EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

Relatório Final

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde.

Belo Horizonte,

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde.

Relatório Final

Belo Horizonte

Fevereiro de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

Equipe de estagiários
Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos

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

1. Apresentação

O presente relatório tem por objetivo apresentar o resultado final das atividades previstas no "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde". O projeto é baseado em um termo de cooperação entre a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS).

O projeto em questão tem os seguintes escopos de ação:

(i) Em análise da força de trabalho em saúde objetiva analisar a composição, estrutura, tendências e perspectivas da força de trabalho e dos mercados das profissões de nível superior da área da saúde no Brasil e a identificação e descrição dos desequilíbrios entre a oferta e a demanda de força de trabalho e das iniquidades geográficas e distributivas;

(ii) Em planejamento da força de trabalho em saúde o projeto visa acercar-se do tema da projeção da força de trabalho, por meio da aplicação de técnicas e metodologias de projeção da oferta e a demanda de recursos humanos em saúde para as próximas décadas;

(iii) Em regulação das profissões de saúde visa a análise dos desenvolvimentos recentes e as tendências da regulação profissional na área da saúde, por meio do levantamento das demandas das diversas profissões e ocupações bem como das formas de sua apreciação e estudo comparativo de modelos de regulação profissional e tendências do regime internacional;

(iv) Em capacitação de gestores o projeto visa apoiar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde na capacitação técnica de gestores, divulgação de informações sobre recursos humanos em saúde e deliberação sobre temas de interesse por meio de oficinas, diálogos *online* e publicações.

2. Sumário

AÇÃO 1 – ANÁLISE DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: ESTRUTURA E DINÂMICA DAS OCUPAÇÕES E PROFISSÕES DE SAÚDE

Produtos		Apêndice
1	Publicação: "Escassez e Desigualdades na Distribuição da Força de Trabalho Médica no Brasil"	**APÊNCDICE A**
2	Publicação "As profissões de saúde de nível superior no Brasil entre 1991 e 2030"	**APÊNCDICE B**
3	Publicação "Demografia, mercado de trabalho e projeção das especialidades médicas"	**APÊNCDICE C**
4	Publicação "As ocupações de saúde de nível médio e técnico no Brasil entre 1991 e 2030"	**APÊNDICE D**

AÇÃO 2 – DESENVOLVIMENTO DE METODOLOGIAS DE PROJEÇÃO PARA O PLANEJAMENTO E A GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Produtos		Apêndice
1	Inclusão dos resultados das projeções de médicos (2015 a 2030) às publicações sobre análise da força de trabalho.	**APÊNCDICE A**
2	Documento técnico de revisão e sistematização das metodologias levantadas sobre dimensionamento e projeção da força de trabalho com foco em planejamento e gestão de RHS.	**APÊNCDICE E**
3	Inclusão dos resultados das projeções de profissões de saúde de nível superior (2015 a 2030) às publicações sobre análise da força de trabalho das profissões de saúde de nível superior.	**APÊNCDICE B**
4	Inclusão dos resultados das projeções de especialidades médicas (2015 a 2030) às publicações sobre análise da força de trabalho de especialidades médicas.	**APÊNCDICE C**
5	Inclusão dos resultados das projeções de profissões de nível médico e técnico (2015 a 2030) às publicações sobre análise da força de trabalho de profissões de nível médico e técnico.	**APÊNDICE D**

AÇÃO 3 – ACOMPANHAMENTO DA REGULAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Produtos		Apêndice
1	Atualização das demandas de regulação do exercício profissional através do sistema de consulta *online* da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado.	Atualização contínua no site da EPSM.
2	04 Documentos técnicos de reunião e classificação das demandas de regulação do exercício profissional.	**APÊNCDICE F**
3	Documento técnico: "Modelo de regulação das profissões de saúde no Brasil"	**APÊNCDICE F**
4	Documento técnico: "Modelos alternativos de regulação profissional".	**APÊNCDICE F**
5	Documento técnico: "revisão dos documentos sobre regulação do exercício das profissões de saúde no Brasil e comparação com os modelos de regulação de países desenvolvidos selecionados".	**APÊNCDICE F**
6	Documento técnico: "Proposta para criação de um Conselho Consultivo de Regulação das Profissões de Saúde".	**APÊNCDICE F**

AÇÃO 4 – COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA CAPACITAÇÃO DE GESTORES, DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES E CONDUÇÃO DE PROCESSOS DE DIÁLOGOS ONLINE.

	Produtos	Situação
1	Publicação do Atlas das profissões de saúde em plataforma online	Disponível no site da EPSM (ver detalhes no **APÊNDICE G**)
2	S*urvey online* sobre expansão de escopos de prática das profissões de saúde	**APÊNDICE G**
3	Diálogos *online* sobre mercado de trabalho em fonoaudiologia	Disponível no site da ESPM (ver detalhes no **APÊNDICE G)**

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

RELATÓRIO FINAL (APÊNDICE A):

ESCASSEZ E DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO MÉDICA NO BRASIL

Belo Horizonte

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde

Relatório Final (APÊNDICE A)

ESCASSEZ E DESIGUALDADE NA DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO MÉDICA NO BRASIL

Belo Horizonte, fevereiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários
Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

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

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1 – Brasil, 2000 e 2010: Distribuição do nº de ocupados em saúde*, discriminados por ocupações de saúde e não saúde. 28

Tabela 2 – Número de médicos no Brasil em 2010. 30

Tabela 3 – Postos de trabalho de médicos no Brasil, 2010. 31

Tabela 4 - Brasil, dez. 2010: Nº de especialistas em estabelecimentos de saúde, total e ajustado por FTE, e a razão por 100 mil habitantes, por especialidade. 35

Tabela 5 – Brasil, 2010. Número de e proporção de especialistas em estabelecimentos de saúde*, por região. 39

Tabela 6 - Evolução do número de cursos de medicina, vagas, inscritos no vestibular, ingressos, matriculados e egressos – Brasil, 1991 a 2011. 42

Tabela 7 – Brasil, 1991 a 2011: Evolução do percentual de não preenchimento de vagas, segundo profissões de saúde selecionadas. 45

Tabela 8 – Brasil, 2000 e 2010. Número, evolução e razão por 1.000 habitantes de vagas de Medicina, e evolução da população segundo região e UF. 49

Tabela 9 – Brasil 2000 e 2010: Número de vagas e de egressos de Medicina por região, natureza jurídica da Instituição de Ensino. 50

Tabela 10 – Distribuição do número de médicos* por condição de atividade e ocupação na semana de referência - Brasil, 2010. 53

Tabela 11 – Número de médicos ocupados na própria profissão* por posição na ocupação - Brasil, 2000 e 2010. 54

Tabela 12 – Brasil, 1993 a 2011: Total de admissões, desligamentos, saldo de admissões e desligamentos e vínculos ativos em 31/12 de médicos, por ano. 55

Tabela 13 – Brasil, 1993/94 a 2010/11: Razão entre o número de admissões por 1º emprego no ano e de egressos de medicina no ano anterior. 57

Tabela 14 – Brasil, 2002 – 2011. Remuneração média, desvio padrão e incremento bruto anual da remuneração média, em Reais, das admissões por primeiro emprego e dos estoques de vínculos ativos de médicos, em 31/12, por ano. 61

Tabela 15 – Brasil, 2012: Informações gerais sobre rotatividade, existência de posto vago e dificuldade de contratação de médicos na ESF, por região. 65

Tabela 16 – Brasil, 2012: Informações sobre dificuldade de contratação de médicos especialistas em hospitais privados - Brasil. 67

Tabela 17 – Brasil, 2010: Nº de médicos economicamente ativos e razão por 1.000 hab. por região e diferença absoluta em relação à razão geral do Brasil, Canadá e Reino Unido. 71

Tabela 18 – Brasil, dezembro de 2012: Distribuição dos municípios e da população brasileira, segundo critérios de designação e graus do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde. 82

Tabela 19 – Brasil, dezembro 2012: Distribuição dos municípios designados com escassez segundo indicadores que compõem o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde. 84

Tabela 20 – Brasil, dezembro de 2012: Distribuição dos municípios brasileiros, segundo graus do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde. 86

Tabela 21 – Matriz A, dados de migração – origem X destino. 92

Tabela 22 - Brasil, 2000 e 2010: Profissionais médicos por sexo e taxa média anual de crescimento (Por cem). 93

Tabela 23 – Brasil, 2000 e 2010: Número de médicos, distribuição relativa, razão de médicos por 10 mil habitantes e taxa média anual de crescimento (Por cem) comparada com o total da população, por UF. 96

Tabela 24 - Brasil, 2000: Profissionais médicos segundo região de residência no ano do Censo e cinco anos antes, imigrantes, emigrantes e saldo migratório. 99

Tabela 25 - Brasil, 2010: Profissionais médicos segundo região de residência no ano do Censo e cinco anos antes, imigrantes, emigrantes e saldo migratório. 99

Tabela 26 - Brasil, 2000: matriz de migração de médicos segundo Unidade da Federação para o quinquênio 1995/2000. 103

Tabela 27 - Brasil, 2010: matriz de migração de médicos segundo Unidade da Federação para o quinquênio 2005/2010. 104

Tabela 28 - Brasil, 2000 e 2010: Taxas líquidas migratórias (por cem) para a população médica, total e por sexo. 106

Tabela 29 – Brasil 2010-2030: Nº de médicos, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 116

Tabela 30 – Ceará, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio. 120

Tabela 31 – Minas Gerais, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio. 123

Tabela 32 – Pará, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio. 124

Tabela 33 – São Paulo, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio. 125

Quadro 1 – Nome, graus de mensuração e categorias dos indicadores componentes do Índice de Escassez de médicos em Atenção Básica. 81

Quadro 2: Estimativas de esperança de vida ao nascer para a população total e para os profissionais médicos, 2010 113

Lista de Figuras

Figura 1 – Representação da força de trabalho em relação à população total 12

Figura 2 – Brasil, 2010: Força de trabalho em saúde no Brasil. 29

Figura 3 – Brasil, 2000 e 2010: Composição etária e de sexo da população médica*. 32

Figura 4 – Brasil, dez. 2010: Proporção de especialistas em estabelecimentos de saúde, total e ajustado por FTE, por grupo de especialidade. 37

Figura 5 – Brasil, 1991 a 2011: Evolução do número de vagas e ingressos e percentual de não preenchimento de vagas de Medicina. 43

Figura 6 – Brasil, 1991 a 2011: Evolução do percentual de não preenchimento de vagas, segundo profissões de saúde selecionadas. 44

Figura 7 – Brasil, 1991/96 – 2006/11: Evolução de ingressos e egressos de Medicina e Taxa de Eficiência Terminal dos cursos. 47

Figura 8 – Brasil, 1994/93 a 2011/10: Evolução da razão entre admissões por 1º emprego e dos egressos da graduação no ano anterior de profissões de saúde selecionadas. 59

Figura 9 – Brasil, 2001/02 – 2010/11. Admissões por 1º emprego e incremento do salário real* de médicos no mercado formal no ano e egressos no ano anterior. 62

Figura 10 – Brasil, 1999 a 2011: Evolução do salário médio real* praticado no mercado formal, segundo profissões de saúde selecionadas. 63

Figura 11 – Brasil, 2012: Proporção de municípios segundo razões atribuídas à dificuldade de contratação de médicos na ESF. 65

