soluções por meio do relacionamento respeitoso com as partes envolvidas, como pacientes/familiares, colegas e outras pessoas. Isso é feito através de estratégias orais, escritas e visuais. Assim, contribuem para o diálogo com base na informação e compreensão das partes envolvidas e no conhecimento fundamentado na experiência disponível, combinado com o conhecimento baseado na pesquisa médica da área. A comunicação dos médicos deve ser motivada por sua capacidade e vontade de ver, ouvir, entender e respeitar seus semelhantes.
Colaboração	Como colaboradores, os médicos devem incentivar ativamente as iniciativas de colaboração/trabalho em equipe intra e interdisciplinar na realização das suas tarefas em nível individual, organizacional e social. Elas e eles devem cumprir isso em reconhecimento e respeito pela diversidade de todas e todos envolvidos.
Gestão	Nos postos de gestão/administração/organização, os médicos estão em posição de liderança e supervisão de outros profissionais, planejamento de trabalho e priorização de recursos disponíveis (gestão administrativa), bem como gestão científica e estratégica. Os médicos devem possuir disciplina e gestão do tempo e dos insumos em suas práticas em nível individual, organizacional e social.
Promoção de Saúde	Como promotores da saúde, os médicos motivam e exercem sua influência sobre os comportamentos de saúde dos indivíduos e do sistema como um todo, oferecendo orientação e aconselhamento, bem como iniciando e implementando medidas preventivas, conforme necessário. Na prática diária, os médicos devem capturar e responder aos problemas à medida que surgem e incentivar medidas de promoção da saúde. Devem ajudar ativamente a criar um ambiente que permita aos indivíduos assumir a responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde dos outros.

(Continua)

Pesquisa e Desenvolvimento	Como profissionais acadêmicos, de pesquisadores e ensino, os médicos devem traduzir a pesquisa em prática clínica com base em evidências. Devem avaliar criticamente e questionar a sua prática e dos outros e, assim, aplicar uma abordagem científica em busca de respostas. Em consequência, devem contribuir ativamente para o desenvolvimento de sua área através da participação em projetos de pesquisa e desenvolvimento e atualizações, bem como disseminar seus conhecimentos em todos os níveis. Devem aplicar métodos de pesquisa e treinamento relevantes para sua atividade profissional e se comprometerem a criar um ambiente de aprendizagem positivo.
Profissionalismo	Como profissionais, os médicos devem usar seus conhecimentos em conformidade com o Juramento de Hipócrates, a legislação e sua própria integridade pessoal. O desafio inerente é fazê-lo enquanto se reconhece os dilemas éticos e a complexidade, imprevisibilidade e incerteza que surgem na prática cotidiana. Devem respeitar a integridade e autonomia dos pacientes e agir de acordo com seu melhor julgamento em benefício do paciente/parceiro de colaboração, organização e sociedade. Devem ser conscientes do seu papel como modelos para os outros, reconhecendo seus próprios limites de especialização e buscando a ajuda de outros quando necessário.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG

Figura 2 – Similaridades entre CanMEDS e do ACGME.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG

3. Diagnóstico e dimensionamento da demanda de especialidades médicas

Este capítulo apresenta os resultados do diagnóstico e dimensionamento da demanda de especialidades médicas no Brasil no período de 2010 a 2015, com especial interesse no último ano da série. Para alcançar o objetivo foi feito um levantamento a partir de fontes de informação secundárias disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Nos resultados, apresentamos em um primeiro momento a descrição das fontes de informação utilizadas (tópico 3.1) com detalhes sobre o tratamento dos dados, as medidas de contagem de especialistas utilizadas e a compatibilização taxinômica das especialidades realizada (3.2). Em seguida, através de estatística descritiva, analisamos o panorama geral do número de médicos (3.3), seguido do dimensionamento do número atual de especialistas (3.4) e de títulos de especialistas (3.5).

3.1. Fontes de informação utilizadas

No Brasil, existem inúmeras fontes, com objetivos distintos, que dispõem de bases de dados que podem ser recortadas analiticamente para coleta de informações sobre os Recursos Humanos em Saúde (RHS). Ainda assim, mesmo estas bases possuem limites quanto à identificação e dimensionamento de algumas profissões, ocupações e atividades da área da saúde. No caso específico dos profissionais médicos, alguns limites ocorrem em função da abrangência das bases, que recortam segmentos específicos dos mercados de trabalho nos quais os mesmos estão ocupados, o que não impede de dimensionar a oferta e demanda desses mercados de forma relativamente satisfatória. Para as especialidades médicas, no entanto, tal dimensionamento é mais limitado. De fato, a identificação do número real de médicos especialistas, seja pelo critério de titulação, seja pelo de ocupação em especialidades, requer a combinação de fontes de informação e ou a produção de estimativas muito complexas. Pelo lado da titulação, nenhuma fonte de informação cobre a totalidade dos títulos que são emitidos para médicos concluintes de cursos de residência médica e ou para os que realizaram e foram aprovados nos exames das Sociedades de Especialistas. Neste caso, faz-se necessário congregiar as bases de dados das duas fontes sobre concessão de títulos no país, a da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e a da Associação Médica Brasileira (AMB).

Pelo lado da ocupação em especialidades no mercado de trabalho, não é possível sequer realizar o dimensionamento completo, mesmo agregando dados de diferentes fontes de informação. Note-se, neste caso, que cada fonte possui uma abrangência específica das atividades médicas no mercado de trabalho, assim como possibilidades distintas de registro das especialidades, as quais

podem variar em função da titulação do profissional, ou do cargo de trabalho ocupado, ou do procedimento realizado. Ainda que as diferentes abrangências fossem consideradas, restariam setores dos mercados profissionais de especialistas que não são cobertos por nenhuma base de dados existente, como é o caso de boa parte do segmento de planos de saúde e do privado por desembolso direto. A seguir serão listadas as bases de dados utilizadas neste estudo⁸.

Cadastro da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM)

A CNRM é o órgão do Ministério da Educação e Cultura (MEC) que regula e fiscaliza as residências médicas no Brasil, que são uma modalidade de ensino de pós-graduação na forma de curso de especialização destinado a médicos. Apenas os cursos que são credenciados na CNRM são chamados de residência médica. Os mesmos conferem aos médicos residentes o título de especialista, embora essa não seja a única fonte de titulação de especialistas no país. Nesse sentido, o sistema de informação da CNRM dispõe de dados sobre os certificados concedidos pelos programas credenciados e a titulação do profissional, bem como seu registro, ocorre automaticamente, sem necessidade de anuência por parte das entidades médicas.

O conteúdo do registro se refere a informações sobre as instituições de ensino e os titulados. Entre outras variáveis, há informações sobre a categoria administrativa da instituição (municipal, estadual, federal, privada filantrópica e privada em sentido estrito), a situação de credenciamento (credenciado, descredenciado, recredenciado, cancelado, etc.), o número de vagas em cada ano de residência, o total de vagas e o número de egressos titulados e suas respectivas datas de entrada, saída e emissão do título. Os dados são preenchidos e atualizados pelas próprias instituições de ensino através de um aplicativo web. O cadastro está disponível para consulta online, pela qual é possível consultar um médico em particular através de seu nome, CPF ou CRM, bem como uma lista de médicos de acordo com filtros específicos, como Unidade da Federação, instituição e programa de residência. O acesso aos microdados deve ser feito por meio de solicitação especial.

Note-se que o sistema do CNRM é uma importante fonte sobre médicos especialistas, mas deve-se levar em consideração seu limite de abrangência, isto é, especialistas egressos de cursos que são regulados por aquela Comissão. Portanto, o cadastro não abrange a totalidade de títulos emitidos e seus dados devem ser utilizados complementarmente a outras fontes, para uma contagem mais aproximada do estoque de especialistas, segundo o critério de titulação. Outro limite que se

⁸ Outras fontes de informação poderiam ser utilizadas no dimensionamento. Um deles é o da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego. Seu uso não é recomendado para análise das especialidades por se limitar ao mercado de trabalho formal e por haver vícios no registro ocupacional. Outra fonte possível seria o cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entretanto não dispomos de informações sobre seu conteúdo e forma de registro e acesso aos microdados.

deve considerar é quanto à ausência de padronização do registro da especialidade, uma vez que a instituição informa apenas o nome do programa. Embora estes nomes estejam alinhados às Resoluções do CFM que reconhecem as especialidades médicas, é necessário proceder à limpeza e posterior categorização ou padronização dos mesmos.

Cadastro da Associação Médica Brasileira (AMB)

A AMB é uma entidade de representação médica que, entre outras atividades, concede títulos de especialista a médicos através da realização de exames práticos e teóricos. Portanto, não é função da Associação regular ou autorizar cursos. Na prática, ela reúne o conjunto das Sociedades de Especialistas, as quais oferecem aos médicos a possibilidade de titulação por meio de seus exames. O cadastro da AMB informa quais são os médicos titulados de acordo com a data de aprovação no exame e a especialidade. O cadastro está disponível para consulta online, pela qual é possível consultar um médico em particular através do seu nome ou CPF. O acesso aos microdados deve ser feito por meio de solicitação especial.

Assim como ocorre em relação ao cadastro da CNRM, trata-se de uma importante fonte sobre médicos especialistas, mas que também é limitada, pois oferece o dimensionamento apenas dos especialistas que se titularam através dos exames das Sociedades e, portanto, deve ser usada em complementaridade a outras bases. É importante ressaltar ainda que nem todos os médicos que exercem especialidades no mercado de trabalho procuram as respectivas Sociedades para realizar os exames, mesmo profissionais que realizaram cursos de especialização. Entretanto, como fonte de especialistas titulados, a combinação dos registros da AMB e da CNRM, ofereceria um quadro completo do seu dimensionamento.

Cadastro do Conselho Federal de Medicina (CFM)

O CFM é o órgão que fiscaliza e normatiza o exercício da medicina no Brasil, sendo algumas de suas atribuições o registro do profissional e o reconhecimento das especialidades e áreas de atuação médicas. Apesar disso, o Conselho não possui registro sobre certificados de especialistas, sejam eles autorizados pelo CNRM ou pela AMB. De fato, seu cadastro agrega os registros dos conselhos regionais que se limitam à identificação da situação do profissional em relação ao registro (inscrição primária ou secundária; ativa ou desligada) e atributos como sexo e idade.

No que se refere ao registro de especialidades, O CFM é quem homologa as portarias da Comissão Mista de Especialidades (CME) que normatizam o reconhecimento e o registro de especialidades médicas e áreas de atuação. A última fonte de reconhecimento é a Resolução 2.162/2017, que

relaciona 55 especialidades e 59 áreas de atuação. Em seu cadastro, há um campo específico que informa o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE), o qual é preenchido pelo médico interessado no registro e desde que comprove sua titulação concedida por um dos dois órgãos competentes para tal. O RQE é a fonte para que o médico possa se declarar como especialista no mercado e, consequentemente do controle que o CFM faz deste exercício. No entanto, nem todo médico titulado realiza esse registro e isso não representa uma discordância em relação ao Código de Ética da profissão. De fato, nenhuma legislação proíbe o exercício de especialidades não declaradas (seja por titulados ou por não titulados), embora a ausência de RQE possa ser utilizada como meio de repreensão em caso de má prática profissional.

Uma limitação decorrente da não obrigatoriedade de preenchimento desse campo é a verificação de sub-registro da informação, o que impossibilita a contagem total do número de especialistas por via dessa fonte. Na prática, o registro do CFM representa uma fonte parcial do que seria uma base de dados agregada das informações do CNRM e da AMB. O cadastro está disponível para consulta online, pela qual é possível consultar um médico em particular através do seu nome ou CRM ou a contagem por Unidade da Federação, sexo e situação da inscrição. Já o acesso aos microdados deve ser feito por meio de solicitação especial.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O CNES é um registro administrativo do Ministério da Saúde que tem por finalidade reunir um conjunto de informações sobre todos os estabelecimentos de assistência à saúde do país, como os hospitais, os consultórios médicos, as clínicas especializadas e os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), entre outros tipos. O preenchimento do registro é realizado diretamente pelos estabelecimentos por meio da Ficha de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde (FCES) e os dados são verificados por gestores das secretarias municipais e estaduais de saúde, para então serem encaminhados ao DATASUS, que consolida as informações. A atualização é diária, sendo que mensalmente é produzida uma base consolidada dos vínculos ativos no último dia do mês. Note-se que todo estabelecimento de saúde é obrigado a criar um registro no CNES, mas o mesmo não ocorre quanto ao preenchimento e atualização dos dados, exceto quando a informação a ser preenchida está vinculada ao faturamento pelo SUS. O acesso aos dados é feito através de um sistema de consulta online, pelo qual é possível procurar estabelecimentos e profissionais específicos. O acesso aos microdados deve ser feito por meio de solicitação especial ao Ministério da Saúde.

O conteúdo do cadastro dispõe de dados referentes à área física, equipamentos existentes, tipos de serviços que são realizados e recursos humanos. No que se refere aos recursos humanos, é possível identificar, para cada profissional e vínculo de trabalho com o estabelecimento, a ocupação

a seis dígitos segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o número de horas trabalhadas (discriminadas em horas ambulatoriais, hospitalares e outras) e o tipo de vinculação com o estabelecimento. É possível cruzar essas informações com atributos do profissional (sexo, idade e município de residência) e do estabelecimento (como natureza jurídica, esfera administrativa e localização geográfica). Os dados são desagregáveis até o nível geográfico municipal.

Em razão de o cadastro possuir informações melhor atualizadas para estabelecimentos e vínculos de trabalho com o SUS, o cadastro possui um importante limite no que diz respeito ao dimensionamento do setor da Saúde Suplementar, sobretudo quando não há convênio do estabelecimento com o SUS. Outro limite se refere ao processo de atualização das informações sobre recursos humanos, já que em alguns casos o registro não é atualizado no mesmo período de admissão, alteração ou desligamento do vínculo. Isso ocorre tanto pela não obrigatoriedade de fazê-lo, ou pelo tempo gasto na tramitação das FCES até o DATASUS, ou mesmo por motivo de fraude. Ressalta-se ainda que a forma de registro dos vínculos dos profissionais com os estabelecimentos não permite discriminar quais correspondem à realização de procedimentos, os quais não deveriam ser confundidos com os vínculos de trabalho, dado sua natureza esporádica e atípica do ponto de vista laboral.

Apesar dos limites apontados, trata-se da principal fonte de dimensionamento da força de trabalho que presta serviços diretos de assistência à saúde, na medida em que contempla os empregados do setor, ou seja, aqueles com vínculos empregatícios como funcionários públicos ou celetistas, bem como os autônomos, terceirizados, cooperados, proprietários, bolsistas e residentes. Do ponto de vista setorial, porém, não é possível dimensionar atividades que são caracteristicamente de assistência à saúde, mas que é realizada em estabelecimentos que não são da atividade econômica da saúde, isto é, os que estão na indústria, comércio, ensino e outras.

A identificação de médicos especialistas no CNES é feita através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), em seu menor nível de desagregação (seis dígitos). A CBO é uma classificação criada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que classifica e nomeia todas as ocupações no Brasil. De acordo com a última versão da classificação, os médicos são divididos em três famílias ocupacionais, a saber, os “médicos clínicos”, “médicos em especialidades cirúrgicas” e “médicos em medicina diagnóstica e terapêutica”. Ao todo, compõem as três famílias 66 especialidades classificadas a seis dígitos. Embora a CBO seja a base da classificação, o CNES possui outras cinco especialidades, totalizando 71.

Um ponto importante em relação à contagem de especialistas, o que também se aplica às ocupações não médicas, refere-se à diferenciação entre indivíduos e vínculos. Como a base está organizada por vínculo de profissionais com os estabelecimentos, faz-se necessário diferenciar os médicos a partir de um número identificador (CPF), o que leva à contagem de um mesmo profissional mais de uma vez, de acordo com os critérios de análise. Assim, como um mesmo profissional pode

possuir mais de um vínculo, este pode ser contado em mais de uma especialidade, caso se registrem códigos ocupacionais distintos para um mesmo indivíduo.

3.2. Tratamento dos dados

As fontes de informação aqui discriminadas representam inúmeras possibilidades de dimensionamento das especialidades no Brasil, porém nenhuma delas permite encontrar o número total de especialistas e sua respectiva distribuição geográfica. A avaliação, neste sentido, é de que as fontes devem ser utilizadas de forma complementar e conforme a necessidade. Entende-se que há pelo menos duas possibilidades de dimensionamento através dessas fontes, uma que identifica os especialistas titulados, isto é, os que concluíram curso de residência médica e ou foram aprovados nos exames das Sociedades – informação presente nos cadastros CNRM, AMB e CFM – e outra que identifica os que estão ocupados no mercado de trabalho exercendo funções próprias das especialidades – informação presente no CNES.

Nesta pesquisa, seriam considerados inicialmente apenas os dados do CNES, pois não havia acesso às informações sobre profissionais titulados em especialidades médicas. No decorrer da pesquisa, porém, foi lançado o Cadastro Nacional de Especialidades Médicas (CNEM), iniciativa do Ministério da Saúde no âmbito do “Programa Mais Médicos” (PMM) que tinha como objetivo reunir diversas fontes de informação sobre especialidades médicas no Brasil para subsidiar as ações de planejamento da formação e de serviços de saúde especializados. Em sua formulação, previa-se a reunião dos cadastros oficiais do CFM, da CNRM e da AMB e dos registros do CNES e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O CNEM não se efetivou, mas durante a tentativa de sua implantação, a equipe da pesquisa obteve acesso parcial aos microdados⁹. Nesse sentido, o CNEM foi trabalhado de forma inédita, levando à revisão das estratégias analíticas desenhadas no início da pesquisa. Em função disso, também se fez necessário retornar ao trabalho que havia sido realizado anteriormente com o CNES, com o objetivo de contrastar as informações das duas fontes de informação.

Essa abordagem permitiu confrontar as informações de diferentes fontes de informação no sentido de verificar a dinâmica de disponibilidade efetiva da força de trabalho médica para cobrir as necessidades de serviços especializados nos sistemas de saúde do país. Pelo lado da oferta de especialistas foi possível dimensionar o volume de titulados e de ocupados no mercado de trabalho. Pelo lado da demanda, permitiu verificar a correspondência entre titulação e exercício, quais especialidades estão mais dependentes da oferta de titulados e quais as combinações que os médicos fazem em

9 O acesso foi obtido através de pesquisa complementar realizada em parceria com o Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Os microdados foram fornecidos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) em janeiro de 2016.

torno de práticas com escopos clínicos semelhantes. Foi possível ainda, analisar os fatores relacionados à distribuição da oferta e demanda no território e, portanto, o que explica as situações de carência assistencial, por um lado, e de saturação de mercado, por outro.

A customização das bases de dados para este projeto envolveu a reunião, sistematização e crítica do conjunto de dados que foi selecionado para o dimensionamento das especialidades médicas no Brasil. As atividades realizadas envolveram a identificação do conteúdo da fonte, isto é, conceitos, variáveis, categorias, abrangência e formatos, com respectiva documentação em um dicionário de leitura da base de dados. Isso implicou também a criação de novas variáveis com a agregação de categorias das variáveis originais, em especial da variável de identificação da especialidade médica, para a qual foi realizada uma compatibilização taxonômica.

A tabela 1 descreve o número de registros e de médicos encontrados em cada fonte de informação. No caso do cadastro do CFM foram encontrados 428.580 registros, os quais equivalem ao número de médicos ativos cadastrados. O cadastro CNRM contém 181.471 registros, os quais correspondem a certificados de residência médica. Alguns casos se referem a especialidades reconhecidas e outros se referem a áreas médicas. O número de médicos no registro em questão é de 144.671, indicando que alguns profissionais possuíam mais de um registro de certificado. Já o registro de títulos da AMB possuía apenas um registro por médico, que no caso somavam 110.212 profissionais. Nesse caso, não significa que os médicos não possuíam mais de um título. Na verdade, trata-se de uma limitação da base¹⁰. Por fim, foi encontrado no CNES de dezembro de 2015 um total de 971.731 registros correspondentes a vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde, os quais se distribuem entre 348.036 profissionais.

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

Fonte	Nº de registros	Nº de médicos
Conselho Federal de Medicina	428.580	428.580
Comissão Nacional de Residência Médica	181.471	144.671
Associação Médica Brasileira	110.212	110.212
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	971.731	348.036

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

¹⁰ Não obtivemos informação sobre quais critérios a AMB utilizou para selecionar apenas um título nos casos de mais de uma ocorrência por profissional.

Contagem de especialistas

O tratamento dos dados permitiu realizar o dimensionamento das especialidades no Brasil segundo dois critérios:

- (i) Pela identificação dos médicos titulados nas especialidades reconhecidas pelo CFM e desde que estivessem registradas no CNEM. Nesse sentido, foram estimados os quantitativos de portadores de títulos emitidos pela CNRM e ou AMB. Ressalta-se como limitação, porém, o fato de que a existência de titulação não implica em necessário exercício da especialidade correspondente, já que o médico pode optar por outras especialidades quando da venda de serviços no mercado;
- (ii) Pela identificação dos médicos ocupados nas especialidades reconhecidas pelo CFM e desde que estivessem registrados no CNES. Ressalta-se que o CNES é a fonte que melhor permite dimensionar o estoque de especialistas por abarcar a quase totalidade dos médicos em serviços de assistência à saúde, mesmo que haja sub-representação do setor da Saúde Suplementar não conveniado ao SUS. Esta opção se justifica também por refletir melhor o exercício das especialidades no mercado de trabalho, já que boa parte dos médicos não se limita a prática de uma única especialidade e não há uma necessária relação entre exclusividade de prática com a existência de titulação equivalente a especialidade.

Considerando os dois critérios, a contagem de especialistas foi feita através de quatro medidas distintas. A primeira contagem é direta e se dá pela identificação dos médicos com titulação na especialidade correspondente, de acordo com o resultado proveniente do CNEM. A segunda contagem se dá pelo número de médicos ocupados ou com pelo menos um vínculo em estabelecimento de saúde na especialidade correspondente segundo o registro de CBO no CNES. Ressalta-se que um mesmo médico pode ser contado em mais de uma especialidade, caso possua mais de um título e ou mais de um vínculo em especialidades distintas. A terceira contagem foi feita em Equivalente de Tempo Integral (ETI)¹¹, a qual busca identificar a oferta de especialistas pela disponibilidade efetiva de trabalho, medida em carga horária. Na prática, o total de horas semanais registradas no CNES, na especialidade, é dividido por 40 horas, representando o número que equivaleria ao de profissionais dedicados em tempo integral. Por fim, realizou-se a contagem através da razão entre o número de especialistas, em ETI, por 100 mil habitantes.

11 Optamos aqui por utilizar um correspondente em língua portuguesa do termo *Full Time Equivalent* (FTE).

Compatibilização taxonômica

Devido à presença de variadas taxonomias entre as diversas fontes que compõem o CNEM (CFM, CNRM e AMB), elaborou-se compatibilização em torno das 55 especialidades reconhecidas pela Resolução CFM 2.162/2017¹², com relação às informações prestadas por tais fontes. Tal processo de compatibilidade considerou as informações advindas das fontes supracitadas, quanto aos aspectos das especialidades informadas ao CFM, dos títulos de residências médicas informados pelo CNRM e das titulações informadas pela AMB. Neste último caso, deve-se destacar que para tal fonte de informação houve apenas um único registro de titulação por indivíduo, disponibilizado pelo registro. As demais fontes de informação disponibilizaram vários registros de especialidades para um mesmo indivíduo graduado em medicina.

No caso do CNES, a identificação dos especialistas foi feita através da CBO, a seis dígitos, totalizando 71 especialidades ou códigos. Para classificação das especialidades, procedeu-se a uma correspondência taxonômica entre as especialidades reconhecidas pela Resolução 2.162/2017 do CFM, e a classificação das ocupações médicas segundo a CBO de 2002 e sua atualização em 2010¹³. O resultado implicou em agregações, o que levou a uma redução dos 71 códigos para 58 especialidades. Destas, dois casos não possuem correspondência na CBO (Medicina de Emergência e Medicina Esportiva) e três casos não possuem correspondência na Resolução CFM (Residência Médica¹⁴, Medicina Hiperbárica e Medicina Antroposófica). Apesar destas exceções, as classificações nos três registros do CNEM e do CNES foram compatibilizadas a partir das especialidades reconhecidas pelo CFM. Além dessa correspondência, criou-se uma classificação dos grupos de especialidades cuja natureza da atividade ou organização do trabalho se assemelha, sendo: atenção primária; especialidades clínicas; especialidades cirúrgicas; medicina diagnóstica e terapêutica; e outras especialidades. As correspondências podem ser consultadas no quadro 3.

12 Ao longo do presente estudo o reconhecimento de especialidades médicas sofreu duas alterações, tendo prevalecido para a versão do relatório final a Resolução 2.162/2017.

13 Após a última atualização em 2010, o MTE tem realizado atualizações constantes, sem a necessidade de uma republicação de toda a classificação. Nesse sentido, a atualização da CBO em 2010 se refere a todas as atualizações que foram feitas a partir desta data e que estão disponíveis no site <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>.

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

Quadro 3 - Correspondência entre as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e a Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 e atualização em 2010.

Grupo de especialidades		Especialidade ^A		CBO 2002 ^B		CBO atualização 2010 ^B	
Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição	
Atenção Primária	30	Medicina de Família e Comunidade	223116	Médico de saúde da família e comunidade	225130	Médico de família e comunidade	
			2231F7 ^C	Médico em medicina de família e comunidade	225142	Médico da Estratégia de Saúde da Família	
	16	Clínica médica	223115	Médico clínico	225125	Médico clínico	
			223129	Médico generalista	225170	Médico generalista	
Especialidades clínicas	2	Alergia e Imunologia	223102	Médico alergista e imunologista	225110	Médico alergista e imunologista	
	4	Angiologia	223105	Médico angiologista	225115	Médico angiologista	
	5	Cardiologia	223106	Médico cardiologista	225120	Médico cardiologista	
	18	Dermatologia	223117	Médico dermatologista	225135	Médico dermatologista	
			2231A2 ^C	Médico hanseologista	-	-	
	19	Endocrinologia e Metabologia	223125	Médico endocrinologista e metabologista	225155	Médico endocrinologista e metabologista	
	21	Gastroenterologia	223128	Médico gastroenterologista	225165	Médico gastroenterologista	
	23	Geriatria	223131	Médico geriatra	225180	Médico geriatra	
	27	Infectologia	223136	Médico infectologista	225103	Médico infectologista	
	34	Medicina Física e Reabilitação	223126	Médico fisiatra	225160	Médico fisiatra	
	35	Medicina Intensiva	223122	Médico em medicina intensiva	225150	Médico em medicina intensiva	
	39	Nefrologia	223139	Médico nefrologista	225109	Médico nefrologista	
	41	Neurologia	223142	Médico neurologista	225112	Médico neurologista	
			223141	Médico neurofisiologista	225350	Médico neurofisiologista clínico	

		223119	Médico em eletroencefalografia	-	-
		223145	Médico oncologista	-	-
44	Oncologia Clínica	2231F4 ^c	Médico oncologista pediátrico	225122	Médico cancerologista pediátrico
		2231F6 ^c	Médico oncologista clínico	225121	Médico oncologista clínico
49	Pediatria	223149	Médico pediatra	225124	Médico pediatra
50	Pneumologia	223151	Médico pneumologista	225127	Médico pneumologista
		2231A1 ^c	Médico broncoesofalogista	-	-
51	Psiquiatria	223153	Médico psiquiatra	225133	Médico psiquiatra
54	Reumatologia	223155	Médico reumatologista	225136	Médico reumatologista
Especialidades Cirúrgicas					
6	Cirurgia Cardiovascular	223107	Médico cirurgião cardiovascular	225210	Médico cirurgião cardiovascular
		2231G1 ^c	Médico cardiologista intervencionista	-	-
8	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	223108	Médico cirurgião de cabeça e pescoço	225215	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
7	Cirurgia da Mão	-	-	225295	Médico cirurgião da mão
9	Cirurgia do Aparelho Digestivo	223109	Médico cirurgião do aparelho digestivo	225220	Médico cirurgião do aparelho digestivo
10	Cirurgia Geral	223110	Médico cirurgião geral	225225	Médico cirurgião geral
11	Cirurgia Oncológica	2231F5 ^c	Médico oncologista cirúrgico	225290	Médico cancerologista cirúrgico
12	Cirurgia Pediátrica	223111	Médico cirurgião pediátrico	225230	Médico cirurgião pediátrico
13	Cirurgia Plástica	223112	Médico cirurgião plástico	225235	Médico cirurgião plástico
14	Cirurgia Torácica	223113	Médico cirurgião torácico	225240	Médico cirurgião torácico
15	Cirurgia Vascular	2231F3 ^c	Médico cirurgião vascular	225203	Médico cirurgião vascular
17	Coloproctologia	223152	Médico proctologista	225280	Médico coloproctologista
24	Ginecologia e Obstetrícia	223132	Médico ginecologista e obstetra	225250	Médico ginecologista e obstetra

	28	Mastologia	223138	Médico mastologista	225255	Médico mastologista
	40	Neurocirurgia	223140	Médico neurocirurgião	225260	Médico neurocirurgião
	43	Oftalmologia	223144	Médico oftalmologista	225265	Médico oftalmologista
	45	Ortopedia e Traumatologia	223146	Médico ortopedista e traumatologista	225270	Médico ortopedista e traumatologista
	46	Otorrinolaringologia	223147	Médico otorrinolaringologista	225275	Médico otorrinolaringologista
			223127	Médico foniatra	225245	Médico foniatra
	55	Urologia	223157	Médico urologista	225285	Médico urologista
Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica	3	Anestesiologia	223104	Médico anesthesiologista	225151	Médico anesthesiologista
	20	Endoscopia	223120	Médico em endoscopia	225310	Médico em endoscopia
	25	Hematologia e Hemoterapia	223133	Médico hematologista	225185	Médico hematologista
			223134	Médico hemoterapeuta	225340	Médico hemoterapeuta
	37	Medicina Nuclear	223123	Médico em medicina nuclear	225315	Médico em medicina nuclear
	42	Nutrologia	223143	Médico nutrologista	225118	Médico nutrologista
	47	Patologia	-	-	225325	Médico patologista
			223103	Médico anatomopatologista	225148	Médico anatomopatologista
			223114	Médico citopatologista	225305	Médico citopatologista
	48	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	223148	Médico patologista clínico	225335	Médico patologista clínico / medicina laboratorial
	52	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	223124	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	225320	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
	53	Radioterapia	223154	Médico radioterapeuta	225330	Médico radioterapeuta
	57	Medicina Hiperbárica ^D	-	-	225345	Médico hiperbarista

Outras especialidades	1	Acupuntura	223101	Médico acupunturista	225105	Médico acupunturista
	26	Homeopatia	223135	Médico homeopata	225195	Médico homeopata
	22	Genética Médica	223130	Médico geneticista	225175	Médico geneticista
	29	Medicina de Emergência	-	-	-	-
	36	Medicina Legal e Perícia Médica	223137	Médico legista	225106	Médico legista
			223150	Médico perito	-	-
	31	Medicina do Trabalho	223118	Médico do trabalho	225140	Médico do trabalho
	32	Medicina do Tráfego	223121	Médico em medicina do tráfego	225145	Médico em medicina do tráfego
	33	Medicina Esportiva	-	-	-	-
	38	Medicina Preventiva e social	223156	Médico sanitaria	225139	Médico sanitaria
			2231F8^C	Médico em medicina preventiva e social	-	-
	32	Medicina do Tráfego	223121	Médico em medicina do tráfego	225145	Médico em medicina do tráfego
	58	Medicina Antroposófica ^D	-	-	225154	Médico antroposófico
	56	Residência Médica ^D	2231F9^C	Médico residente	-	-

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Conselho Federal de Medicina e do Ministério do Trabalho e Emprego.

A. Especialidades e títulos de residência reconhecidos a partir da Resolução CFM Nº 2.162/2017.

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

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

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

3.3. Panorama geral do número de médicos

O cálculo do número de médicos é frequentemente feito a partir de um conjunto de bases de dados, buscando minimizar as dificuldades de contar os profissionais ativos, isto é, que estão efetivamente disponíveis para o trabalho na assistência direta à saúde. O Censo Demográfico do IBGE e o cadastro do CFM se destacam como as fontes que fornecem o total de médicos, estejam eles ativos ou não. Já o CNES pode ser utilizado para estimar os que estão ocupados na assistência. No último Censo de 2010 foi encontrada uma população médica de 355.583 pessoas residentes no país (tabela 2), enquanto 276.802 estavam em serviços de saúde, de acordo com o CNES do mesmo ano, o equivalente a 77,8% daquela população. Em 2015, o número de médicos passou para 428.580 de acordo com o registro do CFM, sendo que 348.036, ou 81,2%, estavam ocupados em serviços de saúde. Entre 2010 e 2015 o crescimento do número de médicos foi de 20,5%, sendo que o número de médicos em serviços de saúde cresceu 25,7%.

Tabela 2 – Número de médicos. Brasil, 2010 e 2015.

	2010	2015	Cresc.
Nº de médicos*	355.583	428.580	20,5%
Nº de médicos em serviços de saúde**	276.802	348.036	25,7%
% de médicos em serviços de saúde	77,8%	81,2%	-

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

* O valor de 2010 é do número de médicos residentes no país de acordo com o Censo Demográfico e o de 2015 de acordo com o número de médicos ativos no CFM.

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

Considerando os registros do CFM de 2015, a tabela 3 e o gráfico 1 mostram o período em que os médicos ativos naquele ano se graduaram em medicina, por sexo. Os que se formaram a partir dos anos 2000 representam 46% dos casos. Essa distribuição não é a mesma por sexo, tendo em vista que, neste período, formaram-se 40,2% dos homens e 53,6% das mulheres. De maneira geral, esta informação destaca a importância do período a partir dos anos 2000 como impulsionador da formação de médicos no Brasil e uma inversão do perfil de gênero na composição da força de trabalho, em direção a feminilização. Como é possível observar através da pirâmide etária (gráfico 2), nota-se a base da pirâmide mais larga (até os 39 anos, sobretudo até os 29 anos), em relação ao centro e ao topo. Apesar disso, como se observou em outro trabalho (EPSM, 2013), trata-se de uma popula-

ção envelhecida com uma expressiva presença de pessoas com mais de 64 anos, o que é um padrão diferente daquele observado para outras profissões e ocupações no mercado de trabalho brasileiro.

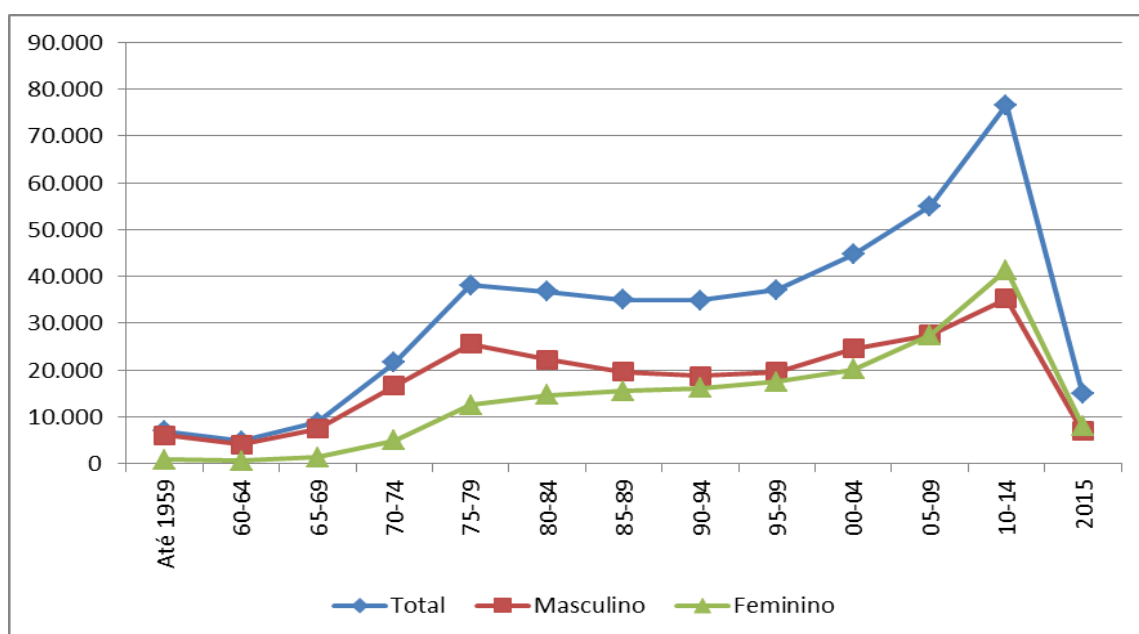
Tabela 3 – Distribuição do número de médicos segundo período da graduação em medicina, por sexo. Brasil, 2015.

Quinquênio	Total			Masculino			Feminino		
	N	%	% válido	N	%	% válido	N	%	% válido
Até 1959	6.949	1,6	1,7	6.035	2,5	2,6	914	0,5	0,5
1960 a 1964	4.799	1,1	1,2	4.157	1,7	1,8	642	0,3	0,4
1965 a 1969	8.829	2,1	2,1	7.477	3,1	3,2	1.352	0,7	0,7
1970 a 1974	21.598	5,0	5,2	16.674	6,9	7,1	4.924	2,6	2,7
1975 a 1979	38.079	8,9	9,2	25.558	10,6	10,9	12.521	6,6	6,9
1980 a 1984	36.771	8,6	8,9	22.166	9,2	9,5	14.605	7,8	8,1
1985 a 1989	35.050	8,2	8,4	19.587	8,2	8,4	15.463	8,2	8,5
1990 a 1994	34.889	8,1	8,4	18.781	7,8	8,0	16.108	8,5	8,9
1995 a 1999	37.069	8,6	8,9	19.619	8,2	8,4	17.450	9,3	9,6
2000 a 2004	44.659	10,4	10,8	24.561	10,2	10,5	20.098	10,7	11,1
2005 a 2009	55.020	12,8	13,2	27.589	11,5	11,8	27.429	14,6	15,2
2010 a 2014	76.553	17,9	18,4	35.223	14,7	15,0	41.329	21,9	22,8
2015	15.067	3,5	3,6	6.943	2,9	3,0	8.124	4,3	4,5
Total Válido	415.332	96,9	100,0	234.370	97,6	100,0	180.959	96,0	100,0
Ignorado*	13.248	3,1		5.790	2,4		7.444	4,0	
Total	428.580	100		240.160	100		188.403	100	

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

*Sem informação de período em que se graduou em medicina ou sexo, ou com inconsistência de informação na comparação entre data de nascimento e graduação.

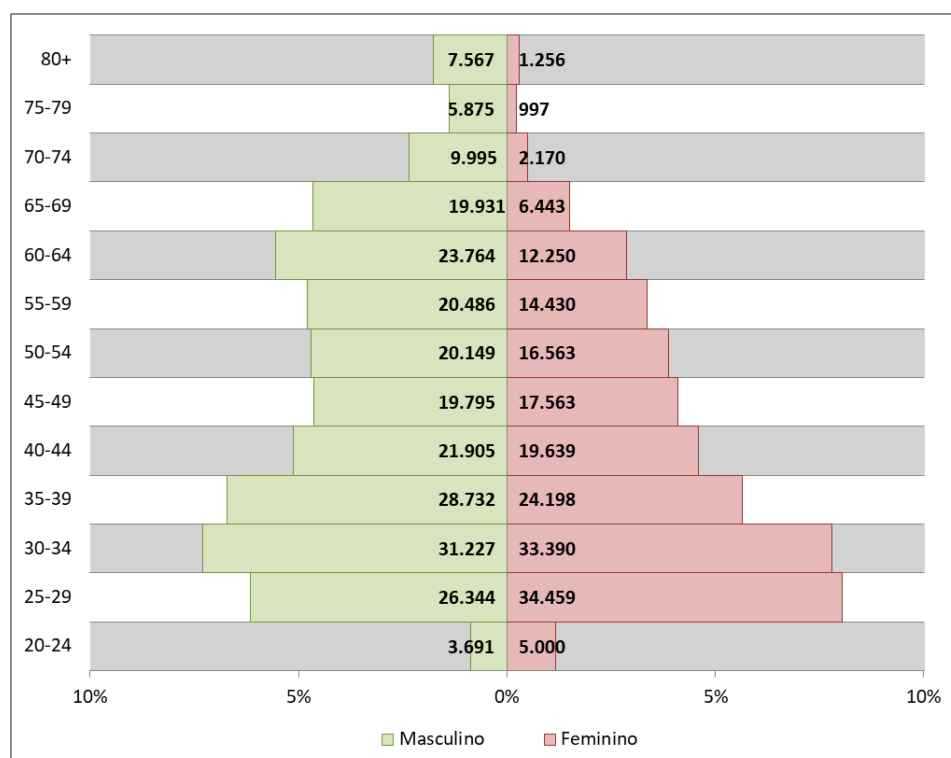
Gráfico 1 – Distribuição do número de médicos segundo período da graduação em medicina, por sexo. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

*Foram excluídos os casos sem informação de período em que se graduou em medicina ou sexo, ou com inconsistência de informação na comparação entre data de nascimento e graduação.

Gráfico 2 – Pirâmide etária dos médicos com registro ativo no CFM*. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

*Foram excluídos os casos com ausência de informação em sexo e idade.

3.4. Dimensionamento do número de especialistas

Do total de médicos com registro ativo no CFM no ano de 2015, 242.998 (ou 56,7%) possuíam pelo menos um título de especialista conferido via residência médica ou concurso das Sociedades de Especialistas (tabela 4). Note-se que apenas 181.317 médicos (42,3%) informaram uma especialidade ao CFM através do RQE, 142.532 (33,3%) possuíam registro de título em residência médica segundo o cadastro da CNRM e 110.212 (25,7%) possuíam registro de título no cadastro da AMB. Considera-se ainda que todos aqueles que estavam ocupados em estabelecimentos de saúde em dezembro de 2015, segundo o registro do CNES, exerciam alguma especialidade denotada por meio de um código ocupacional (CBO), o que perfazia 348.036 indivíduos, ou 81,2% do total.