Figura 12 – Brasil, 2012: Estratégias utilizadas pelos gestores municipais para fixação de médicos na ESF. 66

Figura 13 – Brasil, 2010: Razão por 1.000 hab. da população médica economicamente ativa por UF e comparação com razão geral do Brasil, Canadá e Reino Unido. 71

Figura 14 – Brasil, 2000 e 2010 - Profissionais médicos por UFs* nas Grandes Regiões - segundo sexo (Por cem). 94

Figura 15 – Brasil, 2000 e 2010: Taxas líquidas migratórias (por cem) para a população médica, total e por sexo. 107

Figura 16 – Equação compensatória. 111

Figura 17 – Brasil 2015 a 2030: Profissionais médicos economicamente ativos segundo grupos quinquenais de idade e sexo no cenário de projeção tendencial. 117

Sumário

Introdução 8

PARTE I - Aspectos conceituais e metodológicos 10

1. Aspectos conceituais e metodológicos 11

1.1. A Força de Trabalho em Saúde 11

1.2. A força de trabalho em saúde vista desde a perspectiva da oferta e da demanda 16

1.3. Definição de Macrossetor saúde 17

1.4. Sobre os dados e fontes utilizados 18

1.4.1. Censos Demográficos do IBGE 19

1.4.2. Relação Anual de Informações Sociais do MTE 21

1.4.3. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do MS 22

1.4.4. Censo da Educação Superior do INEP 24

PARTE II – Diagnóstico da escassez de médicos no Brasil 26

2. A estrutura da força de trabalho médica 27

2.1. Os médicos no contexto do Macrossetor saúde 27

2.2. O tamanho da força de trabalho médica 29

2.3. Composição demográfica 32

2.4. Distribuição por especialidade 33

2.5. Síntese 40

3. Sinais do mercado de formação de médicos 41

3.1. Evolução e aproveitamento das vagas ofertadas 41

3.2. Taxa de Eficiência Terminal da graduação em Medicina 46

3.3. Evolução e distribuição geográfica das vagas de Medicina 48

3.4. Síntese 51

4. Sinais do mercado de trabalho médico 52

4.1. Pleno emprego e crescimento ocupacional 52

4.2. Formalização do mercado de trabalho 53

4.3. Inserção de egressos de medicina no mercado formal de trabalho 56
4.4. Incremento dos salários 60
4.5. Dificuldade de contratação de médicos 63
4.6. Síntese 68
PARTE III – Distribuição espacial e migração médica no Brasil 69
5. Distribuição espacial dos médicos 70
6. O Índice de escassez de médicos na Atenção Básica de municípios brasileiros 74
6.1. Metodologia 76
6.1.1. Indicador de oferta de recursos humanos 77
6.1.2. Indicador de alta necessidade de saúde 78
6.1.3. Indicador socioeconômico 79
6.2. Construção do índice de escassez 80
6.3. Resultados 82
7. Movimento migratório de médicos por Unidade da Federação no Brasil (2000 e 2010) 88
7.1. Fonte de dados e Metodologia 90
7.2. A distribuição espacial dos médicos (2000 e 2010) 93
7.3. Os movimentos migratórios de médicos 97
PARTE IV – O futuro da força de trabalho médica no Brasil 108
8. Projeção do número total de médicos: estimativas para 2030 109
8.1. Metodologia e bases de dados 110
8.2. Cenários para o Brasil em 2030 114
8.3. Cenários para estados selecionados em 2030 118
Conclusão 126
Referências 132

Introdução

A presente publicação reúne um extenso conjunto de evidências do lado da oferta, da demanda e da operação e regulação do mercado de trabalho dos médicos no Brasil dos anos mais recentes, mais especificamente das décadas de 1990 e 2000. Evidências de desequilíbrios entre a oferta e demanda de médicos – situações de escassez e sobre oferta de força de trabalho são discutidas assim como as desigualdades na distribuição territorial-geográfica e entre especialidades. Realizamos também um exercício prospectivo sobre a oferta futura de médicos com previsões para as próximas décadas até 2030.

Demonstra-se que o mercado de trabalho médico no Brasil apresenta uma configuração perversa que combina: (i) aquecimento da demanda por força de trabalho e emprego médico nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (serviços públicos, contratados e conveniados) e na saúde suplementar; (ii) sinais de número insuficiente – escassez – de profissionais médicos para atender às crescentes demandas na atenção primária, mas também em diversas especialidades; e (iii) má distribuição geográfica (territorial) e funcional (entre especialidades) de profissionais médicos.

Em geral, a análise do mercado de trabalho médico exige a interpretação de um extenso conjunto de dados. Felizmente, existem muitas informações disponíveis no Brasil, tanto no que diz respeito a registros administrativos que notificam os postos de trabalho de médicos, assim como pesquisas diretas, de teor quantitativo ou qualitativo. Nenhuma fonte de informação está isenta de limitações e críticas, razão pela qual são usadas concomitantemente.

Igualmente complexo é o desafio político desse tipo de análise. A importância e centralidade da força de trabalho médica na prestação de serviços de saúde no país, frequentemente levam a usos equivocados das estatísticas para justificar, por um lado, que o número de médicos é suficiente ou mesmo superior ao necessário e, por outro lado, que há falta de profissionais no mercado. Entre os que defendem a ausência de escassez, frequentemente são utilizados como argumento a forte expansão das vagas de graduação em medicina na última década e os desequilíbrios na distribuição geográfica de médicos, como se o fato de estarem concentrados em determinadas regiões fosse sinônimo de excesso. No entanto, sem lançar mão de um parâmetro para o número ideal de médicos esta argumentação perde efeito. Além disso, a observação de sinais clássicos das análi-

ses econômica e sociológica do mercado de trabalho mostra que a tendência dos últimos anos é de melhoria das condições de trabalho e de aumento da dificuldade de contratação desses profissionais. Em outras palavras, ainda que mal distribuída e em expansão, a força de trabalho médica tem encontrado um mercado de trabalho favorável à sua inserção.

Para discutir a hipótese de que o mercado de trabalho médico está "aquecido", lançaremos mão de sinais clássicos para compreender a estrutura e dinâmica recentes da força de trabalho em questão. Primeiramente, pelo lado da estrutura, analisa-se sua composição demográfica, distribuição geográfica e condições de atividade, buscando identificar quantos médicos estão disponíveis para o trabalho e como sua conformação poderá afetar a demanda futura por profissionais. Pelo lado da dinâmica, apresentam-se as tendências da oferta de novos médicos provenientes dos cursos de medicina e o comportamento do emprego formal da categoria, com o objetivo de entender a absorção dessa mão de obra no mercado.

Esta publicação é parte do "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde", estabelecido a partir de Termo de Cooperação entre a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS). No âmbito do projeto, corresponde a atividades previstas na "Ação 1 – Análise da Força de Trabalho em Saúde: estrutura e dinâmica das ocupações e profissões de saúde" e "Ação 2 – Desenvolvimento de metodologias de projeção para o planejamento da força de trabalho em saúde".

PARTE I - Aspectos conceituais e metodológicos

1. Aspectos conceituais e metodológicos

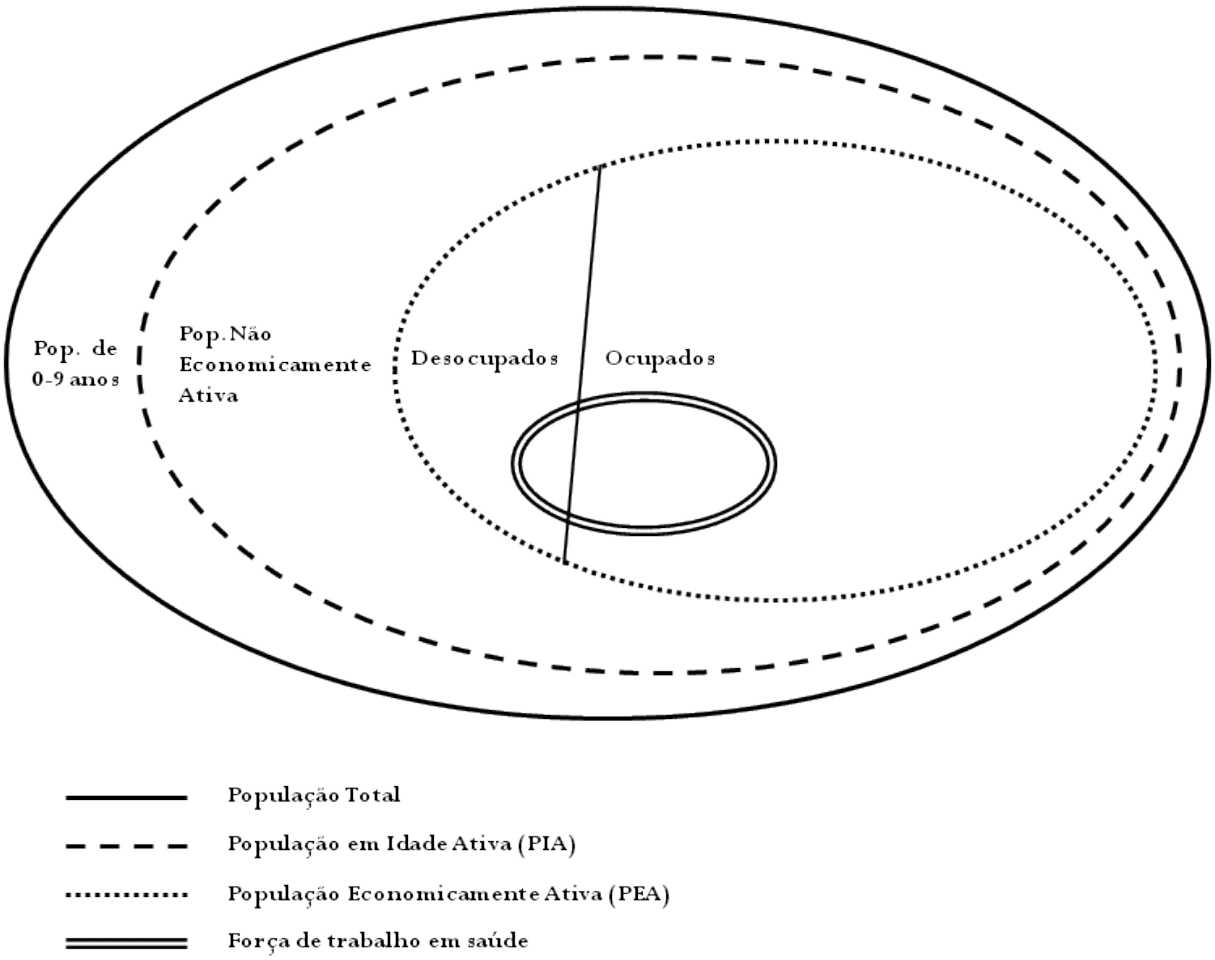
1.1. A Força de Trabalho em Saúde

O conceito de "força de trabalho", creditado a autores clássicos da economia política, é comumente utilizado para se referir ao conjunto de pessoas ligadas direta ou indiretamente a atividades econômicas em um determinado período. A definição moderna do termo é ao mesmo tempo conceitual e analítica e se constitui um consenso entre os principais autores que conceituaram a força de trabalho em saúde desde os anos oitenta. Tal definição é notadamente referida por um indicador, a População Economicamente Ativa (PEA) (Médici *et. al.*, 1991; 1992, Girardi, 1991). A força de trabalho geral, portanto, corresponde à PEA, definida pelo somatório entre ocupados e desocupados. Definem-se como ocupadas aquelas pessoas que em um período de referência, geralmente uma semana, encontram-se efetivamente trabalhando em atividades econômicas, recebendo ou não remuneração como contrapartida do trabalho. Já como desocupadas, consideram-se aquelas que, não estando ocupadas no período de referência, e estando disponíveis, procuraram por um trabalho[1] (Januzzi, 2004).

De forma análoga, a força de trabalho em saúde corresponde àqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços e atividades de saúde, isto é, aqueles que em um período de referência estavam ocupados prestando serviços de saúde ou procurando trabalho no setor (Nogueira, 1986; Médici *et. al.*, 1991; 1992). A Figura 1 esquematiza os conceitos aqui apresentados, permitindo não só compreender o que se definiu como força de trabalho em saúde, como também identificar sua posição em relação ao total da população, representada pelo círculo maior. Excluindo-se a população com idade entre zero e nove anos, temos a População em Idade Ativa (PIA), na linha tracejada. Desta última derivamos, na linha pontilhada, a PEA total, composta por ocupados e desocupados. O círculo menor, duplamente traçado, corresponde ao conjunto de pessoas ocupadas em serviços de saúde ou procurando trabalho no setor. Nota-se que a PEA saúde segue a mesma noção da PEA total e, ao mesmo tempo, está inserida nessa última.

[1] As pessoas não ocupadas e que não procuraram por trabalho no período de referência, desde que em idade ativa (10 anos e mais), são consideradas não economicamente ativas.

Figura 1 – Representação da força de trabalho em relação à população total



A noção da contagem de pessoas que direta ou indiretamente realizam serviços e atividades de saúde *per se* é limitada, é preciso destacar que aí se incluem todos aqueles que possuem ou não formação ou capacitação na área, bem como aqueles cujas atividades são realizadas ou não em estabelecimentos de saúde. A composição do setor, portanto, não se restringe aos trabalhadores e locais de trabalho ditos de saúde s*tricto sensu*, avançando para os limites de outros setores da economia e ocupações. Isso significa que a força de trabalho em saúde não está isolada, uma vez que estabelece relações de complementaridade e concorrência com o mercado de trabalho em geral (Girardi, 1986; Médici *et. al.*, 1991; 1992).

Elucidando esse ponto, é necessário diferenciar as profissões e ocupações de saúde com relação aos demais trabalhadores do setor. As profissões e ocupações de saúde se caracterizam por deter formação ou capacitação prática ou acadêmica específica para o trabalho em saúde. Entre as profissões e ocupações de saúde distinguem-se as ocupações regulamentadas das não regulamentadas, sendo que as regulamentações variam

desde o simples reconhecimento e identidade ocupacional no mundo do trabalho (por exemplo, o seu reconhecimento como ocupação singular na Classificação Brasileira de Ocupações) até a detenção legal de prerrogativas monopólicas ou de direitos exclusivos sobre escopos de prática (atos privativos ou exclusivos) e autorregulação ou regulação de pares por meio de Conselhos Profissionais com autoridade pública delegada. Conforme Girardi, Fernandes Jr e Carvalho (2000) as ocupações de saúde podem ser assim classificadas:

- **Ocupações regulamentadas**, que contam com algum tipo de reconhecimento e delimitação do exercício profissional, podendo ser desde a presença na lista da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), como é o caso dos Ortoptistas, Acupunturistas, Quiropraxistas, Cuidadores de Idosos, entre outros; ou a existência de currículos mínimos de formação, padronizados e reconhecidos pelo sistema educacional (auxiliares e técnicos de diversas áreas da saúde); até as profissões autorreguladas com existência de um sistema fortemente regulado, representado pelos Conselhos Profissionais, que detêm poder de fiscalização e autorregulação, como é o caso das profissões de Médico, Cirurgião-dentista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, etc.
- **Ocupações não regulamentadas**, segmento que inclui um contingente variável de pessoal com funções de saúde, seja no tratamento e no cuidado de pacientes com sofrimento físico ou mental, seja nas atividades de apoio diagnóstico e terapêutico. Aqui se incluem ocupações tradicionais como as assim chamadas “parteiras tradicionais”, as benzedeiras, os herbalistas e, no limite, os ocupados em atividades ilícitas como o aborto, mas também se incluem ocupações emergentes, as profissões ditas "alternativas" ou não ortodoxas (também chamadas práticas alternativas e complementares).

A atividade desses profissionais, portanto, regulamentadas ou não, pode ser considerada de saúde independentemente de serem realizadas em estabelecimentos da área, pois o que define sua participação como força de trabalho em saúde é a natureza da habilidade requerida para a ocupação (op. cit.).

O contrário também se aplica. As pessoas que, mesmo não sendo profissionais de saúde, trabalham ou procuram por trabalho em serviços e atividades da área – administração, recepção, limpeza, manutenção de equipamentos, entre outras – também compõem o setor, são os outros trabalhadores da saúde. O mais importante nessa defini-

ção é o vínculo de trabalho no setor, não importando a formação ou capacitação do indivíduo. Mas aqui também se aplica a distinção entre as ocupações não reguladas e as profissões regulamentadas, com prerrogativas de autorregulação ou não. Administradores, engenheiros e economistas, por exemplo, são considerados trabalhadores/profissionais do setor com prerrogativas de autorregulação, formação de nível superior e a natureza de sua ocupação não limita seu exercício aos serviços e atividades de saúde, podendo ser realizada em outros setores econômicos. O que se denomina como trabalhador de saúde ou de força de trabalho em saúde é a soma entre os profissionais e os outros trabalhadores de saúde (Médici *et. al.*, 1991; 1992).

Além da composição, outro aspecto relevante que merece ser discutido sobre a força de trabalho em saúde se refere aos traços distintivos em relação ao mercado de trabalho geral, que estão mais ou menos relacionados (Girardi, 1999). O primeiro deles é que se trata de um setor constituído por **atividades eminentemente intensivas em mão-de-obra**, a despeito do ritmo acelerado com que novas tecnologias são introduzidas à prática e aos processos de trabalho do setor. Isso significa que o incremento e ou inovação de tecnologias não elimina a necessidade de trabalho. Ao contrário, diferentemente do que se observa em outros setores econômicos, tal incremento costuma exigir novas qualificações e aumentar a demanda por trabalhadores.

O segundo traço distintivo do setor é o **alto nível de regulamentação das ocupações e profissões**. No mesmo passo em que as atividades de saúde são intensivas em mão-de-obra são também atividades que de uma maneira geral exigem um grau maior e um número maior de ocupações com qualificação em termos técnicos e ético-morais para o seu exercício, em função dos maiores riscos de danos às pessoas envolvidos nas praticas de saúde. Nesse sentido, criam-se barreiras de entrada, e por esse motivo parte significativa da força de trabalho escapa em grande medida aos mecanismos autorregulatórias dos mercados. Além do mais é este, seguramente, o setor com o maior número de profissões com prerrogativas de autogoverno/autorregulação entre todos os ramos e setores da atividade socioeconômica. As corporações profissionais, as universidades e o sistema educativo têm papel de extrema relevância na definição da oferta e padrões de qualidade da força de trabalho, perfis ocupacionais e pré-requisitos de qualificação, limitando o poder de negociação nas relações de trabalho.

Um terceiro traço que pode ser identificado, e que parece derivar dos dois primeiros, é o **alto grau de participação de autônomos** (tradicionais, os chamados profis-

sionais liberais e, autônomos de segunda geração, a exemplo dos consorciados em cooperativas e em sociedades, como pessoa jurídica) **e pequenos empregadores** no setor. Justamente pela presença significativa e abrangente de organizações formais e tecnologias complexas e de alto custo, é que se afirma ser o trabalho em saúde marcado pela forte presença numérica de profissionais liberais de grande tradição (médicos, dentistas, farmacêuticos, etc.) e de alta regulamentação. Além da forte presença quantitativa desse tipo de profissional, há que se destacar, porém, que a figura do trabalhador "conta-própria", associada à independência, irregularidade, informalidade, baixa ou nenhuma regulamentação e baixa remuneração, não se aplica diretamente aos "liberais" de saúde. Em outras palavras, de forma distintiva em relação ao mercado de trabalho geral, o alto grau de participação de autônomos e empregadores no setor saúde não se traduz necessariamente em alto grau de precariedade do trabalho.

O quarto traço distintivo é a **forma peculiar de inserção do setor na economia**, que o caracteriza para além dos limites dos mercados autorreguláveis. A alta associação dos serviços de saúde aos objetivos de equidade dos sistemas de bem-estar social e a intensa incorporação científico-tecnológica ao processo de trabalho, distantes e opostas à lógica de atuação dos mercados definem, em larga escala, as regras relativas à mão-de-obra. Assim como destacado em relação à regulamentação das ocupações e profissões, instituições que respondem pelos sistemas de bem-estar social e inovação tecnológica, notadamente a saúde pública, seguridade social, universidades e institutos de pesquisa, lançam um peso importante na definição dos campos de trabalho, configurando-se como sistemas de regulação extra mercado da força de trabalho.

O quinto e último traço distintivo da força de trabalho em saúde é a **preponderância da força de trabalho feminina**. A vocação feminina do setor é uma evidência observada em todo mundo, especialmente em serviços relacionados ao cuidado direto das pessoas, como a enfermagem. Revela-se, portanto, a existência de uma questão de gênero como constituinte das atividades do setor, haja vista a associação entre mulher e cuidado existente em nossa sociedade. Essa preponderância vem aumentando recentemente, especialmente em ocupações de nível superior de tradicional concentração masculina, como medicina e odontologia.

1.2. A força de trabalho em saúde vista desde a perspectiva da oferta e da demanda

Como qualquer outro tipo de força de trabalho, a saúde pode ser estudada pelo prisma da oferta e da demanda. Por um lado, "a oferta se refere à totalidade de pessoas que estão trabalhando e buscando oportunidades de trabalho no setor, mesmo que tenham ingressado recentemente no mercado (por exemplo, os jovens recém graduados) ou aqueles que se encontram em trânsito de um emprego ou ocupação para outra, ou ainda, porque tiveram anteriormente formas de exercer sua profissão de forma parcial (...), e veem-se obrigados a vender uma parte da totalidade de suas horas de trabalho no mercado" (Girardi, 1986). A demanda, por sua vez, "se refere à totalidade de postos ocupados ou vagos, proporcionados por empresas ou instituições do setor." (Nogueira, 1986).

"Para ter uma melhor compreensão da dinâmica da oferta da força de trabalho na saúde, pode-se dividir em dois segmentos esquemáticos: o primeiro agrupa-se os profissionais da saúde formalmente reconhecidos pelo sistema educacional. Neste caso, tanto o volume, como a estrutura da oferta estão basicamente regulados pelas "potencialidades" do sistema formador, pressionados de um lado pelas demandas sociais, demográficas e politico-ideológicas e, por outro lado, pelas necessidades da estrutura produtiva. O segundo segmento, pode-se agrupar o imenso contingente de pessoas que ingressam no setor, sem nenhum nível de qualificação ou preparação prévia. Neste caso, tanto o volume como a estrutura da oferta podem variar em limites bastante amplos, de acordo com o desempenho conjuntural e da capacidade de geração de empregos ou ocupações nos diversos ramos da atividade e setores da economia, em um momento histórico dado." (Girardi, 1986).