Tabela 4 – Número de médicos segundo titulação e ocupação em especialidades. Brasil, 2015.

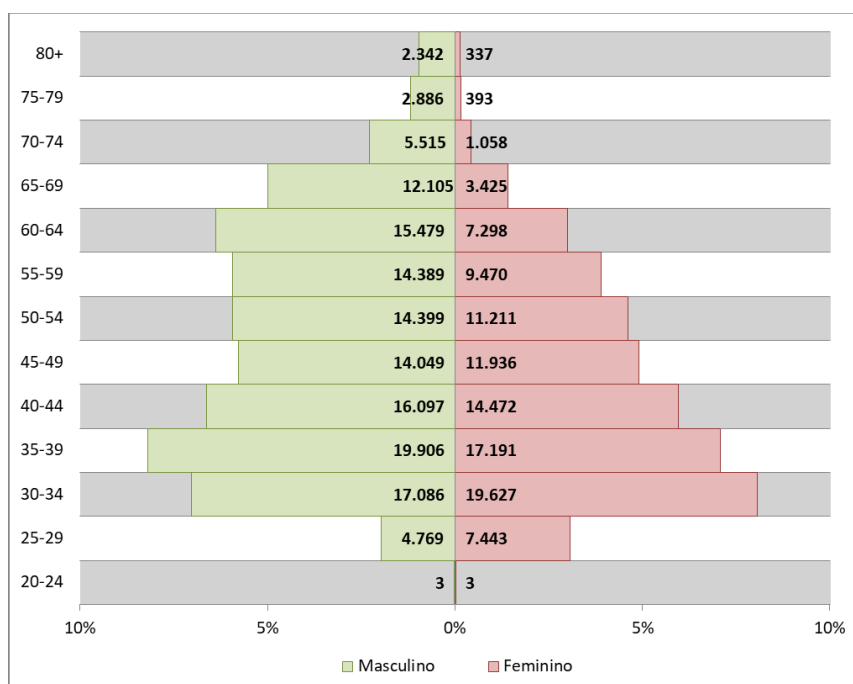
	N	%
Nº de médicos	428.580	100
Nº de médicos titulados	242.906	56,7
Nº de médicos titulados no registro CFM	181.317	42,3
Nº de médicos titulados no registro CNRM	142.532	33,3
Nº de médicos titulados no registro AMB	110.212	25,7
Nº de médicos ocupados em especialidades no registro CNES	348.036	81,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

As pirâmides etárias de médicos com titulação em especialidades (gráfico 3) e ocupados em especialidades (gráfico 4), descrevem o mesmo padrão da população total de médicos, isto é, mais larga na base, com tendência a feminilização e acentuada proporção de profissionais mais velhos. A única diferença entre as duas pirâmides se dá nas duas primeiras faixas etárias, até os 29 anos, já que, pelo critério ocupacional, os quantitativos são maiores nestas faixas. Isso era de se esperar, pois a titulação sugere uma idade média inicial maior dada em função do tempo que o médico leva entre a graduação e a especialização. Este tempo, em geral, decorre por meio de um processo de formação em residência médica ou em outras especializações. Para ocupação em especialidades no mercado de trabalho, este tempo é reduzido, tendo em vista que a graduação em medicina é, a rigor, suficiente para que este evento ocorra¹⁵.

15 De qualquer maneira, este período após a formação em medicina ainda precisa ser mais bem investigado, no sentido de identificar as trajetórias de especialização. Quais são os caminhos percorridos via educação formal em especialidades ou via

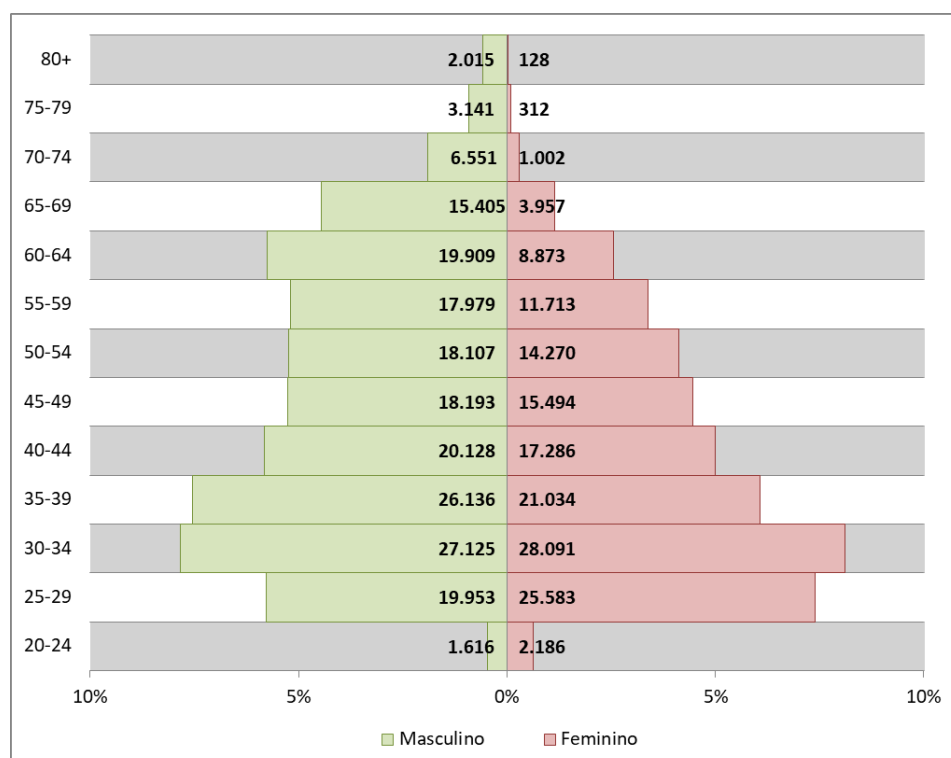
Gráfico 3 – Pirâmide etária de médicos com titulação em especialidades*. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

*Foram excluídos os casos com ausência de informação em sexo e idade.

Gráfico 4 – Pirâmide etária de médicos ocupados em especialidades*. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

*Foram excluídos os casos com ausência de informação em sexo e idade.

experiência no mercado de trabalho? Quais especialidades são mais dependentes de uma trajetória na educação formal? Quais são mais “frequentadas” no início da carreira por médicos não titulados?

A tabela 5 apresenta a distribuição dos médicos por especialidade em 2015, oferecendo medidas de dimensionamento tanto pelo critério de titulação (número de titulados) quanto ocupacional (ocupados em serviços de saúde). Ainda são apresentados o número de especialistas em Equivalente de Tempo Integral (ETI) e a razão do número de especialistas, em ETI, por 100 mil habitantes. O objetivo é mapear as diversas possibilidades de contar especialistas então disponíveis nas bases de dados escolhidas para este estudo. São apresentadas todas as especialidades classificadas para esta pesquisa.

A especialidade que carregava o maior número de médicos era a clínica médica, com 34.637 titulados e 133.292 médicos ocupados. Apesar do grande número de médicos registrados na especialidade, o valor em ETI era de 74.700, indicando que a ocupação na especialidade, em geral, ocorre em tempo parcial. Eram 36,54 clínicos por 100 mil habitantes. Com exceção da clínica médica, as especialidades com os maiores números de titulados e ocupados eram pediatria, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia, acompanhadas na sequência por anestesiologia, cardiologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, radiologia e diagnóstico por imagem e psiquiatria. A medicina de família e comunidade também estava entre as especialidades mais numerosas no critério ocupacional, com 45.060 médicos, porém com apenas 4.243 titulados¹⁶. As especialidades com os menores quantitativos de profissionais, em ambas as medidas, são: angiologia, cirurgia de mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia torácica, genética médica, medicina de emergência, medicina física e reabilitação, medicina esportiva, medicina legal e perícia médica, medicina nuclear, radioterapia e medicina hiperbárica. Tais números não indicam necessariamente escassez de profissionais, pois se referem a áreas com menor demanda, pelo menos em serviços de assistência direta à saúde.

16 Dentre as especialidades não selecionadas, merece destaque a medicina do trabalho, com 14.374 titulados e a medicina intensiva com 11.437 ocupados. Note-se que, no primeiro caso, o número de ocupados era inferior, de 4.453, o que se explica pelo fato de a maioria destes profissionais estarem ocupada fora dos serviços de assistência direta à saúde e, portanto, não captáveis no CNES. No segundo caso, temos um número menor de titulados, de 5.313, o que se explica pelo fato de ser uma especialidade ocupada por indivíduos de diversas especialidades realizando atividades em serviços de medicina intensiva.

Tabela 5 – Número de médicos titulados, ocupados, ETI e razão por 100 mil habitantes, por especialidade. Brasil, 2015.

	Titulados	Ocupados	ETI*	Razão/100mil hab.**
Médico/a	242.906	348.036	381.910	186,80
Acupuntura	3.231	1.556	712	0,35
Alergia e Imunologia	1.389	1.424	773	0,38
Anestesiologia	15.721	18.495	14.621	7,15
Angiologia	970	2.871	1.277	0,62
Cardiologia	13.281	18.796	13.428	6,57
Cirurgia Cardiovascular	1.179	4.739	2.110	1,03
Cirurgia da Mão	629	168	53	0,03
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	769	1.285	676	0,33
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2.297	2.699	943	0,46
Cirurgia Geral	28.198	33.311	14.701	7,19
Cirurgia Oncológica	1.025	2.183	616	0,30
Cirurgia Pediátrica	1.270	1.695	1.300	0,64
Cirurgia Plástica	5.315	4.923	3.079	1,51
Cirurgia Torácica	871	1.183	664	0,32
Cirurgia Vascular	3.752	4.268	2.426	1,19
Clínica médica	34.637	133.292	74.700	36,54
Coloproctologia	1.691	2.089	1.094	0,54
Dermatologia	7.220	9.097	6.448	3,15
Endocrinologia e Metabologia	4.343	5.572	3.653	1,79
Endoscopia	1.660	3.978	1.845	0,90
Gastroenterologia	4.079	7.122	3.525	1,72
Genética Médica	238	249	164	0,08
Geriatria	1.489	2.274	1.193	0,58
Ginecologia e Obstetrícia	27.381	32.326	26.769	13,09
Hematologia e Hemoterapia	2.234	2.827	2.322	1,14
Homeopatia	2.428	1.325	620	0,30
Infectologia	2.463	3.206	2.435	1,19
Mastologia	1.796	2.300	1.216	0,59
Medicina de Emergência	9	-	-	-
Medicina de Família e Comunidade	4.243	45.060	44.720	21,87
Medicina do Trabalho	14.588	4.453	1.964	0,96
Medicina do Tráfego	4.163	168	70	0,03
Medicina Física e Reabilitação	760	710	480	0,23
Medicina Esportiva	825	-	-	-
Medicina Intensiva	5.332	11.437	5.884	2,88
Medicina Legal e Perícia Médica	1.147	64	35	0,02
Medicina Nuclear	607	680	512	0,25
Medicina Preventiva e social	1.543	862	512	0,25
Nefrologia	3.629	4.325	3.712	1,82

(Continua)

(Continuação)

	Titulados	Ocupados	ETI*	Razão/100mil hab.**
Neurocirurgia	2.772	3.441	2.588	1,27
Neurologia	3.746	7.518	5.020	2,46
Nutrologia	1.147	272	116	0,06
Oftalmologia	11.757	13.323	12.607	6,17
Oncologia Clínica	2.521	4.955	2.612	1,28
Ortopedia e Traumatologia	12.353	15.554	14.936	7,31
Otorrinolaringologia	5.857	6.261	5.415	2,65
Patologia	2.085	2.610	2.104	1,03
Patologia clínica-medicina laboratorial	1.028	1.648	968	0,47
Pediatria	34.309	39.913	31.771	15,54
Pneumologia	2.852	3.973	2.479	1,21
Psiquiatria	9.017	9.289	7.886	3,86
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	9.757	17.493	12.803	6,26
Radioterapia	595	788	581	0,28
Reumatologia	2.007	2.210	1.480	0,72
Urologia	4.682	5.301	4.668	2,28
Medicina Hiperbárica	-	41	15	0,01
Residência médica	-	25.109	32.608	15,95

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

* ETI = cada 40 horas semanais na especialidade equivalem a um profissional.

**Quociente entre o número de especialistas em ETI e a população estimada pelo IBGE em 2015.

Apenas 10 especialidades registraram um número de titulados maior do que o de ocupados, com destaque para aquelas especialidades que são praticadas majoritariamente ou em grande proporção em atividades indiretas da saúde¹⁷ e, por isso, registram poucos casos no CNES, já que esta fonte se limita aos estabelecimentos de assistência direta – medicina do tráfego, medicina legal e perícia médica, medicina do trabalho, medicina física e reabilitação e medicina preventiva e social. Neste grupo também se incluem outras especialidades da chamada “outra saúde”, a saber, acupuntura e homeopatia. Por fim, cirurgia de mão, cirurgia plástica e nutrologia, que se destacam provavelmente por estarem concentradas em serviços privados, que são subregistrados no CNES.

As especialidades em que o número de titulados mais se aproximou do de ocupados foram alergia e imunologia, psiquiatria, genética médica, otorrinolaringologia, reumatologia, medicina nuclear, urologia, oftalmologia, cirurgia vascular, pediatria, cirurgia do aparelho digestivo, anestesiologia, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral. Isso indica, provavelmente, um exercício profissional no mercado de trabalho mais dependente da titulação, isto é, uma disposição menor do mercado em

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

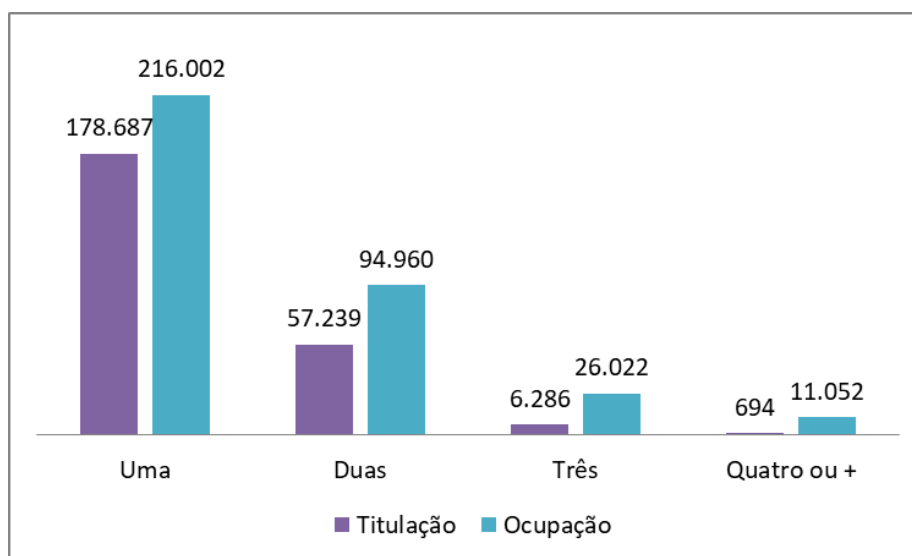
empregar especialistas sem os critérios estabelecidos pelas entidades médicas. Aquelas em que os números de titulados e ocupados mais se distanciaram foram medicina de família e comunidade, cirurgia cardiovascular, clínica médica, angiologia, endoscopia, medicina intensiva e cirurgia oncológica¹⁸.

As especialidades em que o número de ocupados e de ETI são mais próximas indicam maior probabilidade de os especialistas exercerem a especialidade em tempo integral (tendo em vista a medida de 40 horas), sendo elas medicina de família e comunidade, ortopedia e traumatologia, oftalmologia, urologia, otorrinolaringologia, nefrologia, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, hematologia e hemoterapia, patologia, pediatria e anestesiologia. Já aquelas em que os números mais se distanciam, indicando tendência ao exercício em tempo parcial: cirurgia oncológica, cirurgia de mão, cirurgia do aparelho digestivo, medicina do tráfego, nutrologia, medicina do trabalho, cirurgia geral, angiologia, cirurgia cardiovascular, acupuntura, endoscopia e homeopatia.

O gráfico 5 apresenta a distribuição dos médicos segundo o número de especialidades de titulação e de ocupação. Do total de 242.906 médicos com titulação, 178.687 (73,6%) possuíam titulação em uma única especialidade, ao passo que 57.239 (23,6%) em duas especialidades, 6.286 (2,6%) em três, e 694 (0,3%) em e quatro ou mais (número máximo de sete). Já do total de 348.036 médicos ocupados em estabelecimentos de saúde, 216.002 (62,1%) estavam ocupados em apenas uma especialidade, 94.960 (27,3%) em duas, 26.022 (7,5%) em três e 11.052 (3,2%) em quatro ou mais (número máximo de 10). Note-se que, de maneira geral, os médicos tendem à afiliação em uma única especialidade, tanto em termos de titulação quanto de ocupação. Porém, do ponto de vista ocupacional, a afiliação a um número maior de especialidade é mais expressiva, o que não poderia ser diferente, tendo em vista que a prática médica no mercado de trabalho é menos rígida do que as trajetórias de titulação – em que pese o mercado adotar práticas de fechamento baseadas na lógica da obtenção de credenciais.

18 É importante notar que os resultados podem estar afetados pela ausência de registros no cadastro da AMB. Além disso, ressalta-se que a correspondência analisada é apenas uma relação entre números, pois não necessariamente os médicos titulados foram encontrados nos registros do CNES.

Gráfico 5 – Distribuição de médicos segundo número de especialidades de titulação e de ocupação. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

A tabela 6 apresenta a evolução do número de especialistas, em ETI, de 2010 a 2015. No cômputo geral, houve um incremento de 48.650 médicos ocupados em estabelecimentos de saúde. A maioria das especialidades recebeu novos especialistas, sendo os quantitativos mais numerosos observados para clínica médica (mais 8.843 médicos), medicina de família e comunidade (8.326), oftalmologia (2.005), radiologia e diagnóstico por imagem (1.793), dermatologia (1.446) e cardiologia (1.027). Um total de 14 especialidades sofreu decréscimo de profissionais, com destaque para patologia (-1.331), cirurgia geral (-1.101), ginecologia e obstetrícia (-978) e pediatria (-421). Nos dois últimos casos é possível que a queda esteja acompanhando uma efetiva alteração no modelo de atenção primária em saúde, no qual a medicina de família e comunidade ganha centralidade. Porém, tal queda também pode significar um aprofundamento dos quadros de escassez desses profissionais.

Tabela 6 – Número de especialistas, em ETI*. Brasil, 2010 a 2015.**

	2010	2012	2013	2014	2015	Dif.
Médico/a	333.260	336.062	355.699	378.247	381.910	48.650
Acupuntura	585	621	658	695	712	127
Alergia e Imunologia	670	713	739	794	773	103
Anestesiologia	14.092	13.759	14.036	14.576	14.621	529
Angiologia	1.231	1.184	1.253	1.286	1.277	46
Cardiologia	12.401	12.172	12.736	13.351	13.428	1.027
Cirurgia Cardiovascular	2.228	1.993	2.074	2.123	2.110	-119
Cirurgia da Mão	-	14	31	40	53	53
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	654	608	629	679	676	22
Cirurgia do Aparelho Digestivo	889	824	853	916	943	54
Cirurgia Geral	15.801	14.395	14.827	15.233	14.701	-1.101
Cirurgia Oncológica	724	521	557	582	616	-108
Cirurgia Pediátrica	1.452	1.281	1.285	1.295	1.300	-153
Cirurgia Plástica	2.767	2.761	2.918	3.035	3.079	312
Cirurgia Torácica	674	651	657	662	664	-11
Cirurgia Vascular	1.803	2.005	2.167	2.346	2.426	624
Clínica médica	65.857	65.041	69.260	74.239	74.700	8.843
Coloproctologia	1.004	998	1.057	1.093	1.094	91
Dermatologia	5.003	5.429	5.797	6.174	6.448	1.446
Endocrinologia e Metabologia	3.028	3.254	3.445	3.595	3.653	625
Endoscopia	1.735	1.658	1.755	1.839	1.845	111
Gastroenterologia	3.227	3.258	3.410	3.515	3.525	299
Genética Médica	155	150	156	155	164	9
Geriatria	955	1.046	1.118	1.168	1.193	238
Ginecologia e Obstetrícia	27.747	26.056	26.645	27.040	26.769	-978
Hematologia e Hemoterapia	2.227	2.123	2.204	2.278	2.322	95
Homeopatia	605	607	609	619	620	15
Infectologia	2.263	2.231	2.337	2.456	2.435	172
Mastologia	1.077	1.055	1.115	1.188	1.216	139
Medicina de Família e Comunidade	36.394	37.037	40.128	44.570	44.720	8.326
Medicina do Trabalho	1.430	1.651	1.830	1.928	1.964	534
Medicina do Tráfego	30	55	54	63	70	40
Medicina Física e Reabilitação	522	502	493	504	480	-41
Medicina Intensiva	5.000	5.325	5.649	5.947	5.884	884
Medicina Legal e Perícia Médica	135	117	45	43	35	-100
Medicina Nuclear	527	514	506	522	512	-16
Medicina Preventiva e social	731	619	573	549	512	-218
Nefrologia	3.485	3.425	3.635	3.751	3.712	227
Neurocirurgia	2.466	2.364	2.470	2.559	2.588	123
Neurologia	4.703	4.675	4.893	5.063	5.020	317
Nutrologia	150	111	96	109	116	-34
Oftalmologia	10.602	11.015	11.767	12.298	12.607	2.005

(Continua)

(Continuação)

	2010	2012	2013	2014	2015	Dif.
Oncologia Clínica	1.877	2.466	2.535	2.622	2.612	735
Ortopedia e Traumatologia	14.050	13.783	14.239	14.909	14.936	886
Otorrinolaringologia	5.005	4.975	5.186	5.384	5.415	410
Patologia	3.435	2.048	2.103	2.130	2.104	-1.331
Patologia clínica-med. laboratorial	-	1.119	1.098	1.039	968	968
Pediatria	32.191	30.836	31.484	32.049	31.771	-421
Pneumologia	2.516	2.398	2.469	2.495	2.479	-37
Psiquiatria	7.259	7.206	7.529	7.957	7.886	627
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	11.010	11.125	11.714	12.508	12.803	1.793
Radioterapia	540	540	551	605	581	42
Reumatologia	1.312	1.351	1.389	1.455	1.480	168
Urologia	4.441	4.291	4.421	4.591	4.668	226
Medicina Hiperbárica	-	2	6	12	15	15
Residência médica	12.596	20.101	24.510	29.612	32.608	20.012

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

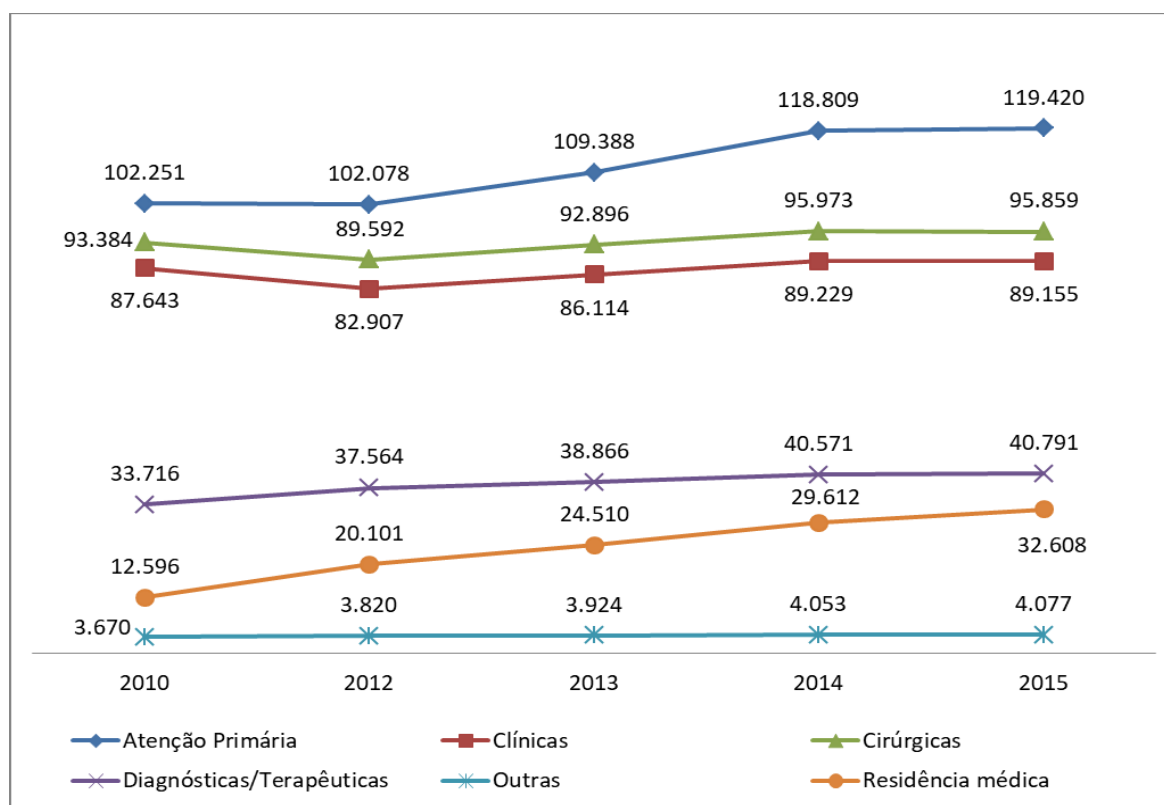
* ETI = cada 40 horas semanais na especialidade equivalem a um profissional.

**Os dados se referem ao mês de dezembro de cada ano. O dado de 2011 não foi utilizado, pois o registro passou por uma reformulação.

O gráfico 6 sintetiza a evolução do número de especialistas, em ETI, agrupando as especialidades em cinco grupos e separando os médicos residentes. Todos os grupos cresceram no período de 2010 a 2015, sendo mais significativo entre as especialidades de atenção primária (clínica médica e saúde da família) e de medicina diagnóstica e terapêutica (especialmente em função da radiologia, medicina laboratorial e anestesiologia). Os grupos de especialidades clínicas, cirúrgicas e outras especialidades tiveram um crescimento moderado. O número de residentes aumentou de 12.596 para 32.608. Mesmo considerando que os vínculos de residência costumam ter mais do que 40 horas semanais, que é o valor de referência do cálculo do ETI, pode-se afirmar que o crescimento foi significativo¹⁹. Em 2015, o quantitativo de profissionais ocupados em especialidades da atenção primária representava 31,3% do total, ao passo que os ocupados em especialidades clínicas eram 25,1%, em especialidades cirúrgicas 23,3% e em medicina de apoio diagnóstico e terapêutico 10,7%. As outras especialidades somavam 1,1% e as residências médicas 8,5%.

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

Gráfico 6 – Nº de especialistas, em ETI*, por grupo de especialidades. Brasil, 2010 a 2015.**



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

*ETI = cada 40 horas semanais na especialidade equivalem a um profissional.

**Os dados se referem ao mês de dezembro de cada ano. O dado de 2011 não foi utilizado, pois o registro passou por uma reformulação.

A tabela 7 apresenta o número de médicos titulados, ocupados, ETI e razão por 100 mil habitantes, por região e Unidade da Federação em 2015. Em todas as medidas ocorre uma concentração de profissões na região Sudeste, sendo que todos os estados que a compõe têm uma razão de médicos por habitante superior à média nacional (o Rio de Janeiro apresenta a segunda maior de 260,41 médicos, em ETI, por 100 mil habitantes). Nas regiões Norte e Nordeste, todos os estados encontram-se abaixo da média nacional no que se refere à oferta de médicos relativamente à população. As menores razões do país são as do Maranhão (81,27), Pará (81,27), Amazonas (104,94) e Amapá (106,89). As maiores razões, além do Rio de Janeiro, são as do Distrito Federal (325,35), Rio Grande do Sul (243,98) e São Paulo (236,98). Ressalta-se que em todos os estados, com exceção do Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina, o número de médicos em ETI é maior que o número de ocupados, destacando uma probabilidade de carga horária semanal média por profissional superior a 40 horas. Do ponto de vista da titulação, os estados das regiões Sudeste e Sul e o Distrito Federal são aqueles em que o número de titulados mais se aproxima ao de ocupados, indicando mercados mais especializados nestas localidades. O inverso disso pode ser observado nos estados das regiões Nordeste e Norte, sobretudo nos estados do Acre, Rondônia, Amapá, Tocantins e Maranhão.

Tabela 7 – Número de médicos titulados, ocupados, ETI e razão por 100 mil habitantes, por região geográfica e Unidade da Federação. Brasil, 2015.

	Titulados*	Ocupados**	ETI***	Razão/100mil hab.****
Brasil	242.906	348.036	381.910	186,80
Norte	8.292	17.381	19.668	112,57
Rondônia	880	2.225	2.883	163,03
Acre	372	932	1.135	141,27
Amazonas	2.134	4.071	4.133	104,94
Roraima	348	717	880	174,02
Pará	3.407	6.680	7.321	89,55
Amapá	308	762	819	106,89
Tocantins	843	1.994	2.497	164,82
Nordeste	37.794	67.272	74.773	132,20
Maranhão	2.216	5.082	5.611	81,27
Piauí	1.884	3.620	3.774	117,79
Ceará	6.400	10.466	11.395	127,97
Rio Grande do Norte	2.413	4.648	5.072	147,35
Paraíba	3.196	5.524	5.756	144,91
Pernambuco	7.021	13.337	15.126	161,86
Alagoas	2.517	3.839	4.627	138,49
Sergipe	2.008	3.373	3.667	163,48
Bahia	10.139	17.383	19.745	129,87
Sudeste	134.637	192.371	197.778	230,66
Minas Gerais	26.266	40.324	41.711	199,87
Espírito Santo	5.592	7.915	7.761	197,47
Rio de Janeiro	30.327	41.358	43.097	260,41
São Paulo	72.452	102.774	105.209	236,98
Sul	41.869	57.337	60.261	206,16
Paraná	14.117	20.069	20.053	179,63
Santa Catarina	8.602	12.780	12.766	187,21
Rio Grande do Sul	19.150	24.488	27.443	243,98
Centro-oeste	19.852	28.064	29.429	190,58
Mato Grosso do Sul	2.843	4.430	4.832	182,27
Mato Grosso	2.586	4.310	4.975	152,34
Goiás	6.518	10.484	10.139	153,37
Distrito Federal	7.905	8.840	9.484	325,35

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

*Segundo UF da inscrição primária.

**Médicos ocupados em mais de uma UF foram contados mais de uma vez.

***ETI = cada 40 horas semanais na especialidade equivalem a um profissional.

**** Quociente entre o número de especialistas em ETI e a população estimada pelo IBGE em 2015.

3.5. Dimensionamento do número de títulos

Considerando os registros de títulos nos cadastros consultados, foi encontrado um total de 354.060 casos. Os títulos de residência médica no registro CNRM representam 48,3% do total, mais especificamente 171.015. Os títulos de especialista no registro AMB somam 110.212 (31,1%). Parte desses títulos foi informada ao CFM através do RQE, mas 62.873 (17,8%) não possuem correspondência, isto é, são especialidades encontradas apenas nesta fonte. Podem ser títulos emitidos pela AMB, mas que não aparecem na base acessada devido à limitação já apontada em que só existe um registro para cada profissional. Também podem se referir a uma incongruência entre os períodos de atualização de cada cadastro. Outra hipótese é de que sejam casos referentes a certificações anteriores à criação da CNRM. Por fim, 9.960 (2,8%) registros de áreas médicas nos registros CFM e CNRM.

Tabela 8 – Número de títulos de especialista por registro. Brasil, 2015.

	N	%
Nº de títulos	354.060	100
Nº de títulos de residência no registro CNRM	171.015	48,3
Nº de títulos de especialista no registro AMB	110.212	31,1
Nº de títulos de especialista no registro CFM/RQE*	62.873	17,8
Nº de títulos de área médica**	9.960	2,8

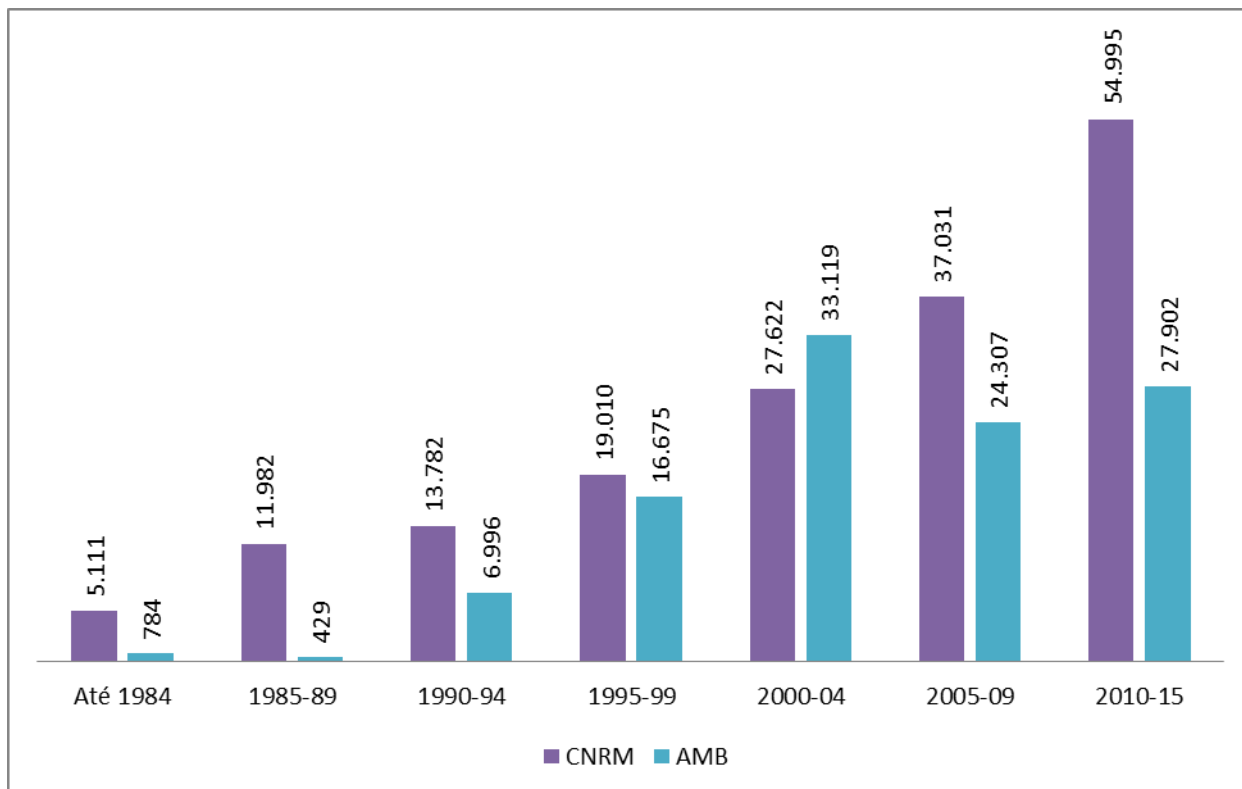
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

*RQE cadastrado no registro CFM sem correspondência nos registros CNRM e AMB.

**Áreas informadas nos registros CNRM e CFM.

O gráfico 7 apresenta a evolução dos títulos CNRM e AMB da população de médicos com registro ativo em 2015 segundo o período de certificação. Note-se que a titulação via residência médica se mostra desde o primeiro período como um mecanismo consistente de especialização, demonstrando um crescimento exponencial ao longo dos quinquênios. Os títulos via AMB, isto é, pela aprovação nos exames das Sociedades de Especialistas, se consolidam apenas na década de 1990 e crescem ao ponto de ultrapassar as residências no quinquênio 2000-2004. Nota-se, porém, que no quinquênio 2005-2009 houve uma queda da produção de títulos com provável estabilização no último período, sendo que as residências voltam a assumir liderança e com larga vantagem. Não é possível afirmar se essa queda se explica pelo limite no registro já apontado anteriormente (que se limita a um título por médico) ou se o expressivo crescimento da residência tem constrangido o uso da titulação AMB.

Gráfico 7 – Evolução da produção de títulos de especialistas CNRM e AMB dos médicos com registro ativo por período de titulação*. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNEM/MS.

*Para os dados do CNRM, desconsidera títulos sem informação de data de conclusão da residência.

Nas tabelas 9 e 10 é possível consultar a evolução da produção de títulos via CNRM e AMB, respectivamente, segundo especialidades. Considerando a distribuição das especialidades em cada caso há uma congruência das duas fontes entre aquelas especialidades de maior presença de títulos, isto é, pediatria, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia e ortopedia e traumatologia; entre outras de menor volume como psiquiatria, urologia e endocrinologia e metabologia. Pelo lado na CNRM os títulos de clínica médica e cirurgia geral são os mais numerosos, tendo baixa representação na AMB, o que se explica pelo fato de estas especialidades serem pré-requisito em diversas residências. Já pelo lado da AMB, algumas especialidades têm mais participação relativa quando se compara com as residências, caso da cardiologia, oftalmologia, radiologia e diagnóstico por imagem, otorrinolaringologia e dermatologia. Nesses casos é possível considerar que são especialidades de interesse cuja demanda pode estar insuficientemente coberta pela CNRM. Outras especialidades aparecem com maior participação na AMB como medicina do trabalho, endoscopia, acupuntura, medicina legal e perícia médica, homeopatia e medicina do tráfico. Nesses casos, porém, deve-se considerar que são tipos de especialidades que não se enquadram plenamente no formato da residência.

Tabela 9 – Títulos de residência médica (CNRM) dos médicos com registro ativo por especialidade e período de titulação*. Brasil, 2015.

	Até 1989	1990 a 1999	2000 a 2009	2010 a 2015	Total	%
Total	17.093	32.792	64.653	54.995	169.533	100,0
Acupuntura	0	0	12	45	57	0,0
Alergia e Imunologia	3	23	46	38	110	0,1
Anestesiologia	796	1.843	2.793	2.823	8.255	4,9
Angiologia	0	6	9	0	15	0,0
Cardiologia	632	1.315	2.195	1.854	5.996	3,5
Cirurgia Cardiovascular	86	166	259	78	589	0,3
Cirurgia da Mão	0	0	21	125	146	0,1
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	24	72	162	178	436	0,3
Cirurgia do Aparelho Digestivo	59	153	412	430	1.054	0,6
Cirurgia Geral	2.508	4.376	8.923	7.085	22.892	13,5
Cirurgia Oncológica	13	128	333	332	806	0,5
Cirurgia Pediátrica	114	216	309	158	797	0,5
Cirurgia Plástica	143	376	823	735	2.077	1,2
Cirurgia Torácica	69	116	201	147	533	0,3
Cirurgia Vascular	114	389	822	849	2.174	1,3
Clínica médica	2.379	4.261	11.414	9.847	27.901	16,5
Coloproctologia	44	182	439	322	987	0,6
Dermatologia	216	496	950	912	2.574	1,5
Endocrinologia e Metabologia	173	406	929	803	2.311	1,4
Endoscopia	0	0	13	81	94	0,1
Gastroenterologia	152	405	754	631	1.942	1,1
Genética Médica	1	24	47	67	139	0,1
Geriatria	11	38	255	338	642	0,4
Ginecologia e Obstetrícia	2.062	4.031	5.979	4.099	16.171	9,5
Hematologia e Hemoterapia	146	303	568	392	1.409	0,8
Homeopatia	0	0	2	11	13	0,0
Infectologia	0	5	561	719	1.285	0,8
Mastologia	0	0	176	376	552	0,3
Medicina de emergência	0	0	0	9	9	0,0
Medicina de Família e Comunidade	191	291	991	1.126	2.599	1,5
Medicina do Trabalho	0	0	57	137	194	0,1
Medicina do Tráfego	0	0	0	8	8	0,0
Medicina Esportiva	0	0	0	57	57	0,0
Medicina Física e Reabilitação	10	36	87	108	241	0,1
Medicina Intensiva	0	41	285	506	832	0,5
Medicina Legal e Perícia Médica	0	0	6	8	14	0,0
Medicina Nuclear	0	38	97	94	229	0,1
Medicina Preventiva e social	401	303	248	121	1.073	0,6
Nefrologia	200	452	746	761	2.159	1,3

(Continua)

(Continuação)

	Até 1989	1990 a 1999	2000 a 2009	2010 a 2015	Total	%
Neurocirurgia	126	313	609	436	1.484	0,9
Neurologia	208	434	748	815	2.205	1,3
Nutrologia	0	4	20	18	42	0,0
Oftalmologia	469	1.057	2.119	1.617	5.262	3,1
Oncologia Clínica	79	170	627	677	1.553	0,9
Ortopedia e Traumatologia	684	1.267	2.924	2.613	7.488	4,4
Otorrinolaringologia	286	531	1.134	887	2.838	1,7
Patologia	2	7	336	394	739	0,4
Patologia clínica/Med. laboratorial	60	91	115	45	311	0,2
Pediatria	3.178	5.459	8.445	6.116	23.198	13,7
Pneumologia	188	427	583	334	1.532	0,9
Psiquiatria	534	927	1.712	1.589	4.762	2,8
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	368	816	1.618	1.531	4.333	2,6
Radioterapia	13	20	125	155	313	0,2
Reumatologia	96	219	420	413	1.148	0,7
Urologia	255	559	1.194	945	2.953	1,7

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNEM/MS.

*Desconsidera títulos sem informação de data de conclusão da residência.

Tabela 10 – Títulos de especialista (AMB) de médicos com registro ativo por especialidade e período de titulação. Brasil, 2015.