Também, o volume e a estrutura da demanda pela força de trabalho na saúde, refletem as formas concretas da organização da prestação de atenção à saúde. "Baixo impacto das alterações da estrutura do processo de trabalho em saúde e das mudanças tecnológicas, se produzem modificações qualitativas e quantitativas na estrutura da demanda da oferta de trabalho, determinadas pela nova composição da divisão técnica dos mesmos. Além do mais a intensidade e a direção que assumem as políticas sociais e o papel do Estado na implantação, em cada conjuntura histórica, faz variar, de maneira importante, a demanda pela força de trabalho em saúde" (Girardi, 1986).

Por último, a dinâmica do emprego em saúde (espaço de encontro entre a oferta e demanda efetivas da força de trabalho) está, todavia, fortemente delimitada por um conjunto de fatores tecnológicos, organizativos e institucionais, poucos estudados no Brasil. O estudo das relações entre esses fatores produtivos e a produção efetiva de serviços, é de extrema relevância para o conhecimento da estrutura e composição técnica dos serviços em saúde.

1.3. Definição de Macrossetor saúde

O dimensionamento do número de profissionais e outros trabalhadores de saúde, ou de profissões e ocupações que podem ser contadas como atividades econômicas de saúde, passa pela definição dessas atividades, então agrupadas no denominado Macrossetor Saúde (Zayen *et. al.*, 1995; Nogueira e Girardi, 1999). Em uma primeira aproximação, as atividades do Macrossetor podem ser entendidas apenas como aquelas de prestação de serviços de saúde, as quais, por sua vez, incluem a função de prestação de serviços de saúde em estabelecimentos assim denominados.

O conceito de Macrossetor, porém, amplia essa noção, abrangendo trabalhadores tais como os que (i) prestam serviços de saúde em estabelecimentos cuja atividade econômica não está vinculada com a saúde (por exemplo, médicos e pessoal de enfermagem dos serviços próprios de empresas industriais e serviços de medicina do trabalho); (ii) exercem atividades não caracterizadas como prestação de serviços pessoais, mas que estão especificamente voltadas para a saúde (por exemplo, atividades de saneamento, saúde animal, ensino de saúde ou de administração da saúde pública); (iii) e dedicam-se a atividades de produção e venda de bens relacionados com a saúde (por exemplo, fabricação e venda de medicamentos e equipamentos médicos e odontológicos e comercialização de seguros e planos de saúde).

Portanto, o conceito ampliado de atividades de saúde, isto é, de Macrossetor Saúde, refere-se ao conjunto de profissionais, e outros trabalhadores em:

i. Atividades em estabelecimentos de saúde cuja finalidade é a prestação de serviços de saúde;
ii. Atividades de prestação de serviços de saúde, independentemente da finalidade do estabelecimento – incluem *i* e serviços de saúde às pessoas em estabelecimentos “não saúde”;

iii. Atividades em qualquer setor da economia que estejam relacionadas com serviços de saúde – incluem *i* e *ii* e promoção da saúde

Tal definição, em termos empíricos, exige o conhecimento dos limites impostos pelos sistemas de classificação de atividades e ocupações e das próprias fontes de dados disponíveis no Brasil. Sua aplicação pode ser vista de diferentes maneiras na literatura (Zayen, 1995; Girardi e Carvalho, 2002) e mesmo sem citar o termo Macrossetor Saúde (Dedecca *et. al.*, 2005; Dedecca, 2008). De comum entre os diversos trabalhos é e o uso de registros administrativos do governo brasileiro e pesquisas censitárias e amostrais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em função disso, a seleção das atividades, profissões e ocupações da saúde nestes trabalhos é feita por meio das classificações oficiais brasileiras: Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE (CONCLA, 2007) e da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (MTE, 2000; 2010).

1.4. Sobre os dados e fontes utilizados

Com exceção dos levantamentos censitários, informações sobre o número de profissionais e outros trabalhadores da saúde podem ser obtidas no Brasil basicamente nos registros administrativos dos conselhos profissionais[2], do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e do Ministério da Saúde (MS). Além disso, também são utilizados levantamentos censitários e amostrais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na área da formação são consultados os levantamentos do Instituto Nacional de Pesquisas e Estudos Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação e Cultura (INEP/MEC).

Conceituar e mensurar a força de trabalho em saúde, em certa medida, significa fazer sua caracterização empírica, levando em consideração os limites impostos pelos dados e fontes brasileiros. Em geral, a utilização de uma única fonte de informações produz efeitos analíticos incompletos para a contagem do tamanho do setor. Quantos são os profissionais e outros trabalhadores de saúde, é uma pergunta que só pode ser

[2] Os registros dos conselhos profissionais são consultados para dimensionar o estoque de profissionais ativos. No entanto, os dados correspondem aos profissionais habilitados ao exercício e não descriminam os que atuam diretamente em serviços de saúde, isto é, os efetivamente ocupados ou que procuram trabalho em atividades econômicas de saúde.

respondida através do exame dessas informações, explorando limites e possibilidades das mesmas. Compõe o rol de fontes secundárias utilizadas neste estudo:

(i) Censos Demográficos de 2000 e 2010 do IBGE;

(ii) Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do MTE, de 1993 a 2011;

(iii) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS dos meses de dezembro de 2010 e 2012.

(iv) Censo da Educação Superior (CES) do INEP, de 1991 a 2011.

As fontes consultadas foram tratadas em sua maioria através dos microdados disponibilizados por meio de convênios com os gestores das bases, em alguns casos de forma inédita para esta publicação e, em outros, através da sistematização de material já publicado através de relatórios de pesquisas realizadas pela EPSM ao longo do biênio 2010-2012. São eles:

(i) "Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil" (Girardi *et. al.*, 2012a);

(ii) "Identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil" (Girardi *et. al.*, 2012b);

(iii) "Monitoramento do emprego na Estratégia de Saúde da Família – 2012" (Girardi *et. al.*, 2012c);

(iv) "Informações sobre mercado de trabalho em saúde: conceitos, bases de dados e indicadores" (Girardi *et. al.*, 2012d).

Na sequência, apresenta-se uma breve nota sobre as principais fontes utilizadas e como elas foram tratadas.

1.4.1. Censos Demográficos do IBGE

O Censo Demográfico do IBGE contém informações sobre habitação, trabalho e rendimentos e aspectos educacionais e demográficos, como migração e fecundidade, sobre a totalidade da população residente no território nacional. Neste sentido, as unidades de análise são o domicílio e seus moradores. Do ponto de vista da coleta dos dados, são utilizados dois questionários, (i) do universo, aplicado à totalidade da população, contendo características básicas do domicílio como tipo e condição do domicílio e saneamento básico; e dos moradores, como sexo, idade, se sabe ler e escrever, rendimento e nível de escolaridade; (ii) e o questionário da amostra, baseado em uma amostra proba-

bilística correspondente a algo em torno de 10% dos domicílios em cada município com população estimada de até 15.000 habitantes e 20% nos demais municípios, contendo informações mais detalhadas, tanto sobre o domicílio quando para seus moradores. O Censo possui abrangência geográfica para o Brasil, grandes regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas, municípios e setores censitários, menor unidade geográfica criada para fins de controle cadastral da coleta (Faveret, 2009; IBGE, 2003).

Do ponto de vista da análise sobre recursos humanos no total da economia e no setor saúde, especificamente, só é possível utilizar o questionário da amostra, pois não se coletam dados de trabalho no questionário básico. Apesar disso, a amostra de 10% a 20% em cada município permite a utilização de indicadores, bem como a expansão da amostra com vistas a produzir números absolutos da oferta de recursos humanos em cada ocupação e profissão. Destaca-se, ainda, que é a única fonte de informação regular pública capaz de cruzar informações de formação do indivíduo e posição no mercado de trabalho permitindo identificar, por exemplo, a proporção de formados em cursos superiores da área da saúde que não estão trabalhando na área e ou na sua profissão. O principal limite do Censo é a periodicidade de atualização, que é decenal, o que pode ser minorado, em alguma medida, por estimativas. Outro problema é que o mesmo não permite análise setorial e ocupacional por vínculo de trabalho, para aqueles com mais de dois trabalhos na semana de referência.

Neste estudo, os Censos Demográficos de 2000 e 2010 foram utilizados para a contagem do número de médicos residentes no Brasil e para análise das tendências de composição demográfica e de distribuição geográfica. Os médicos foram identificados a partir de dois critérios: (i) se o residente no país por ocasião da coleta censitária possuía graduação em medicina de acordo com o último curso superior de graduação concluído[3]; e ou (ii) se o residente estava ocupado no trabalho principal da semana de referência como médico geral ou médico especialista[4]. As duas condições podem ser coincidentes ou não, seja pela identificação de indivíduos formados em medicina, mas não ocupados como médico, ou o contrário, ocupados como médicos sem informação

3 Código 721 da variável de cursos superiores, V6352, no Censo 2010 e V4534, no Censo 2000.
4 No Censo 2010, códigos 2211 e 2212 da variável ocupação, V6401. No Censo 2000, código 2231 da variável ocupação, V4452.

de formação em medicina[5]*. Foram excluídos os casos com idade e escolaridade inconsistentes.*

1.4.2. Relação Anual de Informações Sociais do MTE

A RAIS é um registro administrativo do Ministério do Trabalho e Emprego, de âmbito nacional e periodicidade anual. É considerado o Censo do mercado formal brasileiro. Os dados são prestados por todos os estabelecimentos empregadores do país que devem declarar os empregos celetistas (CLT); servidores da Administração Pública; trabalhadores temporários ou com Contrato de Trabalho de Prazo Determinado, de acordo com as legislações específicas dos estados e municípios; entre outros. Os dados são desagregáveis por Brasil, região, UF e município (Faveret, 2009; MTE, 2012).

A partir da análise dos dados da RAIS, é possível conhecer, de forma descritiva, o estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro de cada ano segundo sexo, faixa etária e graus de escolaridade do empregado, além de características gerais do trabalho como rendimentos, tempo de serviço, tipo de vínculo, atividade econômica segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), ocupação segundo CBO, horas semanais contratadas, entre outros. Além do estoque de empregos, dispõe-se também dos fluxos de mercado de trabalho por tipo de admissão e causa do desligamento (*op. cit.*).

A utilização da RAIS para análise de recursos humanos em saúde tem sido de extrema importância, uma vez que os empregos no setor saúde já representam em torno de 11% da economia formal. Do ponto de vista metodológico, faz-se necessário cotejar informações referentes ao emprego em saúde, o que deve ser feito através da identificação de atividades econômicas e ocupações. O uso da RAIS, nesse sentido, é limitado, pois está sujeito aos problemas de definição de algumas atividades e de compatibilização de ocupações entre diferentes períodos da série histórica disponível. Além disso, também é limitado por se restringir ao mercado formal e aos vínculos de emprego, ou seja, não é possível contar o estoque de profissionais e trabalhadores, somente o de empregos e, mesmo assim, excetuando aqueles localizados na economia informal.

5 Nesta segunda possibilidade não há inconsistência, pois a informação sobre formação se refere ao último curso superior de graduação concluído, aplicável aos entrevistados que possuíam graduação como o maior nível de formação. Nesse sentido, os ocupados como médicos sem informação de graduação em medicina são aqueles que fizeram outra graduação após a medicina e os que concluíram cursos mais elevados que o de graduação, mestrado e doutorado.

A RAIS foi tratada neste estudo com o objetivo de caracterizar a evolução dos empregos formais de médicos, que representam uma importante fatia do trabalho da profissão. Foram utilizados sinais sobre o comportamento do mercado de trabalho formal, desde o ponto de vista estrutural, mas também de fluxos de admissão e desligamentos e remuneração dos empregos de médicos[6]*. As informações históricas da RAIS também foram preciosas para entender o padrão de mortalidade de médicos, importante componente do modelo de projeção que será tratado no último capítulo.*

1.4.3. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do MS

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é um registro administrativo do Ministério da Saúde que abrange a totalidade dos estabelecimentos de saúde no país. O estabelecimento de saúde pode ser tanto um hospital quanto um consultório médico, uma clínica especializada, ou uma Secretaria de Saúde, entre outros. Sua estrutura inclui dados sobre a área física do estabelecimento, equipamentos, serviços e recursos humanos. Os dados são desagregáveis até o nível geográfico municipal e das ocupações a 6 dígitos segundo a CBO (Faveret, 2009; MS, 2006).

A coleta das informações é realizada diretamente pelos estabelecimentos através do preenchimento da Ficha de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde (FCES). O gestor responsável pelo cadastramento dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território pode optar por receber as informações dos estabelecimentos (internet, disquete, formulário) sendo o preenchimento do formulário feito pelo responsável. Deve ser feita uma verificação in loco pelo gestor, validando as informações prestadas. O gestor deve então encaminhar os dados ao DATASUS, que inclui esses no sistema. A certificação do processo de cadastramento do Estado fica sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. As FECS devem ser arquivadas também nos estabelecimentos de saúde e no departamento, serviço ou seção de controle e avaliação dos gestores (*op. cit.*).

No que se refere aos recursos humanos, é possível identificar no CNES, para cada indivíduo e vínculo de trabalho com o estabelecimento, a ocupação a seis dígitos segundo CBO, o número de horas trabalhadas (classificadas segundo horas dedicadas ao

[6] Foram definidos como empregos de médicos aqueles definidos segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). De 1991 a 2002, código 61; de 2003 a 2009, código 2231; 2010 e 2011, códigos 2251, 2252 e 2253.

atendimento ambulatorial, ao atendimento na internação, e as atividades administrativas ou de outra natureza), o tipo de vinculação, entre outros. Além disso, é possível cruzar as informações de recursos humanos com as características dos estabelecimentos, como natureza jurídica e nível de atenção (*op. cit.*).

Apesar dos diversos problemas dessa fonte, em especial o não versionamento da base e a falta de atualização das informações de profissionais que não prestam serviços ao SUS, trata-se da principal alternativa de dimensionamento da força de trabalho que presta serviços diretos de assistência à saúde. Nesse sentido, o CNES não se limita ao mercado formal de trabalho, como se verá em relação à RAIS, no entanto não é possível estabelecer uma análise para além das atividades de saúde em estabelecimentos de saúde. Profissionais de saúde prestando assistência em áreas da indústria e comércio, por exemplo, e profissionais de saúde que não estão exercendo sua profissão não podem ser contados através desta base.

Neste estudo, utilizaram-se dados do CNES dos meses de dezembro de 2010 e 2012, buscando um período de comparabilidade com as demais fontes trabalhadas. Os dados foram consultados com o objetivo de identificar o número de médicos com vínculos em estabelecimentos de saúde do país, bem como sua distribuição geográfica e composição por exercício de especialidades. A identificação dos médicos foi feita através da CBO a quatro dígitos e das respectivas especialidades médicas pela CBO a seis dígitos[7]*. Como os dados estão organizados em torno dos vínculos de trabalhadores com os estabelecimentos de saúde, um mesmo trabalhador pode possuir mais de um registro, o que, dependendo da análise realizada o mesmo pode ser contado mais de uma vez*[8]*. No caso da análise por especialidades, um mesmo médico foi contado uma vez para cada especialidade de prática registrada na totalidade dos estabelecimentos. Ao contrário de considerar a especialidade principal, esta opção se justifica por refletir melhor o comportamento das especialidades médicas no mercado de trabalho, em que um mesmo profissional responde por mais de uma especialidade. Ainda que exercida de forma coadjuvante, o trabalho em especialidades diferentes da principal implica em oferta real de trabalho na mesma. Além disso, não há uma necessária relação entre*

[7] Nos registros do CNES, especialmente em relação aos médicos, algumas ocupações a seis dígitos foram acrescentadas ao sistema de classificação da CBO. Em alguns casos, algumas especialidades, de natureza semelhante, foram agregadas.

[8] Os números apresentados para o total de médicos, no entanto, não apresentam duplicação.

exclusividade de prática com a existência de titulação na residência equivalente a especialidade.

1.4.4. Censo da Educação Superior do INEP

Pelo lado da formação de médicos, lançamos mão do Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC). Trata-se de um levantamento anual composto por uma série de dados que tecem uma radiografia sobre o nível superior no Brasil. Os dados são fornecidos diretamente pelas Instituições de Ensino Superior (Faveret, 2009; INEP, 2013). O Censo reúne, entre outros, dados sobre as IES em suas diferentes formas de organização acadêmica e categorias administrativas; os cursos de graduação presenciais ou à distância; os cursos sequenciais; as vagas oferecidas; as inscrições; as matrículas; os ingressos e concluintes, além de informações sobre as funções docentes. As informações referentes a ingressos, matrículas e egressos podem ser discriminadas por sexo e faixa etária. Para todas as variáveis, os dados podem ser desagregados por grande região, UF e municípios, podendo ainda ser analisados por IES e curso (*op. cit.*).

Seu principal limite é que as unidades de análise, pelo menos até o ano de 2008, se restringem às instituições de ensino e cursos, isto é, não são coletadas por aluno matriculado. A partir de 2009 os dados já passaram a ser coletados por aluno. Nesse sentido, não é possível conduzir estudos de trajetória educacional e possíveis cruzamentos do Censo com bases sobre mercado de trabalho com fins de estudos de trajetória ocupacional, na série histórica anterior a 2009. Além disso, por ser preenchido diretamente pelas instituições, são comuns alguns erros de digitação sobre o número de alunos nas diversas categorias de análise[9].

Neste estudo, optou-se por descrever a tendência da formação de médicos no país durante o período de 1991 a 2011. A identificação dos cursos de medicina foi feita através da variável "classe", derivada da classificação internacional de áreas de conhecimento da OCDE[10]. Na descrição gráfica e tabular dos dados, apresentam-se a evolução da oferta de cursos e vagas, inscritos no vestibular, ingressos no primeiro ano, total de matriculados e egressos. Para análise do aproveitamento dos cursos lan-

9 Os dados considerados discrepantes foram corrigidos após contato telefônico direto com a IES.

10 Organization for Economic Co-operation and Development.

çamos mão dos indicadores de proporção de não aproveitamento de vagas e a taxa de eficiência terminal da graduação de medicina.

PARTE II – Diagnóstico da escassez de médicos no Brasil

2. A estrutura da força de trabalho médica

2.1. Os médicos no contexto do Macrossetor saúde

- **A força de trabalho ocupada no Macrossetor Saúde corresponde a 7% do total de ocupados no Brasil, totalizando 6,049 milhões pessoas. Destes, os ocupados como médicos totalizam 266 mil profissionais no interior do setor saúde (atividades de assistência) e 19 mil em outros setores da economia (educação, indústria, comércio, etc.).**
- **Entre 2000 e 2010, as atividades do Macrossetor saúde apresentaram um crescimento de 5,5% ao ano (frente a 2,8% no total da economia), representando um aumento da demanda por serviços de saúde. Os médicos ocupados, no entanto, apresentaram crescimento inferior, de 4,7%.**

As duas últimas décadas no Brasil e, sobretudo, a segunda metade dos anos 2000, assistiram a um importante crescimento do mercado formativo de nível superior. Aliado a isto, uma importante recuperação do mercado de trabalho formal, após anos de crise da chamada reestruturação produtiva, foi observada. Em que pese o fato desta reestruturação não ter ocorrido *stricto sensu* Brasil, a abertura comercial do país nos anos 1990 foi decisiva para impulsionar um novo modelo econômico, no qual o setor de serviços passou a ter notória importância (Mattoso e Pochman, 1998).

Nesse contexto, as atividades de saúde estão entre aquelas que mais ampliaram a força de trabalho ocupada, a níveis muito superiores ao observado no total da economia. Entre 2000 e 2010, segundo os dados dos Censos Demográficos do IBGE (tabela 1), a força de trabalho ocupada em atividades do Macrossetor saúde apresentou crescimento de 5,5% ao ano, frente a 2,8% no total da economia. Entre as profissões e ocupações da saúde o aumento foi ainda maior, de 8,2% ao ano. Como observado para as atividades e profissões e ocupações da saúde, assistiu-se ao crescimento do número de médicos no Brasil durante a década de 2000, o que ocorreu principalmente pela expansão do ensino superior em medicina. Entretanto, apesar de superior à economia geral, o crescimento foi inferior ao do Macrossetor saúde, a saber, 3,4%. Especificamente os ocupados como médicos, o crescimento foi de 4,7% ao ano, um pouco menor que o total do Macrossetor saúde.

Tabela 1 – Brasil, 2000 e 2010: Distribuição do nº de ocupados em saúde*, discriminados por ocupações de saúde e não saúde.

	2000		2010		Incremento Geométrico
	N	%	N	%	
Pop. ocupada no Macrossetor Saúde	**3.536.862**	**100**	**6.049.479**	**100**	**5,5**
Ocupações de Saúde	1.476.226	41,7	3.236.060	53,5	8,2
*Médicos***	180.851	5,1	286.399	4,7	4,7
Ocupações não saúde	2.060.637	58,3	2.813.419	46,5	3,2
Núcleo do setor	**2.443.632**	**69,1**	**3.708.704**	**61,3**	**4,3**
Pop. ocupada no total da economia	**65.629.892**		**86.353.839**		**2,8**
% do Macrossetor no total da economia	**5,39**		**7,01**		

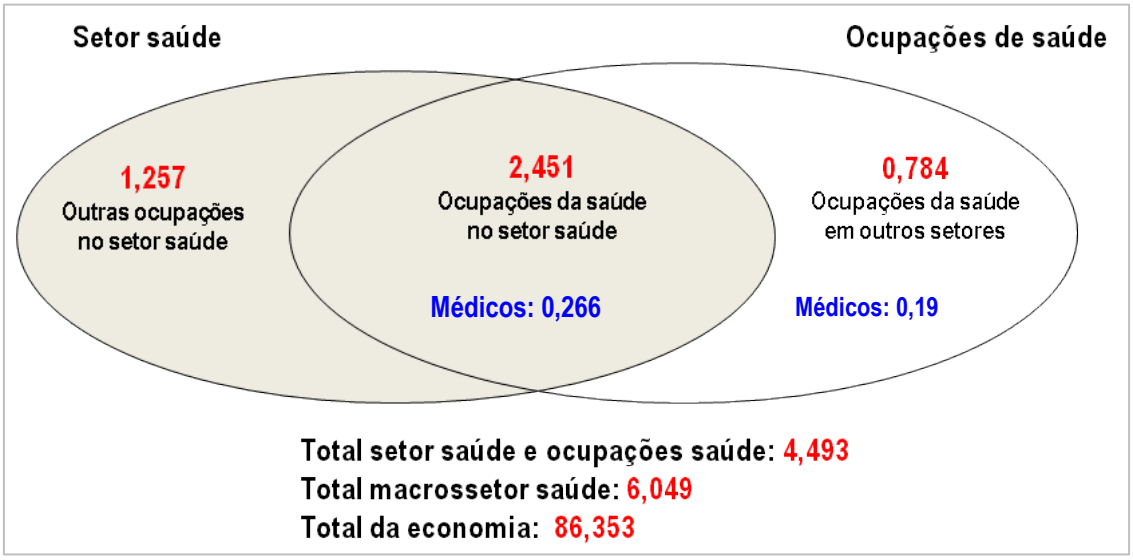
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos Censos Demográficos do IBGE de 2000 e 2010.
* No trabalho principal da semana de referência.
**Considera apenas os médicos ocupados na profissão, portanto, não são considerados os ocupados em outras ocupações, desocupados e não economicamente ativos.