	Até 1989	1990 a 1999	2000 a 2009	2010 a 2015	Total	%
Total	1.213	23.671	57.426	27.902	110.212	100,0
Acupuntura	0	54	2.091	574	2.719	2,5
Alergia e Imunologia	6	277	384	239	906	0,8
Anestesiologia	217	1.223	3.133	1.639	6.212	5,6
Angiologia	3	8	48	16	75	0,1
Cardiologia	20	1.753	3.912	1.466	7.151	6,5
Cirurgia Cardiovascular	10	125	208	84	427	0,4
Cirurgia da Mão	6	64	208	155	433	0,4
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1	91	207	85	384	0,3
Cirurgia do Aparelho Digestivo	0	321	492	204	1.017	0,9
Cirurgia Geral	27	179	487	214	907	0,8
Cirurgia Oncológica	1	11	164	50	226	0,2
Cirurgia Pediátrica	3	46	213	38	300	0,3
Cirurgia Plástica	19	412	1.613	1.055	3.099	2,8
Cirurgia Torácica	2	45	137	29	213	0,2
Cirurgia Vascular	3	55	750	529	1.337	1,2
Clínica médica	3	774	1.091	335	2.203	2,0

(Continua)

(Continuação)

	Até 1989	1990 a 1999	2000 a 2009	2010 a 2015	Total	%
Coloproctologia	8	99	327	217	651	0,6
Dermatologia	39	849	2.300	1.693	4.881	4,4
Endocrinologia e Metabologia	29	290	1.064	674	2.057	1,9
Endoscopia	8	71	608	541	1.228	1,1
Gastroenterologia	7	183	646	374	1.210	1,1
Genética Médica	0	32	61	30	123	0,1
Geriatria	0	114	372	249	735	0,7
Ginecologia e Obstetrícia	77	2.861	6.522	1.117	10.577	9,6
Hematologia e Hemoterapia	10	81	405	213	709	0,6
Homeopatia	2	147	816	101	1.066	1,0
Infectologia	4	42	315	121	482	0,4
Mastologia	7	293	517	268	1.085	1,0
Medicina de Emergência	0	0	0	0	0	0,0
Medicina de Família e Comunidade	0	0	1.121	497	1.618	1,5
Medicina do Trabalho	9	203	627	994	1.833	1,7
Medicina do Tráfego	3	610	1.709	1.244	3.566	3,2
Medicina Esportiva	1	94	224	101	420	0,4
Medicina Física e Reabilitação	7	68	122	55	252	0,2
Medicina Intensiva	18	962	1.668	1.102	3.750	3,4
Medicina Legal e Perícia Médica	13	53	257	286	609	0,6
Medicina Nuclear	2	93	221	117	433	0,4
Medicina Preventiva e social	1	0	9	5	15	0,0
Nefrologia	16	244	586	463	1.309	1,2
Neurocirurgia	8	449	725	418	1.600	1,5
Neurologia	3	145	358	397	903	0,8
Nutrologia	2	129	496	175	802	0,7
Oftalmologia	156	1.748	3.316	1.837	7.057	6,4
Oncologia Clínica	1	128	264	91	484	0,4
Ortopedia e Traumatologia	103	982	2.288	1.083	4.456	4,0
Otorrinolaringologia	14	689	1.803	1.114	3.620	3,3
Patologia	16	183	444	98	741	0,7
Patologia clínica-med. laboratorial	9	276	169	23	477	0,4
Pediatria	103	2.711	4.099	1.627	8.540	7,7
Pneumologia	20	202	621	159	1.002	0,9
Psiquiatria	24	907	1.598	942	3.471	3,1
Radiologia e Diagnóstico Imagem*	94	1386	3514	1648	6642	6,0
Radioterapia	8	56	225	110	399	0,4
Reumatologia	24	196	424	294	938	0,9
Urologia	46	487	1.165	671	2.369	2,1
Outras sem correspondência	0	170	282	41	493	0,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNEM/MS.

*Inclui Ultrassonografia geral.

A tabela 11 apresenta o número de títulos dos médicos com registro ativo em 2015, por região geográfica e Unidade da Federação da inscrição primária. Do total de títulos, 55,3% estão na região Sudeste, destacando que 30,4% somente no estado de São Paulo (o correspondente a 107.539). Outros estados fora do Sudeste que possuem quantitativos expressivos são Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia. De maneira geral, em termos proporcionais, as distribuições são semelhantes por tipo de registro, isto é, não há diferença significativa entre CNRM, AMB, RQE/CFM e Áreas nos estoques de títulos por localidade. Embora apenas o título de residência indique um processo de treinamento formal, uma vez que não é obrigatório frequentar cursos para prestar os exames das Sociedades de Especialistas, a dinâmica de distribuição geográfica dos processos de especialização está padronizada, incluindo aí suas concentrações.

A tabela 12 apresenta o número de certificados de áreas médicas. Embora estejam subestimados, pois os cadastros foram construídos com foco nas especialidades, demonstram algumas tendências em termos das áreas de maior interesse. As mais frequentes foram neonatologia (com 1.235 casos), endoscopia digestiva (1.102) e medicina intensiva pediátrica (938). Também aparecem de forma significativa: neurofisiologia clínica, neurologia pediátrica, citopatologia, cirurgia videolaparoscópica, cirurgia do trauma, pneumologia pediátrica, administração em saúde, ecocardiografia, gastroenterologia pediátrica e psiquiatria da infância e adolescência.

Tabela 11 – Número de títulos de especialista dos médicos com registro ativo, por região geográfica e Unidade da Federação*. Brasil, 2015.

	CNRM	AMB	CFM**	Áreas***	Total	%
Brasil	171.015	110.212	62.873	9.960	354.060	100
Norte	5.357	3.616	2.304	265	11.542	3,3
Rondônia	624	429	181	23	1.257	0,4
Acre	256	161	68	12	497	0,1
Amazonas	1.460	924	591	73	3.048	0,9
Roraima	267	129	67	22	485	0,1
Pará	1.992	1.396	1.158	90	4.636	1,3
Amapá	195	138	74	12	419	0,1
Tocantins	563	439	165	33	1.200	0,3
Nordeste	26.713	16.057	10.945	1.818	55.533	15,7
Maranhão	1.664	780	662	82	3.188	0,9
Piauí	1.595	804	353	68	2.820	0,8
Ceará	5.179	2.677	1.643	340	9.839	2,8
Rio Grande do Norte	1.820	1.079	506	126	3.531	1,0
Paraíba	1.742	1.048	1.585	118	4.493	1,3
Pernambuco	5.845	2.703	1.340	347	10.235	2,9
Alagoas	1.112	1.047	1.216	101	3.476	1,0
Sergipe	1.214	955	758	105	3.032	0,9
Bahia	6.542	4.964	2.882	531	14.919	4,2
Sudeste	95.508	62.852	32.359	5.196	195.915	55,3
Minas Gerais	16.274	11.586	8.439	1.106	37.405	10,6
Espírito Santo	3.567	2.275	2.275	277	8.394	2,4
Rio de Janeiro	21.895	10.709	8.480	1.493	42.577	12,0
São Paulo	53.772	38.282	13.165	2.320	107.539	30,4
Sul	28.584	18.813	11.726	1.786	60.909	17,2
Paraná	9.392	7.132	3.650	587	20.761	5,9
Santa Catarina	6.136	3.987	2.279	292	12.694	3,6
Rio Grande do Sul	13.056	7.694	5.797	907	27.454	7,8
Centro-oeste	14.661	8.681	5.335	880	29.557	8,3
Mato Grosso do Sul	1.863	1.392	799	119	4.173	1,2
Mato Grosso	1.713	1.226	687	85	3.711	1,0
Goiás	4.457	2.915	1.866	238	9.476	2,7
Distrito Federal	6.628	3.148	1.983	438	12.197	3,4
Sem informação de UF	192	193	204	15	604	0,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

*Segundo UF da inscrição primária.

**RQE cadastrado no registro CFM sem correspondência nos registros CNRM e AMB.

***Áreas informadas nos registros CNRM e CFM.

Tabela 12 – Certificados de área médica*. Brasil, 2015.

Área	N	%
Total	9.960	100
Administração em saúde	290	2,9
Alergia e imunologia pediátrica	204	2,0
Angiorradiologia e cirurgia endovascular	224	2,2
Atendimento ao queimado	1	0,0
Cardiologia pediátrica	186	1,9
Cirurgia bariátrica	0	0,0
Cirurgia crânio-maxilo-facial	36	0,4
Cirurgia do trauma	369	3,7
Cirurgia videolaparoscópica	418	4,2
Citopatologia	473	4,7
Densitometria óssea	2	0,0
Dor	43	0,4
Ecocardiografia	279	2,8
Ecografia vascular com doppler	19	0,2
Eletrofisiologia clínica invasiva	27	0,3
Emergência pediátrica	0	0,0
Endocrinologia pediátrica	229	2,3
Endoscopia digestiva	1.102	11,1
Endoscopia ginecológica	130	1,3
Endoscopia respiratória	80	0,8
Ergometria	12	0,1
Foniatría	2	0,0
Gastroenterologia pediátrica	273	2,7
Hansenologia	125	1,3
Hematologia e hemoterapia pediátrica	166	1,7
Hemodinâmica e cardiologia intervencionista	99	1,0
Hepatologia	90	0,9
Infectologia hospitalar	10	0,1
Infectologia pediátrica	156	1,6
Mamografia	0	0,0
Medicina de urgência	0	0,0
Medicina do adolescente	80	0,8
Medicina do sono	12	0,1
Medicina fetal	219	2,2
Medicina intensiva pediátrica	938	9,4
Medicina paliativa	14	0,1
Medicina tropical	2	0,0
Nefrologia pediátrica	162	1,6
Neonatologia	1.235	12,4
Neurofisiologia clínica	466	4,7
Neurologia pediátrica	479	4,8

(Continua)

(Continuação)

Área	N	%
Neurorradiologia	6	0,1
Nutrição parenteral e enteral	60	0,6
Nutrição parenteral e enteral pediátrica	0	0,0
Nutrologia pediátrica	0	0,0
Pneumologia pediátrica	293	2,9
Psicogeriatría	56	0,6
Psicoterapia	149	1,5
Psiquiatria da infância e adolescência	271	2,7
Psiquiatria forense	44	0,4
Radiologia intervencionista e angiorradiologia	6	0,1
Reprodução assistida	140	1,4
Reumatologia pediátrica	68	0,7
Sexologia	16	0,2
Toxicologia médica	0	0,0
Transplante de medula óssea	50	0,5
Ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia	149	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNEM/MS.

*Áreas informadas nos registros CNRM e CFM.

4. Identificação de áreas de escassez de especialidades médicas

Neste capítulo apresentamos a identificação dos desequilíbrios e iniquidades no acesso às especialidades médicas no Brasil, tendo em vista a proposição de novas vagas de residência com currículos expandidos e o compartilhamento de escopos de prática com outras profissões de saúde. Dessa forma, espera-se contribuir para o diagnóstico de áreas com escassez/carência/privação²⁰ de especialistas que possam ser trabalhadas no sentido da ampliação da assistência especializada, seja ela realizada por médicos da atenção primária, médicos da atenção especializada ou demais profissionais de saúde. Por isso, selecionamos um grupo de especialidades prioritárias que guardam proximidade na divisão do trabalho com enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e optometristas, além de especialidades consideradas de atenção primária, as quais, combinadas com aquelas profissões poderiam realizar escopos especializados que atualmente se encontram na base cognitiva nuclear de especialidades médicas. Nessa linha, foram escolhidas: cardiologia, clínica médica, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, medicina de família e comunidade, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria e psiquiatria.

4.1. Notas metodológicas

Um dos pressupostos dos estudos sobre iniquidades distributivas de Recursos Humanos em Saúde, tem sido a utilização de indicadores que não informam apenas a localização da oferta de profissionais de saúde, mas que descrevem situações que agravariam estados de insuficiência desta oferta. Nos estudos realizados pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM (Girardi et al., 2010; Girardi et al., 2012b) estes indicadores representam a oferta/disponibilidade de profissionais, carências socioeconômicas, altas necessidades de saúde e barreiras de acesso a serviços de saúde. Tais estudos foram realizados para caracterização da escassez de médicos na APS e ainda não foram aplicados para a atenção especializada. Neste caso, trata-se de um desafio empírico expressivo, pois

20 “Os conceitos de escassez, carência e privação embora utilizados de forma intercambiável se referem a estados distintos. O conceito de escassez, na economia, é usualmente reservado com referência a situações nas quais os recursos disponíveis são insuficientes para atender as satisfações. Quando falamos em escassez de um bem ou recurso queremos dizer que ele não existe em quantidade suficiente para satisfazer a todos os indivíduos nos níveis que dele necessitam. A intensidade da escassez pode variar em grau (forte/fraca) e natureza, podendo ser considerada artificial nos casos em que os governos poderiam se decidirem fazê-lo, tornar o recurso em questão disponível para todos ao nível da satisfação. Já o conceito de carência normalmente se refere a situações nas quais necessidades básicas ou essenciais não se veem atendidas e nem sempre pela inexistência ou escassez de recursos que podem existir, mas não são acessíveis a todos, por variadas razões, nos níveis que dele necessitam. A privação, por seu turno, costuma revelar uma situação mais grave, de carências múltiplas, a que as pessoas se veem acometidas. Carências interligadas, que se potencializam e acometem o curso de vida das pessoas caracterizam estados de privação essencial, moralmente intoleráveis, costumando, nos estados democráticos, ser condenadas como tirânicas” (Girardi et al., 2010, p. 3).

cada especialidade poderia gerar uma possibilidade distinta de desfecho metodológico, tendo em vista as diferentes demandas epidemiológicas, demográficas e tecnológicas que cada uma representa – e consequentemente de parâmetros que poderiam ser utilizados para medir sua suficiência. Por isso, optamos por estabelecer uma metodologia preliminar (a ser aprimorada em trabalhos futuros) que abarque todas as especialidades selecionadas como prioritárias ao mesmo tempo.

O primeiro passo na identificação de áreas com escassez de força de trabalho em saúde foi a delimitação do espaço geográfico/população alvo tomado como unidade de análise. Em geral uma área geográfica é definida como unidade de análise pelo fato de conter em seus limites um grau razoável de autossuficiência (real ou desejável normativamente) para a produção e o consumo dos serviços de saúde em questão. Em termos práticos, é nos limites dessa área geográfica que a população potencialmente portadora de necessidades e usuária dos serviços e a oferta de força de trabalho/serviços são dimensionados e postos em relação. Com respeito à atenção especializada esta área poderia coincidir com os limites de um município, o que depende do tamanho populacional e da estrutura de organização dos serviços, bem como se este município atua ou não como referência local, regional, estadual ou nacional. Da mesma forma, o tipo de especialidade e de atendimento prestado (nível de complexidade) também podem interferir nesta definição, tendo em vista que a lógica de organização das redes e de encaminhamentos desde a atenção primária se organizar em torno das microrregiões de saúde CIR, das unidades da federação ou mesmo do país. Por razões da disponibilidade imediata e maior confiabilidade dos dados, a unidade de análise escolhida foi o município. Entretanto, para a caracterização adequada da escassez de especialistas, o município foi considerado no contexto das redes de atenção à saúde e da regionalização (via microrregiões de saúde CIR). O pressuposto é o de que a escassez de especialistas no âmbito municipal, associada a escassez de médicos da atenção primária e/ou da atenção especializada no nível microrregional, agravam a situação de escassez destes.

O segundo passo foi o cálculo da razão de médicos por habitante. Uma típica razão usa apenas três “peças” de informação: a área geográfica em que os habitantes e os médicos estão localizados, o número de habitantes e o número de médicos. Para que esta razão seja mais significativa metodologicamente, é necessário garantir uma contagem que vai além de saber quantos médicos existem em determinada área. A razão típica não leva em consideração fatores como carga horária, produtividade, trabalho não clínico, variação de níveis de atividade e o efeito de variáveis sociodemográficas como idade e sexo dos profissionais. Neste aspecto, a razão pode representar uma situação de forma falsa, super, ou subestimando, em muitos casos, o real serviço médico produzido. Em suma, deve-se também considerar os diferenciais de produção dos serviços médicos, isto é, não pressupor, que cada e todo médico equivale à mesma quantidade de serviço prestado.

Uma das alternativas que tem sido utilizada é o cálculo de número de habitantes por médicos em Equivalente de Tempo integral (ETI), que já foi utilizada neste mesmo estudo (capítulo 3). Na prática, ao invés de contar o número de profissionais, considera-se a disponibilidade de carga horária médica na localidade. Considera-se que cada 40 horas semanais de trabalho médico é equivalente a um médico. Outra vantagem dessa medida é a possibilidade de atribuir pesos diferenciados de acordo com o tipo de serviço e ou especialidade médica atrelada à carga horária, de acordo com as necessidades de saúde da região. Também é possível incluir a disponibilidade de carga horária de outros profissionais de saúde que compõem as equipes médicas. No cômputo geral, a medida permite definir a oferta de serviços médicos disponíveis e não necessariamente de profissionais médicos. Para este relatório, apresentamos apenas o cálculo direto da razão de habitantes por médicos, em ETI. Para o cálculo da razão identificamos, do lado do numerador, o tamanho da população do município a partir da estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2015. Do lado do denominador, a oferta de médicos no município, em ETI, a partir da carga horária registrada no CNES de dezembro de 2015.

O terceiro passo utilizado neste estudo foi a construção de um índice composto que mensura a disponibilidade de especialidades médicas no nível municipal pela combinação de indicadores. Nesse sentido, a disponibilidade de especialistas, relativamente à população do município, é combinada com a mesma disponibilidade de médicos em atenção primária. Seu pressuposto é de que para o atendimento adequado em nível especializado, os serviços de atenção primária (que é a porta de entrada do sistema), também devem funcionar apropriadamente. Adicionalmente, considera-se o encaminhamento para serviços especializados tendo em vista a lógica de organização das redes em nível microrregional. Assim, foram acrescentadas a disponibilidade de especialistas na região CIR e a distância que deve ser percorrida até a sede da região para acessar os serviços especializados.

O indicador, portanto, é composto por:

- (i) **Razão do número de médicos em atenção primária em ETI por 100 mil habitantes:** disponibilidade nos estabelecimentos de saúde do município de médicos em especialidades básicas, sendo que cada 40 horas ambulatoriais em medicina de família e comunidade, clínica médica e pediatria equivalem a um profissional.
- (ii) **Razão do número de médicos especialistas em ETI por 100 mil habitantes:** disponibilidade nos estabelecimentos de saúde do município de médicos nas especialidades prioritárias, sendo que cada 40 horas ambulatoriais em cardiologia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia e psiquiatria equivalem a um profissional.
- (iii) **Razão do número de médicos especialistas em ETI na região CIR por 100 mil habitantes:** mesmo cálculo anterior realizado para a região CIR de localização do municí-

pio. Neste caso, considera a disponibilidade de profissionais em caso de necessidade de encaminhamento para especialista fora do município.

- (iv) **Distância, em horas, até a sede da região CIR:** calculadas a partir da extração das coordenadas geográficas com base nos endereços das sedes municipais, em compatibilização com a malha geográfica do IBGE. A extração das coordenadas geográficas é um método de geocodificação feito através dos servidores da Google Inc., pelo software SIG Google Earth, por isso fornecem a distância provável em tempo a serem percorridos por via terrestre e/ou fluvial²¹.

Visando padronizar as variáveis para que pudessem ser combinadas *a posteriori*, foi construído um índice para cada um deles através do quociente entre a diferença do valor observado no município e o pior valor do país e a diferença entre o melhor e o pior valor do país²². Em todos os casos, quanto mais próximo a 1,0 (um) melhor é a situação do município, isto é, maior é a disponibilidade de médicos (em atenção primária e/ou especialistas) por habitante e menor é a distância até a sede da região CIR. Para obtenção de um índice composto, foi retirada uma média dos quatro índices. Como não foram adotados parâmetros de corte para definir a escassez de especialistas, isto é, em que circunstância limítrofe a sua disponibilidade afetaria ou não os estados assistenciais nos municípios, usamos aqui a noção de vulnerabilidade. Assim, numa escala entre 0,0 e 1,0, quanto mais próximo de 0,0 mais o município encontra-se vulnerável a uma condição de escassez de especialistas.

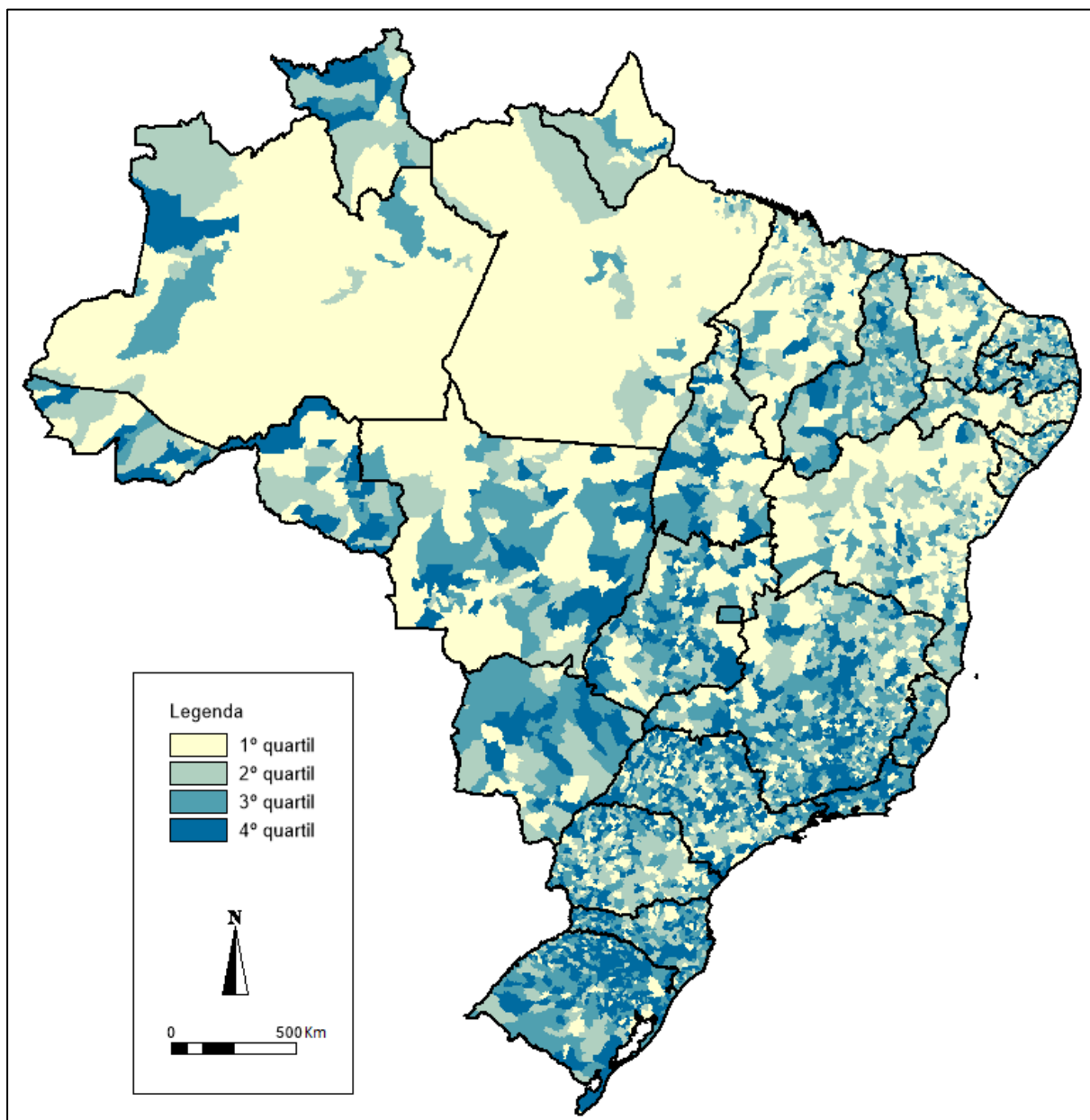
4.2. Resultados

No que se refere a oferta de médicos em atenção primária (médicos de família e comunidade, clínicos e pediatras), observou-se uma média de 56,6 ETI por 100 mil habitantes. Segundo o mapa 1, as piores situações (representadas pelo 1º quartil da distribuição desta variável) estão concentradas nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nos estados do Amazonas, Pará, Amapá e Maranhão. As melhores situações (4º quartil) ocorrem principalmente nos estados das regiões Sul e Sudeste. Quanto a oferta de médicos especialistas (cardiologistas, dermatologistas, ginecologistas, oftalmologistas, ortopedistas, otorrinolaringologistas e psiquiatras), verificou-se uma razão média de 10,3 ETI por 100 mil habitantes no território municipal e de 21,1 no território microrregional. Segundo os mapas 2 e 3, a distribuição se assemelha a verificada para médicos em atenção primária. Em relação a distância do município até sede da região CIR, verificou-se uma média de 1,3 horas. O mapa 4 também demonstra que essa questão se distribui de forma semelhante à oferta de médicos.

21 As coordenadas geográficas foram tratadas e ajustadas no software QGIS versão 2.8 para correção de imprecisões.

22 Índice = valor observado no município – pior valor do país / melhor valor – pior valor.

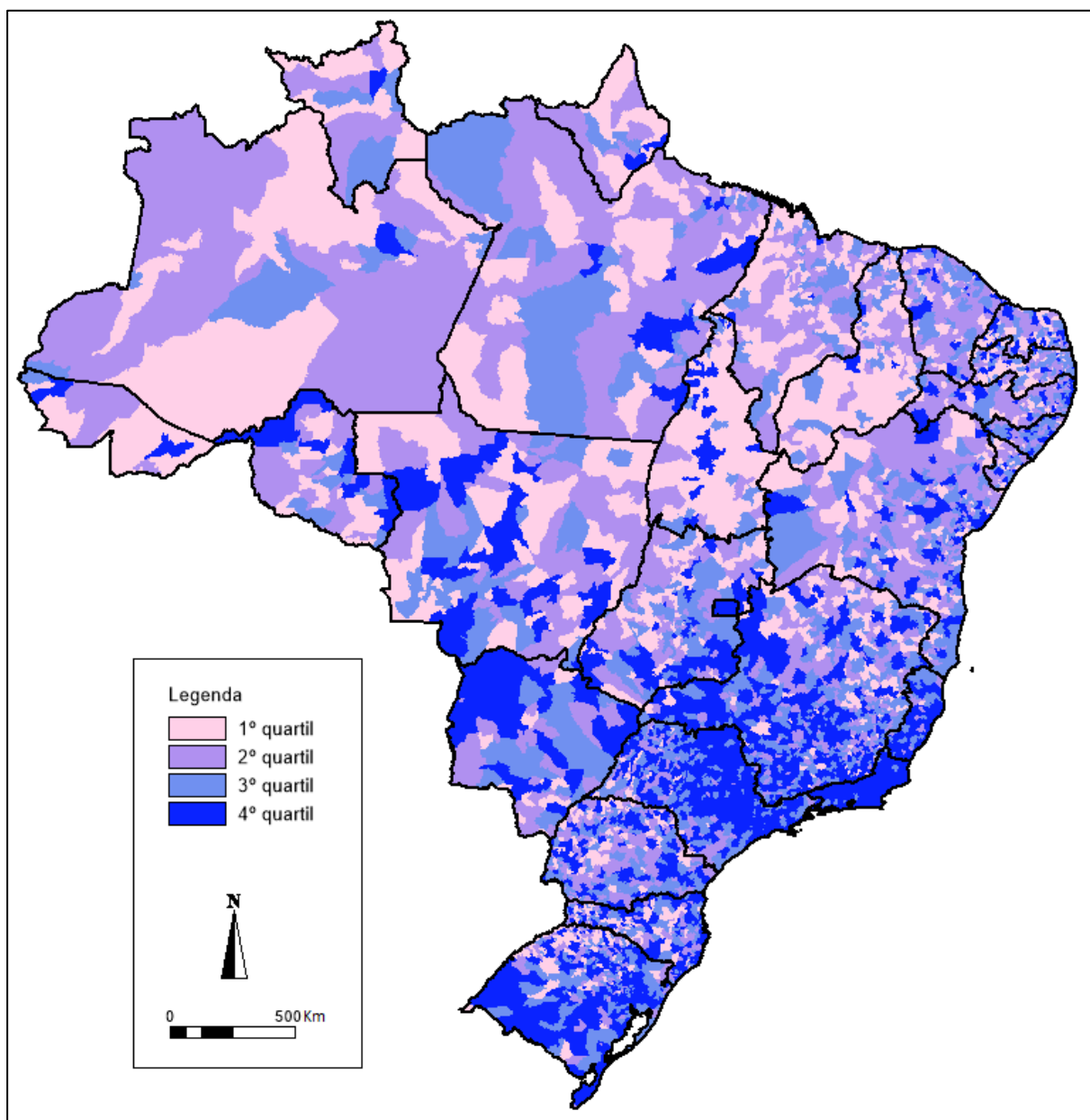
Mapa 1 – Distribuição em quartis da razão do número de médicos em atenção primária em ETI* por 100 mil habitantes. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

*Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas ambulatoriais de médicos de família e comunidade, clínicos e pediatras no município equivalem a um profissional.

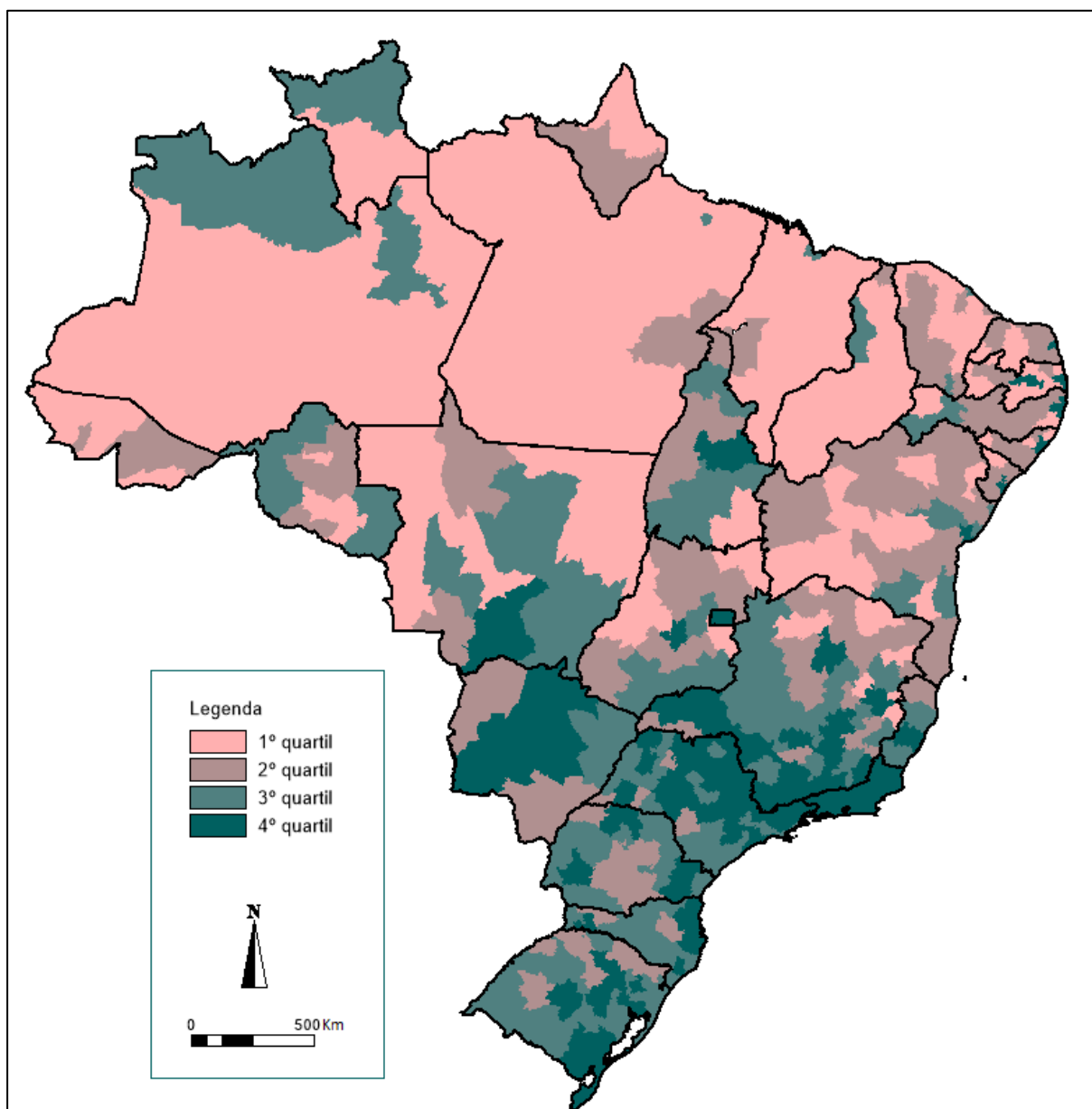
Mapa 2 – Distribuição em quartis da razão do número de médicos especialistas em ETI* por 100 mil habitantes. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

*Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas ambulatoriais de cardiologistas, dermatologistas, ginecologistas, oftalmologistas, ortopedistas, otorrinolaringologistas e psiquiatras no município equivalem a um profissional.

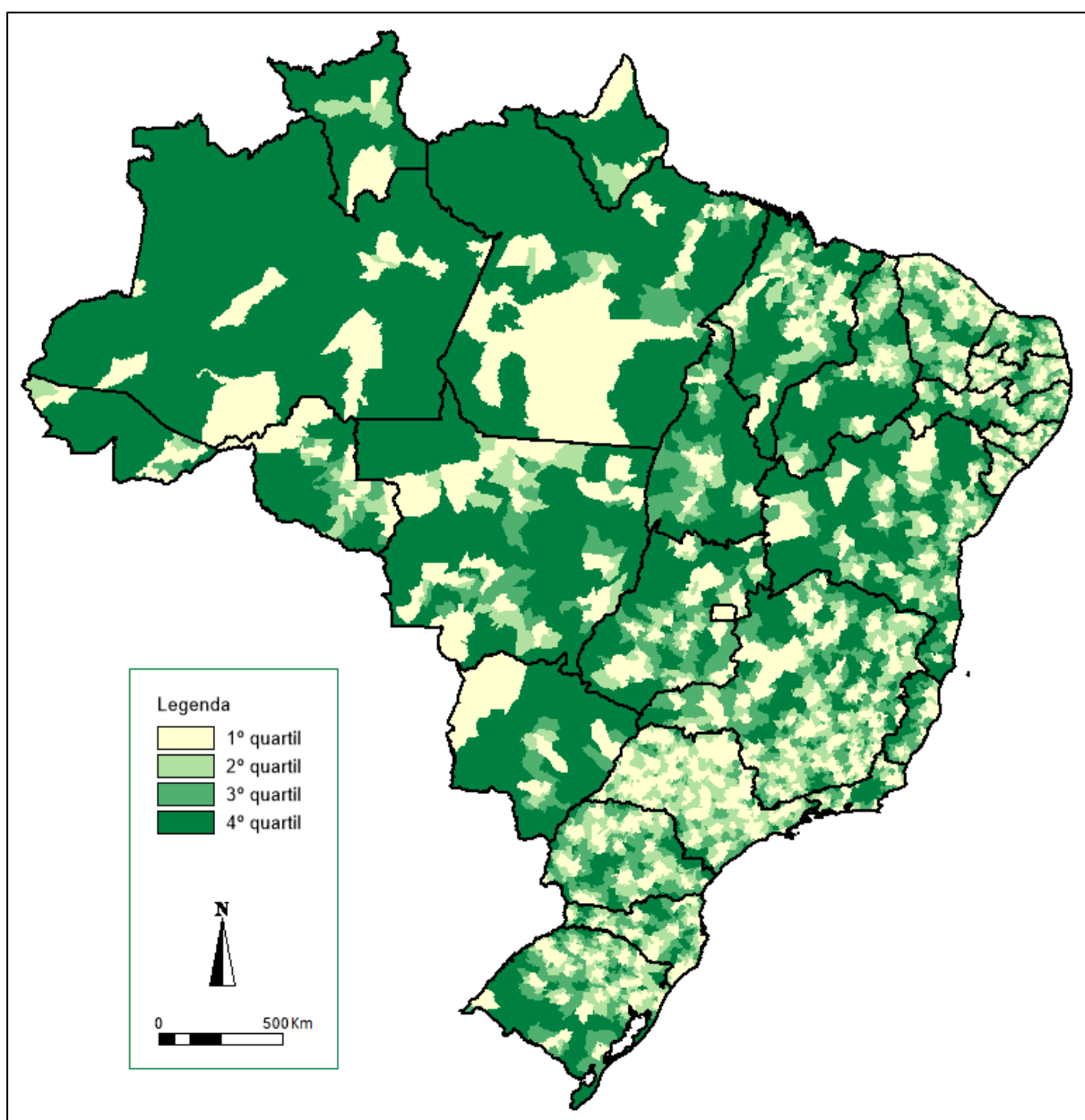
Mapa 3 – Distribuição em quartis da razão do número de médicos especialistas em ETI* na região CIR por 100 mil habitantes. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

*Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas ambulatoriais de cardiologistas, dermatologistas, ginecologistas, oftalmologistas, ortopedistas, otorrinolaringologistas e psiquiatras na região CIR equivalem a um profissional.

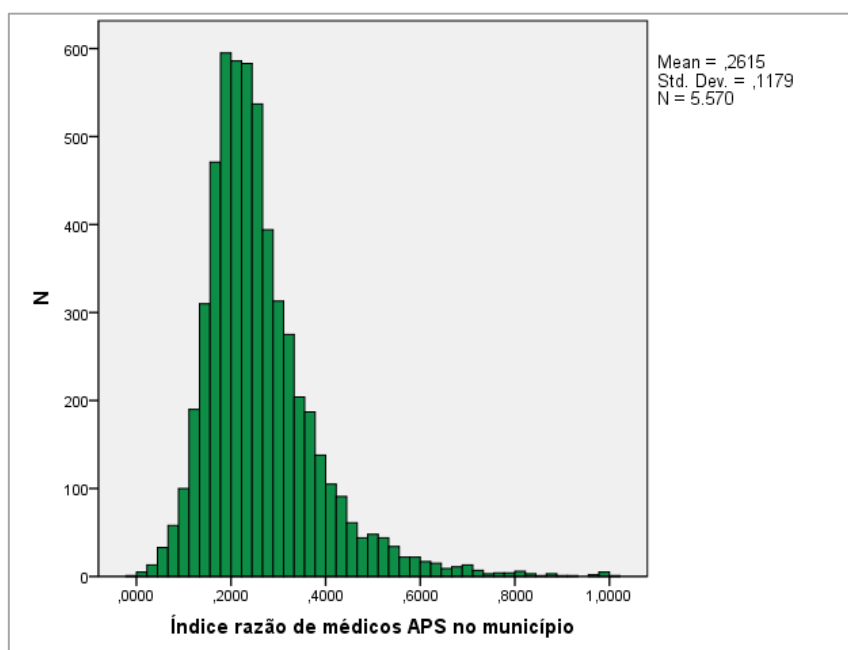
Mapa 4 – Distribuição em quartis da distância, em horas, até a sede da região CIR. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, IBGE e Google Inc.

Os gráficos de 8 a 12 apresentam a distribuição dos municípios segundo os índices que foram calculados para cada uma das quatro variáveis e segundo o índice global – que representa a vulnerabilidade a situações de escassez de médicos especialistas. Como se observa nos dois primeiros gráficos, a distribuição de médicos em ETI por habitante é mais concentrada em se tratando de especialistas, em comparação à atenção primária. Note-se que mais de 2.000 municípios não possuem médicos nas especialidades selecionadas e aqueles que possuem estão muito distantes da melhor oferta, que é de 274,2 ETI por 100 mil habitantes. Em geral, os municípios estão concentrados abaixo do valor 0,2 do índice com média de 0,0750. Já a distribuição da razão de médicos em atenção primária tende à normalidade, embora a grande maioria dos municípios esteja distante da melhor oferta, de 227,4 ETI por 100 mil habitantes. Neste caso, a concentração fica abaixo de 0,4, com média 0,2615.

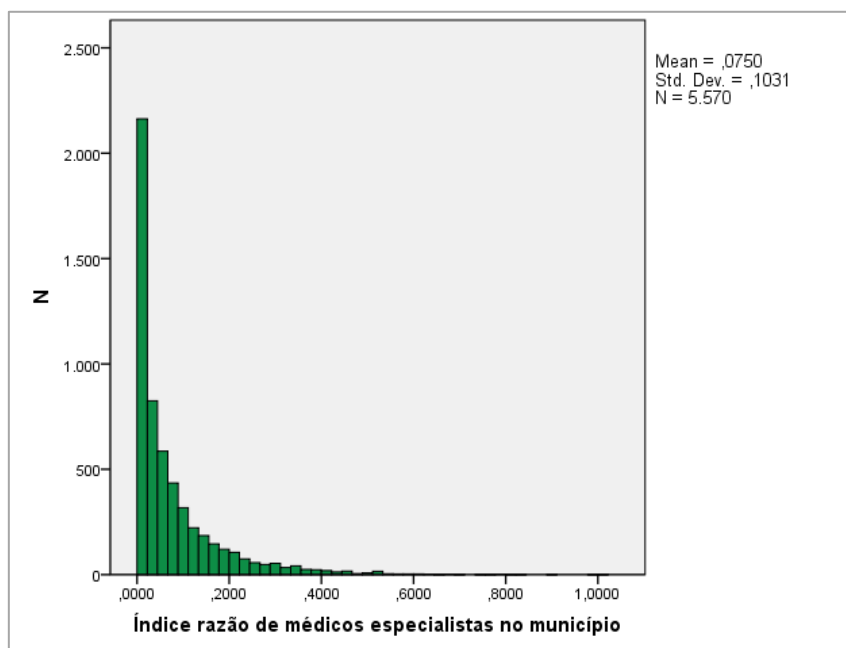
Gráfico 8 – Índice da razão do número de médicos em atenção primária em ETI* por 100 mil habitantes. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS.

*Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas ambulatoriais de médicos da saúde da família, clínicos e pediatras no município equivalem a um profissional.

Gráfico 9 – índice da razão do número de médicos especialistas em ETI* por 100 mil habitantes. Brasil, 2015.

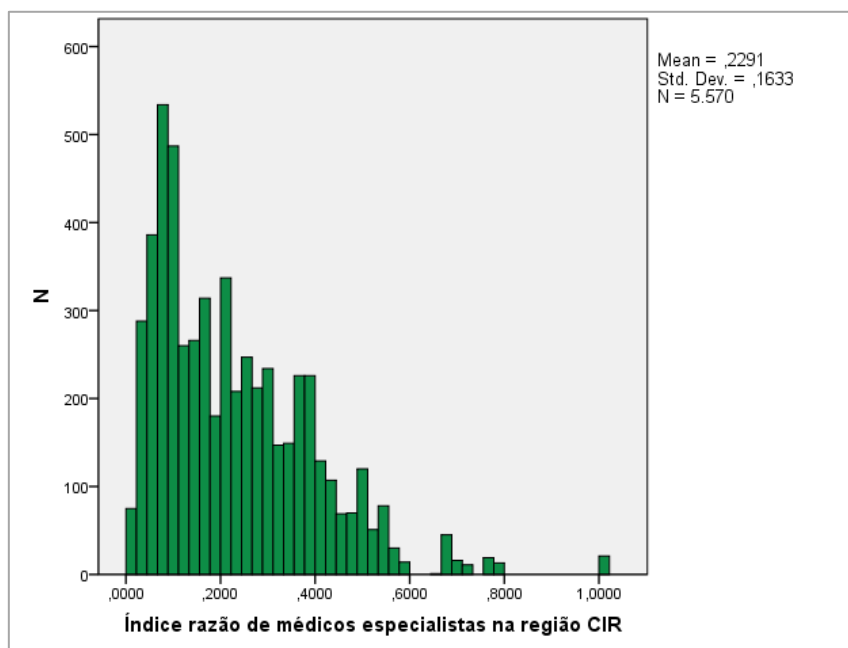


Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

*Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas ambulatoriais de cardiologistas, dermatologistas, ginecologistas, oftalmologistas, ortopedistas, otorrinolaringologistas e psiquiatras no município equivalem a um profissional.

Quando consideramos a oferta de especialistas na microrregião de saúde CIR (gráfico 10), a distribuição fica mais dispersa do que a oferta correspondente no nível municipal, representando um quadro favorável de alívio de situações de escassez no contexto microrregional. De qualquer maneira, assim como nas demais medidas, os municípios encontram-se distantes da melhor razão, que é de 92,2 especialistas por 100 mil habitantes, concentrando-se abaixo de 0,4 e com média 0,2291. A variável de distância em horas até a sede da região CIR (gráfico 11) tem média de 0,9308, indicando que a maioria dos municípios se encontra próxima das sedes, concentrados acima de 0,8.

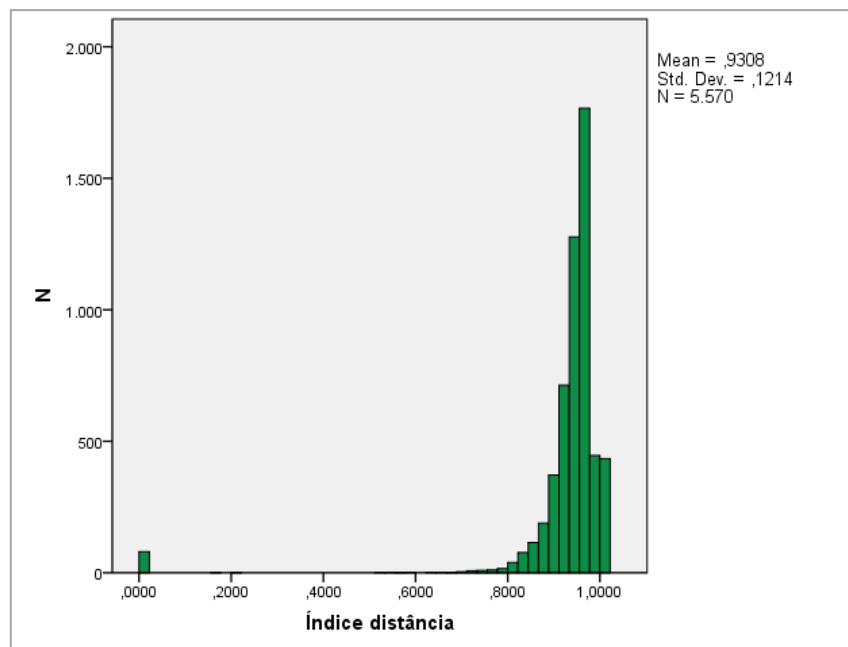
Gráfico 10 – índice da razão do número de médicos especialistas em ETI* na região CIR por 100 mil habitantes. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS.

*Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas ambulatoriais de cardiologistas, dermatologistas, ginecologistas, oftalmologistas, ortopedistas, otorrinolaringologistas e psiquiatras na região CIR equivalem a um profissional.

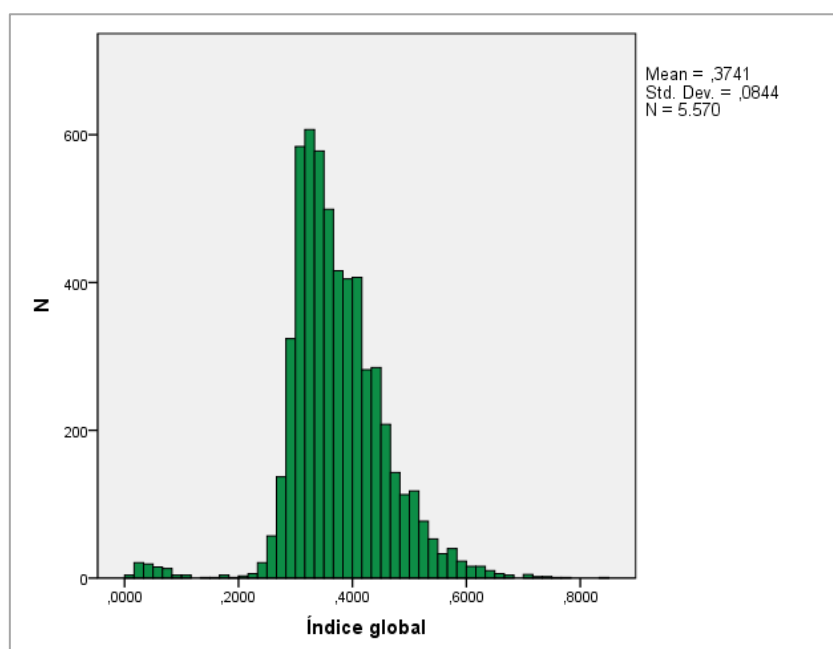
Gráfico 11 – Índice da distância, em horas, até a sede da região CIR. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, IBGE e Google Inc..

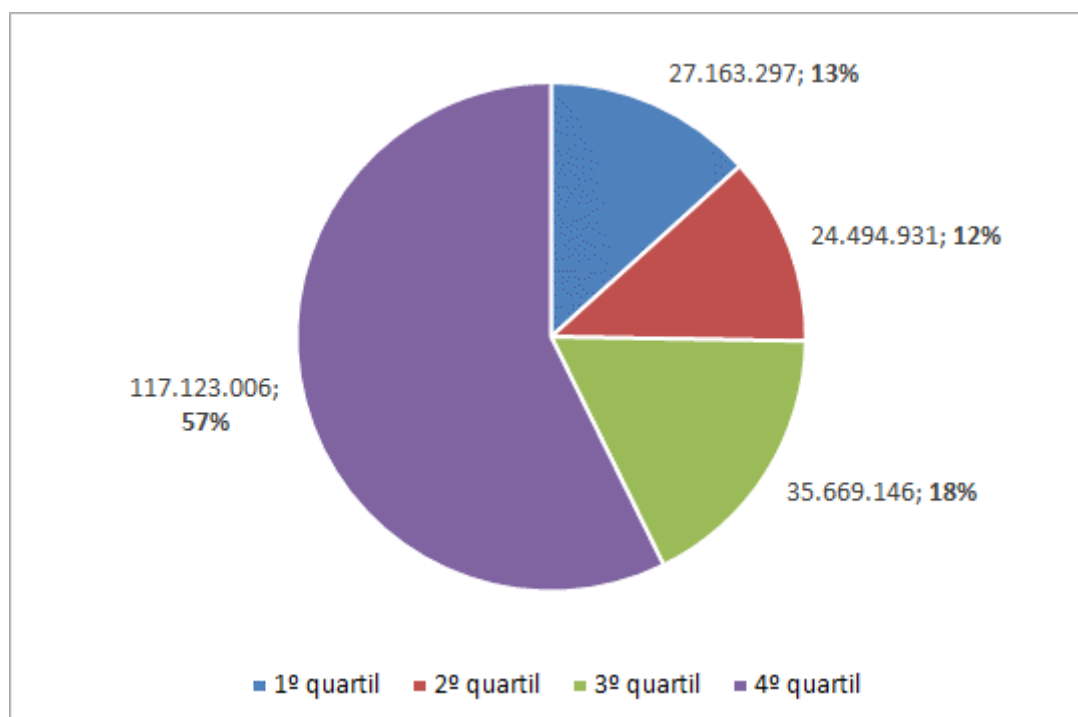
Quando considerada a média dos quatro índices descritos anteriormente (gráfico 12), verificamos que a distribuição está concentrada entre 0,2 e 0,6, com média de 0,3741 – sendo que o valor mínimo é 0,0046 e valor máximo é 0,8468. De acordo com a distribuição por quartis do índice global de vulnerabilidade a situações de escassez de especialistas (gráfico 13), a maioria da população brasileira se encontra no 4º quartil, mais especificamente 57% ou 117,1 milhões de pessoas. Esse resultado se explica pela alta densidade populacional em grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, os quais possuem a maior oferta de serviços especializados. Por outro lado, 13% (27,2 milhões) vivem em municípios do 1º quartil, estando, portanto, em situação de maior vulnerabilidade. No 2º quartil temos 12% (24,5 milhões) e, no 3º quartil, 18% (35,7 milhões).

Gráfico 12 – Índice global da vulnerabilidade municipal a situações de escassez de médicos especialistas. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, IBGE e Google Inc.

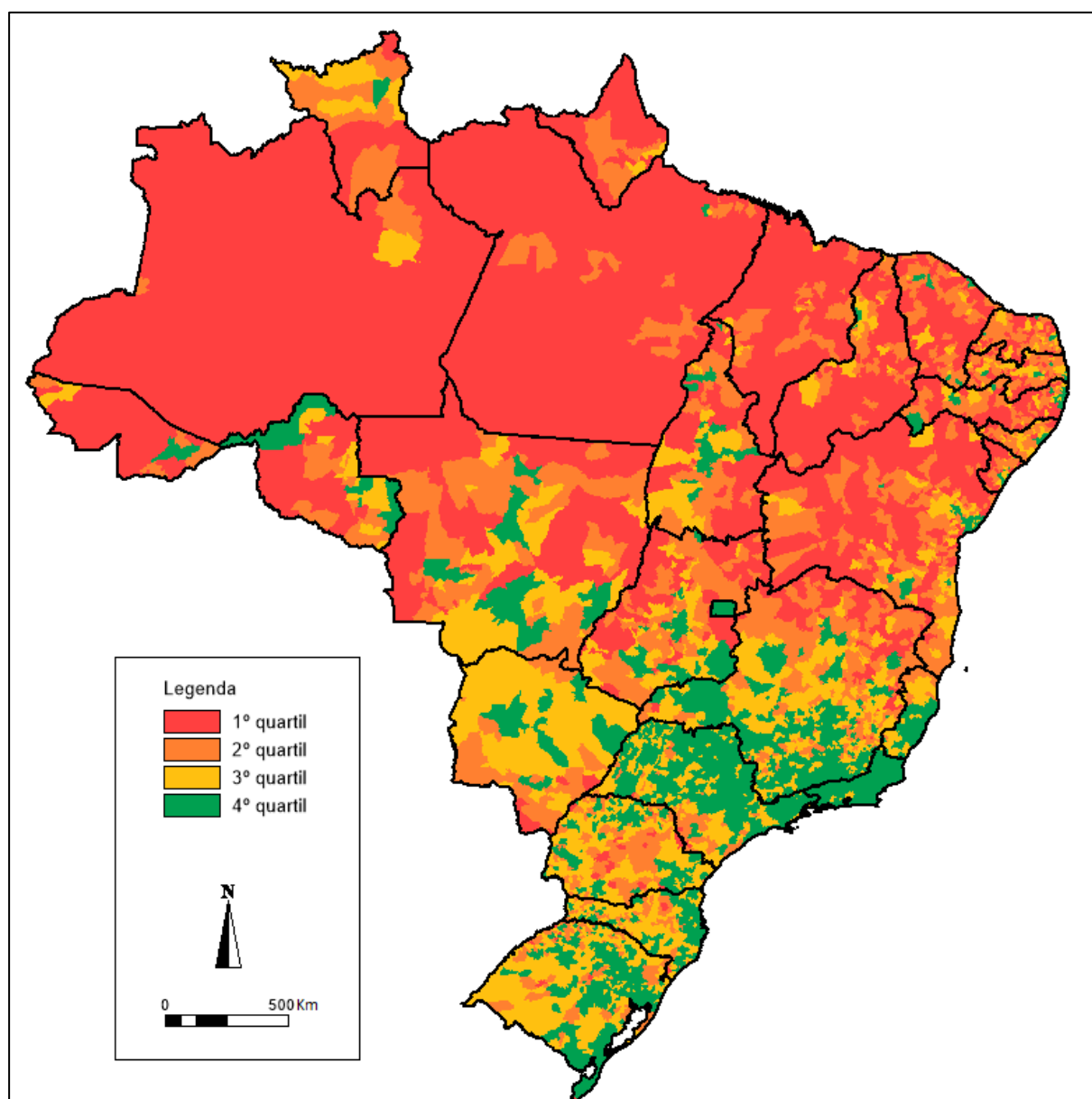
Gráfico 13 – Distribuição da população brasileira segundo quartis do índice global da vulnerabilidade municipal a situações de escassez de médicos especialistas. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, IBGE e Google Inc.

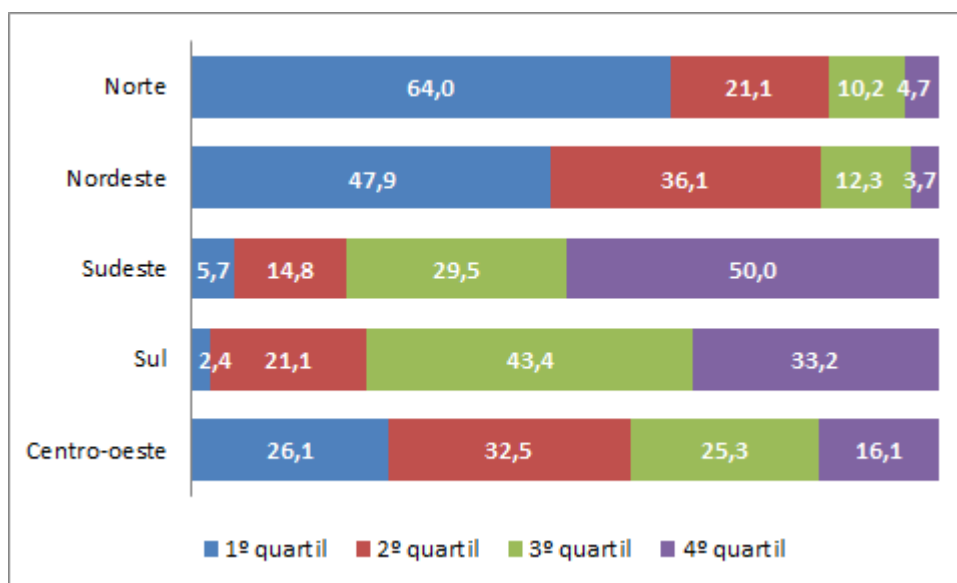
O mapa 5 e os gráficos 14 e 15 descrevem a distribuição dos municípios segundo quartis do índice global por UF, região geográfica e porte populacional. Aqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade (1º quartil) estão concentrados em todos os estados das regiões Norte e Nordeste, nos estados de Goiás e Mato Grosso, na região Centro-oeste, e ao norte do estado de Minas Gerais. Observa-se que 64% dos municípios da região Norte estão neste quartil, ao passo que 47,9% do Nordeste e 26,1% do Centro-oeste. Os municípios do 2º quartil tendem a acompanhar a mesma distribuição. Já do 3º e do 4º se concentram no restante da região Centro-oeste (Mato Grosso do Sul e Distrito Federal) e em todos os estados das regiões Sudeste e Sul. De maneira geral, a situação de menor vulnerabilidade é mais evidente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, ao sul do estado de Minas Gerais e nas capitais de quase todos os estados do país. Note-se que 50% da região Sudeste e 33,2% do Sul se encontram nesta situação. De maneira geral, a oferta de especialistas acompanha diretamente o tamanho da população municipal.

Mapa 5 – Distribuição municipal dos quartis do índice global da vulnerabilidade municipal a situações de escassez de médicos especialistas. Brasil, 2015.



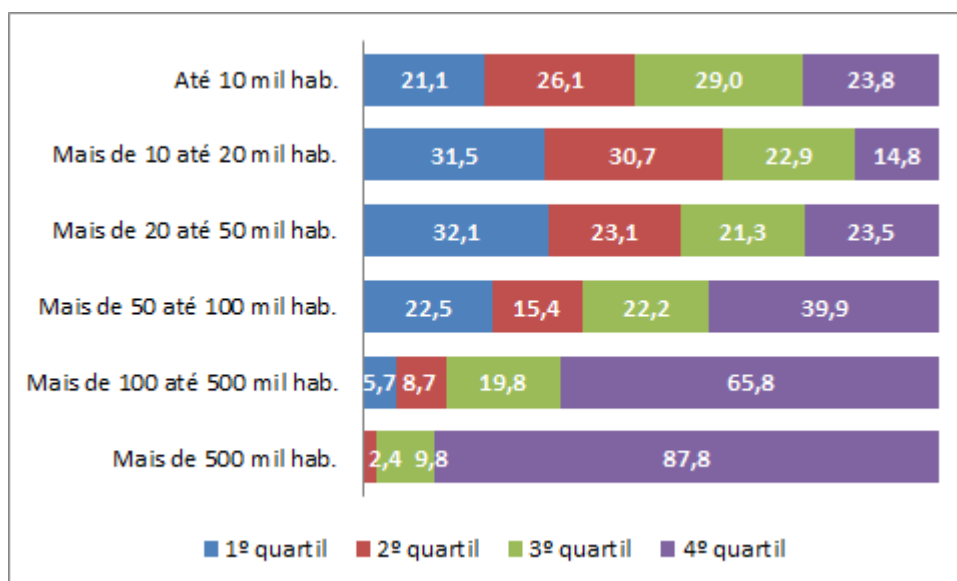
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, IBGE e Google Inc.

Gráfico 14 – Distribuição dos municípios segundo quartis da escassez de médicos especialistas e região geográfica. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, IBGE e Google Inc.

Gráfico 15 – Distribuição dos municípios segundo quartis da escassez de médicos especialistas e porte populacional. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, IBGE e Google Inc.

No cômputo geral, a oferta de médicos nas especialidades selecionadas se encontra em desequilíbrio e iníqua, acompanhando as desigualdades regionais presentes no país, tanto no nível macrorregional quanto micro. Destaca-se que o exercício aqui realizado consiste em um estudo experimental que tem a vantagem de oferecer um diagnóstico imediato da vulnerabilidade dos municípios brasileiros diante de situações de escassez de especialistas. Nesse sentido, foi possível identificar os quadros em que a ausência ou baixa oferta de especialistas é combinada com a escassez de médicos em atenção primária e as barreiras de acesso a especialistas no contexto das microrregiões de saúde. Este estudo, no entanto, deverá ser aprimorado em pesquisas futuras. Embora seus resultados sejam úteis, sugere-se que um quadro mais preciso poderia ser alcançado através da consideração de parâmetros para cada uma das especialidades.

5. Composição do exercício de especialidades médicas

Neste capítulo buscamos analisar as determinações geográficas e funcionais (tipo de serviço de saúde, relações de trabalho, etc.) da composição do exercício das especialidades médicas prioritárias ao SUS, buscando identificar tipologias. Foram consideradas as mesmas especialidades selecionadas no capítulo anterior, tendo em vista a necessidade de compreender quais delas se encontram mais fechadas ou abertas em termos de possibilidades de expansão e compartilhamento de escopos. Parte-se do pressuposto de que as especialidades em que o exercício tende a se dar com exclusividade se encontram mais fechadas e vice-versa. A tendência ao exclusivismo, nessa perspectiva, é um indicativo de forte identidade profissional, base cognitiva diferenciada e utilização de mecanismos de reserva por meio da titulação, características que destacam a especialidade relativamente ao conjunto dos médicos e às demais profissões da área da saúde. Tal aspecto, no entanto, pode afetar a disponibilidade efetiva de especialistas para os serviços de saúde, uma vez que a assistência se torna mais dependente da oferta de profissionais titulados. Em outras palavras, quanto mais fechada é uma especialidade, maior é a vulnerabilidade do sistema de saúde diante dos eventuais desequilíbrios entre a produção de títulos e a demanda pela especialidade.

5.1. Notas metodológicas

Para a construção das tipologias foram utilizadas duas técnicas complementares no campo da estatística exploratória multidimensional, a Análise de Correspondências Múltiplas (ACM) e a Análise de Conglomerados ou cluster analysis. São técnicas de agrupamentos que tem por objetivo dividir os casos de uma amostra em subgrupos, de forma que cada um deles possua atributos semelhantes em seu interior e distintos em relação aos casos dos demais subgrupos (Mingoti, 2005). A principal diferença entre as técnicas é que a primeira lança mão de variáveis qualitativas ou categóricas e, a segunda, de variáveis quantitativas. A conjugação das duas técnicas consiste em, primeiramente, aplicar a ACM com as variáveis qualitativas de interesse e, em seguida, utilizar os scores aí produzidos para a análise de cluster, que, por sua vez, é baseada em variáveis quantitativas.

O primeiro passo foi de identificação de padrões de associação entre variáveis características dos vínculos de especialistas com estabelecimentos de saúde por meio da ACM. Trata-se de uma técnica de estatística exploratória multidimensional cujo objetivo é verificar a associação entre variáveis categóricas em uma tabela de contingência complexa, em que os casos estão dispostos na linha e as categorias das variáveis na coluna. Na prática, a ACM representa, em um espaço geométrico, a relação entre as linhas e colunas da tabela, o que é feito pela redução da dimensionalidade da repre-

sentação dos dados. A tabela é “substituída” por um gráfico de baixa dimensão, no qual os casos e categorias aparecem dispostos com distâncias relativas, de tal forma que as distribuições semelhantes na tabela de contingência geram pontos próximos e, as díspares, geram pontos distantes entre si (MINGOTI, 2005). A análise foi realizada com os 587.442 casos de vínculos de especialistas em estabelecimentos de saúde nas especialidades selecionadas. Foram utilizados 22 eixos para construir o espaço dimensional, tendo em vista a utilização de 6 variáveis com 28 categorias no total (ver quadro 4 com a lista de variáveis e categorias). Para explicar a variância total, apenas duas dimensões serão apresentadas.

A partir dos resultados da ACM, foi realizada a Análise de Conglomerados, permitindo identificar clusters de especialidades ocupacionais. Na verdade, este tipo de exercício é comum na solução de diversos problemas, sendo utilizado para identificar padrões de subgrupos amostrais, de forma que cada um deles possua atributos semelhantes em seu interior, isto é, entre os casos que o compõem, e distintos em relação aos casos dos demais subgrupos (Mingoti, 2005). Resumidamente, a ACM identifica a associação entre as variáveis e a análise de cluster identifica os subgrupos, utilizando os scores gerados anteriormente. No presente estudo, a combinação das duas técnicas permitiu encontrar perfis de exercício de especialidades. Para definir o número de partições, foram realizadas inúmeras rodadas e, em cada caso, analisaram-se descritivamente os tipos delineados, buscando a opção que melhor refletisse a tipificação de subgrupos diferenciados entre si. Além dos *scores* das duas primeiras dimensões da ACM, foi incluída a variável de índice de escassez de especialidades que foi apresentado no capítulo anterior (em formato contínuo). Dessa forma, pretende-se verificar como os tipos de exercício são orientados em situações de escassez ou não de especialistas. No tópico seguinte são apresentados os resultados, contendo uma descrição geral das variáveis consideradas e a análise propriamente dita da combinação da ACM e *cluster*, denominada genericamente de “análise tipológica”.

Quadro 4 – Descrição das variáveis da Análise de Correspondência Múltipla.

Variável	Categorias
Correspondência entre exercício e titulação: indica se a especialidade do vínculo (cadastrada por meio da CBO) corresponde à titulação registrada nos cadastros CNRM, AMB ou CFM	1. Corresponde 2. Outro título 3. Não titulado
Especialidades de atuação: indica se o médico exerce a especialidade de forma exclusiva ou não (se não, indica o número de especialidades)	1. Exclusiva 2. Duas 3. Três ou mais
Proporção de tempo dedicado a especialidade: indica o percentual da carga horária semanal do médico dedicada a especialidade	1. Até 25% 2. De 26 a 50% 3. 51 a 75% 4. 76 a 99% 5. 100%
Tipo de serviço: tipo de estabelecimento, detalhado segundo natureza jurídica em alguns casos	1. UBS/Posto/Centro de saúde 2. Hospital Público (inclusive PA/UPA) 3. Hospital Privado (inclusive PA) 4. Clínica/Ambulatório de Especialidades Pública (inclusive CAPS e SADT) 5. Clínica/Ambulatório de Especialidades Privada (inclusive SADT) 6. Consultório isolado 7. Outro (unidade móvel, LACEN, central de regulação, farmácia, etc.)
Tipo de vínculo: forma de vinculação do médico com o estabelecimento	1. Vínculo empregatício (estatutário, celetista, contrato temporário com a administração pública e cargo comissionado) 2. Autônomo Pessoa Física (PF) 3. Autônomo Pessoa Jurídica (PJ) 4. Cooperado 5. Intermediado (por filantrópica, OS, ONG, OSCIP ou empresa) 6. Bolsa (inclui residência) 7. Outro (estágio, contrato verbal/informal)
Carga horária semanal	1. Até 19 horas 2. De 20 a 39 horas 3. 40 horas ou mais

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG.

UBS = Unidade Básica de Saúde; PA/UPA = Pronto Atendimento/Unidade de Pronto Atendimento; CAPS = Centro de Apoio Psicossocial; SADT = Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico isolado; LACEN = Laboratório Central de Saúde Pública; OS = Organização Social; ONG = Organização Não Governamental; OSCIP = Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

5.2. Resultados

Descrição geral das variáveis

A tabela 13 apresenta uma descrição simples das variáveis que foram incluídas na análise tipológica. Os dados se referem a distribuição, em percentual, dos vínculos de médicos em cada especialidade na competência de dezembro de 2015. De um lado são apresentadas as variáveis referentes ao profissional ocupante do vínculo: correspondência entre exercício e titulação (se a especialidade do vínculo cadastrada por meio da CBO corresponde à titulação do profissional registrada nos cadastros CNRM, AMB ou CFM); especialidade de atuação (se o médico exerce a especialidade de forma exclusiva ou não e a quantidade de especialidades de atuação); e proporção de tempo dedicado a especialidade (percentual da carga horária semanal do médico dedicada a especialidade do vínculo). De outro lado, apresenta atributos próprios do vínculo: tipo de serviços (tipo de estabelecimento detalhado segundo natureza jurídica em alguns casos); tipo de vínculo (forma de vinculação do médico com o estabelecimento); e carga horária semanal.

No cômputo geral, 51,8% dos vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde eram ocupados por profissionais que possuíam titulação correspondente à especialidade do vínculo, ao passo que em 19% dos casos não havia correspondência. Quase 30% dos vínculos eram ocupados por médicos sem qualquer titulação. As especialidades em que havia maior correspondência entre exercício e titulação eram otorrinolaringologia (86,1%), oftalmologia (84,1%), ortopedia (80,5%) e ginecologia (78%). O exercício com título não correspondente foi mais comum em clínica médica (34,9%), medicina de família e comunidade (12%) e cardiologia (11,4%). O exercício sem qualquer titulação também foi mais comum em medicina de família e comunidade (83%) e clínica médica (50,8%), sendo que pediatria, psiquiatria, dermatologia e cardiologia apresentaram percentuais expressivos.

A exclusividade de atuação não tende a acompanhar a correspondência entre exercício e título, exceto em oftalmologia, em que 81,8% dos vínculos são ocupados por profissionais que atuam na especialidade de forma exclusiva. Na sequência, destacam-se psiquiatria e dermatologia, com 74,7% e 69,2% de exclusividade, respectivamente. Estes percentuais são superiores ao valor global de 62%. Note-se que clínica médica, cardiologia e ginecologia são as menos exercidas de forma exclusiva, já que a maioria dos vínculos é ocupada por profissionais que atuam em duas ou mais especialidades. De maneira geral, o número de especialidades de atuação se relaciona com a proporção de tempo dedicado a especialidade, já que quanto menor é a tendência a exclusividade, mais dispersa é a distribuição da carga horária de dedicação a especialidade em questão.

Tabela 13 – Descrição das variáveis por especialidade. Brasil, 2015.

	CARDIO	CLINICA	DERMA	GINECO	MEDFAM	OFTALMO	ORTO	OTORRIN	PEDIA	PSIQUI	TOTAL
Correspondência entre exercício e titulação											
Corresponde	65,1	14,4	69,2	78,0	4,9	84,1	80,5	86,1	70,5	73,9	51,8
Outro título	11,4	34,9	6,6	3,5	12,0	2,1	3,8	3,1	4,2	3,1	19,0
Não titulado	23,5	50,8	24,1	18,5	83,0	13,7	15,7	10,8	25,3	23,0	29,2
Especialidades de atuação											
Uma (exclusiva)	37,9	32,9	69,2	49,5	57,6	81,8	56,9	61,8	57,4	74,7	62,0
Duas	41,1	44,1	24,2	30,1	33,1	15,3	27,0	25,1	32,4	21,2	27,3
Três ou mais	20,9	23,0	6,5	20,4	9,4	2,8	16,0	13,0	10,1	4,0	10,7
Proporção de tempo dedicado a especialidade											
Até 25%	7,6	13,9	6,8	14,2	8,7	4,9	12,6	10,5	5,2	4,6	-
26-50%	13,7	20,0	9,0	10,2	15,4	2,7	6,3	5,5	9,9	6,3	-
51-75%	19,4	18,3	7,5	10,2	12,1	3,1	7,3	6,8	12,5	7,1	-
76-99%	21,4	14,9	7,3	15,9	6,2	7,3	16,8	15,3	14,9	7,2	-
100%	37,9	32,9	69,2	49,5	57,6	81,8	57,0	61,8	57,4	74,7	-
Tipo de serviço											
Unidade Básica de Saúde	3,4	12,0	4,5	14,5	98,5	1,6	2,4	2,3	15,8	9,3	10,9
Hospital público	12,3	31,7	8,2	20,0	0,3	8,6	24,1	10,3	30,7	16,4	23,3
Hospital privado	34,3	34,9	14,5	30,3	0,2	31,9	36,9	35,6	26,9	17,0	33,0
Clínica pública	7,2	4,0	13,3	5,2	0,1	6,7	5,9	9,1	3,9	28,0	5,4
Clínica privada	25,0	5,3	21,6	11,7	0,2	31,5	18,1	21,7	6,9	11,0	13,1
Consultório isolado	13,7	5,8	35,6	14,8	0,2	16,6	8,5	17,1	11,5	16,6	9,9
Outro	4,1	6,3	2,4	3,7	0,5	3,1	4,0	3,9	4,3	1,7	4,5

(Continua)

(Continuação)

	CARDIO	CLINICA	DERMA	GINECO	MEDFAM	OFTALMO	ORTO	OTORRIN	PEDIA	PSIQUI	TOTAL
Tipo de vínculo											
Vínculo empregatício	28,9	45,5	27,8	38,7	62,8	23,9	28,3	25,2	47,1	50,2	36,6
Autônomo PF	33,7	23,1	36,4	29,1	1,0	36,6	30,3	35,3	21,0	21,4	26,2
Autônomo PJ	10,5	6,5	12,5	8,1	0,7	13,1	9,9	10,9	6,3	6,6	8,3
Cooperado	6,8	5,0	4,2	5,7	0,8	4,1	8,0	7,1	5,9	3,0	5,8
Intermediado	18,5	17,2	16,3	16,4	7,1	18,6	21,4	19,4	17,9	15,6	17,0
Bolsa	0,3	1,6	1,3	1,0	27,4	1,7	1,0	0,9	0,9	1,9	4,9
Outro	1,3	1,0	1,5	1,0	0,3	2,0	1,1	1,3	0,9	1,4	1,1
Carga horária											
Até19h	69,2	62,4	56,3	64,6	1,3	61,2	68,9	68,0	55,8	48,4	60,7
20-39h	25,7	31,6	33,4	30,3	4,3	29,7	26,4	26,3	38,1	42,8	27,7
40h+	4,8	5,9	9,7	4,8	94,4	8,7	4,5	5,3	5,9	8,6	11,6

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

No que se refere a distribuição dos vínculos segundo tipo de serviço, observa-se uma concentração em hospitais, que somam 56,3% do total de vínculos de médicos (sendo 23,3% em hospital público e 33% em hospital privado). Na sequência aparecem as clínicas privadas (com 13,1%), as UBS (10,9%) e os consultórios isolados (9,9%). O restante se distribui entre clínicas públicas e outros tipos. As especialidades analisadas tendem a seguir a mesma distribuição, mas com algumas especificidades. Os vínculos de medicina de família e comunidade, obviamente, estão quase em sua totalidade em UBS, dado o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Outras especialidades que aparecem com maior representatividade neste cenário são aquelas do modelo de atenção primária tradicional, isto é, pediatria, ginecologia e clínica médica. As especialidades cardiologia, dermatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia são menos dependentes dos serviços públicos, por isso têm maior participação em clínicas privadas e consultórios isolados, relativamente as demais – com destaque para dermatologia com 35,6% dos vínculos em consultório e oftalmologia com 31,5% em clínicas. Por outro lado, as especialidades clínica médica, ginecologia, ortopedia, pediatria e psiquiatria têm maior participação nos serviços públicos – com destaque para os mais de 30% dos vínculos de clínica e pediatria em hospitais e os 28% de psiquiatria em clínicas (onde se enquadram os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS).

Seguindo a mesma divisão entre serviços públicos e privados, as especialidades que apresentam as maiores proporções de vínculos empregatícios são aquelas com maior participação nos serviços públicos, isto é, medicina de família e comunidade (62,8%), psiquiatria (50,2%), pediatria (45,5%), clínica médica (45,5%) e ginecologia (38,7%). Por outro lado, as especialidades com as maiores proporções de vínculos autônomos do tipo Pessoa Física são aquelas com maior participação em serviços privados, isto é, oftalmologia (36,6%), dermatologia (36,4%), otorrinolaringologia (35,3%), cardiologia (33,7%) e ortopedia (30,3%). Os níveis de vínculos do tipo cooperado tendem a seguir o padrão global de 5,8%, mas cabe destacar que cardiologia, ortopedia e otorrinolaringologia apresentam valores superiores. O mesmo se aplica no caso dos vínculos intermediados. Por fim, no caso da medicina de família e comunidade, há ainda 27,4% dos vínculos em formato de bolsa em função da modalidade de vinculação do Programa Mais Médicos (PMM).

Em relação a carga horária semanal no vínculo, note-se que 60,7% do total é de até 19 horas, sendo que em cardiologia, ortopedia e otorrinolaringologia os valores chegam a quase 70%. Os vínculos entre 20 e 39 horas somam 27,7% do total, sendo superiores em psiquiatria, pediatria, dermatologia, clínica médica e ginecologia. Quase 95% dos vínculos de medicina de família e comunidade são de 40 horas, o que se explica pelo modelo predominante da ESF. Em dermatologia, oftalmologia e psiquiatria, quase 10% dos vínculos são de 40 horas ou mais, aproximando-se do valor global de 11,6%.

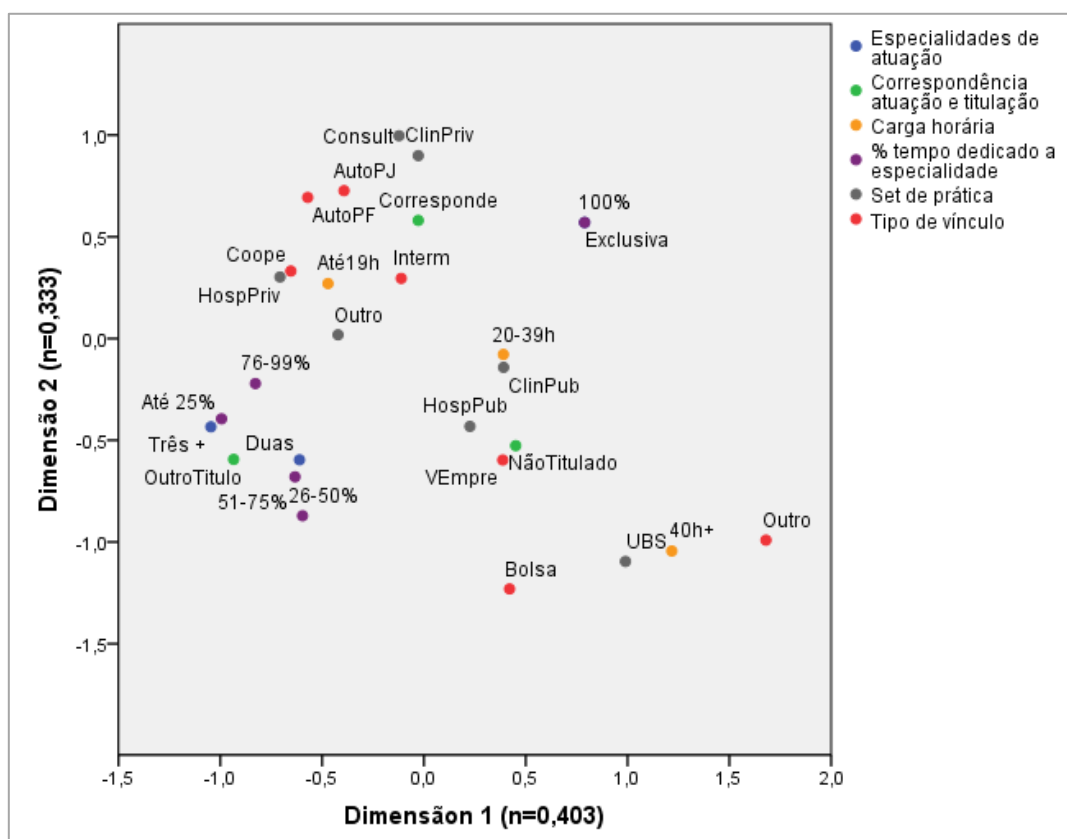
Análise tipológica

O gráfico 16 apresenta o espaço geométrico de baixa dimensão gerado via ACM para verificar a associação entre variáveis características dos vínculos de especialistas em estabelecimentos de saúde. As duas primeiras dimensões representadas no gráfico explicam 73,6% da variância total, sendo 40,3% da primeira e 33,3% da segunda. A primeira dimensão é determinada principalmente pela forma com que o profissional ocupante do vínculo compõe o exercício de especialidades, incluindo o tempo dedicação. No quadrante superior direito, temos os casos em que a especialidade do vínculo é exercida com exclusividade pelo profissional, ao passo que no quadrante inferior direito os casos em que a especialidade é exercida de forma combinada entre duas ou entre três e mais especialidades, com diferentes proporções de tempo de dedicação – sendo que quanto maior o número de especialidades menor é o tempo de dedicação em cada uma.

A segunda dimensão é mais determinada pelas características inerentes ao vínculo, isto é, tipo de serviço, tipo de vínculo e carga horária. Assim temos no quadrante superior esquerdo uma associação entre vínculos autônomos (PF, PJ ou cooperado) de tempo parcial (até 19 horas) em estabelecimentos privados (clínicas, hospitais ou consultórios isolados). No quadrante inferior direito, a associação entre vínculos empregatícios de tempo integral (40 horas ou mais) em UBS, ou de 20 a 39 horas em hospitais e clínicas públicas. A variável de correspondência entre exercício e título se encontra dispersa no gráfico, sendo que a o exercício da especialidade compatível com título se associa com o exercício autônomo no setor privado, ao passo que a ausência de título com a vinculação empregatícia no setor público. A atuação em especialidade diferente da titulação está associada ao exercício de múltiplas especialidades.

O resultado da análise de cluster confirma as associações anteriores, corroborada também pela dimensão geográfica (incluída na análise através do índice de escassez de especialistas). Foram gerados 3 grupos, cuja distribuição se encontra na tabela 14. A dispersão dos casos segundo as dimensões da ACM se encontra no gráfico 17.

Gráfico 16 – Análise de Correspondência Múltipla para vínculos de médicos nas especialidades selecionadas. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS e CNEM/MS.