O crescimento da força de trabalho ocupada no Macrossetor saúde pode ser explicado por vários fatores. Entre eles está o fato de que as atividades de assistência à saúde são eminentemente intensivas em mão-de-obra, isto é, quase exclusivamente dependentes de profissionais qualificados para prestação dos serviços (Girardi, 1999). Nesse sentido, o crescimento do setor é dependente da oferta de recursos humanos. Também pode estar relacionado ao aumento da demanda por saúde em um contexto de crescimento e envelhecimento da população brasileira (Carvalho e Garcia, 2003).

Destaca-se ainda a crescente demanda por serviços de saúde públicos e privados, bem como a ampliação do mercado formativo das profissões de nível superior e técnico. Nesse contexto citam-se a consolidação e ampliação da Estratégia de Saúde da Família – ESF, como uma política importante à descentralização e interiorização da assistência a saúde de nível básico (Girardi *et. al.*, 2010a), entre outras políticas específicas da área de recursos humanos tais como o Programa de profissionalização de trabalhadores da área da Enfermagem – PROFAE. No caso da saúde suplementar, verificou-se um crescimento no número de usuários de planos de assistência médica, fundamentalmente impulsionado pela ampliação do poder de consumo e empregabilidade da população brasileira (Neri, 2011).

Em 2010, a força de trabalho ocupada no Macrossetor Saúde correspondia a 7% do total de ocupados no Brasil (frente a 5,4% em 2000), totalizando 6,049 milhões pessoas (tabela 1 e figura 2). Destes, 4,493 milhões estavam ocupados em atividades de assistência direta à saúde, sendo 2,451 em ocupações de saúde (ou seja, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, agentes comunitários de saúde, etc.) e 1,257 em ocupações não saúde (funções administrativas, serviços gerais, limpeza e conservação, etc.). Além disso, 784 mil pessoas estavam em ocupações de saúde nas atividades industriais, de ensino, comércio, entre outras ligadas diretamente à área. Nesse contexto, 286 mil médicos estavam ocupados, sendo 266 mil profissionais no interior do setor saúde (atividades de assistência) e 19 mil em outros setores da economia (educação, indústria, comércio, etc.).

Figura 2 – Brasil, 2010: Força de trabalho em saúde no Brasil.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo Demográfico do IBGE de 2010.

2.2. O tamanho da força de trabalho médica

O cálculo do número de médicos é frequentemente feito a partir de um conjunto de bases de dados, buscando minimizar as dificuldades de contar os profissionais que estão efetivamente disponíveis para o trabalho na assistência à saúde ou em atividades a ela relacionadas. O Censo Demográfico se destaca, *a priori*, como a fonte que fornece o número total de médicos, estejam eles ocupados, desocupados ou não economicamente

ativos. No último levantamento, foi encontrada uma população médica de 355.583[11], dos quais 328.006 estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados) na semana de referência do Censo, contingente muito próximo ao número de médicos ativos segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) naquele ano, 364.757 (tabela 2)[12]. Do total de médicos, pode-se utilizar como estimativa do número de profissionais ocupados na assistência direta à saúde o dado do CNES que para dezembro de 2010 informava 276.802 pessoas, dos quais 239.312 possuíam vínculo com o SUS e 77.317 estavam em estabelecimentos de Atenção Básica em Saúde.

Tabela 2 – Número de médicos no Brasil em 2010.

Indicador/fonte	N
Médicos residentes no país (Censo IBGE) [a]	**355.583**
Médicos economicamente ativos [a]	***328.006***
Médicos com registro ativo no CFM [b]	**364.757**
Médicos ocupados em estabelecimentos de saúde (CNES) [c]	276.802
Médicos em atendimento pelo SUS [c]	239.312
Médicos em atendimento na Atenção Básica em Saúde [c]	77.317

Fonte: elaboração própria a partir de diversas fontes.

(a) Censo Demográfico do IBGE de 2010. O número de médicos é o de ocupados como médicos no trabalho principal da semana de referência ou cujo último curso de graduação foi em medicina. Além disso, aplicou-se critério de consistência de idade e escolaridade. O número de economicamente ativos corresponde aos que estavam ocupados ou procurando trabalho nos períodos de referência.

(b) CFM/CREMESP. Demografia médica no Brasil, 2011.

(c) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde de dezembro de 2010. O número de médicos em atendimento pelo SUS corresponde aos profissionais com pelo menos um vínculo em estabelecimento público ou privado conveniado; e o número de médicos em atendimento na ABS aos ocupados em Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde e Unidades Mistas.

No que se refere ao estoque de postos de trabalho, o CNES de dezembro de 2010 apontou a existência de quase 900 mil vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde (tabela 3). Em que pese os problemas de atualização da base, parcialmente reparado

[11] Pessoas que declararam possuir graduação em medicina ou que estavam ocupados no trabalho principal da semana de referência como médicos, sendo as duas condições não excludentes. Foi aplicado critério de consistência de idade e escolaridade.

12 Dados mais atualizados mostram que o número de médicos ativos no CFM aumentou para 396.709 em fevereiro de 2013.

nos últimos anos[13], este número é muito próximo da realidade do trabalho médico, com uma média de três postos de trabalho por profissional – isso sem considerar os vínculos fora da assistência à saúde e os subnotificados no registro no MS. Contam-se neste indicador não só os empregos formais, de estatutários, comissionados e celetistas, mas também os autônomos (intermediados ou não e em cooperativa) e, ainda, vínculos mais frouxos que descrevem a realização de procedimentos pontuais nos estabelecimentos de saúde. Destaca-se que mais de dois terços dos vínculos em questão são com o SUS, seja em estabelecimentos públicos (376.960) ou privados conveniados (258.989).

Tal situação de participação do setor público como principal empregador da força de trabalho médica, apesar da subnotificação do CNES no setor privado não conveniado ao SUS, também pode ser observada pelos dados específicos do mercado de trabalho formal através da RAIS. Aqui verificamos que 202.955 dos 280.426 vínculos formais de emprego estão em estabelecimentos públicos. Referimo-nos, neste caso, tanto ao setor de assistência direta à saúde, quanto os das atividades afins na indústria, comércio, ensino, entre outros.

Tabela 3 – Postos de trabalho de médicos no Brasil, 2010.

Indicador/fonte	**N**
Vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde [a]	**863.855**
Vínculos em estabelecimentos públicos de saúde	*376.960*
Vínculos em estabelecimentos privados conveniados ao SUS	*258.989*
Vínculos em estabelecimentos de ABS	*112.216*
Empregos de médicos na economia formal [b]	**280.426**
Empregos em estabelecimentos públicos	*202.955*

Fonte: elaboração própria a partir de diversas fontes.

(a) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde de dezembro de 2010. Os vínculos em estabelecimentos de ABS são aqueles em Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde e Unidades Mistas.

(b) Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) de 2010.

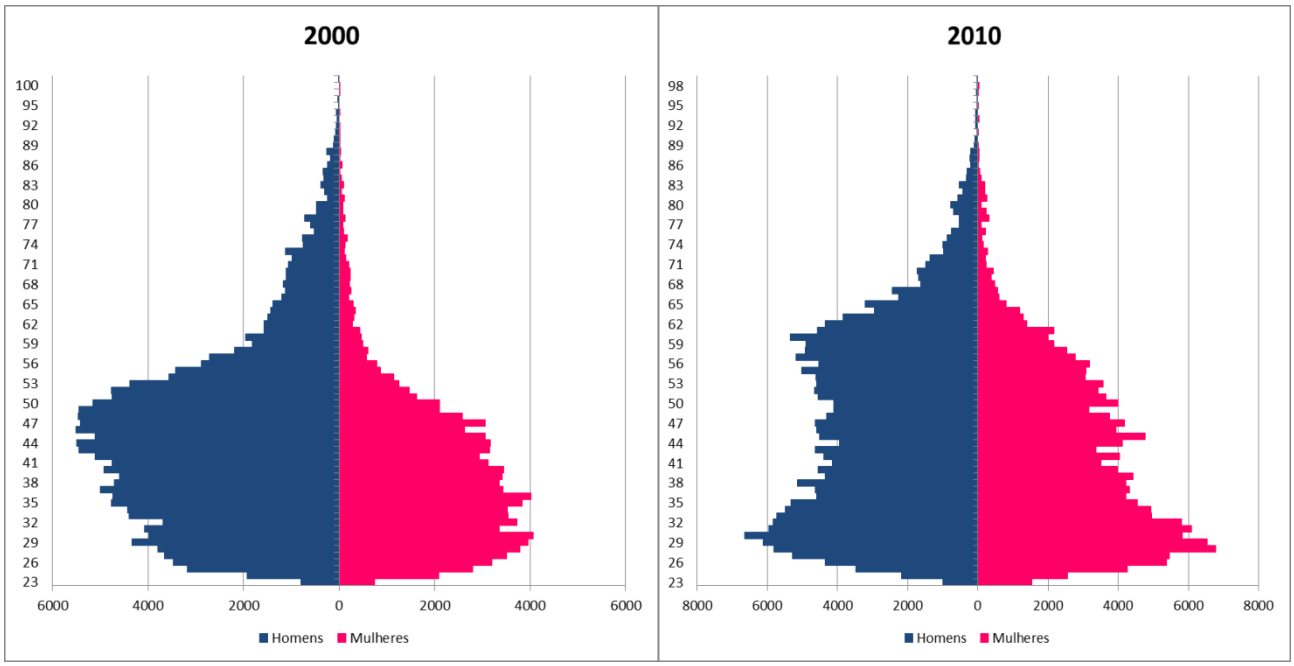
[13] A portaria 134 de 04 de abril de 2011 que disciplina o registro de múltiplos vínculos produziu importante efeito de consistência ao CNES, desde sua publicação.

2.3. Composição demográfica

- **A composição por sexo e idade da população médica na última década mostrou tendência de rejuvenescimento e feminização na base da pirâmide e de envelhecimento, no topo.**

Quanto à composição da população médica por sexo e idade, entre 2000 e 2010, as pirâmides etárias (figura 3) permitem afirmar que houve um rejuvenescimento da força de trabalho médica, como resultado do aumento de pessoas na base da pirâmide. Este crescimento é devido basicamente à abertura de vagas de medicina ao longo das duas últimas décadas e mostra ainda que ocorreu principalmente entre mulheres. O centro da pirâmide, faixas etárias entre 40 e 60 anos, revela-se mais estreito em relação à base, em função de uma menor oferta de profissionais provenientes do ensino superior entre as décadas de 1970 e 80, comparativamente às décadas posteriores. No topo, observa-se um envelhecimento da força de trabalho, principalmente masculino.