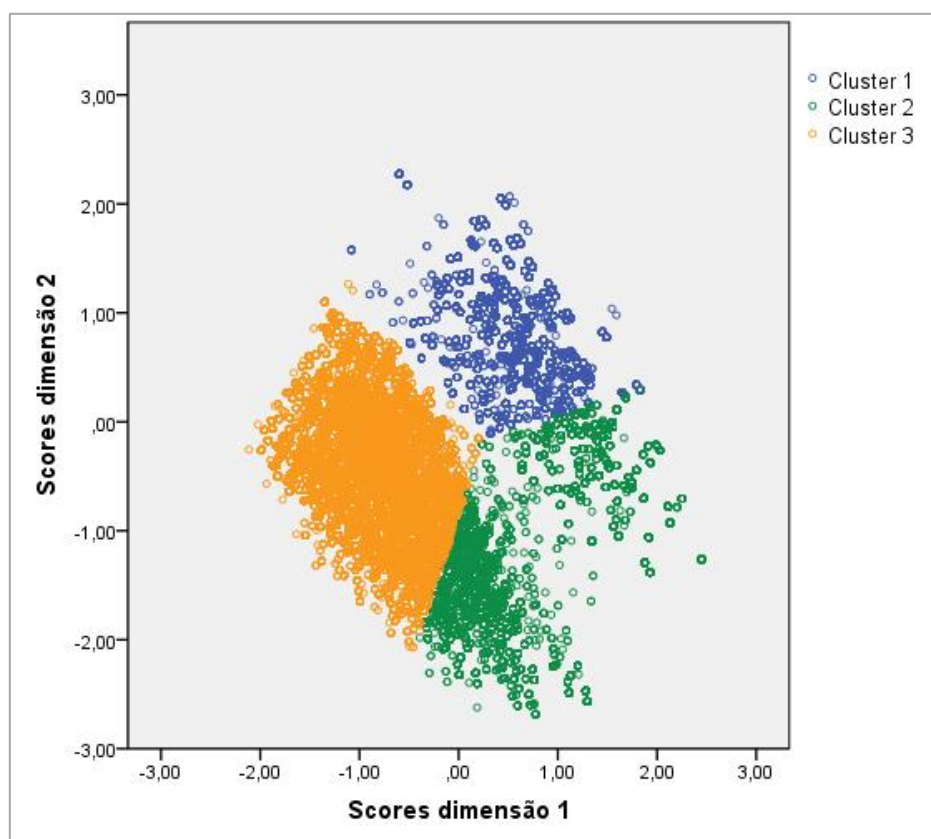
Tabela 14 – Número de vínculos em estabelecimentos de saúde e médicos em ETI* segundo tipologia de atuação em especialidades selecionadas*. Brasil, 2015.

	Vínculos		ETI	
	N	%	N	%
Cluster 1	207.501	35,3	73.394	30,7
Cluster 2	128.084	21,8	95.975	40,2
Cluster 3	251.857	42,9	69.311	29,0
Total	587.442	100,0	238.680	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, CNEM/MS, IBGE e Google Inc.

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

Gráfico 17 – Scores da Análise de Correspondência Múltipla por tipologia de atuação em especialidades selecionadas*. Brasil, 2015.



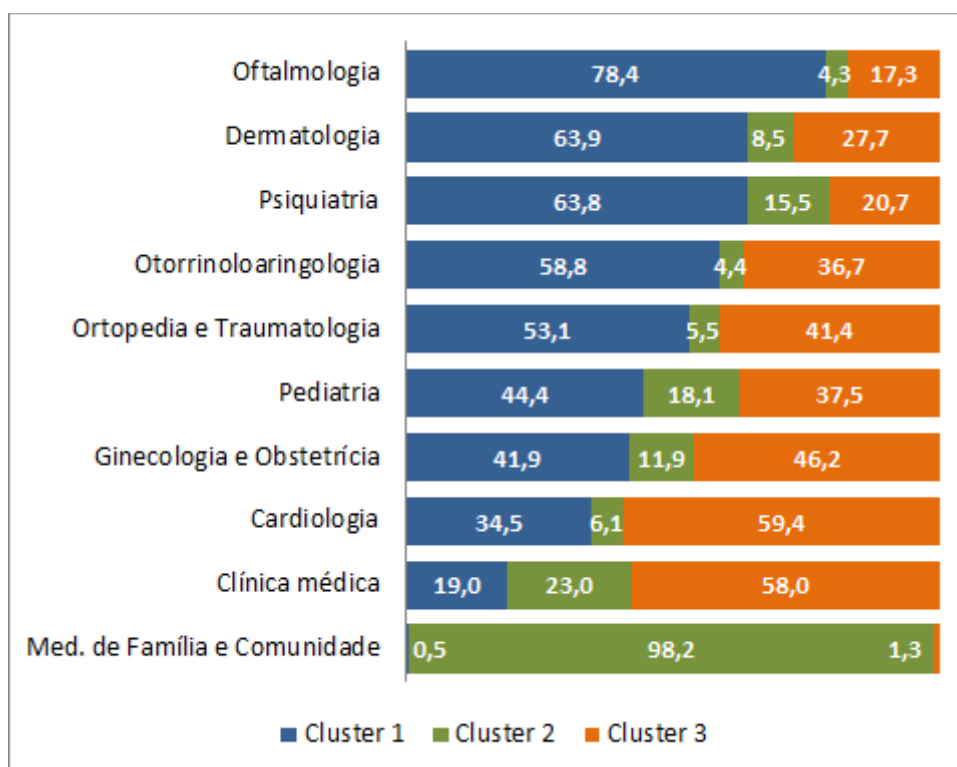
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, CNEM/MS, IBGE e Google Inc.

O **cluster 1** perfaz 207.501 vínculos (que correspondem a 73.394 ETI). É composto principalmente por vínculos autônomos do tipo Pessoa Física de tempo parcial (até 19 horas ou de 20 a 39 horas). Os vínculos empregatícios e os intermediados também representam formas expressivas de vinculação neste grupo. Os tipos de serviço principais são os consultórios isolados e as clínicas privadas, mas também são significativos em clínicas públicas e hospitais privados. Todos os médicos que ocupam tais vínculos atuam de forma exclusiva na especialidade, e a maioria possui título correspondente. Em outras palavras, pode-se dizer que as especialidades mais fechadas ocorrem em função do exercício exclusivo e estão reservadas a portadores de títulos correspondentes que não costumam avançar para a prática de outras especialidades. São também especialidades que produzem vínculos preferencialmente no setor privado e/ou em ambulatorios especializados, atrelados a um formato de inserção profissional autônoma. Conforme o gráfico 18, a especialidade que mais se encaixa neste perfil é a oftalmologia, com 78,4% dos vínculos localizados neste cluster. Na sequência aparecem dermatologia (63,9%), psiquiatria (63,8%) e otorrinolaringologia (58,8%).

O **cluster 2** perfaz 128.084 vínculos (que correspondem a 95.975 ETI). É composto predominantemente por vínculos empregatícios de tempo integral (40 horas ou mais) em Unidades Básicas de Saúde. Trata-se, portanto, de um perfil típico de exercício da medicina de saúde da família e comunidade, que tem 98,2% dos vínculos neste cluster (gráfico 18). Embora em menor número, os vínculos em especialidades de clínica médica e pediatria também têm participação expressiva, bem como aqueles localizados em hospitais e clínicas públicas. Nesse sentido, configura-se de maneira geral como um grupo de casos típicos do setor público voltados para a atenção primária em saúde, avançando inclusive para especialidades como ginecologia e obstetrícia e psiquiatria. Note-se ainda que, assim como no primeiro cluster, a tendência é de exercício exclusivo da especialidade o que, aqui, se deve muito mais ao fato de a medicina de família ser praticada em vínculos de tempo integral. No que se refere à titulação, predominam os casos de médicos sem título de especialista, o que também é condizente com a medicina de família. Neste caso, o fechamento da especialidade se deve muito mais ao perfil da vinculação desta especialidade do que propriamente a fatores de reserva/monopólio.

O **cluster 3** perfaz 251.857 vínculos (que correspondem a 69.311 ETI). É muito parecido com o primeiro em termos dos atributos do vínculo, porém aqui há um peso maior para os hospitais privados (comparativamente a consultórios e clínicas) e para a carga horária de até 19 horas (comparativamente a de 20 a 39 horas). A principal característica é a composição de especialidades, já que todos os médicos atuam em pelo menos duas especialidades. Trata-se, portanto, do perfil mais aberto e que pode indicar escopos de prática expandidos. A especialidade de clínica médica tem 58% dos vínculos localizados neste cluster, o que faz sentido, já que a mesma é a base de todas as especialidades clínicas. Também aparecem com altas proporções cardiologia (59,4%), ginecologia e obstetrícia (46,2%) e ortopedia e traumatologia (41,4%). Destaca-se ainda que é um perfil onde estão a maioria dos vínculos cujos médicos ocupantes possuem titulação diferente da especialidade de atuação, entretanto isso representa apenas um terço dos casos no interior do grupo – sendo que quase a metade é de portadores de títulos correspondentes.

Gráfico 18 – Distribuição dos vínculos por tipologia e especialidade médicas. Brasil, 2015.

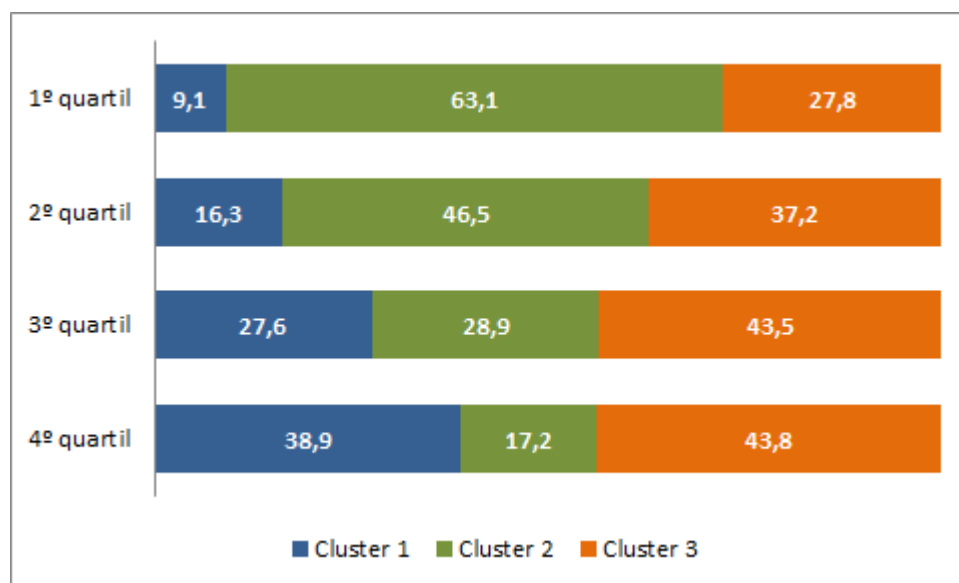


Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do CNES/MS, CNEM/MS, IBGE e Google Inc.

Seja como for, o exercício de especialidades múltiplas (com possibilidade de escopos ampliados) parece estar mais condicionado à posse de título do que à sua ausência. Pelo menos é o que se pode afirmar na comparação com a especialidade de medicina de família e comunidade, que carrega a maioria dos médicos sem titulação. Também deve estar mais condicionado a prática em hospitais privados, já que as clínicas e consultórios e os estabelecimentos públicos em geral tendem a estar mais relacionados ao exercício exclusivo de uma especialidade. As especialidades mais abertas, nesse sentido, são clínica médica, cardiologia, ginecologia e obstetrícia e ortopedia e traumatologia, ao passo que as mais fechadas são oftalmologia, dermatologia, psiquiatria e otorrinolaringologia.

O gráfico 19 apresenta a distribuição dos vínculos por tipologia e quartis da escassez de especialidades médicas. Note-se que os vínculos em estabelecimentos localizados em municípios do primeiro quartil, que são aqueles mais vulneráveis à escassez de especialistas são majoritariamente do cluster 2, o que demonstra uma dependência da atenção primária a saúde. À medida em que se avança nos quartis, os outros dois clusters vão ganhando representatividade. Nesse sentido, tanto o exercício exclusivo de especialidades quanto o múltiplo tendem a ocorrer de fato onde há maior presença de serviços especializados como hospitais e clínicas. Destaca-se, porém que o exercício exclusivo ocorre de forma mais importante nos municípios do quarto decil, ao passo que o múltiplo tem praticamente a mesma representatividade do segundo ao quarto decil.

Gráfico 19 – Distribuição dos vínculos por tipologia e quartis da escassez de especialidades médicas. Brasil, 2015.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do CNES/MS, CNEM/MS, IBGE e Google Inc.

É necessário destacar, no entanto, que a análise do exercício da especialidade realizada até aqui possui uma restrição dada pela classificação ocupacional, uma vez que a especialidade registrada no CNES através da CBO reflete uma posição de trabalho. Nesse sentido, por mais que esse registro possa refletir a prática de escopos atinentes a especialidades reconhecidas pelo CFM – o que tem lastro nos currículos dos cursos de residência e especialização, nos conteúdos dos exames de titulação, nas expectativas dos empregadores e, inclusive, na identidade profissional – não é possível afirmar que o profissional ocupante do vínculo realiza apenas escopos correspondentes à taxonomia registrada. Em outras palavras, não é possível por essa via conhecer a diversidade de escopos de práticas das especialidades médicas, embora seja possível identificar quais especialidades carregam profissionais que tendem a escopos ampliados tendo em vista que eles possuem múltiplos registros taxonômicos em diferentes especialidades. Buscando aprofundar essa questão, o próximo capítulo apresenta um estudo sobre a diversidade dos escopos de prática das especialidades médicas, por meio do qual buscou-se levantar as atribuições, competências e escopos de práticas de especialidades médicas, identificando os escopos de atividades comuns e singulares realizados pelas diversas especialidades.

6. Diversidade de escopos de prática das especialidades médicas

Este capítulo tem por objetivo apresentar os resultados do levantamento das atribuições, competências e escopos de práticas de especialidades médicas e a identificação dos escopos de atividades comuns e singulares realizados pelas diversas especialidades, entre outros aspectos como modalidades de formação em especialidades e arranjos de prática e modalidades de remuneração da prática especializada. Para tanto, lançamos mão de diferentes técnicas, de caráter quantitativo e qualitativo – que incluíram *survey online*, entrevistas em profundidade e Grupos de Diálogos *online* (GDol). Como parte deste componente, foram realizados levantamento e consulta ao acervo da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (entrevistas, observações de campo, Grupos de Diálogo *online* anteriores, relatórios, etc.) na temática da expansão e compartilhamento de escopos de prática de profissionais de saúde tendo como objetivo a preparação das atividades de coleta de dados primários.

O tópico seguinte aborda os aspectos metodológicos de cada técnica utilizada. Os resultados são analisados no tópico seguinte, divididos em: (i) análise estatística das questões fechadas do *survey* e (ii) análise qualitativa das entrevistas em profundidade, do GDol e das questões abertas do *survey*.

6.1. Metodologias de coleta de dados sobre escopos de prática

6.1.1. Entrevistas em profundidade

No âmbito da pesquisa qualitativa, umas das técnicas utilizadas foi a entrevista em profundidade, objetivando a apreensão dos significados, motivações, valores e crenças dos sujeitos pesquisados, no que diz respeito aos objetivos investigativos da pesquisa. A entrevista não consiste em uma conversa despretensiosa e neutra, pois se insere como meio de coleta de fatos que são narrados pelos entrevistados, enquanto sujeitos de pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo objeto de estudo (Minayo, 2000).

Neste estudo, as entrevistas em profundidade tiveram como público-alvo representantes de sociedades de especialista. As entrevistas foram realizadas por telefone, mediante roteiros semiestruturados, que buscaram levantar informações acerca dos processos e modalidades de formação e titulação das especialidades médicas, bem como dimensionamento de mercado de trabalho e escopos de prática. O roteiro encontra-se disponível no Apêndice B. Foi realizado contato com 19 Sociedades, ao todo, e quatro representantes consentiram em participar, sendo um de Sociedade referen-

tes à uma especialidade clínica, outro à uma especialidade cirúrgica e duas de medicina diagnóstica e terapêutica.

6.1.2. Grupos de Diálogos Online (GDol)

A coleta de dados qualitativos sobre escopos de prática também agregou a técnica de Grupos de Diálogos *online* (GDol), semelhante a um grupo focal exploratório, porém realizado virtualmente. Os GDol ocorrem em uma plataforma desenvolvida pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) e são realizados desde de 2010. O propósito é promover a discussão sobre determinadas temáticas em um espaço virtual, para integrar o maior número de participantes de diversas localidades. Em condições de amplas extensões territoriais, como no caso do Brasil, é conveniente que se faça uso de novas tecnologias informacionais para promover a interação de grupos de indivíduos. Além deste aspecto favorável, é possível elencar outras vantagens quanto ao uso deste instrumento, sobretudo em relação à redução de custos e otimização do tempo gasto na realização de uma pesquisa.

O GDol intitulado “Tendências e Perspectivas do Mercado e da Formação de Médicos Especialistas”, foi realizado entre os dias 23 e 25 de janeiro de 2019 e teve como objetivo promover as discussões em torno das principais tendências e perspectivas do mercado e da formação de especialidades médicas e dos processos multiprofissionais de compartilhamento de escopos de prática e competências. Os diálogos ocorreram de forma coordenada com o auxílio de um roteiro de questões a serem abordadas. As conduções das sessões foram orientadas por moderadores que atuaram no sentido de manter o foco na discussão em pauta, esclarecendo dúvidas e mediando os diálogos, além de promovendo a participação de todos os segmentos de participantes.

A proposta da realização do GDol foi concebida a partir da necessidade de capturar a percepção dos atores envolvidos, diretamente e indiretamente, nos processos de formação, exercício, representação e regulação de especialidades médicas no Brasil. O objetivo central foi o de ampliar a compreensão do problema a partir da troca de opiniões entre os participantes. A partir do tema - “Tendências e Perspectivas do Mercado e da Formação de Médicos Especialistas” - pretendeu-se promover um amplo diálogo em torno de três grandes eixos: (i) desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades (ii) arranjos de escopos de prática e organização do trabalho e (iii) modalidades de formação de especialistas.

Por ser um diálogo online, todas as atividades foram realizadas à distância (via internet), durante os três dias do evento. Uma plataforma *web* (ver *print* da plataforma no Apêndice C) foi especialmente construída para esse propósito, onde os participantes puderam postar suas mensagens no tempo que melhor lhes conviesse. Os diálogos seguiram uma agenda pré-definida na qual cada te-

ma/eixo foi desdobrado em tópicos e tratado em salas de discussão distintas. A participação foi gratuita, ocorrendo mediante inscrição, preenchimento de cadastro *online* e aceite de um Termo de Concordância.

Para cada um dos três eixos temáticos, havia uma sala onde ocorriam as discussões. As três salas permaneceram abertas durante todos os dias do evento, acessíveis para os participantes interagirem no momento que melhor lhes conviesse e sobre o tema que desejassem opinar. Cada sala possuía uma dupla de moderadores responsáveis por orientar as discussões e a eles cabia apresentar perguntas de um roteiro pré-definido e problematizar as questões postas pelos participantes, buscando sempre manter o foco da temática. Os participantes podiam contribuir expondo suas ideias, suas experiências e seu posicionamento sobre o tema. Para acessar os debates do dia e postar suas mensagens, os participantes entravam numa página de diálogo, que continha o histórico de mensagens do dia por ordem cronológica de postagem. Ao final do diálogo foi disponibilizada na plataforma uma síntese dos comentários de acordo com o tema de discussão²³.

Perfil dos participantes do GDol

Foram convidados diversos atores envolvidos nos processos de formação, exercício, representação e regulação de especialidades médicas. O grupo congregou participantes interessados em discutir a temática, entre eles, profissionais de saúde, gestores, docentes, residentes, pesquisadores, autoridades regulatórias e membros de sociedades/associações de especialistas. Uma mensagem de convite via correio eletrônico foi enviada para uma lista de contatos pré-selecionados, resultando em um total de 55 inscrições.

Segundo a tabela 15, os participantes eram oriundos de 18 estados e do Distrito Federal, prevalecendo os residentes em Minas Gerais e São Paulo. A idade dos mesmos estava distribuída concentrada entre as faixas etárias de 25 a 39 anos e de 40 a 59 anos. A participação foi equiparada no que se refere ao sexo dos participantes. Sobre o perfil educacional, a maioria dos participantes era de médicos com cursos de especialização, mais precisamente 90,9% deles. No ato da inscrição foi indagado aos participantes que fossem médicos, além dos dados sociodemográficos, a sua principal especialidade de atuação.

Como mostra a tabela 16, a maioria dos médicos participantes possuía como principal especialidade Medicina de Família e Comunidade (34%), seguido por Clínica Médica (22%), Anestesiologia (6%) e Infectologia (6%). Quase metade dos entrevistados (48%) afirmou possuir alguma especialida-

23 Após realização do GDol a plataforma foi mantida como espaço de fórum permanente para discussões que pode ser acessado em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo14/>.

de secundária, entre os quais novamente destaca-se a Medicina de Família e Comunidade (10%), seguida da Pediatria (6%) e Medicina do Trabalho (6%).

Tabela 15 – Perfil dos participantes do GDol (n=55).

Sexo	n	%
Masculino	28	50,9
Feminino	27	49,1
Idade		
De 25 a 39 anos	27	49,1
De 40 a 59 anos	22	40,0
60 anos ou mais	2	3,6
Não respondeu	4	7,3
Grau de escolaridade		
Especialização	50	90,9
Pós-graduação (stricto sensu)	3	5,5
Superior em formação	2	3,6
Unidade Federativa de Residência		
Bahia	2	3,6
Ceará	2	3,6
Distrito Federal	2	3,6
Espírito Santo	2	3,6
Goiás	3	5,5
Maranhão	1	1,8
Minas Gerais	10	18,2
Pará	1	1,8
Pernambuco	3	5,5
Piauí	1	1,8
Paraná	3	5,5
Rio de Janeiro	4	7,3
Rio Grande do Norte	1	1,8
Roraima	1	1,8
Rio Grande do Sul	5	9,1
Santa Catarina	3	5,5
Sergipe	1	1,8
São Paulo	9	16,4
Tocantins	1	1,8
Total de participantes	55	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do GDol “Tendências e Perspectivas do Mercado e da Formação de Médicos Especialistas”.

Tabela 16 – Médicos participantes do GDol por especialidade principal e secundária (n =50).

Especialidades	Principal		Secundária	
	N	%	N	%
Acupuntura	-	-	1	2
Anestesiologia	3	6	-	-
Cirurgia Geral	2	4	-	-
Cirurgia Plástica	-	-	1	2
Clínica Médica	11	22	2	4
Dermatologia	-	-	1	2
Endocrinologia	1	2	-	-
Gastroenterologia	-	-	2	4
Geriatria	-	-	1	2
Ginecologia e Obstetrícia	1	2	-	-
Infectologia	3	6	-	-
Medicina de Família e Comunidade	17	34	5	10
Medicina do Trabalho	1	2	3	6
Medicina do Tráfico	1	2	-	-
Medicina Intensiva	1	2	1	2
Medicina Preventiva e Social	-	-	2	4
Nefrologia	1	2	-	-
Oftalmologia	1	2	-	-
Ortopedia e Traumatologia	1	2	-	-
Otorrinolaringologia	-	-	1	2
Patologia Clínica/Medicina laboratorial	-	-	1	2
Pediatria	2	4	3	6
Psiquiatria	1	2	-	-
Não respondeu	3	6	3	6
Não possui	-	-	23	46
<i>Total</i>	<i>50</i>	<i>100</i>	<i>50</i>	<i>100</i>

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do GDol “Tendências e Perspectivas do Mercado e da Formação de Médicos Especialistas”.

A ficha de inscrição do GDol também abrangia as categorias profissionais que o participante se enquadrava. Era possível assinalar mais de uma opção, sendo que a maioria registrou possuir atividade profissional em mais de uma das categorias expostas. Segundo a tabela 17, a maior parte dos inscritos estão vinculados à Assistência (70,9%) e são Profissionais de Saúde (70,9%), havendo também uma expressiva parcela que atua na Docência/Ensino (30,9%). Outros 14,5% atuam em gestão e 5,5% são médicos residentes.

Tabela 17 – Participantes do GDol por categoria profissional (n=55).

Áreas de atuação	n	%
Assistência	39	70,9
Profissional de Saúde	39	70,9
Associação Médica/Sociedade de Especialista	5	9,1
Atividades Regulatórias	2	3,6
Docência/Ensino	17	30,9
Gestão	8	14,5
Pesquisa	10	18,2
Médico Residente	3	5,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do GDol “Tendências e Perspectivas do Mercado e da Formação de Médicos Especialistas”.

6.1.3. Survey online

A pesquisa tipo survey, se refere a um tipo particular de pesquisa social empírica. Se destina a estudos de grande escala e caracteriza-se por uma abordagem quantitativa, que visa apresentar a opinião dos sujeitos por meio de questionários (Babbie, 1999). Para o presente estudo foi conduzido o survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”, junto a médicos especialistas. O objetivo foi investigar as modalidades de formação, arranjos de prática, formas de remuneração e os escopos de atividades, incluindo as práticas singulares e as práticas comuns às diversas especialidades médicas.

A escolha do público alvo para aplicação dos questionários foi feita com base em dois critérios: (i) médicos especialistas; e (ii) existência de cadastro confiável e disponível dos profissionais, com endereço eletrônico, uma vez que o método de aplicação do questionário é via e-mail. Pelas razões estabelecidas acima, optou-se por utilizar como público-alvo médicos cadastrados da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), de acordo com o Termo de Uso do Portal UNASUS. O cadastro utilizado foi de novembro de 2018.

Foi elaborado um instrumento para ser auto aplicado por meio eletrônico. Para a operacionalização do mesmo, foi utilizado o software *online Survey Monkey*⁽¹⁾. De maneira geral, o questionário

incluiu as seguintes dimensões e temas: características sociodemográficas (nacionalidade, naturalidade, sexo, idade, estado civil e se possui filhos), formação profissional, principais formas de titulação, especialidades em que atuam (principal e secundárias), arranjos de trabalho (estabelecimentos em que atuam, tipos de vínculo, formas de remuneração e carga horária) e escopos de prática.

Para investigar o escopo de prática foram selecionados atividades e procedimentos de diferentes níveis de complexidade, gerais e mais específicos a determinadas especialidades médicas, que incluíram Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Cardiologia, Clínica Geral e Ginecologia e Obstetrícia. Para cada um dos itens, que foram divididos em cinco blocos, os participantes foram solicitados a indicar a frequência com que realizam cada procedimento, a principal forma de aprendizagem, os motivos para não realização e quais profissionais não médicos poderiam realizar os procedimentos. O questionário incluiu ainda questões opinativas sobre a temática. O instrumento completo encontra-se disponível no Apêndice D.

O questionário foi enviado para 10.000 médicos que se inscreveram em cursos ofertados pelo Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Um total de 461 médicos consentiram e participaram da pesquisa. O tratamento, limpeza e consistência dos bancos de dados e a análise dos resultados foram realizados em SPSS 22.0. O questionário permanece ativo na internet como um espaço permanente para a coleta de informações junto a médicos especialistas²⁴.

24 A versão permanente do questionário pode ser visitada em: <https://pt.surveymonkey.com/r/escopo>.

6.2. Resultados

6.2.1. Análise das questões fechadas do survey online

Características sociodemográficas e formação profissional

A maioria dos respondentes é brasileira (84,4%), do sexo feminino (54,2%) e com idade entre 31 e 40 anos (55,3%), conforme apresenta a tabela 18. Embora a maior parte tenha declarado estar casado ou em união estável (63,6%), mais da metade não possui filho (52,9%). No que diz respeito à naturalidade e local de residência, prevalecem os nascidos no Nordeste (43,1%) e Sudeste (34%), o que também ocorre em relação ao local de residência (com 40% e 35,4%, respectivamente).

No que diz respeito à formação profissional, 47,5% tinha entre 6 e 10 anos que se graduaram em Medicina (tabela 19). Quase 80% se graduaram no Brasil. Em consonância com a naturalidade e o local de residência supramencionados, 40% se formaram em instituições da região Nordeste e 36,7% no Sudeste. A maior parte é egressa de universidades públicas (66,4%).

Segundo a tabela 20, um terço se declarou especialista em Medicina de Família e Comunidade, seguida da Pediatria (9,3%), Clínica Médica (8,9%) e Psiquiatria (4,3%). Entre os respondentes 37,2% declararam possuir uma segunda especialidade, sendo novamente a Medicina de Família e Comunidade a mais frequente (32,3%), seguida da Clínica Médica (14,6%) e Medicina do Trabalho (8,8%). Mais da metade dos participantes (54,4%) relatou dedicar mais de 90% do seu tempo à especialidade principal.

Tabela 18 – Perfil sociodemográfico dos respondentes do *survey online*.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	209	45,3
Feminino	250	54,2
Total	461	100,0
Faixa etária		
25 a 30 anos	88	19,1
31 a 40 anos	255	55,3
41 a 50 anos	61	13,2
51 a 60 anos	35	7,6
Mais de 60 anos	17	3,7
Total	461	100,0
Estado civil		
Solteiro	140	30,5
Casado/União Estável	292	63,6
Viúvo	1	0,2
Divorciado/Desquitado	19	4,1
Total	459	100,0
Possui filhos		
Sim	216	46,9
Não	244	52,9
Total	461	100,0
Nacionalidade		
Brasileira	389	84,4
Estrangeira	72	15,6
Total	461	100,0
Região Geográfica de Nascimento*		
Norte	6	1,6
Nordeste	166	43,1
Sudeste	131	34,0
Sul	44	11,4
Centro-Oeste	38	9,9
Total	385	100,0
Região Geográfica de Residência		
Norte	11	2,5
Nordeste	174	40,0
Sudeste	154	35,4
Sul	49	11,3
Centro-Oeste	47	10,8
Total	435	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

*Apenas brasileiros

Tabela 19 – Características da formação dos respondentes do *survey online*.

Características da formação	n	%
Tempo de formado		
01 a 5 anos	68	14,8
6 a 10 anos	218	47,5
11 a 15 anos	60	13,1
16 a 20 anos	32	7,0
Mais de 20 anos	81	17,6
Total	459	100,0
Formou no Brasil		
Sim	282	77,7
Não	81	22,3
Total	363	100,0
Região Geográfica de Formação*		
Norte	12	4,4
Nordeste	110	40,0
Sudeste	101	36,7
Sul	25	9,1
Centro-Oeste	27	9,8
Total	275	100,0
Natureza jurídica da Instituição de Formação		
Pública	306	66,4
Privada lucrativa	118	25,6
Privada não-lucrativa	37	8,0
Total	461	100,0
Recebeu bolsa ou fez financiamento para estudar		
Não	336	73,0
Sim, bolsa	50	10,9
Sim, financiamento privado	5	1,1
Sim, financiamento público (por exemplo: FIES)	59	12,8
Outro (especifique)	10	2,2
Total	460	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

*Apenas brasileiros

Tabela 20 – Respondentes do survey online segundo especialidade principal e secundária.

Especialidades	Principal		Secundária	
	n	%	n	%
Acupuntura	3	0,7	3	1,8
Alergia e Imunologia	-	-	3	1,8
Anestesiologia	17	3,7	-	-
Angiologia	0	0,0	1	0,6
Cardiologia	5	1,1	-	-
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1	0,2	-	-
Cirurgia Geral	4	0,9	10	5,8
Cirurgia Oncológica	1	0,2	-	-
Cirurgia Plástica	3	0,7	-	-
Cirurgia Vascular	4	0,9	1	0,6
Clínica Médica	41	8,9	25	14,6
Coloproctologia	1	0,2	-	-
Dermatologia	11	2,4	2	1,2
Endocrinologia e Metabologia	8	1,7	3	1,8
Endoscopia	1	0,2	1	0,6
Gastroenterologia	2	0,4	2	1,2
Genética Médica	1	0,2	-	-
Geriatria	5	1,1	2	1,2
Ginecologia e Obstetrícia	14	3,0	2	1,2
Homeopatia	2	0,4	2	1,2
Infectologia	13	2,8	4	2,3
Mastologia	2	0,4	-	-
Medicina de Emergência	3	0,7	5	2,9
Med. Família e Comunidade	152	33,0	55	32,2
Medicina do Trabalho	7	1,5	15	8,8
Medicina Física e Reabilitação	-	-	1	0,6
Medicina Intensiva	3	0,7	9	5,3
Medicina Legal e Perícia Médica	3	0,7	2	1,2
Medicina Nuclear	1	0,2	-	-
Medicina Preventiva e Social	9	2,0	4	2,3
Nefrologia	2	0,4	2	1,2
Neurologia	6	1,3	-	-
Nutrologia	2	0,4	1	0,6
Oftalmologia	11	2,4	1	0,6
Oncologia Clínica	2	0,4	-	-
Ortopedia e Traumatologia	5	1,1	-	-
Otorrinolaringologia	6	1,3	1	0,6
Patologia	3	0,7	1	0,6
Pediatria	43	9,3	3	1,8
Pneumologia	2	0,4	3	1,8
Psiquiatria	20	4,3	7	4,1
Radiologia e Diag. Imagem	14	3,0	-	-
Radioterapia	1	0,2	-	-
Nenhuma	26	5,7	-	-
Total	460	100,00	171	100,00

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 21 – Porcentagem de tempo dedicada a especialidade principal.

	N	%
Até 50% do tempo	41	15,7
de 60 a 90%	94	36,0
Mais de 90%	142	54,4
Total	261	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Entre os respondentes 43,4% declararam possuir certificado de residência médica (CNRM), 36,4% título de especialistas (AMB) e 37,7% certificado de competências (tabela 22). Com relação ao registro de qualificação de especialidade no CRM, 46,3% declararam possuir tal certificação (tabela 23). Aproximadamente a metade dos participantes relatou estar frequentando algum curso de formação de especialidades médicas (tabela 24). Entre aqueles que não frequentam, 76,4% têm a intenção de frequentar alguma forma de especialização (tabela 25)

Tabela 22 – Títulos que os participantes declaram possuir.

Títulos	N	%
Certificado de Residência Médica (CNRM)	200	43,4
Título de especialista (AMB)	168	36,4
Certificado de competências (BLS, ACLS, PALS, PHTLS, etc.)	174	37,7
Nenhuma das opções	61	13,3
Outro	93	20,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 23 – Possui Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) no CRM.

	N	%
Não	236	53,8
Sim	203	46,2
Total	439	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 24 – Atualmente frequenta algum curso de formação de especialidade médica.

	N	%
Sim, residência médica	57	12,4
Sim, curso de especialização	62	13,4
Sim, curso de capacitação/aperfeiçoamento	64	13,9
Sim, mestrado e/ou doutorado	46	10,0
Outro	17	3,7
Não	196	42,5
Total	461	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 25 – Se NÃO, mas pretende frequentar algum curso de formação de especialidade.

	N	%
Não	64	23,6
Sim, curso de capacitação/aperfeiçoamento	58	21,4
Sim, curso de especialização	43	15,9
Sim, mestrado e/ou doutorado	54	19,9
Sim, residência médica	52	19,2
Total	271	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Arranjos profissionais

A tabela 26 informa em quais estabelecimentos de saúde os respondentes exercem atividades, também expõe se os mesmos atuam em especialidades diferentes daquelas que consideram principais. Mais da metade dos participantes atua em Unidades Básicas de Saúde/Postos de Saúde/Centros de saúde (60,1%). Consultórios isolados ou clínicas particulares foram mencionados por 57,1% dos entrevistados e Hospitais públicos por 50,9%. Apesar de uma frequência baixa, estas são também as três categorias de estabelecimentos em que os participantes mais declararam atuar em especialidades diferentes da que consideram ser a principal.

Tabela 26 – Estabelecimentos de saúde em que os respondentes exercem atividades e se atua em especialidade diferente da principal.

Estabelecimentos de saúde	Exerce atividades				Atua em outra especialidade/área de atuação		
	Sim		Não		Sim	Total	
	N	%	N	%	N	%	
UBS/Posto de saúde/Centro de saúde	205	60,1	136	39,9	58	17,0	341
UPA/Pronto socorro público	95	34,9	177	65,1	27	9,9	272
Pronto atendimento/Pronto socorro privado	81	31,2	179	68,8	21	8,1	260
Policlínicas/Centro de especialidade/AMEs públicos	46	19,2	193	80,8	12	5,0	239
Centro de especialidades/Ambulatórios/Policlínicas - sem atendimento SUS	65	26,5	180	73,5	14	5,7	245
Hospital Público Municipal, Regional, Estadual ou Federal aberto ao SUS	140	50,9	135	49,1	36	13,1	275
Hospitais de previdência fechados, inclusive das previdências de servidores públicos e da saúde suplementar sem atendimento ao SUS	15	6,5	215	93,5	3	1,3	230
Hospital privado não lucrativo com atendimento aos SUS (Filantrópicos, O.S., outras ONGs)	52	21,6	189	78,4	12	5,0	241
Hospital privado não-lucrativo sem atendimento aos SUS (Inclui UNIMED)	22	9,7	205	90,3	2	0,9	227
Hospital privado lucrativo com atendimento aos SUS	27	11,7	204	88,3	9	3,9	231
Hospital privado lucrativo sem atendimento aos SUS	43	18,8	186	81,2	9	3,9	229
Consultório isolado ou clínica/policlínica particular	171	57,1	129	42,9	32	11,9	300

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Apenas 3,1% declararam atuar em franquias (tabela 27). Entre aqueles que atendem em consultórios isolados ou clínicas particulares, 40,5% atuam em estabelecimentos com apenas uma especialidade médica e 32,7% com até quatro especialidades médicas (tabela 28). Ainda com relação a este tipo de estabelecimento, cerca de 60% trabalham em locais com 1 a 5 profissionais médicos (tabela 29). Com relação a outras profissões de saúde, a maioria dos respondentes declarou que além de profissionais médicos, atuam nos consultórios isolados e clínicas particulares psicólogos, nutricionistas e enfermeiros (tabela 30).

Tabela 27 – Atua em franquias.

	N	%
Não	345	96,9
Sim	11	3,1
Total	356	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 28 – número de especialidades que atendem no(s) consultório(s) isolado(s) ou clínica(s)/policlínica(s) particular(es) (n=168).

Número de especialidades	n	%
Apenas 1 especialidade	68	40,5
mais de 1 até 4 especialidades	55	32,7
mais de 4 até 10 especialidades	33	19,6
mais de 4 até 10 especialidades	33	19,6
mais de 10 especialidades	20	11,9

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 29 – Número de médicos que atendem no consultório isolado e clínica particular.

Número de médicos	n	%
De 1 a 5	82	58,6
De 6 a 10	34	24,3
De 11 a 20	17	12,1
Mais de 20	10	7,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 30 – Outros profissionais que trabalham no consultório (n=131).

	N	%
Enfermeiros	74	56,5
Cirurgião-dentista	48	36,6
Psicólogo	81	61,8
Nutricionista	80	61,1
Fisioterapeuta	57	43,5
Fonoaudiólogo	35	26,7
Outros	7	5,3

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Com relação ao local de trabalho, 55,9% relataram que atuam no mesmo município de residência, 16,6% em municípios com até 30 minutos de distância, 14,6% gastam entre meia e uma hora até o trabalho e também 14,6% deslocam por mais de uma hora (tabela 31).

Tabela 31 – Considerando sua especialidade principal, você atua nela em município diferente do seu local de residência (n=397).

	N	%
Não, apenas no mesmo município de residência.	222	55,9
Sim, com deslocamento de até 30 minutos por via terrestre.	66	16,6
Sim, com deslocamento de mais de 30 minutos até 1 hora por via terrestre.	58	14,6
Sim, com deslocamento de mais de 1 hora por via terrestre.	58	14,6
Sim, com deslocamento por via aérea.	5	1,3
Sim, com deslocamento por via fluvial (rio, mar, etc.).	7	1,8
À distância, por meio de Telemedicina.	3	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Foi solicitado aos participantes que ordenassem os tipos de vínculo de acordo com o tempo dispensado aos mesmos. A maior parte (68,8%) declarou que o vínculo para o qual dedica mais tempo é o de servidor público, seguido de bolsistas residente (65,6%) e bolsista do PMM ou do PROVAB (62,4%) (tabela 32, gráfico 20).

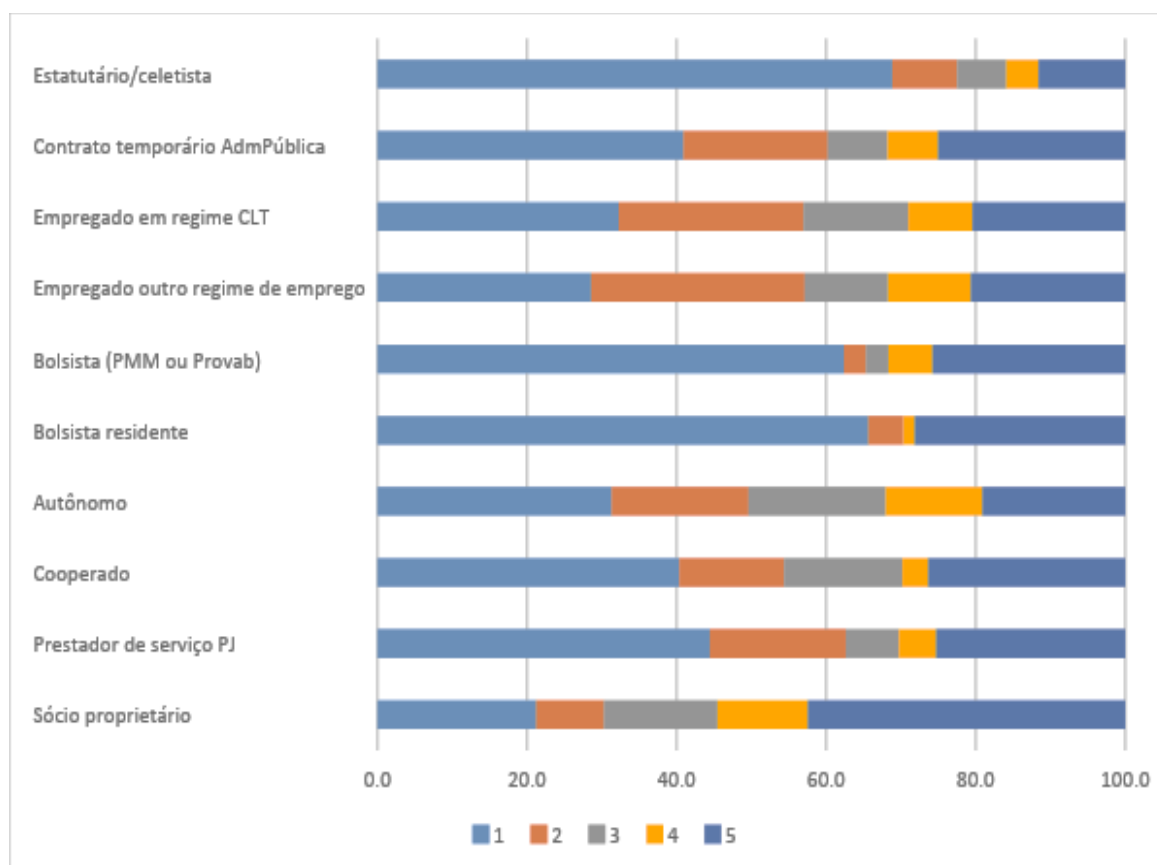
Tabela 32 – Tipos de vínculo em que dispensa mais tempo e dedicação.

Tipo de vínculo	1		2		3		4		5		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Servidor público efetivo ocupante de cargo público RJU, estatutário ou celetista	95	68,8	12	8,7	9	6,5	6	4,3	16	11,6	138
Servidor público temporário / Contrato temporário com a Administração Pública	36	40,9	17	19,3	7	8,0	6	6,8	22	25,0	88
Empregado em regime CLT	30	32,3	23	24,7	13	14,0	8	8,6	19	20,4	93
Empregado em outro regime de emprego	18	28,6	18	28,6	7	11,1	7	11,1	13	20,6	63
Bolsista do Programa Mais Médicos ou do PROVAB	63	62,4	3	3,0	3	3,0	6	5,9	26	25,7	101
Bolsista residente	42	65,6	3	4,7	0	0,0	1	1,6	18	28,1	64
Autônomo	41	31,3	24	18,3	24	18,3	17	13,0	25	19,1	131
Cooperado	23	40,4	8	14,0	9	15,8	2	3,5	15	26,3	57
Prestador de serviço como Pessoa Jurídica	44	44,4	18	18,2	7	7,1	5	5,1	25	25,3	99
Sócio proprietário	7	21,2	3	9,1	5	15,2	4	12,1	14	42,4	33
Outro	7	23,3	4	13,3	7	23,3	2	6,7	10	33,3	30

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

*Sendo 1 o que dispensa mais tempo e dedicação e 5 o que dispensa menos.

Gráfico 20 – Tipos de vínculo em que dispensa mais tempo e dedicação*.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

*Sendo 1 o que dispensa mais tempo e dedicação e 5 o que dispensa menos.

A principal forma de rendimento dos participantes é o salário fixo baseado em tempo/carga horária (70,9%), seguido de honorário por serviço - pagamento por produção, consulta ou procedimento - (28,6%) e por plantão (22,5%) (tabela 33).

Tabela 33 – Formas de rendimento do trabalho na atividade principal (n=394).

Formas de remuneração	N	%
Salário fixo baseado em tempo/carga horária.	258	70,9
<i>Fee for service</i> /honorários (pagamento por serviço, produção, consulta, procedimento).	104	28,6
Pacote fechado (grupos de atos/procedimentos relacionados)	17	4,7
Per capita	10	2,7
Por plantão	82	22,5
Outra	21	5,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Escopos de prática

Esta seção aborda questões relativas ao escopo de práticas dos respondentes. Tratam-se de perguntas em que os respondentes são solicitados a relatar a frequência com que realizam os procedimentos listados, além de descreverem a principal forma de aprendizagem dos mesmos, bem como os principais motivos para não realização. Também informam para quais profissionais encaminham pacientes que precisam ser referenciados para realização dos procedimentos em questão. A apresentação dos resultados está dividida em cinco blocos que contém procedimentos agrupados em torno de uma ou duas especialidades. A lógica é que os procedimentos agrupados compõem o campo de prática das especialidades listadas, embora não sejam exclusivos da prática do especialista.

Bloco 1 – Otorrinolaringologia e Oftalmologia

Este primeiro bloco agregou procedimentos das áreas de otorrinolaringologia e oftalmologia. Percebe-se que a frequência de realização reduz de acordo com o aumento da complexidade e especificidade da atividade (tabela 34). A principal forma de aprendizagem dos procedimentos listados foi a graduação (tabela 35). O principal motivo relatado pelos participantes para a não realização de alguns procedimentos, foi o fato de considerarem não ser de sua competência profissional. No entanto, chama a atenção o item 'realização de exame de fundo de olho (Fundoscopia)', em que 24,6% não realiza por não saber realizar e 20,4% por não possui material e insumo necessário em seu local de trabalho (tabela 36). Já com relação à opinião dos entrevistados sobre quais profissionais não médicos poderiam realizar as atividades listadas, os enfermeiros foram os mais citados, com exceção do item 'prescrição de aparelho auditivo' em que 86,9 % indicaram o fonoaudiólogo (tabela 37).

Tabela 34 – Frequência que realiza os procedimentos de otorrinolaringologia e oftalmologia.

Procedimentos	Frequentemente		Ocasionalmente		Nunca		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Remoção de cerume/lavagem de ouvido	91	34,1	65	24,3	111	41,6	267
Tamponamento nasal anteroposterior / epistaxe	17	6,4	118	44,5	130	49,1	265
Prescrição de aparelho auditivo	14	5,4	24	9,2	222	85,4	260
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	19	7,2	76	28,7	170	64,2	265
Realização de exame de fundo de olho (Fundoscopia)	17	6,4	71	26,7	178	66,9	266
Oftalmoscopia (acuidade visual)	16	6,1	51	19,3	197	74,6	264
Prescrição ou dispensação de dispositivos de visão sub-normal (óculos, lentes de contato, ampliadores simples, etc.)	12	4,6	11	4,2	239	91,2	262

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 35 – Principal forma de aprendizagem dos procedimentos de otorrinolaringologia e oftalmologia.

Procedimentos	Graduação		Pós-graduação		Sozinho/Na prática		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Remoção de cerume/lavagem de ouvido	111	69,8	24	15,1	24	15,1	159
Tamponamento nasal anteroposterior / epistaxe	109	75,2	15	10,3	21	14,5	145
Prescrição de aparelho auditivo	25	62,5	13	32,5	2	5,0	40
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	70	68,0	15	14,6	18	17,5	103
Realização de exame de fundo de olho (Fundoscopia)	91	74,0	29	23,6	3	2,4	123
Oftalmoscopia (acuidade visual)	70	75,3	19	20,4	4	4,3	93
Prescrição ou dispensação de dispositivos de visão subnormal (óculos, lentes de contato, ampliadores simples, etc.)	27	69,2	10	25,6	2	5,1	39

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 36 – Principal motivo para não realizar os procedimentos de otorrinolaringologia e oftalmologia.

Procedimentos	Eu não sei realizar este procedimento		Falta de demanda		Não é da minha competência profissional		Necessidade de infraestrutura adequada		Necessidade de material/insumos		Outro motivo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Remoção de cerume/lavagem de	6	6,8	19	21,6	34	38,6	5	5,7	14	15,9	10	11,4	88
Tamponamento nasal anteroposterior / epistaxe	15	13,2	50	43,9	29	25,4	6	5,3	7	6,1	7	6,1	114
Prescrição de aparelho auditivo	34	20,9	13	8,0	106	65,0	1	0,6	1	0,6	8	4,9	163
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	26	19,3	18	13,3	71	52,6	7	5,2	8	5,9	5	3,7	135
Realização de exame de fundo de olho (Fundoscopia)	35	24,6	13	9,2	42	29,6	12	8,5	29	20,4	11	7,7	142
Oftalmoscopia (acuidade visual)	26	17,9	7	4,8	69	47,6	10	6,9	17	11,7	16	11,0	145
Prescrição ou dispensação de dispositivos de visão subnormal (óculos, lentes de contato, ampliadores simples, etc.)	35	20,7	2	1,2	122	72,2	4	2,4	4	2,4	2	1,2	169

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 37 – Qual(is) profissionais não médicos poderiam realizar os procedimentos listados.

Procedimentos	Enfermeiro		Dentista		Fisioterapeuta		Nutricionista		Fonoaudiólogo		Psicólogo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Remoção de cerume/lavagem de ouvido	171	71,0	11	4,6	7	2,9	3	1,2	46	19,1	3	1,2	241
Tamponamento nasal anteroposterior / epistaxe	158	66,7	43	18,1	12	5,1	2	0,8	20	8,4	2	0,8	237
Prescrição de aparelho auditivo	9	9,1	1	1,0	2	2,0	0	0,0	86	86,9	1	1,0	99
Remoção de corpo estranho da córnea ou conjuntiva	49	86,0	4	7,0	2	3,5	1	1,8	1	1,8	0	0,0	57
Realização de exame de fundo de olho (Fundoscopia)	29	87,9	2	6,1	1	3,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	33
Oftalmoscopia (acuidade visual)	64	65,3	7	7,1	7	7,1	5	5,1	9	9,2	6	6,1	98
Prescrição ou dispensação de dispositivos de visão subnormal (óculos, lentes de contato, ampliadores simples, etc.)	15	75,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	20

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Bloco 2 – Ortopedia e traumatologia e Cardiologia

O segundo bloco agregou procedimentos e atividades das áreas de ortopedia e traumatologia e cardiologia. De uma maneira geral, os procedimentos específicos da ortopedia são pouco realizados pelos respondentes, ao passo que os de cardiologia são realizados frequentemente ou ocasionalmente pela maioria dos participantes (tabela 38). A principal forma de aprendizagem foi a graduação (tabela 39). No que diz respeito aos principais motivos para a não realização dos itens listados, “Não é da minha competência profissional” foi o mais citado para todos os procedimentos da lista, com exceção do item “Suporte básico de vida / Primeiro atendimento (dor torácica súbita, hemorragias, crise de asma, AVC) ” em que 45,8% não realizam por falta de demanda (tabela 40). Os fisioterapeutas e os enfermeiros foram os mais citados entre os profissionais de saúde que poderiam realizar os procedimentos e atividades deste bloco (tabela 41).

Tabela 38 – Frequência que realiza os procedimentos de ortopedia e cardiologia.

Procedimento	Frequentemente		Ocasionalmente		Nunca		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Realização de manejo fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.).	14	6,1	59	25,7	157	68,3	230
Mover as articulações da coluna para além da amplitude de movimento fisiológico usual do indivíduo, usando empuxo rápido e de baixa amplitude.	4	1,8	24	10,6	199	87,7	227
Punção articular diagnóstica ou terapêutica / infiltração (corticoides, anestésicos)	4	1,8	39	17,1	185	81,1	228
Artrocentese	2	0,9	20	9,0	200	90,1	222
Suporte básico de vida / Primeiro atendimento (dor torácica súbita, hemorragias, crise de asma, AVC)	102	44,0	101	43,5	29	12,5	232
Diagnóstico e tratamento de hipertensão.	168	72,1	40	17,2	25	10,7	233
Interpretação de eletrocardiograma.	136	58,4	71	30,5	26	11,2	233

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 39 – Principal forma de aprendizagem dos procedimentos de ortopedia e cardiologia.

Procedimentos	Graduação		Pós-graduação		Sozinho/Na prática		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Realização manejo fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.).	63	80,8	8	10,3	7	9,0	78
Mover as articulações da coluna para além da amplitude de movimento fisiológico usual do indivíduo, usando um empuxo rápido e de baixa amplitude.	22	64,7	8	23,5	4	11,8	34
Punção articular diagnóstica ou terapêutica / infiltração (corticoides, anestésicos)	34	55,7	24	39,3	3	4,9	61
Artrocentese	25	62,5	13	32,5	2	5,0	40
Suporte básico de vida / Primeiro atendimento (dor torácica súbita, hemorragias, crise de asma, AVC)	127	74,7	34	20,0	9	5,3	170
Diagnóstico e tratamento de hipertensão.	149	85,6	20	11,5	5	2,9	174
Interpretação de eletrocardiograma.	125	72,7	35	20,3	12	7,0	172

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 40 – Principais motivos para não realização dos procedimentos de ortopedia e cardiologia.

Procedimentos	Eu não sei realizar este procedimento		Falta de demanda		Não é da minha competência profissional		Necessidade de infraestrutura adequada		Necessidade de material/insumos		Outro motivo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Realização de manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.).	17	13,3	26	20,3	69	53,9	2	1,6	7	5,5	7	5,5	128
Mover as articulações da coluna para além da amplitude de movimento fisiológico usual do indivíduo, usando um empuxo rápido e de baixa amplitude.	46	32,6	10	7,1	79	56	0	0	0	0	6	4,3	141
Punção articular diagnóstica ou terapêutica / infiltração (corticoides, anestésicos)	41	27,9	8	5,4	79	53,7	6	4,1	8	5,4	5	3,4	147
Artrocentese	48	32,2	4	2,7	82	55	5	3,4	4	2,7	6	4	149
Suporte básico de vida / Primeiro atendimento (dor torácica súbita, hemorragias, crise de asma, AVC)	0	0	22	45,8	10	20,8	8	16,7	5	10,4	3	6,3	48
Diagnóstico e tratamento de hipertensão.	0	0	6	22,2	12	44,4	0	0	3	11,1	6	22,2	27
Interpretação de eletrocardiograma.	8	19	10	23,8	13	31	1	2,4	3	7,1	7	16,7	42

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 41 – Qual(is) profissionais não médicos poderiam realizar os procedimentos de ortopedia e cardiologia.

Procedimentos	Enfermeiro		Dentista		Fisioterapeuta		Nutricionista		Fonoaudiólogo		Psicólogo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Realização de manejo de fraturas (preparação do membro, imobilização, etc.).	93	54,1	2	1,2	73	42,4	1	0,6	1	0,6	2	1,2	172
Mover as articulações da coluna para além da amplitude de movimento fisiológico usual do indivíduo, usando um empuxo rápido e de baixa amplitude.	25	19,7	1	0,8	99	78,0	1	0,8	0	0,0	1	0,8	127
Punção articular diagnóstica ou terapêutica / infiltração (corticoides, anestésicos)	20	43,5	2	4,3	24	52,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46
Artrocentese	18	46,2	2	5,1	19	48,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39
Suporte básico de vida / Primeiro atendimento (dor torácica súbita, hemorragias, crise de asma, AVC)	145	36,6	56	14,1	63	15,9	43	10,9	44	11,1	45	11,4	396
Diagnóstico e tratamento de hipertensão.	75	83,3	8	8,9	5	5,6	0	0,0	1	1,1	1	1,1	90
Interpretação de eletrocardiograma.	50	75,8	6	9,1	7	10,6	1	1,5	1	1,5	1	1,5	66

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Bloco 3 – Ginecologia e obstetrícia

O terceiro bloco inclui procedimentos e atividades da área de ginecologia e obstetrícia. Observou-se que a maioria dos respondentes nunca realizou os itens listados (tabela 42). Novamente a graduação foi a forma de aprendizagem mais citada entre os médicos (tabela 43). Com relação aos principais motivos para não realização das atividades e procedimentos, o mais citado também foi o fato de não ser da competência do profissional. Chama a atenção, no entanto, que 24,4 % declaram não saber inserir e remover DIU (tabela 44). A maior parte dos respondentes considerou o enfermeiro como o profissional não-médico mais capacitado para realizar os itens da lista (tabela 45).

Tabela 42 – Frequência que realiza os procedimentos de ginecologia e obstetrícia.

Procedimento	Frequentemente		Ocasionalmente		Nunca		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Atendimento ao parto	22	10,2	62	28,7	132	61,1	216
Coleta de material para exame citopatológico do colo uterino (Papanicolaou)	34	16,0	62	29,1	117	54,9	213
Inserção e remoção de DIU	21	9,9	30	14,2	161	75,9	212
Realização de pré-natal de alto risco	47	22,1	45	21,1	121	56,8	213
Punção mamária	3	1,4	17	8,0	192	90,6	212
Incisão e drenagem da Glândula de Bartholin	6	2,8	54	25,2	154	72,0	214

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 43 – Principal forma de aprendizagem dos procedimentos de ginecologia e obstetrícia.

Procedimentos	Graduação		Pós-graduação		Sozinho/Na prática		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Atendimento ao parto	101	88,6	10	8,8	3	2,6	114
Coleta de material para exame citopatológico do colo uterino (Papanicolaou)	102	87,2	11	9,4	4	3,4	117
Inserção e remoção de DIU	48	67,6	20	28,2	3	4,2	71
Realização de pré-natal de alto risco	67	68,4	28	28,6	3	3,1	98
Punção mamária	32	76,2	10	23,8	0	0,0	42
Incisão e drenagem da Glândula de Bartholin	48	64,9	20	27,0	6	8,1	74

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 44 – Principais motivos para não realização dos procedimentos de ginecologia e obstetrícia.

Procedimentos	Eu não sei realizar este procedimento		Falta de demanda		Não é da minha competência profissional		Necessidade de infraestrutura adequada		Necessidade de material/insumos		Outro motivo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Atendimento ao parto	2	1,9	33	31,7	53	51,0	8	7,7	1	1,0	7	6,7	104
Coleta de material para exame citopatológico do colo uterino (Papanicolau)	3	3,0	11	11,0	55	55,0	2	2,0	6	6,0	23	23,0	100
Inserção e remoção de DIU	29	24,4	5	4,2	53	44,5	1	0,8	19	16,0	12	10,1	119
Realização de pré-natal de alto risco	2	2,1	10	10,3	73	75,3	4	4,1	0	0,0	8	8,2	97
Punção mamária	31	23,1	9	6,7	74	55,2	9	6,7	6	4,5	5	3,7	134
Incisão e drenagem da Glândula de Bartholin	18	15,3	22	18,6	56	47,5	6	5,1	7	5,9	9	7,6	118

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 45 – Qual(is) profissionais não médicos poderiam realizar os procedimentos de ginecologia e obstetrícia.

Procedimentos	Enfermeiro		Dentista		Fisioterapeuta		Nutricionista		Fonoaudiólogo		Psicólogo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Atendimento ao parto	151	89,3	3	1,8	11	0,0	1	0,6	1	0,6	2	1,2	169
Coleta de material para exame citopatológico do colo uterino (Papanicolau)	186	93,9	4	2,0	2	0,0	2	1,0	2	1,0	2	1,0	198
Inserção e remoção de DIU	60	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60
Realização de pré-natal de alto risco	31	96,9	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32
Punção mamária	17	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17
Incisão e drenagem da Glândula de Bartholin	42	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

O quarto bloco incluiu atividades da psiquiatria. O “Tratamento, por meio da técnica psicoterapêutica” foi a atividade menos realizada pelos respondentes. Já o diagnóstico e orientação para o tratamento e prescrição de benzodiazepínicos e antipsicóticos, são frequentemente realizados por respectivamente 49,1% e 53,1% (tabela 46). As principais formas de aprendizagem citadas foram a graduação e pós-graduação (tabela 47). Com relação aos motivos para não realizar as atividades listadas, novamente se destacou entre os respondentes o fato de não ser da competência profissional (tabela 48). Os psicólogos foram os mais citados entre os profissionais não médicos que poderiam realizar os itens listados (tabela 49).

Tabela 46 – Frequência que realiza os procedimentos de psiquiatria.

Procedimento	Frequentemente		Ocasionalmente		Nunca		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Tratamento, por meio da técnica psicoterapêutica, de um grave distúrbio de pensamento, cognição, humor, percepção ou memória, que pode prejudicar o julgamento, a percepção, o comportamento, a comunicação e/ou o funcionamento social do indivíduo.	44	21,1	51	24,4	114	54,5	209
Diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde mental e orientação para o tratamento consecutivo.	104	49,1	67	31,6	41	19,3	212
Prescrição de benzodiazepínicos e antipsicóticos.	113	53,1	68	31,9	32	15,0	213

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 47 – Principal forma de aprendizagem dos procedimentos de psiquiatria.

Procedimentos	Graduação		Pós-graduação		Sozinho/Na prática		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Tratamento, por meio da técnica psicoterapêutica, de um grave distúrbio de pensamento, cognição, humor, percepção ou memória, que pode prejudicar o julgamento, a percepção, o comportamento, a comunicação e/ou o funcionamento social do indivíduo.	42	47,7	40	45,5	6	6,8	88
Diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde mental e orientação para o tratamento consecutivo.	89	61,0	46	31,5	11	7,5	146
Prescrição de benzodiazepínicos e antipsicóticos.	81	54,4	60	40,3	8	5,4	149

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 48 – Principais motivos para não realização dos procedimentos de psiquiatria.

Procedimentos	Eu não sei realizar este procedimento		Falta de demanda		Não é da minha competência profissional		Necessidade de infraestrutura adequada		Necessidade de material/insumos		Outro motivo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Tratamento, por meio da técnica psicoterapêutica, de um grave distúrbio de pensamento, cognição, humor, percepção ou memória, que pode prejudicar o julgamento, a percepção, o comportamento, a comunicação e/ou o funcionamento social do indivíduo.	15	15,3	4	4,1	67	68,4	4	4,1	0	0,0	8	8,2	98
Diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde mental e orientação para o tratamento consecutivo.	3	6,7	6	13,3	28	62,2	2	4,4	0	0,0	6	13,3	45
Prescrição de benzodiazepínicos e antipsicóticos.	1	2,4	9	21,4	19	45,2	0	0,0	2	4,8	11	26,2	42

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 49 – Qual(is) profissionais poderiam realizar os procedimentos de psiquiatria.

Procedimentos	Enfermeiro		Dentista		Fisioterapeuta		Nutricionista		Fonoaudiólogo		Psicólogo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tratamento, por meio da técnica psicoterapêutica, de um grave distúrbio de pensamento, cognição, humor, percepção ou memória, que pode prejudicar o julgamento, a percepção, o comportamento, a comunicação e/ou o funcionamento social do indivíduo.	41	19,5	3	1,4	13	0,0	5	2,4	7	3,3	141	67,1	210
Diagnóstico de uma doença, síndrome ou condição de saúde mental e orientação para o tratamento consecutivo.	37	24,0	7	4,5	8	0,0	6	3,9	6	3,9	90	58,4	154
Prescrição benzodiazepínicos e antipsicóticos.	8	28,6	5	17,9	1	0,0	1	3,6	1	3,6	12	42,9	28

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Bloco 5 – Dermatologia e outras

O último bloco incluiu procedimentos e atividades mais gerais e da dermatologia. Observa-se que a frequência reduz conforme vai aumentando a complexidade do procedimento (tabela 50). A principal forma de aprendizagem também foi a graduação (tabela 51). No que diz respeito aos principais motivos para não realização dos itens da lista, houve uma maior variação de respostas em relação aos demais blocos, no entanto “não é a minha competência profissional”, continua sendo o mais citado, em comparação com as outras razões apresentadas (tabela 52). De uma maneira geral, os enfermeiros foram os mais citados entre os profissionais de saúde que poderiam realizar as atividades abaixo. Com relação à anestesia loco-regional, o dentista foi citado por 49,3% dos respondentes (tabela 53).

Tabela 50 – Frequência que realiza os procedimentos de dermatologia e outros.

Procedimentos	Frequentemente		Ocasionalmente		Nunca		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Administração de medicamentos inalatórios para doenças pulmonares	109	37,85	106	36,8	73	25,3	288
Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento	73	25,09	112	38,5	106	36,4	291
Anestesia loco-regional	71	24,40	115	39,5	105	36,1	291
Crioterapia (tratamento a frio de lesões na pele, dores musculares, etc.)	22	7,77	33	11,7	228	80,6	283
Biopsia/punção de tumores superficiais da pele	23	8,16	48	17,0	211	74,8	282
Cirurgia de unha (Exerese de unha/Cantoplastia).	27	9,51	86	30,3	171	60,2	284
Desbastamento de calosidade/tratamento de mal perfurante	14	5,05	71	25,6	192	69,3	277
Desbridamento de ferimentos infectados e mordidas de animais	21	7,34	110	38,5	155	54,2	286
Incisão e drenagem de abscesso e panarício	39	13,59	133	46,3	115	40,1	287

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 51 – Principal forma de aprendizagem dos procedimentos de dermatologia e outros.

Procedimentos	Graduação		Pós-graduação		Sozinho/Na prática		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Administração de medicamentos inalatórios para doenças pulmonares	158	77,45	31	15,2	15	7,4	204
Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento	165	85,94	17	8,9	10	5,2	192
Anestesia loco-regional	135	72,97	38	20,5	12	6,5	185
Crioterapia (tratamento a frio de lesões na pele, dores musculares, etc.)	43	59,72	22	30,6	7	9,7	72
Biopsia/punção de tumores superficiais da pele	56	56,57	38	38,4	5	5,1	99
Cirurgia de unha (Exerese de unha/Cantoplastia).	96	66,67	31	21,5	17	11,8	144
Desbastamento de calosidade/tratamento de mal perfurante	69	66,35	24	23,1	11	10,6	104
Desbridamento de ferimentos infectados e mordidas de animais	101	72,14	28	20,0	11	7,9	140
Incisão e drenagem de abscesso e panarício	122	73,94	33	20,0	10	6,1	165

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 52 – Principal motivo para não realizar os procedimentos de dermatologia e outros.

Procedimentos	Eu não sei realizar este procedimento		Falta de demanda		Não é da minha competência profissional		Necessidade de infraestrutura adequada		Necessidade de material/insumos		Outro motivo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Administração de medicamentos inalatórios para doenças pulmonares	0	0,0	14	23,7	25	42,4	5	8,5	5	8,5	10	16,9	59
Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento	0	0,0	22	24,4	20	22,2	17	18,9	17	18,9	14	15,6	90
Anestesia loco-regional	4	4,9	22	26,8	17	20,7	12	14,6	15	18,3	12	14,6	82
Crioterapia (tratamento a frio de lesões na pele, dores musculares, etc)	48	32,7	12	8,2	54	36,7	8	5,4	15	10,2	10	6,8	147
Biopsia/punção de tumores superficiais da pele	24	17,9	11	8,2	58	43,3	17	12,7	15	11,2	9	6,7	134
Cirurgia de unha (Exerese de unha/Cantoplastia).	16	13,8	18	15,5	36	31,0	15	12,9	20	17,2	11	9,5	116
Desbastamento de calosidade/tratamento de mal perfurante	31	23,8	17	13,1	45	34,6	12	9,2	12	9,2	13	10,0	130
Desbridamento de ferimentos infectados e mordidas de animais	14	12,6	18	16,2	36	32,4	16	14,4	16	14,4	11	9,9	111
Incisão e drenagem de abscesso e panarício	7	7,1	23	23,5	31	31,6	14	14,3	13	13,3	10	10,2	98

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

Tabela 53 – Quais profissionais (não médicos) poderiam realizar os procedimentos de dermatologia e outros.

	Enfermeiro		Dentista		Fisioterapeuta		Nutricionista		Fonoaudiólogo		Psicólogo		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Administração de medicamentos inalatórios para doenças pulmonares	238	69,2	11	3,2	89	25,9	0	0,0	6	1,7	0	0,0	344
Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento	143	65,9	68	31,3	6	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	217
Anestesia loco-regional	105	47,1	110	49,3	8	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	223
Crioterapia (tratamento a frio de lesões na pele, dores musculares, etc.)	114	46,2	31	12,6	97	39,3	1	0,4	2	0,8	2	0,8	247
Biopsia/punção de tumores superficiais da pele	64	60,4	36	34,0	6	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	106
Cirurgia de unha (Exerese de unha/Cantoplastia).	96	84,2	7	6,1	10	8,8	0	0,0	0	0,0	1	0,9	114
Desbastamento de calosidade/tratamento de mal perfurante	144	87,3	6	3,6	13	7,9	1	0,6	0	0,0	1	0,6	165
Desbridamento de ferimentos infectados e mordidas de animais	178	91,8	11	5,7	5	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	194
Incisão e drenagem de abscesso e panarício	136	79,5	28	16,4	6	3,5	0	0,0	0	0,0	1	0,6	171

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

6.2.2. Análises qualitativas (GDol, entrevistas e questões abertas do survey online)

A seguir são apresentadas as análises qualitativas conjuntas oriundas dos Grupos de Diálogos *online*, das entrevistas em profundidade e das questões abertas do *survey online*. O material analisado foi subdividido em três grandes temas: dimensionamento e dinâmica do mercado de trabalho das especialidades médicas, processo de formação e titulação e arranjos e escopos de prática. Para efeito de identificação dos participantes/respondentes são informados a especialidade ou o cargo (gestor, docente, etc.) e a origem da coleta do dado (GDol, entrevista ou *survey*). Os representantes de Sociedades de Especialistas, num total de quatro, foram identificados numericamente, sendo que a Sociedade 01 é de uma especialidade clínica, a 02 é cirúrgica e a 03 e a 04 são de medicina diagnóstica e terapêutica.

Modalidades de Formação

A regulação do trabalho e das profissões em saúde, em especial das especialidades médicas, coloca na agenda o desafio de articular trabalho e formação de modo a traduzir as demandas atuais em um sistema de regulação mais flexível que permita combinar adequadamente as habilidades e competências multiprofissionais. Nesse contexto, os atores participantes da pesquisa foram convidados a analisar os aspectos regulatórios tanto em função das atribuições, como em relação às trajetórias e modelos de formação das especialidades médicas.

Ao investigarmos junto aos representantes das Sociedades Brasileiras de Especialistas os modelos de formação mais pleiteados pelos médicos em suas áreas, os mesmos evidenciaram a importância dos programas de residência médica para a formação de especialistas. Essa modalidade é considerada o “padrão ouro” de formação, pois o médico ao concluí-la é instantaneamente reconhecido como especialista pelo Ministério da Educação e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Segundo a fala de um dos representantes, os programas de residência médica deveriam ser referência curricular para as pós-graduações, isto é, os cursos de especialização *lato sensu*:

(...) o que se exige para que um curso seja credenciado é que ele tenha uma matriz semelhante à residência. É isso que vai ser proposto. Que as pós-graduações formem adequadamente os seus especialistas, os médicos, com uma carga horária compatível com a da residência (Representante da Sociedade 01 - entrevista).

De acordo com outro representante de Sociedade de Especialistas, as vias mais comuns são de fato a residência médica, seguida de curso de capacitação chancelados em alguns hospitais, que é uma das exigências para a realização da prova de título da referida sociedade. Segundo o mesmo

entrevistado, a residência médica é o padrão máximo de qualidade, sendo a forma mais simples e ao mesmo tempo mais complexa para se tornar um especialista:

Porque é treinamento em serviço. (...) o indivíduo não está só estudando e treinando ali em bonecos e em programa de computador. Ele está atendendo gente (Representante de Sociedade 02 - entrevista).

A preferência pelas residências, de acordo com o representante da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), também estaria atrelada ao recebimento da bolsa custeada pelo MEC, como sugeriu em sua fala:

Sem dúvidas a residência é a primeira opção. Porque a residência tem bolsa do MEC, quem faz a residência médica reconhecida pelo MEC tem o título de especialista pelo MEC, então as pessoas sem dúvida nenhuma preferem a residência médica (Representante da Sociedade 03 - entrevista).

O mesmo foi corroborado pelo representante da Sociedade 02, que relata que os cursos de capacitação são semelhantes à residência *"nos mesmos moldes, mas ele não tem o principal que é a bolsa paga pelo MEC. Ele tem as mesmas obrigações, ele tem que dar o mesmo plantão (...) e não tem a bolsa"* (Representante da Sociedade 02, entrevista em profundidade). Embora não seja frequente, o mesmo entrevistado coloca ainda que existem aqueles que além da residência também optam por fazerem a prova de título.

Nas grandes cidades, nos melhores empregos, nas melhores colocações, o que eles valorizam é o título de especialista oferecido pela sociedade. Isso não é só na [minha especialidade] não, em todas as outras. Algumas especialidades, tipo neurocirurgia, urologia, cirurgia cardíaca, cirurgia plástica, se você não tem o título da sociedade você não é nada (...) A cirurgia plástica é a que tem o grupo mais fechado. Você tem que ter o seu título. De outra forma você não pertence à sociedade (Representante da Sociedade 02 - entrevista).

Apesar de ser o modelo ideal de especialização, a residência médica conta com uma carga horária mais extensa, o que segundo o entrevistado da Sociedade 01, culminaria em uma maior procura pelos médicos por cursos de especialização com carga horária inferior à da residência. A carga horária extensa também foi debatida durante o GDol. Os participantes apontaram a inadequação entre o incentivo pecuniário e a carga horária exigida, o que em suas opiniões torna a realização de uma residência um processo árduo para o médico, pois são sub-remunerados em relação à quantidade de horas e de atividades que devem desempenhar. Diante da baixa remuneração, muitos residentes optam por realizar outros trabalhos remunerados, como meio de complementar seus rendimentos, deixando-os sobrecarregados:

(...) acho que quando olhamos para os não especialistas deveríamos refletir os motivos por não fazer a residência médica: carga horária extensa a ser comprida, cerca

de 60 horas/semana associada à baixa remuneração da bolsa fornecida atualmente (R\$2.964,00 livre). O que faz com que o médico residente tenha que dar plantões por fora, o que torna ainda mais difícil esta jornada (Médico clínico - GDol).

Além destes percalços em torno dessa modalidade de especialização, foi questionado por um médico anesthesiologista a qualidade dos programas de residência aprovadas apenas pelo Ministério da Educação (MEC) sem a devida chancela das sociedades brasileiras de especialistas. Ainda segundo ele:

É preciso que as sociedades de especialidade fiscalizem os cursos de formação e imponham condições mínimas de funcionamento, a fim de que a qualificação não seja prejudicada em função da formação de "especialistas" sem a devida capacitação técnica. (Anesthesiologista - GDol)

A desqualificação de algumas residências médicas também implicaria na baixa procura por esses programas, foi o que informou o representante da Sociedade 03 ao justificar o dado de que 53,2% das vagas em sua especialidade não foram preenchidas no ano anterior.

(...) muito provavelmente as instituições que oferecem essas vagas são instituições que têm alguma deficiência de formação. Portanto não são procuradas. Elas ficam em uma situação de que mesmo que existam vagas, essas vagas não são preenchidas porque esses programas apresentam deficiências de formação (Representante da Sociedade 03 - entrevista).

O entrevistado da Sociedade 02 atribuiu à falta de preenchimentos das vagas em sua especialidade à localização das escolas de formação. Segundo o mesmo, os médicos têm claras preferências pelas regiões Sul e Sudeste do país.

Raramente você vê uma vaga vacante porque alguém abandonou [a residência] (...). Se você olhar vai ver que é muito mais no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste do país que as vagas não foram ocupadas (...). Ninguém quer ir fazer residência no Acre, no Amapá. Todo mundo quer fazer residência em Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba. Então sobra vaga e ao mesmo tempo a gente precisa de vagas. O que acontece é que as vagas não são totalmente preenchidas porque elas não estão onde os recém-formados querem que elas estejam (Representante da Sociedade 02 - entrevista)

Segundo o mesmo, contribui ainda para o não preenchimento das vagas o fato da especialidade *“estar diminuindo como uma especialidade que as pessoas procuram”*, pois dificilmente o médico consegue conciliar a vida profissional com a pessoal:

Ser [especialista] é bastante complexo e bastante difícil. Nós somos uma das especialidades que tem a pior qualidade de vida possível, a gente tem vários problemas de conciliar a vida profissional com a vida familiar. Você vai fazer uma entrevista com os egressos da faculdade, eles preferem outras especialidades que permitam a ele uma vida melhor, uma vida assim (...) que possa conciliar melhor as suas vanta-

gens de ser mãe ou pai, de viajar com as crianças (Representante da Sociedade 02 - entrevista).

Sobre as demais modalidades de formação de especialistas alguns participantes do GDol opinaram que a recorrente procura por pós-graduações comprometeria a qualidade da formação, ao utilizar apenas módulos teóricos para formar em especialidades práticas:

O que vemos hoje é que muitos profissionais fazem apenas pós-graduações sem qualquer tipo de fiscalização e se formam em áreas práticas sem a devida formação prática, baseando-se apenas em uma carga horária teórica. Isso compromete a formação de especialistas e denigre a imagem dos especialistas já formados (Anestesiologista - GDol).

Dimensionamento e dinâmica do mercado de trabalho

A discussão sobre o mercado de trabalho médico, mais especificamente sobre os desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades, contou com opiniões similares entre os participantes do Grupo de Diálogo Online (GDol). A maioria relatou que há uma distribuição díspar de especialistas no território brasileiro. Uma das justificativas citadas para tal é a falta de infraestrutura e a distância de alguns municípios, evidenciada na fala de alguns participantes do GDol:

(...) há uma carência enorme de especialistas no interior. Isso mostra uma má distribuição dos profissionais, mas reflete também a falta de estrutura das cidades menores para receber especialistas. Muitas vezes faltam hospitais, UTI e mão de obra qualificada para a oferta de serviços de maior complexidade (Anestesiologista - GDol).

(...) há uma grande falta tanto de especialistas e maior ainda de generalistas associados a graves problemas de infraestruturas e condições nas instituições de saúde pública (Médico clínico - GDol).

Além deste aspecto, a desigualdade distributiva da força de trabalho especializada também estaria atrelada à dependência que determinadas especialidades possuem de estruturas tecnológicas desenvolvidas para a atuação dos profissionais, o que implica diretamente na escassez destes serviços em localidades sem a infraestrutura mínima necessária, e, consequentemente, na interiorização destas especialidades, como relata o representante de uma Sociedade referente a uma especialidade de medicina diagnóstica e terapêutica.

(...) dificilmente conseguiremos interiorizar nossos especialistas, sendo necessário centros que deem condições de infraestrutura que garantam os avanços tecnológicos necessários. ” (Representante da Sociedade 04 - entrevista)

Esta questão também foi observada na entrevista com o representante da Sociedade 02 que é de uma especialidade cirúrgica:

(...) porque ninguém quer ficar no Norte ou no Nordeste? É porque é muito mais difícil você ter lá um hospital aparelhado com gente habilitada, capacitada para supervisionar do que no Sul (...). O [especialista], quando está de plantão em um lugar, nem sempre, quase nunca ele tem as coisas que ele foi treinado para usar. Ele sabe o que fazer, ele foi treinado para fazer, mas não tem como fazer (Representante da Sociedade 02 – entrevista).

Além das desigualdades loco-regionais, a partir das quais se configuram uma desigual distribuição de especialistas entre as regiões centrais e urbanizadas - com infraestrutura e oferta de serviços de saúde mais complexos - e as áreas mais remotas - sem infraestrutura e com carência de serviços, alguns participantes do GDol também mencionaram desequilíbrios na oferta entre o setor público, que tem dificuldade de contratação de algumas especialidades, e o privado, que absorve grande parte dos profissionais do mercado.

Segundo um participante do GDol e o representante da Sociedade 04, soma-se a estes aspectos o desequilíbrio na formação de especialistas por área, que tem como causa a disparidade de salário e carga de trabalho, além do *status* e reconhecimento profissional que apenas determinadas especialidades conferem.

Em relação a busca da especialidade médica ideal, acredito que todas se somam, mas a busca envolve vários fatores: financeiros, status e reconhecimento pessoal (Médico de Família e Comunidade - GDol).

O mercado é sempre regulatório. As pessoas tendem a buscar a especialidade dentro de uma percepção, nem sempre correta, de melhor remuneração e da necessidade desses profissionais no mercado (Representante da Sociedade 04 - entrevista).

Para contornar o problema da escassez de médicos especialistas foi sugerido por alguns participantes do GDol que haja um equilíbrio entre a formação em especialidades consideradas mais lucrativas e médicos generalistas, pois muitas demandas podem ser manejadas na Atenção Primária à Saúde, evitando encaminhamentos desnecessários e sobrecarga de atendimento dos especialistas.

(...) há uma grande falta tanto de especialistas e maior ainda de generalistas associados a graves problemas de infraestruturas e condições nas instituições de saúde pública. Então acho que deve existir mais equilíbrio entre a formação em especialidades mais lucrativas e médicos generalistas (Médico clínico - GDol).

(...) atenção primária é determinante num sistema de saúde, muito importante pois é ali onde se deve fazer a medicina preventiva, familiar, comunitária, promoção e prevenção em saúde, ou seja, é ali onde se organiza, se planeja e se direciona o paciente para os outros níveis de saúde, é a porta de entrada para os outros sistemas mais complexos (Médico clínico - GDol)

Muitos pedem mais especialistas focais em cidades pequenas, o que é financeiramente insustentável. Um médico qualificado na atenção primária à saúde resolve em torno de 80-90% das demandas (Médico da Família e Comunidade - GDol)

Entretanto, também foi relatado que a APS é pouco valorizada pelos médicos, os recém-formados almejam residências que lhes proporcionem melhor remuneração e *status* profissional.

(...) a intenção e o desejo da grande maioria dos médicos recém-formados é começar logo a residência médica para se formar futuramente em uma das especialidades de maior status, das mais procuradas e que vai dar maior lucro e remuneração. Isto faz com que o médico não tenha quase contato nem experiência com a atenção básica de saúde (Médico clínico - GDol).

A estratégia sugerida por um dos participantes do GDol, de aumentar a resolutividade da APS visando atenuar a demanda por especialistas, só seria possível com a melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde públicos, a formação de mais médicos de família e comunidade e a utilização de canais de discussão entre médicos generalistas e especialistas, conforme apresentou um participante:

(...) O médico de família precisa ter acesso aos outros especialistas, canais de discussão. Muitas coisas se resolvem com uma conversa por telefone, até por mensagem de celular. Como generalistas, sempre há detalhes e peculiaridades com as quais não estamos familiarizados. Hoje, com sistemas como o telessaúde, muitos encaminhamentos são evitados quando há alguém com experiência em determinada área para tirar uma dúvida, que às vezes é simples (Médico da Família e Comunidade - GDol).