Figura 3 – Brasil, 2000 e 2010: Composição etária e de sexo da população médica*.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir a partir dos Censos Demográficos 2000 e 2010 do IBGE.

O envelhecimento e a feminização observados durante a década indicam pelo menos duas tendências para os próximos anos. Em primeiro lugar, o volume de saídas da força de trabalho, dado por morte ou aposentadoria definitiva, será maior do que no passado, o que deverá ocorrer não só em termos absolutos, mas também relativos. Note que entre 2000 e 2010 a proporção de médicos não economicamente ativos, em relação ao total, manteve-se praticamente a mesma, em torno de 7%, mesmo com o aumento no número de médicos com mais de 60 anos. Isso provavelmente não será sustentado. Em segundo lugar, o crescimento da participação feminina aponta para uma redução da carga horária média de dedicação ao trabalho, bem como do tempo médio de permanência no mercado de trabalho ao longo da vida. Os dois fatores mencionados certamente impulsionarão o crescimento da demanda por médicos.

2.4. Distribuição por especialidade

- **As especialidades com maior razão de profissionais por 100 mil habitantes, considerando a especialidade de exercício ocupacional equivalente a tempo completo, são as de Clínica Médica, Saúde da Família, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. As menores razões são as de Geriatria, Mastologia, Angiologia e subespecialidades cirúrgicas.**
- **Regionalmente, as especialidades de Atenção Básica (Saúde da Família e Clínica Médica) representam os maiores percentuais de médicos, em relação às demais especialidades. A composição entre especialidades clínicas, cirúrgicas e de medicina diagnóstica e terapêutica é muito parecida entre as regiões, com exceção do Sudeste que concentra um número maior de médicos exercendo especialidades clínicas.**

Neste tópico apresenta-se a distribuição de médicos segundo especialidades. Na Tabela 4, encontram-se os dados do número de médicos que possuíam pelo menos um vínculo em estabelecimento de saúde na especialidade em questão, segundo registro do CNES em dezembro de 2010. Como a cada vínculo de médicos nos estabelecimentos de saúde está atrelado um código de CBO, é possível identificar todas as especialidades de atividade que um único profissional exerceu até a menor desagregação (seis dígitos). Optou-se aqui por não escolher o vínculo da especialidade principal por não refletir o

comportamento das especialidades no mercado de trabalho, em que um mesmo médico se ocupa em mais de uma especialidade. Nesse sentido, a especialidade de exercício, assim como definida neste estudo, descreve o serviço prestado por um médico em um estabelecimento de saúde na especialidade e não a titulação do profissional na mesma. Ainda na Tabela 6, apresentam-se os dados do número de especialistas ajustados por tempo completo, isto é, FTE, em que cada 40 horas de serviço na especialidade são contadas como correspondentes a um especialista. Os dados foram também analisados em grupos de especialidades, a saber, Especialidades de Atenção Básica, Clínicas, Cirúrgicas, de Medicina Diagnóstica e Terapêutica e outras – segundo classificação elaborada em estudo anterior (Girardi et. al., 2012a) [14].

[14] Consultar o Apêndice A deste documento para classificação dos grupos de especialidades.

Tabela 4 - Brasil, dez. 2010: Nº de especialistas em estabelecimentos de saúde, total e ajustado por FTE, e a razão por 100 mil habitantes, por especialidade.

Grupo	Especialidade	Especialistas em est. de saúde*		FTE**	
		N	Razão	N	Razão
Atenção Básica	Médico Saúde da Família	34.890	18,29	36.254	19,01
	Clínica médica	118.691	62,23	66.726	34,98
Especialidades clínicas	Alergia e Imunologia	1.356	0,71	673	0,35
	Angiologia	2.741	1,44	1.239	0,65
	Cardiologia	17.549	9,20	12.469	6,54
	Cancerologia	5.613	2,94	3.161	1,66
	Dermatologia	7.334	3,85	5.083	2,66
	Endocrinologia e Metabologia	4.617	2,42	3.066	1,61
	Gastrenterologia	6.695	3,51	3.287	1,72
	Geriatria	1.986	1,04	966	0,51
	Infectologia	2.962	1,55	2.273	1,19
	Medicina Intensiva	9.711	5,09	5.019	2,63
	Nefrologia	4.137	2,17	3.599	1,89
	Neurologia	6.758	3,54	4.627	2,43
	Pediatria	38.197	20,03	32.473	17,03
	Pneumologia	4.036	2,12	2.537	1,33
	Psiquiatria	7.935	4,16	7.333	3,84
	Reumatologia	1.986	1,04	1.322	0,69
Especialidades Cirúrgicas	Cirurgia Cardiovascular	4.643	2,43	2.282	1,20
	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1.393	0,73	663	0,35
	Cirurgia do Aparelho Digestivo	2.833	1,49	930	0,49
	Cirurgia Geral	35.391	18,56	15.860	8,32
	Cirurgia Pediátrica	2.135	1,12	1.482	0,78
	Cirurgia Plástica	4.662	2,44	2.804	1,47
	Cirurgia Torácica	1.212	0,64	685	0,36
	Cirurgia Vascular	3.696	1,94	1.856	0,97
	Coloproctologia	1.991	1,04	1.023	0,54
	Ginecologia e Obstetrícia	33.039	17,32	28.221	14,80
	Mastologia	2.190	1,15	1.099	0,58
	Neurocirurgia	3.286	1,72	2.502	1,31
	Oftalmologia	11.547	6,05	10.738	5,63
	Ortopedia e Traumatologia	14.462	7,58	14.273	7,48
	Otorrinolaringologia	5.822	3,05	5.079	2,66
	Urologia	4.974	2,61	4.491	2,35

(continua)

(continuação)

Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica	Anestesiologia	16.962	8,89	14.191	7,44
	Hematologia e Hemoterapia	2.772	1,45	2.268	1,19
	Endoscopia	3.803	1,99	1.747	0,92
	Medicina Nuclear	736	0,39	533	0,28
	Nutrologia	385	0,20	153	0,08
	Patologia	4.063	2,13	3.472	1,82
	Radiologia e Diagnóstico p/ Imagem	15.036	7,88	11.042	5,79
	Radioterapia	754	0,40	545	0,29
Outras	Acupuntura	1.409	0,74	591	0,31
	Homeopatia	1.417	0,74	615	0,32
	Genética Médica	267	0,14	157	0,08
	Medicina Legal e Perícia Médica	382	0,20	139	0,07
	Medicina do Trabalho	3.706	1,94	1.472	0,77
	Medicina Preventiva e social	1.293	0,68	756	0,40
	Medicina do Tráfego	82	0,04	33	0,02
	Médico fisiatra	826	0,43	517	0,27
	Médico residente	11.296	5,92	12.425	6,51
	TOTAL	**283.145**	**148,5**	**337.052**	**176,7**

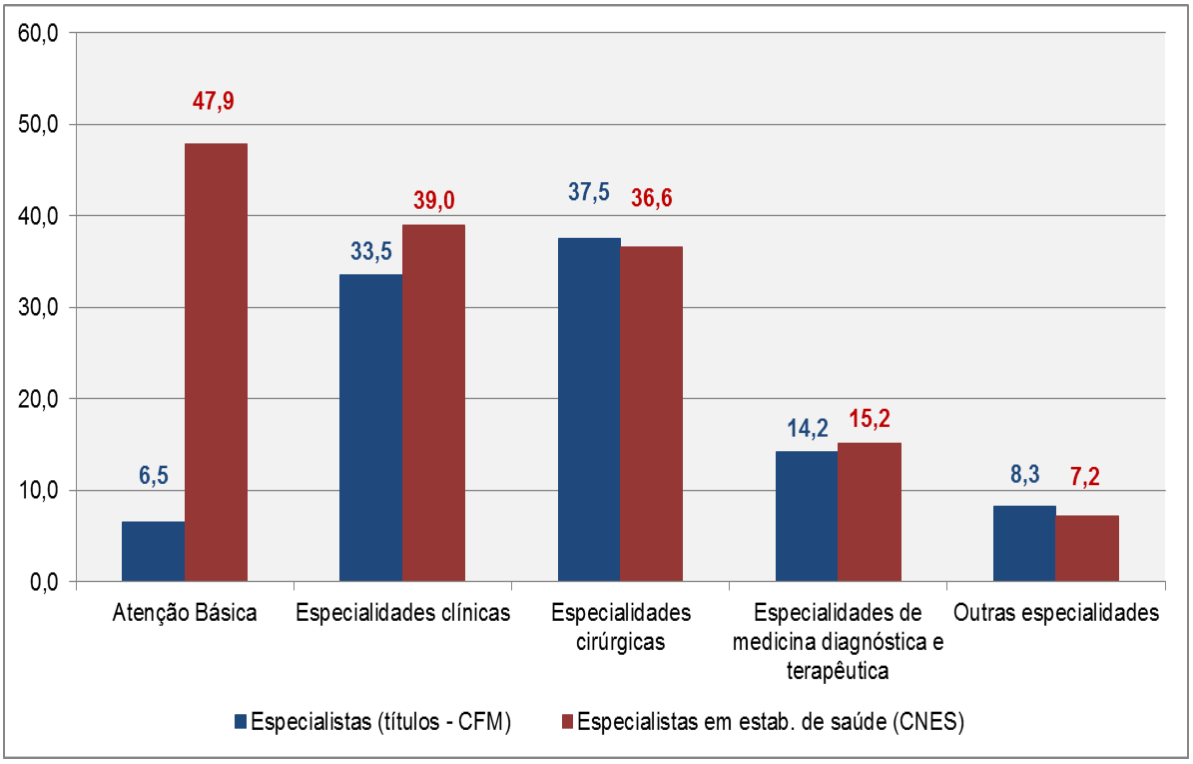
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

*Corresponde ao número de médicos com pelo menos um vínculo em estabelecimentos de saúde na especialidade, dessa forma, um médico pode ser contado mais de uma vez, caso possua vínculos em mais de uma especialidade.

***Full Time Equivalent* ou equivalente de tempo integral = cada 40 horas semanais de médico na especialidade corresponde a um especialista.

A Figura 4 mostra que 54,2% dos médicos ocupados em estabelecimentos de saúde em dezembro de 2010 exercia uma especialidade de Atenção Básica, o que ajustado em tempo completo, corresponde a 30,6% do total de FTE. Neste caso, pode-se explicar a diferença em função da Clínica Médica. Ao passo que em Saúde da Família há praticamente um profissional por FTE, 34.890 contra 36.254, em Clínica Médica há 118.691 indivíduos para 66.726 FTE, indicando que grande parte dos médicos pratica esta especialidade em período parcial, o que significa por outro lado, que se trata de uma especialidade praticada de forma coadjuvante.

Figura 4 – Brasil, dez. 2010: Proporção de especialistas em estabelecimentos de saúde, total e ajustado por FTE, por grupo de especialidade.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

*Corresponde ao número de médicos com pelo menos um vínculo em estabelecimentos de saúde na especialidade, dessa forma, um médico pode ser contado mais de uma vez, caso possua vínculos em mais de uma especialidade.