Outra estratégia apresentada para o provimento de serviços médicos especializados é a realização de concursos públicos e plano de carreira com progressão de cargos e salários, uma forma de valorizar o profissional e respaldá-lo perante a gestão municipal.

(...) muitas vezes os especialistas ficam à mercê de prefeituras locais com empregos ameaçados pela gestão da cidade; dessa forma, com contratos precários e empregos sujeitos à boa vontade dos gestores locais, os especialistas ficam de mãos atadas com relação ao enfrentamento de problemas de saúde pública que geram certa impopularidade (...) Enquanto os médicos (e outros profissionais de saúde) especialistas não forem concursados, não terão o devido respaldo para enfrentar problemas que geram certo alvoroço no sistema de saúde. Concursos públicos e planos de cargos e salários são, portanto, fundamentais para fixar os especialistas em cidades de pequeno e médio porte (Anestesiologista - GDol).

A ideia do concurso é de fato um ponto delicado e que deveria, em um país com um sistema como o SUS deveria adotar inexoravelmente ao Concurso público para cargos e especialidades essenciais (Docente - GDol).

Arranjos e escopos de prática

O exercício das especialidades médicas, seus escopos de prática e competências, também foi um tema abordado na pesquisa qualitativa. No que diz respeito aos arranjos de escopos e organização do trabalho, a discussão do GDol foi orientada para a importância da ampliação do escopo de médicos que atuam na APS, na busca de aumentar a resolutividade deste nível de atenção, além de reduzir demandas desnecessárias para especialistas que atuam na atenção secundária, conforme já introduzido acima. A fala de um dos participantes exemplifica esta discussão:

Um médico qualificado na atenção primária à saúde resolve em torno de 80%-90% das demandas (...) Os especialistas focais precisam estar disponíveis para atender as demandas que realmente devem estar com eles. Muitas vezes temos longas filas nas especialidades porque esses estão ocupados com muitas coisas que poderiam ser manejadas na APS (Médico da Família e Comunidade, GDol).

Além disso, foram citados alguns exemplos de atividades/procedimentos que poderiam ser realizados neste nível de atenção, principalmente na condição de ter um profissional qualificado e infraestrutura adequada, como a inserção de DIU, a realização de pequenos procedimentos ambulatoriais e o atendimento em saúde mental:

Aqui onde trabalho temos uma estrutura boa (...) penso que deveria ser o usual para o trabalho poder ser feito com qualidade. Aqui conseguimos inserir DIU, fazer pequenos procedimentos ambulatoriais (mas poderíamos fazer muito mais se tivéssemos fluxos de anatomopatológico, não conseguimos fazer exérese de lesões por conta disso), algumas infiltrações articulares quando indicadas. Atendemos muitos pacientes de saúde mental (Médico da Família e Comunidade - GDol).

Ainda com relação aos médicos da atenção primária realizarem procedimentos que geralmente são encaminhados para outros níveis de atenção, o entrevistado da Sociedade 02 opina que *“você deve fazer se você souber fazer, agora se você não souber fazer, você não pode tirar nem uma unha encravada”*.

Um médico gestor de serviço de saúde especializado tem uma opinião ainda mais apensa à delimitação de escopos, sobretudo quando se trata do manejo de determinados procedimentos. Em sua exposição há uma clara distinção entre habilidade para a prática de determinadas intervenções e conhecimento clínico.

O que a gente espera é [...] delimitar o escopo para aumentar a habilidade do indivíduo para que o indivíduo tenha menos complicações de procedimento. Os casos em que há procedimentos e esses procedimentos demandam desenvolvimento de habilidades, isso aí deve ser feito pelo especialista. Aquilo que não é, que não demanda o desenvolvimento de uma habilidade específica, esse deve ser feito pelo clínico, o que demanda conhecimento, saber, esse então é feito pelo clínico. Toda atividade

que exige o desenvolvimento de habilidade específica a gente sabe que o nível de intercorrência e de complicação é maior quando feito por alguém que não tem aquela habilidade. Então aquilo que exige essa habilidade é feito pelo especialista e aí é autorizado, o que exige conhecimento esse é do clínico. Então amigdalite e sinusite, clínico é que trata. Agora para tirar, um sangramento, epistaxe, uma coisa, aí vou precisar de um otorrino. Qualquer procedimento que exige habilidade e destreza, aquilo que a gente desenvolve, que precisa fazer muitas vezes para ter destreza isso ainda vai ser feito pelo especialista (Gestor - GDol).

No GDol, foi frisada a importância de um trabalho do médico da APS em conjunto com outros especialistas, podendo ser desde matriciamentos mensais nas unidades até consultas remotas, como o serviço de Telessaúde.

O médico de família precisa ter acesso aos outros especialistas, canais de discussão. Muitas coisas se resolvem com uma conversa por telefone, até por mensagem de celular. Como generalistas, sempre há detalhes e peculiaridades com as quais não estamos familiarizados. Hoje, com sistemas como o telessaúde, muitos encaminhamentos são evitados quando há alguém com experiência em determinada área para tirar uma dúvida, que às vezes é simples." (Médico da Família e Comunidade - GDol)

Além deste exemplo de trabalho associado entre médicos da APS e especialistas, foi exposta a necessidade de articular distintas profissões de saúde para atender casos que demandam uma atenção multidisciplinar, como na área da endocrinologia que requer um trabalho conjunto com enfermeiros, educadores físicos e nutricionistas:

Obesidade e diabetes, por exemplo, são doenças multidisciplinares. Para você atender adequadamente um paciente tanto obeso, como diabético, você precisa ter do seu lado uma nutricionista. Você deveria ter do seu lado um educador físico. E você precisa de um enfermeiro (...) (Representante da Sociedade 01 – entrevista).

No que diz respeito a profissionais de saúde não médicos serem habilitados para realizar procedimentos que geralmente são do escopo do médico, o entrevistado da Sociedade 02 opina que estes não têm a formação necessária para realizar grande parte dos procedimentos médicos e igualmente não tem a capacidade de resolver caso ocorra complicações. *"E o que a gente tem visto? Dentista fazendo Botox e dando ruim, tendo que procurar depois um cirurgião plástico"*. O mesmo, no entanto, enfatiza que se o profissional se sentir apto e estiver na ausência do médico ele deve ajudar o paciente:

Então você é um enfermeiro capacitado, você mora lá no interior do Amapá, chega lá o cidadão com a perna cortada, o médico está na outra casa fazendo um parto, você sabe fazer, você pode fazer? Pode. Pode e deve (Representante da Sociedade 02 - entrevista).

Na opinião do representante da Sociedade 03 o compartilhamento de procedimentos com outras profissões é aceitável desde que não infrinja o Ato Médico:

As questões que não sejam de ato médico, não sejam consideradas atos médicos, sem dúvida podem ser realizadas por outros profissionais que não médicos. Desde que devidamente treinados e habilitados, como qualquer especialidade, não só na [minha especialidade] (Representante da Sociedade 03 - entrevista).

Já com relação ao compartilhamento de atividades entre as especialidades médicas, o representante da Sociedade 02 relata que esta prática é bastante comum entre os especialistas de sua área e de outras especialidades médicas. No entanto, o entrevistado enfatiza que o profissional deve saber realizar o procedimento. *“O que a gente observa é que outros especialistas fazem, mas não sabem fazer”*. O representante da Sociedade 03 também informou opinião semelhante sobre o compartilhamento de procedimentos com outras especialidades, alegando que há campos de atuação conjunto dentro das especialidades, *“Eu acho que sempre existem situações onde você pode ter mais de uma especialidade atuando. Eu não vejo problema”*.

Questões opinativas do survey online

O *survey online* incluía três questões opinativas, em que os respondentes foram solicitados a responder se outros profissionais de saúde - não médicos poderiam, em suas respectivas áreas de atuação, prescrever medicamentos, ordenar exames e emitir laudos.

(i) Prescrição de medicamentos

No que diz respeito à prescrição de medicamentos, entre os 193 médicos que responderam a esta questão, grande parte é contra outros profissionais praticarem essa atividade, alegando ser exclusiva de médicos e que outros profissionais não detém o conhecimento necessário para realizá-las.

Não! Outros profissionais de saúde não tem o conhecimento e a capacitação necessária para lidar com as medicações, suas indicações, efeitos colaterais, etc. Na minha opinião não deveria nem ser um assunto discutido diante dos riscos apresentados (Neurologista - Survey Online).

Não, pois foram necessários 6 anos de graduação estudando farmacologia aplicada a cada sistema, além da residência médica e especialização, para me sentir segura para prescrição de várias medicações da minha prática médica/área de atuação (Clínico Geral - Survey Online).

Não! A prescrição de medicamentos é um ato médico. Corresponde em primeiro lugar ao médico fazer o diagnóstico da doença do paciente, ter um entendimento global de correlações, riscos, benefícios, efeitos desejados e colaterais. Assumindo a responsabilidade por tal (Acupunturista - Survey Online).

Com relação àqueles respondentes que são favoráveis a outros profissionais de saúde prescreverem medicamentos, houve os que relataram que alguns já detêm a capacidade para praticarem tal atividade:

Sim, os demais profissionais da saúde possuem capacidade técnica, para diagnóstico, conduta e tratamento medicamentoso (Médico de Família e Comunidade - Survey Online).

Alguns respondentes indicaram quais profissionais seriam os mais qualificados, sendo os dentistas e enfermeiros os mais mencionados. Em menor escala foram citados farmacêuticos, fisioterapeutas e psicólogos.

Sim. Dentistas são completamente aptos para realizar prescrições analgésicas e antibióticas ou para doenças que venha a diagnosticar de acordo com seus saberes. Enfermeiros têm práticas diárias em diversas áreas de deveria poder prescrever com avaliação do médico. Os outros profissionais se devidamente qualificados também deveriam poder prescrever (Médico de Família e Comunidade - Survey Online).

A maioria que se mostrou favorável, indicou, no entanto, certas condições para que outros profissionais de saúde possam prescrever medicamentos como: a atividade deve constar nos protocolos clínicos; deve ser aprovada pelos conselhos profissionais; depende do tipo de medicamento, da área de atuação e competência do profissional. Alguns citaram ainda que esta atividade deve ocorrer sob supervisão médica e/ou apenas na ausência de médicos.

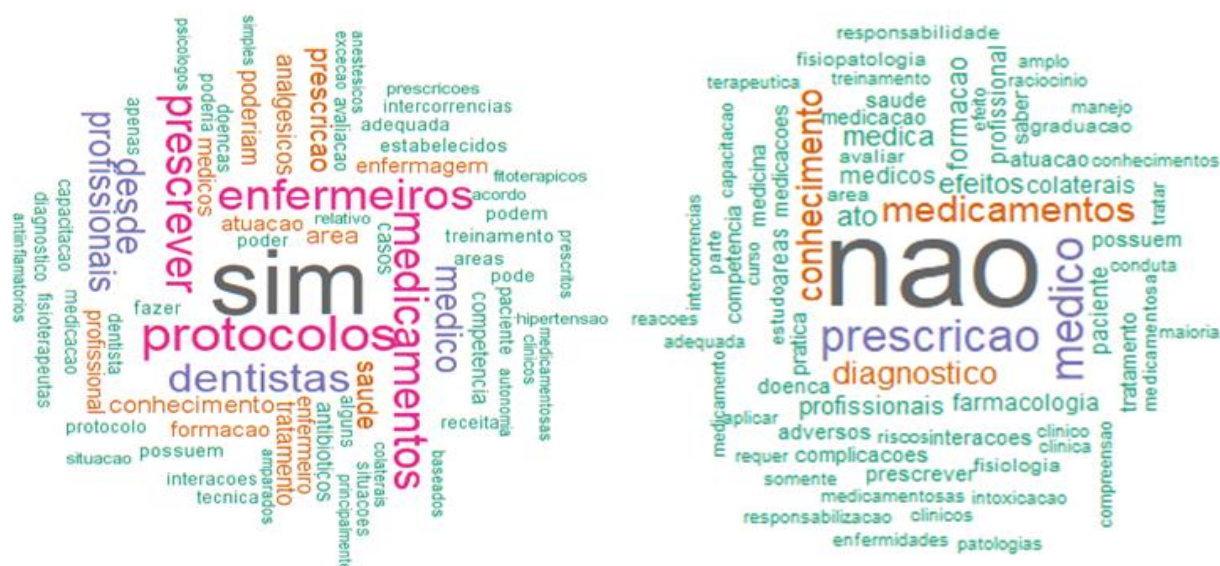
Sim, caso haja protocolos bem estabelecidos, se esses profissionais forem submetidos ao treinamento para aplicação destes protocolos, e que nesses protocolos conste um fluxograma para ser seguido caso haja situações que não se encaixem no protocolo. Acho que medicamentos que necessitem de receita controlada não devem ser prescritos por outros profissionais que não os médicos (Dermatologista - Survey Online).

Desde que aprovado pelos seus conselhos e estipulado em pareceres técnicos ou protocolos na saúde pública (Pediatria, Survey Online).

Inicialmente não considero que outros profissionais possam prescrever medicamentos para iniciar um tratamento não sendo médicos. Mas acredito que possam fazer a prescrição de medicamentos para controle de sintomas (analgésicos, antitérmicos, etc.) e renovar medicamentos que paciente já use de modo controlado desde que não tenha médico que o possa fazer naquele momento/situação, como na ausência do profissional por dificuldade de contratação do mesmo. (Médico de Família e Comunidade - Survey Online)

As figuras 3 e 4 apresentam as nuvens das palavras mais citadas entre aqueles favoráveis e desfavoráveis à prescrição de medicamentos por outros profissionais de saúde.

Figuras 3 e 4: Nuvem de palavras – Médicos favoráveis e desfavoráveis a prescrição de medicamentos por outros profissionais de saúde.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

(ii) Ordenação de exames

No que diz respeito à ordenação de exames, entre os 181 que responderam a esta questão, a maioria opinou que outros profissionais, não médicos, poderiam realizar esta atividade (71,2%), alegando que isso otimizaria o processo de trabalho e auxiliaria o diagnóstico, além de afirmarem que muitos profissionais já são capacitados para tal, sobretudo os enfermeiros e dentistas.

Certamente. Esperar que somente o médico solicite exames pode retardar tratamentos. Se devidamente instruídos não vejo problemas” (Médico de Família e Comunidade - Survey Online).

Sim, pois auxilia no trabalho em equipe, além do conhecimento adquirido com a prescrição auxiliar nas discussões de casos” (Médico de Família e Comunidade, Survey Online).

Alguns condicionaram esta prática à existência de protocolos.

Sim, mediante protocolos. Sua graduação em área da saúde os capacita o suficiente para isso. Em outros países esse é um modelo de sucesso (Pediatra, Survey Online).

Entre aqueles que se declararam desfavoráveis a outros profissionais de saúde ordenarem exames, a maioria alegou tratar-se de atividade exclusiva de médicos e que outros profissionais não têm o conhecimento e competência necessária.

Não. Se não conseguirmos interpretar os resultados desses exames ou orientar adequadamente aos pacientes, não vejo justificativa para solicitarem exames (no tocante à solicitação de exames que, convencionalmente, são de competência médica a sua ordenação) (Clínico Geral, Survey Online).

Figura 5 e 6 – Nuvem de Palavras – Médicos favoráveis e desfavoráveis a ordenação de exames por outros profissionais de saúde.



147

(iii) *Emissão de laudos*

Finalmente, em relação à opinião dos médicos sobre outros profissionais de saúde emitirem laudos, entre os 183 respondentes, 105 (57,4%) se declararam favoráveis. Entre estes, a maioria especificou alguma condição como: ter que ser da competência e área de atuação do profissional, ser capacitado, ter responsabilização profissional e constar nos protocolos ou ser autorizado pelo conselho de classe competente:

Certamente. Em suas devidas áreas eles são inclusive os principais indicados a laudar sobre. Enfermeiros, de acordo com suas práticas também (Médico de Família e Comunidade, Survey Online).

Sim. A vida humana é muito complexa para que apenas um único profissional, o médico, se aproprie de todas as suas dimensões no que diz respeito à saúde. Dessa forma, outros profissionais deveriam poder elaborar laudos dentro do seu escopo de atuação (Médico de Família e Comunidade, Survey Online).

Sim, em caso de formação técnica adequada bem como protocolos definidos e responsabilização jurídica clara (Clínico Geral, Survey Online).

Desde que aprovado pelos seus conselhos e estipulado em pareceres técnicos ou protocolos na saúde pública (Pediatra, Survey Online).

Entre os profissionais de saúde citados que poderiam realizar essa atividade, foram citados enfermeiros, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e profissionais da radiologia.

Haja vista inúmeros procedimentos que necessitam de laudo, pode-se esperar que outros profissionais também sejam peritos em laudar exames, como é o caso dos fonoaudiólogos que laudam os testes de triagem auditiva neonatal (Clínico Geral, Survey Online).

Entre aqueles que se revelaram desfavoráveis a essa prática por outros profissionais de saúde, os principais motivos apresentados foram o fato de ser um ato da competência do médico e dos outros profissionais de saúde não serem capacitados e terem formação para dar laudar.

Não. O diagnóstico é de competência médica, portanto, o laudo também. Diferente do relatório do tratamento e evolução do distúrbio durante e após o tratamento, que pode competir a outros profissionais (quando do tratamento multidisciplinar, como o realizado por médico, fisioterapeuta e psicólogo (a), por exemplo (Clínico Geral, Survey Online).

Não, pois emissão de laudo é algo de extrema responsabilidade e existem consequências legais envolvidas. Dado que é um ato médico a emissão de laudo médico de qualquer natureza (Pediatra, Survey Online).

Não, pois somente os médicos possuem formação qualificada, competência e entendimento das doenças (Ginecologista Obstetra, Survey Online).

As nuvens de palavras (figuras 7 e 8) ilustram aquelas que foram mais citadas entre os favoráveis e não favoráveis ao compartilhamento desse nível de escopo.

Figuras 7 e 8 – Nuvem de Palavras – Médicos favoráveis e desfavoráveis a outros profissionais de saúde darem laudos.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG a partir do survey online “Arranjos profissionais e escopos de prática de médicos”.

7. Projeção de especialidades médicas

O presente capítulo descreve os pressupostos, técnicas e principais resultados da projeção de especialidades médicas prioritárias, para o caso do Brasil no período 2015-2030. Este trabalho surgiu da necessidade de projetar a população de especialistas, exercício que proporciona elementos iniciais para discussão sobre a formação e inclusão destas especialidades médicas no desenho de planos diretores de serviços de atenção à saúde. Como será abordado, o exercício aqui realizado combina duas técnicas no campo das projeções de força de trabalho, o Método das Componentes Demográficas e o *Benchmarking*.

7.1. Metodologia

Metodologias para estimar mão de obra qualificada médica nos países em desenvolvimento são relativamente escassas como afirma Rodrigues (2008), podendo citar para o caso dos médicos, autores como Medina (1988) e Goic (1994, 1999), que desenvolveram uma metodologia de projeção baseada nas possibilidades de entrada e saída do profissional médico no mercado de trabalho. Existe também a metodologia proposta por Bevilacqua e Sampaio (2002) que utiliza um modelo estatístico para as projeções de médicos, por especialidade, para o Brasil. Um dos estudos mais recentes para vários países latino-americanos, entre eles, o Brasil é o de Pérez, López-Valcárcel e Vega (2011). No presente estudo, o cenário quantitativo do estoque de especialistas foi feito a partir do método *Benchmarking*.

Os modelos que utilizam como base o método *Benchmarking* pretendem identificar países ou regiões que possuem uma similaridade demográfica e de perfis de saúde, porém diferem no custo e no desenvolvimento de recursos de saúde (Roberfroid, Léonard, Stordeur, 2009). O modelo de benchmarking analisa a necessidade de médicos acessando, por exemplo, os níveis de utilização de serviços de saúde em vários países ou regiões (CGME, 2000). Os benchmarks variam muito na forma como são estabelecidos. Podem ser, por exemplo, o número de médicos por pacientes segurados (Withy, Skamoto, 2010), que são usados como melhor estimativa para uma força de trabalho adequada para se fazer o planejamento (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009). Podem ser expressos ainda como o número de médicos por habitantes, para todo o país ou para regiões particulares, assim como para a força de trabalho total, ou somente para médicos registrados ou ativos no mercado de trabalho; e também em termos de número de serviços de saúde ou número de pacientes por profissional, entre outros (AMWAC, 1996).

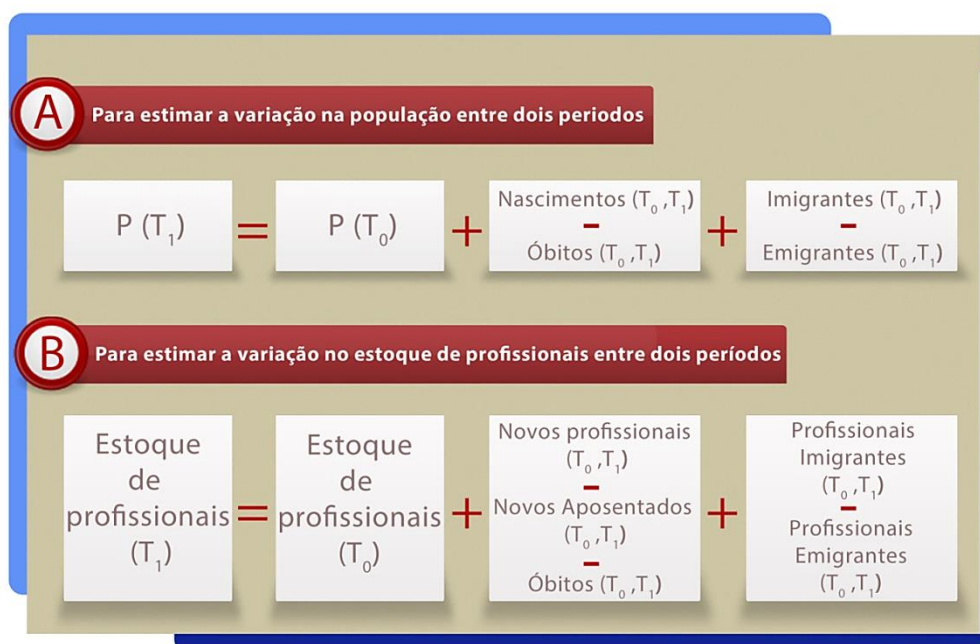
No presente estudo foram utilizados como referência os parâmetros de oferta de especialidades dos Estados Unidos, Canadá e Austrália. Isso significou assumir que no médio prazo, o Brasil tenderia a uma composição do quadro médico, segundo especialidades, similar ao destes países. Desta forma, é possível avaliar a falta ou excesso de mão-de-obra para o país, nas especialidades médicas consideradas como estratégicas, com base nos modelos considerados. Na prática, a utilização do método *Benchmarking* requer o ajuste da atual distribuição de médicos por especialidades no Brasil a partir dos parâmetros encontrados nesses países e ainda. Além disso, requer o número estimado do total de médicos para os anos que se deseja estimar, na medida em que os ajustes na oferta das especialidades é feito em termos de redistribuição do estoque total de médicos que estará disponível em torno dessas especialidades.

O cenário quantitativo do estoque de total de médicos, ainda sem discriminar por especialidades, foi definido utilizando uma adequação da metodologia de projeções de população conhecida como "método das componentes demográficas"²⁵. Neste método, a função básica está dada por uma equação compensatória que considera, grosso modo, os três eventos demográficos: nascimentos, mortes e migrações. O método descansa no conceito da equação compensatória e seus componentes e a figura 9 mostra um esquema da adaptação da equação compensatória para estimar o estoque de médicos²⁶, o qual, neste caso, será aplicado aos médicos especialistas em oftalmologia e ortopedia e traumatologia. O painel (a) explicita o processo de estimação da população a partir de um período inicial (T0) para um período seguinte (T1), ao qual se adiciona uma nova população (no caso, nascimentos) e os demais eventos demográficos inerentes a uma coorte ou geração que se modifica aumentando ou diminuindo ao longo do tempo, seja por mortalidade (óbitos) e/ou fluxos migratórios. A adequação para estimar estoques de médicos se ilustra no painel (b) do mesmo. Ressalta-se ainda que, seguindo o método das componentes demográficas, o esquema será aplicado aos dados por sexo e idade.

25 Para maiores detalhes sobre o Método das Componentes Demográficas, ver, por exemplo: Shryock e Siegel, 1976; Celade, 1984; Sawyer et. al., 1999.

26 Uma aplicação desta adequação foi feita inicialmente por Rodrigues (2008) para médicos em Minas Gerais e para médicos no Brasil pela EPSM (Girardi et al., 2012a), tendo sido aplicada também a estimativas para outros segmentos de força de trabalho qualificada, como no trabalho de Pereira, Nascimento e Araújo (2013).

Figura 9 – Organização esquemática da equação compensatória aplicada à estimativa do estoque de médicos.



Fonte: adaptado de Rodrigues (2008).

É importante esclarecer, sobre a equação compensatória, que, do ponto de vista conceitual, alguns aspectos mais complexos ficam de fora, como: a demanda e a necessidade de serviços de saúde, o impacto do desenvolvimento de novas tecnologias, expansão da medicalização, etc. Um elemento bastante determinante é também a regulação profissional, podendo alterar (ampliar/diminuir) os escopos de prática de cada uma das profissões. Por isso foram explorados neste estudo os cenários tomando como referência Canadá e Austrália, nos quais os estoques futuros de especialistas são adequados de acordo com expansão de escopos de prática de médicos de saúde da família, o que já ocorre nesses países. Os Estados Unidos são tomados como referência com o objetivo de estabelecer um contraponto, já que, embora seja um país que utiliza escopos compartilhados entre especialistas e outras profissões de saúde, possui um modelo menos centrado na saúde da família.

Para estimar a força de trabalho futura de médicos seguindo a lógica da equação compensatória do método das componentes demográficas foi necessário estimar por sexo e idade: (i) o número atual de profissionais economicamente ativos, isto é, a disponibilidade inicial, em 2010 e 2015, de força de trabalho; (ii) o número de novos profissionais que se juntarão aos estoques iniciais que deriva do sistema formativo das profissões respectivas. Trata-se, portanto, do número de nascimentos determinado pela quantidade e preenchimento das vagas em cursos de medicina e pelos níveis de conclusão dos cursos (comparação entre egressos e ingressos); (iii) o número de óbitos e as saídas por aposentadoria; e (iv) as entradas e saídas devido à migração.

O primeiro componente da estimativa futura de profissionais é a definição do seu estoque inicial, aqui definido como a população médica economicamente ativa em 2010. Neste estudo, o Censo Demográfico do IBGE foi utilizado para calcular o estoque inicial médicos seguindo os mesmos critérios abordados nos capítulos anteriores, isto é, o total de entrevistados graduados em medicina ou ocupados como médicos no trabalho principal da semana de referência, aí excluídos os com idade e escolaridade inconsistentes e os não economicamente ativos, obtendo-se um total de 328.006 indivíduos.

O segundo componente, que é o número de novos profissionais, foi derivado dos dados de evolução da oferta de vagas, aproveitamento de vagas e níveis de conclusão dos cursos, os quais proveem do Censo da Educação Superior do INEP para o período entre 2014 e 2016²⁷. Foram utilizados dois indicadores. De um lado, a razão entre número de inscritos por vaga. Trata-se de um importante indicador, pois o aumento da procura pelo curso, mesmo com o crescimento do número de vagas, destaca que a profissão é bem vista na percepção dos pretendentes à profissão, desde o ponto de vista vocacional, mas também econômico. Por outro lado, a chamada Taxa de Eficiência Terminal da graduação. Esta taxa é medida pela relação entre o número de ingressos no ano i e de egressos no ano $i + n$, sendo n o número de anos de duração do curso, menos 1. Expressa através de percentual, tal proporção não pode ser confundida com a verificação do número de alunos que não se formaram dentre aqueles que ingressaram. Na verdade, a proporção expressa, de forma relativa, a não conclusão no período provável de formação em relação ao volume de ingressantes e concluintes nos dois períodos em análise, seja por atraso ou desistência.

Os números de óbitos foram obtidos indiretamente considerando como evidência os dados da RAIS do MTE de 2010, aplicando-se, ao estoque atual, as probabilidades de morte decorrentes de tabelas de sobrevivência. Não existe claro consenso sobre diferenciais de mortalidade adulta segundo composição profissional, embora um bom número de estudos coincida em apontar níveis de mortalidade menores para grupos como médicos e cirurgiões-dentistas. Presume-se que os mesmos, por terem educação superior e acesso mais facilitado a bens de consumo, possuem menores níveis de mortalidade que os definidos para a média do cidadão brasileiro. O que pode ocorrer de forma diferente para enfermeiros. Assim, calculou-se o diferencial dos riscos de morte por sexo e idade entre os indivíduos classificados como médicos e o restante dos trabalhadores através da RAIS, encontrando-se uma expectativa de vida da população médica maior do que o total da população, com expressiva vantagem para o sexo feminino (esperança de vida de 73,1 para homens e 81,3 para mulheres, comparativamente a população total de 69,4 para homens e 77,0 para mulheres). O mesmo diferen-

27 O que já considera, portanto, o crescimento recente derivado da abertura de vagas do Programa Mais Médicos.

cial foi aplicado à Tábua de Mortalidade do total do país para aquele ano, assumindo que esta é representativa dos profissionais em questão e a um sistema de Tábuas Modelo²⁸.

A população total do Brasil estimada, para os períodos considerados, salvo especificação contrária, foi a definida pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR, 2012).

7.2. Pressupostos

Neste exercício de estimativa para os anos de 2010/2015 a 2030, os seguintes pressupostos foram considerados nas projeções:

1. O número de novos profissionais que se juntarão aos estoques existentes está estreitamente associado a uma cadeia de eventos que historicamente mostram associação e regularidade. Tal cadeia começa com o planejamento e posterior pedido de vagas para admissão de novos alunos às escolas. Uma vez que se autoriza a abertura de vagas, estas se cristalizam em matrículas que após o período regular de duração do curso refletem um número de egressos, aí descontados as vagas desperdiçadas por não preenchimento e desistência.
2. O volume de profissionais no Brasil para o futuro imediato, isto é, entre 2015 e 2021, está praticamente definido: ele é função principalmente da formação dos estudantes que se matricularam entre 2009/10 e 2014/15. Esse volume variará ligeiramente em função do percurso da migração e da mortalidade, esta última, afetando minimamente a variação do estoque. Para os anos posteriores a 2017, o volume variará segundo o congelamento de vagas, o que se desenha como um cenário tendencial;
3. Definiu-se que, se a média dos trabalhadores apresenta uma esperança de vida similar à correspondente ao total do país em 2010, os médicos, respeitando os diferenciais encontrados na RAIS, teriam uma esperança de vida superior em aproximadamente 4 anos, com expressiva vantagem para o sexo feminino. Ressalte-se que esta decisão, embora subjetiva e susceptível de melhoras, pouco afeta o resultado final, uma vez que o número de óbitos esperados variará muito pouco, qualquer que seja o nível de mortalidade definido.
4. As saídas por aposentadoria, quando estas significam desligamento definitivo do mercado de trabalho, não foram consideradas uma vez que o modelo considera apenas a população economicamente ativa.

28 A tabela de mortalidade para o país é aquela definida pelo IBGE para 2009. ([Http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/defaulttab.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/defaulttab.shtm)). O sistema de Tábuas Modelo de mortalidade utilizado foi o de Coale e Demeny (Modelo Oeste), que é o que com mais frequência costuma se ajustar melhor à experiência de mortalidade dos países em desenvolvimento (COALE A., DEMENY P. (1983) *Regional Model Life Tables and Stable Populations*. Academic Press: New York, 1983, 2ª Edição).

5. Quanto às entradas e saídas devido à migração, presume-se que o estoque de profissionais alterar-se-á em função da migração da mesma forma em que o Brasil é afetado. As evidências disponíveis sugerem que o saldo migratório internacional de profissionais de saúde tem sido tradicionalmente desprezível, daí que, neste exercício se considere que o volume total da força de trabalho das profissões em questão não variará em função da migração.

Para o diagnóstico da distribuição de médicos por especialidades no Brasil, utilizou-se a Relação Médico Habitante (RMH) *por cem mil habitantes* por especialidade, que foi definido como parâmetro básico de referência. O indicador foi aplicado ao número estimado de habitantes de Brasil e ao estoque de médicos previamente estimado, ajustado por ETI, para obter o correspondente número de médicos especialistas. Para o cálculo da oferta e composição atual de médicos por especialidades, utilizou-se o dimensionamento com base no CNES de dezembro de 2015 apresentado no capítulo 3. Foi considerado especialista o profissional que, durante o mês de competência, esteve ocupado na especialidade em questão em algum estabelecimento de saúde do país, por pelo menos uma hora semanal. O número de especialistas, nesse caso, corresponde ao número de profissionais que praticaram a especialidade naquele local no período em questão, independente de possuir ou não título de especialista, ajustado pelo ETI. Todas as especialidades foram consideradas no modelo, mas serão apresentados apenas o resultado para as prioritárias. A tabela 54 descreve os parâmetros encontrados para os países selecionados, em comparação com os dados brasileiros, para algumas especialidades.

Tabela 54 – Razão de médicos em FTE por 100 mil habitantes para o Brasil, Austrália, Canadá e Estados Unidos, *circa* 2014.

Especialidade	Brasil (a)	Austrália (b)	Canadá (c)	Estados Unidos (d)
Cardiologia	6,6	4,2	3,8	0,9
Cirurgia Ortopédica (Ortopedia)	7,3	5,0	4,4	6,1
Dermatologia	3,2	1,9	1,7	3,6
Ginecologia/Obstetrícia	13,1	5,6	5,6	12,9
Medicina Interna	-	-	8,0	35,1
Medicina da família/Medicina Geral	21,9	135,6	113,2	34,4
Oftalmologia	6,2	3,6	3,4	5,8
Otorrinolaringologia	2,7	1,8	2,0	2,9
Pediatria	15,5	4,5	7,1	17,8
Psiquiatria	3,9	12,3	11,7	11,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM.

(a) Nº de médicos de acordo com os microdados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério de setembro de 2015 e população de a estimativa populacional de 2015 do IBGE.

(b) Nº de médicos em 2014 de acordo com o Physician Specialty Data Book da Association of Medical Colleges e população para o mesmo ano de acordo com o United States Census Bureau.

(c) Nº de médicos em 2015 de acordo com a Canadian Medical Association e população para o mesmo ano de acordo com o Department of Finance Newfoundland & Labrador Statistics Agency.

(d) Nº de médicos em 2014 de acordo com o Authoritative information and statistics to promote better health and well-being. O dado de Medicina de família e comunidade é do ano de 2014 e deriva do Australian Bureau of Statistic.

7.3. Resultados

Dada a forma de construir os componentes que constituem o estoque de profissionais, explicitado no item anterior, depreende-se que o volume de médicos no Brasil variará com base no comportamento que as escolas de Medicina do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, isto é, congelamento das vagas a partir de 2017 em 34.877 por ano. O cenário prevê ainda uma Taxa e Eficiência Terminal do curso de 87% e uma razão de 1 ingresso por vaga durante todo o período, valores que também foram observados para o último quadriênio. Este cenário resulta, para 2030, em um estoque de 694.299 médicos e uma razão de 3,09 médicos por mil habitantes (tabela 55). A composição por idade obtida no cenário tendencial indica que a atual diferença por sexo tenderá a cair, visto que, atualmente, o número de vestibulandos e estudantes segundo sexos tende a ser igual, com ligeira tendência ao maior aumento entre as mulheres.

Tabela 55 – Brasil 2010-2030: Nº de médicos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

	2010	2015	2020	2025	2030
a) Médicos	328.006	382.022	440.719	564.461	694.299
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais	10.803	11.739	24.749	25.967	
c) Nº de profissionais por mil habitantes	1,69	1,87	2,07	2,57	3,09
d) Valor ajustado em equivalente de tempo integral (ETI)*	333.260	379.495	442.791	567.115	697.563

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir de metodologia específica.

*Para os anos de 2010 e 2015, foram utilizados os valores reais com base no CNES. Para os demais anos aplicou-se uma conversão, multiplicando-se ao número de médicos estimado na projeção a média entre 2010 e 2015 do quociente entre o número de médicos e o número de médicos em FTE.

Apresentamos a seguir uma breve referência aos resultados obtidos para especialidades médicas. As tabelas 56, 57 e 58 apresentam o correspondente ao número estimado de médicos nas especialidades consideradas e a razão por 100 mil habitantes utilizando os modelos EUA, Canadá e Austrália, respectivamente. O gráfico 21 resume os resultados apresentando a variação percentual do número de especialistas entre 2010 e 2030 caso os parâmetros do *benchmarking* fossem utilizados.

Com relação ao modelo EUA (tabela 56):

a) de maneira geral, o Brasil possui um perfil relativamente similar à distribuição de especialidades dos Estados Unidos, mas seria necessário ampliar a oferta em todas as especialidades selecionadas, com exceção da cardiologia, que passaria por uma queda de 31,1% por quinquênio. A ampliação ocorreria inclusive em medicina de família e comunidade (16,3%), apesar de o modelo não estar centrado nesta especialidade. O principal incremento seria para a psiquiatria (29,4%).

b) considerando todas as especialidades, o Brasil já possui razões por habitantes de cirurgiões gerais, ginecologistas e obstetras, oftalmologistas e ortopedistas semelhantes às razões atuais dos Estados Unidos. Este não é o caso para a maioria das especialidades, para os quais se observam escassez em relação ao parâmetro, especialmente para especialidades como alergia e imunologia, angiologia, coloproctologia, endoscopia, mastologia, medicina intensiva

e radioterapia, além de subespecialidades cirúrgicas (cardiovascular, mão, cabeça e pescoço, aparelho digestivo, pediátrica e torácica).

Com relação ao modelo Canadá (tabela 57):

a) de maneira geral seguir o modelo canadense representaria uma reversão do padrão especializado que o Brasil possui para um modelo centralizado na saúde da família, o que representaria a redução dos estoques das especialidades de cardiologia, dermatologia, ginecologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e pediatria. O estoque de médicos de família cresceria em 47,5% por quinquênio (de 44.720 profissionais em 2015 para 254.142 em 2030) e de psiquiatras em 29,3% (de 7.886 profissionais em 2015 para 26.284 em 2030).

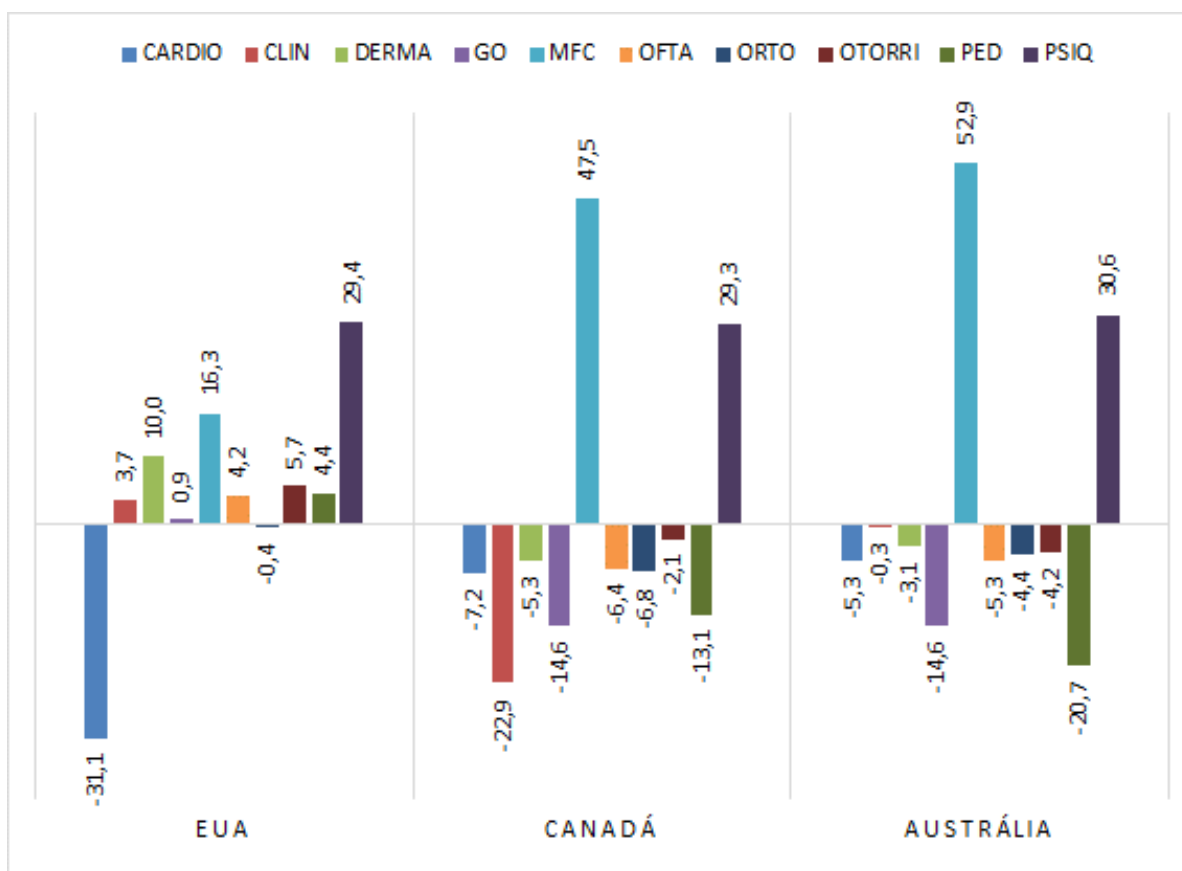
b) considerando todas as especialidades, diferentemente do caso anterior, as coincidências na RMH entre Brasil e o modelo Canadá se dão nas especialidades com estoques baixos de profissionais em ETI, incluindo a cancerologia e neurologia; por outro lado, existe sobre oferta no Brasil em cardiologia, cirurgia geral, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia e pediatria; já as que mostram escassez em relação ao parâmetro canadense são anestesiologia, medicina de família e comunidade e psiquiatria.

Com relação ao modelo Austrália (tabela 58):

a) de maneira geral a comparação do modelo australiano com a situação atual do Brasil revela um comportamento parecido com o modelo canadense, entretanto, seguir tal modelo representaria um esforço ainda mais expressivo de centralização em medicina de família e comunidade (que teria que passar de 44.720 profissionais em 2015 para 304.531 em 2030, um incremento de 52,9% por quinquênio). A psiquiatria cresceria em proporção semelhante, ocorrendo o mesmo para a redução das demais especialidades, com exceção da clínica médica que permaneceria constante.

Se um desses modelos vier a ser usado no Brasil, questão que não se discute aqui por fugir do escopo do trabalho, os resultados indicam o grau de intervenção necessário no atual planejamento da saúde pública e na política de formação de recursos humanos na área médica para atingir a situação que, hoje, esses modelos têm. Quando tomamos como referência os parâmetros estadunidenses de oferta e demanda por especialistas médicos que parece acentuar um modelo mais voltado para a especialização, observa-se que, no que tange às especialidades, o Brasil tem um perfil que tende a se parecer com o estadunidense. A escolha de parâmetros canadenses, que privilegia a saúde da família, implicaria, no caso brasileiro, na redução do estoque de especialidades como clínica, pediatria, ginecologia, oftalmologia, ortopedia e cardiologia. No caso da referência ao modelo australiano, o que se observou para o Canadá se acentuaria ainda mais, tendo em vista a maior presença que este país possui em medicina de família.

Gráfico 21 – Variação (%) por quinquênio do número de especialistas no Brasil entre 2010 e 2030 considerando os parâmetros dos Estados Unidos, Canadá e Austrália.



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir de metodologia específica.

Tabela 56 – Resultado da projeção considerando o parâmetro dos Estados Unidos.

	Situação atual		Projeções		
	2010	2015	2020	2025	2030
Nºs absolutos					
Cardiologia	12.401	13.428	9.920	6.060	1.924
Clínica Médica	65.857	74.700	76.679	78.086	78.796
Dermatologia	5.003	6.448	7.017	7.562	8.063
Ginecologia e Obstetrícia	27.747	26.769	27.709	28.460	28.969
Med. Família e Comunidade	36.394	44.720	55.410	66.371	77.285
Oftalmologia	10.602	12.607	12.846	12.982	12.997
Ortopedia e Traumatologia	14.050	14.936	14.698	14.305	13.747
Otorrinolaringologia	5.005	5.415	5.843	6.248	6.613
Pediatria	32.191	31.771	34.635	37.388	39.922
Psiquiatria	7.281	7.886	13.823	20.069	26.464
ETI por 100 mil habitantes					
Cardiologia	6,40	6,57	4,66	2,76	0,86
Clínica Médica	33,99	36,54	36,05	35,57	35,09
Dermatologia	2,58	3,15	3,30	3,44	3,59
Ginecologia e Obstetrícia	14,32	13,09	13,03	12,96	12,90
Med. Família e Comunidade	18,78	21,87	26,05	30,23	34,41
Oftalmologia	5,47	6,17	6,04	5,91	5,79
Ortopedia e Traumatologia	7,25	7,31	6,91	6,52	6,12
Otorrinolaringologia	2,58	2,65	2,75	2,85	2,94
Pediatria	16,61	15,54	16,29	17,03	17,78
Psiquiatria	3,76	3,86	6,50	9,14	11,78

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir de metodologia específica.

Tabela 57 – Resultado da projeção considerando o parâmetro do Canadá.

	Situação atual		Projeções		
	2010	2015	2020	2025	2030
Nºs absolutos					
Cardiologia	12.401	13.428	11.973	10.351	8.534
Clínica Médica	65.857	74.700	57.275	38.310	17.903
Dermatologia	5.003	6.448	5.641	4.777	3.818
Ginecologia e Obstetrícia	27.747	26.769	22.537	17.778	12.576
Med. Família e Comunidade	36.394	44.720	111.365	181.689	254.142
Oftalmologia	10.602	12.607	11.082	9.451	7.636
Ortopedia e Traumatologia	14.050	14.936	13.478	11.786	9.882
Otorrinolaringologia	5.005	5.415	5.154	4.855	4.492
Pediatria	32.191	31.771	27.052	21.755	15.945
Psiquiatria	7.281	7.886	13.728	19.931	26.284
ETI por 100 mil habitantes					
Cardiologia	6,40	6,54	5,63	4,71	3,80
Clínica Médica	33,99	36,41	26,93	17,45	7,97
Dermatologia	2,58	3,13	2,65	2,18	1,70
Ginecologia e Obstetrícia	14,32	13,09	10,60	8,10	5,60
Med. Família e Comunidade	18,78	21,96	52,36	82,76	113,16
Oftalmologia	5,47	6,12	5,21	4,31	3,40
Ortopedia e Traumatologia	7,25	7,31	6,34	5,37	4,40
Otorrinolaringologia	2,58	2,63	2,42	2,21	2,00
Pediatria	16,61	15,53	12,72	9,91	7,10
Psiquiatria	3,76	3,83	6,45	9,08	11,70

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir de metodologia específica.

Tabela 58 – Resultado da projeção considerando o parâmetro da Austrália.

	Situação atual		Projeções		
	2010	2015	2020	2025	2030
Nºs absolutos					
Cardiologia	12.401	13.428	12.257	10.936	9.432
Clínica Médica	65.857	74.700	72.077	68.866	64.791
Dermatologia	5.003	6.448	5.783	5.070	4.267
Ginecologia e Obstetrícia	27.747	26.769	22.537	17.778	12.576
Med. Família e Comunidade	36.394	44.720	127.271	214.526	304.531
Oftalmologia	10.602	12.607	11.223	9.744	8.085
Ortopedia e Traumatologia	14.050	14.936	13.903	12.664	11.229
Otorrinolaringologia	5.005	5.415	5.012	4.562	4.042
Pediatria	32.191	31.771	25.208	17.950	10.106
Psiquiatria	7.281	7.886	14.150	20.804	27.623
ETI por 100 mil habitantes					
Cardiologia	6,40	6,54	5,76	4,98	4,20
Clínica Médica	33,99	36,41	33,89	31,37	28,85
Dermatologia	2,58	3,13	2,72	2,31	1,90
Ginecologia e Obstetrícia	14,32	13,09	10,60	8,10	5,60
Med. Família e Comunidade	18,78	21,96	59,84	97,72	135,60
Oftalmologia	5,47	6,12	5,28	4,44	3,60
Ortopedia e Traumatologia	7,25	7,31	6,54	5,77	5,00
Otorrinolaringologia	2,58	2,63	2,36	2,08	1,80
Pediatria	16,61	15,53	11,85	8,18	4,50
Psiquiatria	3,76	3,83	6,65	9,48	12,30

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir de metodologia específica.

8. Considerações finais

O presente estudo teve por objetivo dimensionar a demanda por especialistas e a diversidade de escopos de prática de especialidades médicas com o objetivo de subsidiar as reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e da formação de especialistas no país. Trata-se de uma importante ferramenta de planejamento, sobretudo em relação à adequação de recursos humanos às necessidades de saúde da população. É uma tarefa de grande complexidade, pois agrega a necessidade de planejamento de longo prazo em um contexto de incerteza, às interconexões entre o sistema formação, modelo de atenção à saúde e as tensões sobre a competência entre as autoridades nacionais e regionais agravam o problema. A formação de profissionais de saúde e sua consequente incorporação aos sistemas de saúde deve ser extremamente adaptável a fim de absorver rapidamente as mudanças exigidas pelas novas tecnologias, avanços científicos, demandas sociais e novos modelos de organização. Desta forma, a escassez de médicos especialistas, seja por mau planejamento ou barreiras corporativas à entrada na profissão, parece ser um problema não somente no Brasil, mas de muitos países desenvolvidos.

Pelo lado do dimensionamento da demanda por especialistas, o tipo de estudo aqui apresentado contribui, por um lado, para compreensão do diagnóstico atual, seja em termos da disponibilidade efetiva de especialistas, da existência de desequilíbrios entre oferta e demanda e a ocorrência de má distribuição entre áreas geográficas, por tipo de serviço e entre especialidades. Por outro lado, a estimativa futura da oferta dimensionada, tendo em vista o horizonte de alguns cenários de demanda, contribuem para orientar a intervenção na realidade atual. No caso específico desse estudo, buscou-se identificar subsídios para orientar as reformas educacionais dos cursos de graduação de medicina e formação de especialistas.

Os dados analisados neste estudo mostram como diagnóstico para o ano de 2015, que o Brasil contava com quase 429 mil médicos, dos quais, 56,7% possuía titulação em alguma especialidade. Do ponto de vista da disponibilidade efetiva em serviços assistenciais, 81,2% dos médicos estavam atuando em especialidades ocupacionais, o que correspondia a um quantitativo de 382 mil profissionais, em equivalente de tempo integral. Deste total, 31,3% se localizava em especialidades de atenção primária, 25,1% em especialidades cirúrgicas, 23,3% em especialidades clínicas, 10,7% em medicina de apoio diagnóstico e terapêutico, 1,1% em outras especialidades e 8,5% em residências médicas.

Os maiores volumes de especialistas foram observados em clínica médica, cirurgia geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Na sequência, aparecem as especialidades de anestesiologia, ortopedia e traumatologia, cardiologia, oftalmologia, radiologia e diagnóstico por imagem e psiquiatria,

que também são as que tiveram os maiores crescimentos no período 2010-2018. Estas especialidades, em diferentes graus, são as mais fechadas do ponto de vista da prática, já que os médicos que nelas atuam tendem a fazê-lo de forma exclusiva – com exceção da cardiologia. Não obstante, essas especialidades apresentam os maiores níveis de titulação e estão melhor distribuídas entre os estados e regiões de saúde do país, embora com importantes desigualdades distributivas devido a concentração nas regiões Sudeste e Sul. As especialidades de endocrinologia e metabologia e medicina de família e comunidade, embora tenham volumes mais baixos de profissionais titulados, também apresentam tendência a exclusividade e melhor distribuição territorial, sobretudo esta última.

Por outro lado, os menores volumes de especialistas foram verificados em angiologia, radioterapia, oncologia (clínica e cirúrgica), mastologia e algumas especialidades cirúrgicas (mão, cabeça e pescoço, torácica, etc.). Embora a demanda por estas especialidades seja menor em comparação as de maior quantitativo de profissionais, e considerando que sua oferta pode ser organizada em níveis geográficos abrangentes, foram encontrados vazios assistenciais dessas especialidades no Norte e Nordeste, entre outras localidades. Ressalta-se ainda, que os níveis de titulação entre os praticantes dessas especialidades são baixos, o que tem impacto no tempo de dedicação dos profissionais que, em geral, o fazem sem predominância, combinando a prática com outras especialidades.

O exercício de especialidades múltiplas (com possibilidade de escopos ampliados) parece estar mais condicionado à posse de título do que à sua ausência. Pelo menos é o que se pode afirmar na comparação das especialidades analisadas com a especialidade de medicina de família e comunidade, que carrega a maioria dos médicos sem titulação. Também deve estar mais condicionado a prática em hospitais privados, já que as clínicas e consultórios e os estabelecimentos públicos em geral tendem a estar mais relacionados ao exercício exclusivo de uma especialidade. As especialidades mais abertas, nesse sentido, são clínica médica, cardiologia, ginecologia e obstetrícia e ortopedia e traumatologia, ao passo que as mais fechadas são oftalmologia, dermatologia, psiquiatria e otorrinolaringologia. Do ponto de vista geográfico, tanto o exercício exclusivo de especialidades quanto o múltiplo tendem a ocorrer de fato onde há maior presença de serviços especializados como hospitais e clínicas. Destaca-se, porém que o exercício exclusivo ocorre de forma mais importante nos municípios de grande porte.

Em termos de estimativas para o futuro, em se mantendo o padrão atual de oferta de vagas nas escolas de Medicina, o Brasil contará com 694 mil médicos em 2030, a uma razão de 3,09 profissionais por mil habitantes. A distribuição deste contingente em termos de especialidades médicas tenderá a seguir um modelo próximo ao dos Estados Unidos, que pode ser considerado mais especializado, embora seja necessário ampliar a oferta de quase todas as especialidades. Por outro lado, se usamos como *benchmarking* os modelos do Canadá e da Austrália seria necessário reverter o atual padrão especializado que o Brasil possui para um modelo centralizado na saúde da família, o que

representaria a redução dos estoques das especialidades de cardiologia, dermatologia, ginecologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e pediatria. Considerando as três realidades e sabendo que o serviço de saúde pública do Canadá privilegia a saúde da família, o modelo canadense, eventualmente, pode ser considerado o mais adequado para Brasil. Nesse sentido, o modelo estadunidense sugeriria um padrão especializado que se desejaria reverter e o australiano representaria um modelo que extrapolaria, e muito, o que se pretenderia obter através do parâmetro canadense.

É preciso ressaltar que a regulação do trabalho e das profissões em saúde, em especial das especialidades médicas, coloca na agenda o desafio de articular trabalho e formação de modo a traduzir as demandas atuais em um sistema de regulação mais flexível que permita combinar adequadamente as habilidades e competências multiprofissionais adequadas às necessidades do SUS. Nesse contexto, analisar os aspectos regulatórios tanto em função das atribuições, competências e os escopos de práticas das especialidades médicas como da formação e qualificação de especialistas torna-se estratégico e apropriado para o fortalecimento do modelo de atenção do SUS, pois articula gestão, regulação, trabalho e formação para o enfrentamento dos problemas de atuação dos especialistas, além de mobilizar ações intersetoriais e interinstitucionais. Os conteúdos da educação profissional em saúde e o processo de formação de competências devem ser fortemente conectados ao planejamento da força de trabalho e a revisão dos escopos de prática das especialidades e a formação das respectivas competências são necessárias para garantir o compromisso com a alta qualidade e resultados seguros dos serviços ofertados à população.

Importante ressaltar, por fim, que as dificuldades no planejamento de Recursos Humanos em Saúde referem-se à precariedade de dados que no Brasil vem sendo mitigada pelos constantes avanços na produção de informação sobre o tema, especialmente nos trabalhos desenvolvidos pelos Observatórios de RHS. Assim, o aprimoramento do estudo aqui empreendido para estimar e prever a necessidade de profissionais médicos por especialidades segundo parâmetros demográficos é um passo decisivo, mas não final, para poder identificar e localizar o número certo de médicos com as especialidades adequadas para o lugar certo na hora certa. Ao que se refere ao tipo de modelo assistencial, isto é, a composição do quadro médico segundo especialidades, os resultados deste estudo indicam que o grau de intervenção no atual planejamento da saúde pública e na política de formação de recursos humanos na área de medicina depende do modelo a ser usado, o que, por sua vez, depende essencialmente da dimensão política.

Referências

ABMS - American Board of Medical Specialties. Disponível em: <https://www.abms.org/>. Acesso em: 22/01/2019).

AMA – American Medical Association. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/>. Acesso em: 22/01/2019).

AUSTRALIAN MEDICAL WORKFORCE BENCHMARKS. A report for the Australian Medical Workforce Advisory Committee by the Australian Institute of Health and Welfare. AMWAC Report, 1996.

BABBIE, E. Métodos de Pesquisa de Survey. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

BEVILACQUA, RG; SAMPAIO, SAP. As especializações: histórico e projeções. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 33-90.

BRASIL. Presidência da República. DECRETO nº 80281/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 06 de setembro de 1977, p. 11787.

BRASIL. Presidência da República. LEI nº 12871/2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 22 de outubro de 2013, p. 1.

BRASIL. Presidência da República. LEI nº 6932/1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 09 de julho de 1981, p. 12789.

CASSEL, C. & HOLMBOE, E. 'Professionalism and Accountability: The Role of Specialty Board Certification', Trans Am Clin Climatol Assoc. 2008; 119: 295–304 (p.297).

CHANNON, A. R.; MATTHEWS, Z.; LERBERGHE, W. V. Will there be enough people to care? Notes on workforce implications of demographic change 2005-2050. Report to Background paper for the World Health Report, 2006.

CHEN J., RATHORE S. S., WANG Y., RADFORD M. J., KRUMHOLZ H. M. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. J Gen Intern Med. 2006;21(3):238-24416637823

COALE A., DEMENY P. (1983) Regional Model Life Tables and Stable Populations. Academic Press: New York, 1983, 2ª Edição.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1286/1989. Diário Oficial da União, de 23 de agosto de 1989. Seção 1, p. 14517.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1634/2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Diário Oficial da União, de 29 de abril de 2002. Seção 1, p. 265-66.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2162/2017. Homologa a Portaria CME nº 1/2017 que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial da União, de 17 de julho de 2017. Seção 1, p. 98.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 734/1976. Determina que os médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina, terão o direito de requerer o Registro de Qualificação como Especialista. Revista do CFM, v. 7, nov. 1974/dez. 1976.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 879/1978. Diário Oficial da União, de 7 novembro de 1978. Seção 1, Parte II.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA/CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Demografia Médica no Brasil. Volume 1: Dados gerais e descrições de desigualdades. Relatório de Pesquisa, 2011.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

FAIMER (Foundation for Advancement of International Medical Education and Research). Postgraduate Medical Education (PME) Project - Netherlands, 2018. Disponível em: (<https://www.faimer.org/resources/pme/netherlands.html>).

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – NESCON, 2009.

GIRARDI, S. N. et al. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – NESCON, 2010.

GIRARDI, S. N. et al. Identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – Universidade Federal de Minas Gerais – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – NESCON, 2012b.

GIRARDI, S. N. et al. Monitoramento da demanda por residências e especialidades médicas no Brasil. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – NESCON, 2012a.

GIRARDI, S. N.; STRALEN, A. C. S. V.; CELLA, J. N.; MAAS, L. W. D.; CARVALHO, C. L.; FARIA, E. O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

GMC – General Medical Council. Specialties, sub-specialties and progression through training the international perspective. August 2011. GMC journal for medical education, 34(5), Doc69. Disponível em: <https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/specialties-subspecialties-and-progression-through-training---the-international-perspective-45500662.pdf>. Acesso em: 22/01/2019).

GOIC, A. Disponibilidad de médicos en Chile y su proyección a mediano plazo. Revista Médica de Chile, Santiago, v. 122, p. 141-53. 1994.

GOIC, A. Disponibilidad de médicos en Chile y su proyección a mediano plazo. Cinco años después. Revista Médica de Chile, Santiago, v. 127, p. 1.183-1.188. 1999.

HOLMBOE E. S., LIPNER R., GREINER A. Assessing Quality of Care: Knowledge Matters. JAMA. 2008; 299(3):338–340. doi:10.1001/jama.299.3.338 TURCHIN A., SHUBINA M., CHODOS A. H., EINBINDER J. S., PENDERGRASS M. L. Effect of board certification on antihypertensive treatment intensification in patients with diabetes mellitus. Circulation. 2008 Feb 5;117(5):623-8.

INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEM PROFILES. Disponível em: <https://international.commonwealthfund.org/>. Acesso em: 22/01/2019).

LUDMERER, KM. Let me heal: the opportunity to preserve excellence in American Medicine. New York: Oxford, 2015

MEDINA, E. Necessidades de médicos em Chile. Revista Médica de Chile, Santiago, v. 116, p. 389- 94. 1988.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

MINGOTI, S. A. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

NORCINI J. J., LIPNER R. S., KIMBALL H. R. Certification and Specialization: Do They Matter in the Outcome of Acute Myocardial Infarction? Acad Med. 2000; 75:1193–98.

PEREIRA, R. H. M. NASCIMENTO, P. M.; ARAÚJO, C. T. Projeções de Mão de Obra Qualificada no Brasil: cenários para a disponibilidade de engenheiros até 2020, Revista Brasileira de Estudos de População, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 519-548, 2013.

PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; VEGA, R. S. Oferta, demanda e necesidad de médicos especialistas en Brasil. Proyecciones a 2020. Equipo Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Relatoría de pesquisa. 2011.

PIERANTONI, C. R. Residência Médica: Meio Século no Brasil. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 093, 1994.

RAMSEY M. Professional and popular medicine in France 1770-1830: The social world of medical practice. New York: Cambridge University Press, 1988.

RAMSEY P.G., CARLINE J. D., INUI T. S., LARSON E. B., LOGERFO J. P., WENRICH M. D. Predictive Validity of Certification by the American Board of Internal Medicine. Ann Intern Med. 1989; 110:719.

ROBERFROID, D.; LÉONARD, C.; STORDEUR, S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Human Resource for Health, 2009, 7:10.

RODRIGUES, F. G. Médicos em Minas Gerais: projeções para o período 2010-2020. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ROYAL COLLEGE - The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/home-e>. Acesso em: 22/01/2019).

SANTOS FILHO, L. História Geral da Medicina Brasileira, HUCITEC/EDUSP, Vol. 1. 1977.

SAWYER, O. D. et al. Projeção populacional, por sexo e grupos de idades quinquenais, das unidades da federação. Brasil, 1990-2020. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG. (Relatório de pesquisa). 1999.

SCHEELE, F., TEUNISSEN, P., VAN LUIJK, S., HEINEMAN, E., FLUIT, L., MULDER, H., MEININGER, A., SHRYOCK, H. S.; SIEGEL, J. S. The Methods and materials of demography. Edição condensada de Edward G. Stockwell. New York, Academic Press. 1976.

SILBER J. H., KENNEDY S. K., EVEN-SHOSHAN O. CHEN W., MOSHER R. E., SHOWAN A. M., LONGNECKER D. E. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology*. 2002; 96(5):1044-1052 11981141

SMITS, M.; SLENTER, V.; GEURTS, J. Improving Manpower Planning in Health Care. Implications for the Individual, Enterprises and Society, Slovenia, jun. 2010.

TEN CATE O. (2017). Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future.

WEGGEMANS, M. M., VAN DIJK, B., VAN DOOIJEWERT, B., VEENENDAAL, A. G., & TEN CATE, O. (2017). The postgraduate medical education pathway: an international comparison. *GMS journal for medical education*, 34(5), Doc63.

WEISZ, G. Divide and Conquer. A comparative History of Medical Specialization. Oxford University Press, 2006, pp 359.

WEISZ, G. The emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. *Bulletin of the History of Medicine*, 2003. 77:3:536-574.

WIJNEN-MEIJER, M., BURDICK, W., ALOFS, L., BURGERS, C., TEN CATE, O. (2013) Stages and transitions in medical education around the world: Clarifying structures and terminology, *Medical Teacher*, 35:4, 301-307, DOI: 10.3109/0142159X.2012.746449

WIJNEN-MEIJER, M., GLAS, G., SLUITER, H., HUMMEL, T. (2008) Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands, *Medical Teacher*, 30:3, 248-253.

Apêndices

A – Descrição das buscas bibliográficas

No intuito de compreender melhor as reformas nos sistemas de formação médica, especialmente na formação de especialistas, foram estruturadas algumas buscas sistemáticas de literatura com base na combinação de termos que haviam surgido na leitura livre de alguns relatórios e artigos seminais do tema. A primeira busca combinada levou em consideração os nomes dos três países selecionados (Canadá, Estados Unidos da América e Holanda) e o termo Pós-Graduação Médica, limitada por textos de acesso gratuito, e o resultado retornou 186 artigos. Apesar de alguns desses apresentarem uma análise mais abrangente do sistema e dos modelos adotados nas reformas recentes da formação de especialistas médicos, a grande maioria é composta de estudos de caso e análises da influência de uma perspectiva específica do modelo de competências em questão nos resultados de formação de médicos e ou nos resultados de saúde de alguma população específica atendida. Quando modificamos a busca e/ou trabalhamos com termos únicos, como é o caso das buscas por CanMEDS, essa realidade se repete, com a diferença de quanto mais restrita a busca menor é o número de artigos retornados. Na tabela 59, descrevemos as combinações de termos de busca e a quantidade de artigos retornados em cada uma na PubMed.

Compreendendo a forma como a produção de conhecimento é publicada, especialmente a voltada para formulação e implementação de políticas de saúde, fizemos também uma busca de relatórios de alguns órgãos e fundações de incentivos à pesquisa nessa área para buscarmos discussões fora das publicações acadêmicas. Como pode ser visto na tabela 60, apesar de um número bem restrito, dada a lógica de busca e de publicação, as temáticas abordadas são mais abrangentes e com maior potencial de conexão da discussão sobre a formação de especialistas médicos com a governança dos respectivos sistemas de saúde, o sistema de remuneração desses profissionais e a possibilidade de compartilhamento de práticas/escopo com outros profissionais da saúde.

Tabela 59 – Descrição das buscas por artigos na PubMed segundo os termos de busca.

Cod	Termos de busca	Limitadores	Encontrados PubMed
Busca combinada 1	((("canada"[MeSH Terms] OR "canada"[All Fields]) OR "United states of america"[All Fields]) OR ("netherlands"[MeSH Terms] OR "netherlands"[All Fields])) AND "loattrfree full text"[sb]) AND ("PostGraduate Medical Education"[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb]	Free full text	186
	CanMeds	Free full text	139
	Accreditation Council for Graduate Medical Education	Free full text	660
Busca combinada 2	((("Accreditation Council for Graduate Medical Education"[All Fields] OR "loattrfree full text"[sb]) AND (CanMeds[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	795
Busca combinada 3	((((((("canada"[MeSH Terms] OR "canada"[All Fields]) OR "United states of america"[All Fields]) OR ("netherlands"[MeSH Terms] OR "netherlands"[All Fields])) AND "loattrfree full text"[sb]) AND ("PostGraduate Medical Education"[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb])) AND "loattrfree full text"[sb]) AND ((("Accreditation Council for Graduate Medical Education"[All Fields] OR CanMeds[All Fields]) AND "loattrfree full text"[sb])) AND ("PostGraduate Medical Education"[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	17
IMG	International Medical Graduate	Free full text	48
Busca combinada 4	((((((((BLS[All Fields] OR ATCN[All Fields]) OR PHTLS[All Fields]) OR ACLS[All Fields]) OR PALS[All Fields]) OR ("cardiopulmonary resuscitation"[MeSH Terms] OR ("cardiopulmonary"[All Fields] AND "resuscitation"[All Fields]) OR "cardiopulmonary resuscitation"[All Fields] OR "cpr"[All Fields])) OR EAD[All Fields]) OR DMEP[All Fields]) OR AMLS[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	8234
Busca combinada 5	((((((((BLS[All Fields] OR ATCN[All Fields]) OR PHTLS[All Fields]) OR ACLS[All Fields]) OR PALS[All Fields]) OR ("cardiopulmonary resuscitation"[MeSH Terms] OR ("cardiopulmonary"[All Fields] AND "resuscitation"[All Fields]) OR "cardiopulmonary resuscitation"[All Fields] OR "cpr"[All Fields])) OR EAD[All Fields]) OR DMEP[All Fields]) OR AMLS[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb]) AND (((("canada"[MeSH Terms] OR "canada"[All Fields]) OR "United states of america"[All Fields]) OR ("netherlands"[MeSH Terms] OR "netherlands"[All Fields])) AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	710
Busca combinada 6	((((((((((BLS[All Fields] OR ATCN[All Fields]) OR PHTLS[All Fields]) OR ACLS[All Fields]) OR PALS[All Fields]) OR ("cardiopulmonary resuscitation"[MeSH Terms] OR ("cardiopulmonary"[All Fields] AND "resuscitation"[All Fields]) OR "cardiopulmonary resuscitation"[All Fields] OR "cpr"[All Fields])) OR EAD[All Fields]) OR DMEP[All Fields]) OR AMLS[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb]) AND (((("canada"[MeSH Terms] OR "canada"[All Fields]) OR "United states of america"[All Fields]) OR ("netherlands"[MeSH Terms] OR "netherlands"[All Fields])) AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb]) AND ((("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields]) AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	5
Busca combinada 7	((((((((((BLS[All Fields] OR ATCN[All Fields]) OR PHTLS[All Fields]) OR ACLS[All Fields]) OR PALS[All Fields]) OR ("cardiopulmonary resuscitation"[MeSH Terms] OR ("cardiopulmonary"[All Fields] AND "resuscitation"[All Fields]) OR "cardiopulmonary resuscitation"[All Fields] OR "cpr"[All Fields])) OR EAD[All Fields]) OR DMEP[All Fields]) OR AMLS[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb]) AND competencies[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	4
Busca combinada 8	((("certification"[MeSH Terms] OR "certification"[All Fields]) AND medical[All Fields]) AND (((("canada"[MeSH Terms] OR "canada"[All Fields]) OR "United states of america"[All Fields]) OR ("netherlands"[MeSH Terms] OR "netherlands"[All Fields])) AND "loattrfree full text"[sb])) AND "loattrfree full text"[sb]) AND ("medicine"[MeSH Terms] OR "medicine"[All Fields] OR "specialty"[All Fields]) AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	187
Busca combinada 9	("PostGraduate Medical Education"[All Fields] AND "loattrfree full text"[sb]) AND (((medical[Text Word] AND specialty[Text Word]) AND license[Text Word]) OR regulation[Text Word]) AND "loattrfree full text"[sb]) AND "loattrfree full text"[sb])	Free full text	43

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM

Tabela 60 – Descrição de Relatórios de órgãos e fundações selecionadas sobre formação de especialistas médicos.

N	Ano	Título	Autor
1	2011	GME Report 2: Ensuring an Effective Physician Workforce for the United States	Josiah Macy Jr. Foundation
2	2011	Recommendations to Improve Title VII of the Public Health Service Act	Josiah Macy Jr. Foundation
3	2011	Team Based Competencies: Building a Shared Foundation For Education and Clinical Practice	Josiah Macy Jr. Foundation
4	2018	Improving Environments for Learning in the Health Professions	Josiah Macy Jr. Foundation
5	2017	Achieving Competency-Based, Time-Variable Health Professions Education	Josiah Macy Jr. Foundation
6	2018	New and Developing Medical Schools	Josiah Macy Jr. Foundation
7	2016	Innovations in Graduate Medical Education: Aligning Residency Training with Changing Societal Needs	Josiah Macy Jr. Foundation
8	2014	Partnering with Patients, Families, and Communities to Link Interprofessional Practice and Education	Josiah Macy Jr. Foundation
9	2013	Transforming Patient Care: Aligning Interprofessional Education with Clinical Practice Redesign	Josiah Macy Jr. Foundation
10	2013	ACCELERATING INTERPROFESSIONAL EDUCATION	Josiah Macy Jr. Foundation
11	2016	MEDICAL EDUCATION INNOVATION CHALLENGE	American Medical Association
12	2018	ABMS BOARD CERTIFICATION REPORT	American Board of Medical Specialties
13	2010	The Future of Medical Education in Canada (FMEC): A Collective Vision for MD Education	The Association of Faculties of Medicine of Canada
14	2015	FMEC MD 2015 Five Years of Innovations at Canadian Medical Schools	The Association of Faculties of Medicine of Canada
15	2015	A Collective Vision for Postgraduate Medical Education in Canada	The Association of Faculties of Medicine of Canada
16	2017	CanMEDS– Family Medicine 2017. A competency framework for family physicians across the continuum	THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA
17	2015	Team-Based Care – Collaborative Regulation	Federation of State Medical Boards
18	2007	Medical Professionalism	College Geneeskundige Specialismen
19	2014	(Governancecode CGS)	College Geneeskundige Specialismen
20	2017	State of Health in the EU - Netherlands - Country Health Profile 2017	OECD / european observatory on health systems and policies
21	2013	Healthcare Systems: The Netherlands	Civitas
22	2015	Regeling specialismen en profielen geneeskunst	College Geneeskundige Specialismen

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM.

B – Roteiro das entrevistas em profundidade com representantes de Sociedades de Especialistas

BLOCO 1 – Formação

Quais são as trajetórias de formação dos profissionais que buscam a titulação pelo exame da Sociedade?

- Qual a modalidade de treinamento é mais procurada pelos médicos?
- Qual sua opinião sobre os cursos de especialização na área?
 - A Sociedade realiza credenciamento desses cursos? Se sim, como?
 - Os cursos de especialização são mais procurados do que as residências?
 - E sobre as habilitações e outras modalidades “modularizadas” de certificações na forma de atualização, aperfeiçoamento, certificados de competências, qual a sua opinião?
 - É comum a procura por esses cursos (especialização, atualização, aperfeiçoamento etc.) como preparação para o exame de titulação?
 - Qual a sua opinião sobre os cursos preparatórios para os exames de residência médica?
- Qual seria, nesse contexto, o papel das pós-graduações *strictu sensu*? Elas têm algum diferencial?
- A titulação via residência ainda é “o padrão ouro” entre as diversas modalidades de formação de um médico especialista?

Existem profissionais que já completaram a residência médica e que também buscam a titulação pelo exame da sociedade? Se sim, qual o motivo?

Qual a sua opinião sobre as residências médicas como forma de acesso a especialidade, isto é, de formação e obtenção de credencial? Quais são as vantagens e desvantagens dessa modalidade?

- Em sua opinião, o número de vagas autorizadas atualmente é suficiente?
- Nos últimos anos aconteceram algumas mudanças curriculares e nas RM (da sua área)? Por que elas ocorreram?
- Quais são as tendências para as RM (na sua área) nos próximos anos?

BLOCO 2 – Mercado de Trabalho

Em sua opinião e considerando sua experiência profissional a sua especialidade encontra-se em uma situação de escassez, equilíbrio ou excesso de profissionais?

- Quais são as particularidades loco-regionais, de tipo de serviço (hospital, pronto-socorro, clínica, etc.) e entre setores público e privado?
- A sociedade recomenda algum parâmetro?
 - Se sim, baseado em quais critérios?
 - Se não, em quais critérios um possível parâmetro poderia se basear?

BLOCO 3 – Escopos de prática

- Que tipos de procedimentos da sua especialidade poderia ser realizado no âmbito das unidades básicas de saúde com qualidade e segurança?
- Existem procedimentos da sua especialidade que podem ou são compartilhados com outras especialidades? Se sim, quais?
- Qual a sua opinião sobre a ampliação dos escopos, competências e autonomia de profissionais não médicos?

C – Print da plataforma dos GDol

Página inicial



Grupo de Diálogos Online
Tendências e Perspectivas do Mercado
e da Formação de Médicos Especialistas

Área de Acesso Restrito

E-mail:

Senha:

ENTRAR

[Orientações](#) [Recuperar Senha](#)

INSCREVA-SE AQUI

Apresentação

Bem-vindo a plataforma do Grupo de Diálogos Online (Gdol) sobre **Tendências e Perspectivas do Mercado e da Formação de Médicos Especialistas**, uma iniciativa da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (ObservaRH - EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Por meio desta plataforma, pretende-se promover debates e gerar reflexões sobre as principais tendências e perspectivas do mercado e da formação de especialidades médicas e dos processos multiprofissionais de compartilhamento de competências e de escopos de prática.

O primeiro ciclo de debates foi realizado entre os dias 23 e 25 de janeiro de 2019 e com o intuito de aprofundar os temas de grande relevância levantados, daremos continuidade aos debates e reflexões a partir de um fórum permanente nesta mesma plataforma.

O Gdol continua sendo guiado por moderadores seguindo um roteiro de perguntas sobre as temáticas e está aberto à participação de profissionais de saúde e atores envolvidos nos processos de formação, exercício, representação e regulação de especialidades médicas.

Para participar efetive sua inscrição preenchendo o cadastro online acima ou caso já esteja inscrito acesse com seu endereço de email e senha na "área de acesso restrito".

Programa	
Tópicos	Síntese
 Entrar	
Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.	
Arranjos de escopos de prática e organização do trabalho.	
Modalidades de formação de especialistas.	
Outros assuntos	

Exemplos de páginas de diálogo

Diálogo Online.

[Voltar Página Inicial](#)

Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.
Arranjos de escopos de prática e organização do trabalho.
Modalidades de formação de especialistas.

Tipo : Participante
Cidade : Guaxupé
UF : MG
Data : 24/01/2019 17:38:51

Assunto: Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.

Boa tarde à todos! Sou [redacted] Médico de Família e Comunidade I Atuei no Rio de Janeiro entre 2010 e 2015, quando vim para o interior, Guaxupé-MG. Quanto as diferenças regionais da escassez de profissionais médicos e especialistas, isto já esta bem elucidada, no interior é menor e em muitos Estados da Federação também. Mas venho colocar uma reflexão para o mercado de trabalho.

Em relação a busca da especialidade médica ideal, acredito que todas se somam, mas a busca envolve vários fatores: financeiros, status e reconhecimento pessoal.

A falta ou excesso da especialidade médica depende da demanda criada na sociedade ou a verdadeira demanda que a sociedade necessita.

Sobre o ganho financeiro, como reconhecimento profissional, existe formas de trabalhar a economia e finanças para conseguir satisfação e continuar aprimorando saberes para melhor reconhecimento profissional.

Dessa forma acredito que a busca de uma especialidade está vinculada muito mais a satisfação pessoal do que o reconhecimento financeiro. Pois a medicina traz grandes satisfações e um reconhecimento financeiro sustentável.

[Comentar Mensagens](#)

Tipo : Participante
Cidade : Porto Alegre
UF : RS
Data : 24/01/2019 16:44:06

Assunto: Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.

“ Boa tarde [redacted], muito interessante as suas colocações. Aproveito para perguntar se além do pré-natal, teriam outros exemplos de procedimentos/atividades de outras especialidades médicas que, na sua opinião, poderiam ser realizados por médicos qualificados na APS, e assim aumentar a resolutividade e aliviar situações de escassez de especialistas?

Aqui onde trabalho temos uma estrutura boa, bem diferente da realidade de muitas unidades de saúde de Porto Alegre. Distoa, mas eu penso que deveria ser o usual para o trabalho poder ser feito com qualidade. Aqui conseguimos inserir DTU, fazer pequenos procedimentos ambulatoriais (mas poderíamos fazer muito mais se tivéssemos fluxos de anatomopatológico, não conseguimos fazer exatete de lesões por conta disso), algumas infiltrações articulares quando indicadas. Atendemos muitos pacientes de saúde mental, muitos mesmo. Tive muito preparo para isso na minha residência, acabamos precisando encaminhar somente os casos graves para o psiquiatra. Mensalmente um psiquiatra vem até a nossa unidade e discute os casos mais complexos, nos matriciando em relação a medicações, o que ajuda muito. O médico de família precisa ter acesso aos outros especialistas, canais de discussão. Muitas coisas se resolvem com uma conversa por telefone, até por mensagem de celular. Como generalistas, sempre há detalhes e peculiaridades com as quais não estamos familiarizados. Hoje, com sistemas como o Telessaúde, muitos encaminhamentos são evitados quando há alguém com experiência em determinada área para tirar uma dúvida, que às vezes é simples.

[Comentar Mensagens](#)

Diálogo Online.

[Voltar Página Inicial](#)

Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.
Arranjos de escopos de prática e organização do trabalho.
Modalidades de formação de especialistas.

Tipo : Participante
Cidade : Boa Vista
UF : RR
Data : 23/01/2019 13:03:22

Assunto: Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.

“ Bom dia,
Me encontro no último ano da residência médica em psiquiatria e pretendo fazer a subespecialidade em infantil par ser psiquiatra da infância e adolescência.
acho que quando olhamos para os não especialistas deveríamos refletir os motivos por não fazer a residência médica: carga horária extensa a ser cumprida, cerca de 60 horas/semana associada à baixa remuneração da bolsa fornecida atualmente (R\$2.964,00 livre). O que faz com que o médico residente tenha que dar plantões por fora, o que torna ainda mais difícil esta jornada.
Infelizmente, alguns especialidades são mais procuradas e têm também menos vagas ofertadas pelo programa de residência médica, mas muitas destas escolhas são baseadas em remuneração e qualidade de vida pos término da residência.

[redacted] concordo com tua mensagem acredito que como professora e pelo anos de experiencia deveríamos atentarmos mais para a qualidade e nao quantidade, somos adultos e a forma como aprendemos, depende de nossos interesses, se precisamos adquirir conhecimentos e porque vamos colocar em pratica com os pacientes e não para dizer que temos um título, a final e nosso crm que estaria em jogo.

[Comentar Mensagens](#)

Tipo : Participante
Cidade : Boa Vista
UF : RR
Data : 23/01/2019 12:57:19

Assunto: Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.

Bom dia , Sou [redacted] Clínica Geral com Residência em Medicina de Família eComunidade e tenho graduação em psicologia e Terapeuta holística (Reiki, Auriculoterapia, Barra de Access ,Biomagnetismo e meditação). Sou de Boa Vista Roraima , aqui realmente a distribuição de vagas as diferentes especialidades, varia e até porque o incentivo economico e a sobrecarga de trabalho exigido nao combinam. Sendo um estado em crescimento e tendo hospitais com infraestrutura e condicoes inadequadas impede o qualidade de desenvolvimento, e das opções de residencias.

[Comentar Mensagens](#)

Tipo : Participante
Cidade : Olinda
UF : PE
Data : 23/01/2019 11:55:32

Assunto: Desequilíbrios e desigualdades na oferta e distribuição de especialidades.

Bom dia,
Me encontro no último ano da residência médica em psiquiatria e pretendo fazer a subespecialidade em infantil par ser psiquiatra da infância e adolescência.
acho que quando olhamos para os não especialistas deveríamos refletir os motivos por não fazer a residência médica: carga horária extensa a ser cumprida, cerca de 60 horas/semana associada à baixa remuneração da bolsa fornecida atualmente (R\$2.964,00 livre). O que faz com que o médico residente tenha que dar plantões por fora, o que torna ainda mais difícil esta jornada.
Infelizmente, alguns especialidades são mais procuradas e têm também menos vagas ofertadas pelo programa de residência médica, mas muitas destas escolhas são baseadas em remuneração e qualidade de vida pos término da residência.

[Comentar Mensagens](#)

D – Questionário do survey online