***Full Time Equivalent* ou equivalente de tempo integral = cada 40 horas semanais de médico na especialidade corresponde a um especialista.

As especialidades Clínicas, por sua vez, são exercidas por 43,7% dos médicos, sendo Pediatria e Cardiologia as que possuem o maior número de profissionais, 38.197 e 17.549, respectivamente e Alergia e imunologia, Angiologia e Geriatria, os menores números. Ressalta-se que Psiquiatria apresenta um FTE muito próximo ao número de especialistas, o que indica uma tendência de médicos nesta especialidade a se ocuparem quase integralmente à especialidade. O contrário pode ser observado para Angiologia, Gastrenterologia e Geriatria, uma distância significativa entre o número de médicos e o equivalente de 40 horas.

No grupo de Especialidades Cirúrgicas, exercidas por 47,1% do total de médicos em estabelecimentos de saúde, a de Ginecologia e Obstetrícia é a que possui o maior número de especialistas: 33.039. O seu FTE também é bastante expressivo, 28.221. De forma semelhante ao que se observou em relação à Clínica Médica, Geriatria, entre outras, a Cirurgia Geral e subespecialidades cirúrgicas (cardiovascular, de cabeça e pesco-

ço e do aparelho digestivo), também apresentam um hiato expressivo entre o número de médicos o seu equivalente em tempo completo. O mesmo não pode ser dito em relação à Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Urologia, cujos valores observados são muito próximos.

Nas Especialidades de Medicina Diagnóstica e Terapêutica, correspondente a 15,7% dos médicos em estabelecimentos de saúde, as especialidades mais expressivas são as de Anestesiologia e Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Há ainda as outras especialidades, com 7,3% de participação, com destaque para os médicos do trabalho e os médicos residentes.

Analisando a distribuição regional do número e da proporção de médicos por grupos de especialidades (Tabela 5), verifica-se que em todos os grupos o número de profissionais é maior na região Sudeste. No interior de cada região, os especialistas em Atenção Básica registraram os maiores valores absolutos, representando a maioria dos médicos nas regiões Sul (57,9%), Nordeste (53,2%) e Norte (53,3%). As proporções de médicos em especialidades clínicas e cirúrgicas é praticamente a mesma nas regiões Sul e Nordeste (em torno de 37% e 36%, respectivamente). No Sudeste há mais clínicos (40,7%) do que cirúrgicos (36%), enquanto no Norte e Centro-oeste, o inverso, mais cirúrgicos do que clínicos (35,4% contra 31,2% e 38,2% contra 35,4%). As demais especialidades compõem em torno de 20% de participação de médicos em todas as regiões.

Tabela 5 – Brasil, 2010. Número de e proporção de especialistas em estabelecimentos de saúde*, por região.

Grupo	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-oeste	
Atenção Básica	6.688	53,3	27.357	53,2	67.511	42,3	25.934	57,9	9.872	45,1
Especialidades clínicas	3.911	31,2	18.719	36,4	65.003	40,7	16.574	37,0	7.746	35,4
Especialidades cirúrgicas	4.437	35,4	18.868	36,7	57.450	36,0	16.843	37,6	8.368	38,2
Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica	1.827	14,6	8.767	17,1	23.161	14,5	6.673	14,9	3.337	15,3
Outras especialidades	532	4,2	2.102	4,1	13.292	8,3	3.168	7,1	1.238	5,7
Total de médicos	**12.540**		**51.404**		**159.783**		**44.811**		**21.881**	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

*Corresponde ao número de médicos com vínculo em estabelecimentos de saúde na especialidade, dessa forma, um médico pode ser contado mais de uma vez, caso possua vínculos em mais de uma especialidade.

2.5. Síntese

Este tópico introduziu dados sobre a estrutura da força de trabalho médica, identificando o tamanho, a composição e a distribuição geográfica e por especialidades da mesma. Como se demonstrou, os dados apontam para um crescimento do número de médicos no Brasil durante a década de 2000, superior ao observado para o total da força de trabalho na economia, mas inferior ao crescimento do Macrossetor Saúde, o que aponta um déficit na oferta de médicos frente à demanda por serviços de saúde.

A composição por sexo e faixa etária da população médica na última década mostrou rejuvenescimento e feminização na base da pirâmide e envelhecimento no topo, o que, em médio e largo prazo, resultará em aumento da demanda por mais médicos. Pelo lado da demanda de serviços, em função de fatores demográficos e tecnológicos, e pelo lado da oferta, pelo maior número de mulheres, que, em média, dedicam menor tempo ao trabalho do que homens, e pelo grande volume de médicos ativos atualmente que se tornarão não economicamente ativos nos próximos anos.

As especialidades com maior razão de profissionais por 100 mil habitantes, considerando a especialidade de exercício ocupacional equivalente a tempo completo, são as de Clínica Médica, Saúde da Família, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. As menores razões são as de Geriatria, Mastologia, Angiologia e subespecialidades cirúrgicas. Regionalmente, as especialidades de Atenção Básica (Saúde da Família e Clínica Médica) representam os maiores percentuais de médicos, em relação às demais especialidades. A composição entre especialidades clínicas, cirúrgicas e de medicina diagnóstica e terapêutica é muito parecida entre as regiões, com exceção do Sudeste que concentra um número maior de médicos exercendo especialidades clínicas.

3. Sinais do mercado de formação de médicos

3.1. Evolução e aproveitamento das vagas ofertadas

- **Durante a década de 2000 houve uma forte expansão do número de vagas de Medicina, com um crescimento regional diferenciado, maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste.**
- **O aumento da oferta de vagas de graduação esteve acompanhado pela demanda correspondente, não havendo desperdício. Entre 1991 e 2005 a taxa de não preenchimento do curso chegou a no máximo 4%, sendo que de 2006 a 2011, praticamente todas as vagas foram preenchidas.**

O perfil da formação médica na graduação nas duas últimas décadas revela dois comportamentos distintos, um de crescimento contido de vagas durante a década de 1990 e outro de grande expansão na década de 2000. O aumento foi de 7.786 vagas, em 1991, para 16.852, em 2011 (Tabela 6). Em resposta ao aumento da oferta de vagas, a procura pelo curso também cresceu, ao invés de se acomodar. A razão entre número de inscritos por vaga passou de 21,85 para 41,3, no mesmo período. Este é 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.

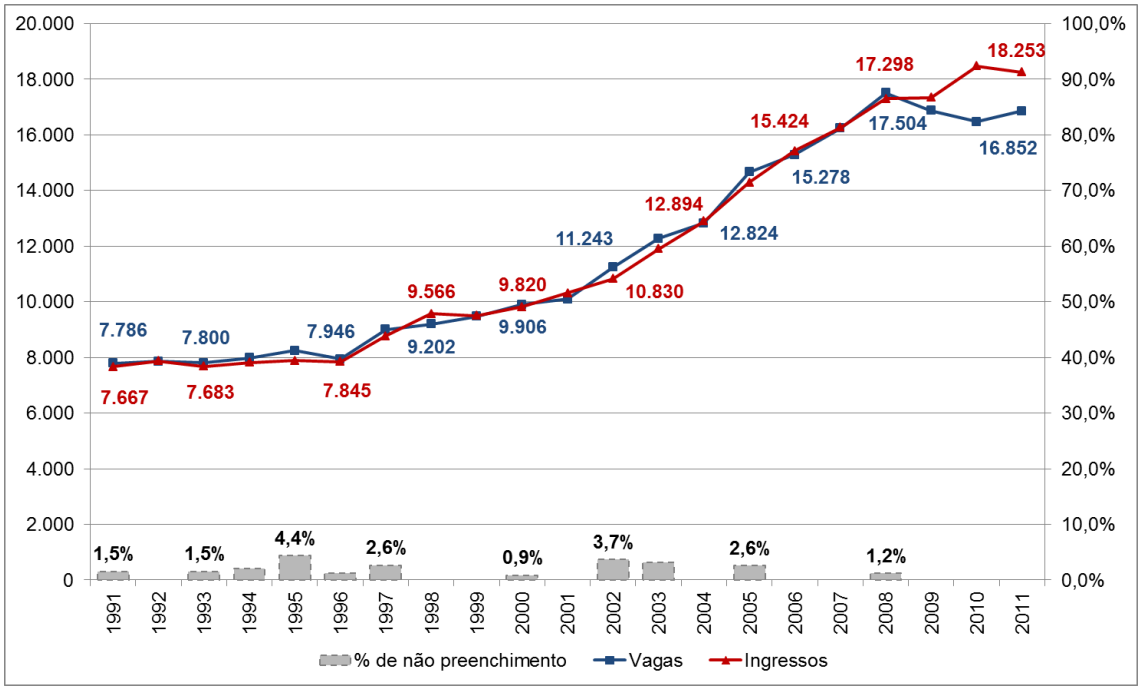
Tabela 6 - Evolução do número de cursos de medicina, vagas, inscritos no vestibular, ingressos, matriculados e egressos – Brasil, 1991 a 2011.

Ano	Cursos	Vagas	Inscritos vestibular	Ingressos	Matriculados	Egressos	Acumulado 10 anos
1991	80	7.786	170.151	7.667	46.881	6.968	-
1992	80	7.864	174.128	7.875	47.753	7.315	-
1993	80	7.800	198.657	7.683	47.386	7.228	-
1994	81	7.979	201.218	7.820	47.919	7.622	-
1995	85	8.247	241.503	7.888	47.934	7.194	-
1996	86	7.946	250.944	7.845	48.667	7.347	-
1997	88	9.001	261.620	8.764	48.601	7.705	-
1998	92	9.202	263.384	9.566	50.879	7.616	-
1999	97	9.469	288.571	9.500	52.304	7.758	-
2000	100	9.906	323.397	9.820	55.486	8.004	74.757
2001	106	10.089	282.065	10.313	57.930	8.363	76.152
2002	115	11.243	326.482	10.830	59.755	8.498	77.335
2003	126	12.281	321.532	11.898	60.912	9.113	79.220
2004	136	12.824	334.431	12.894	64.965	9.339	80.937
2005	149	14.661	313.683	14.283	68.834	10.004	83.747
2006	160	15.278	303.076	15.424	74.034	10.381	86.781
2007	170	16.241	364.108	16.267	79.246	10.133	89.209
2008	177	17.504	379.590	17.298	85.567	10.825	92.418
2009	185	16.876	390.774	17.339	97.994	11.881	96.541
2010	181	16.468	542.007	18.473	103.312	12.982	101.519
2011	188	16.852	695.964	18.253	108.142	14.634	107.790

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – IMS/UERJ, a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

Em relação ao aproveitamento das vagas, a Figura 5 apresenta a evolução do número de vagas, ingressos nos cursos e percentual de não preenchimento de vagas no Brasil durante o período 1991 a 2011. Os dados sugerem que a expansão das vagas não representou perda em seu preenchimento, já que se verificou correspondência entre o número de ingressos e a oferta de novas vagas. Nesse sentido, é possível afirmar que em medicina, o aumento da oferta de formação esteve acompanhado pela demanda correspondente, não havendo desperdício. Mesmo com o anúncio de um aumento de 11.497 vagas até 2017, que representa 68,2% das vagas em 2011, é possível afirmar que o aproveitamento continuará existindo, visto que os dados de projeção e os sinais de aquecimento do mercado indicam que a demanda por médicos tem sido maior que a oferta de profissionais no mercado.

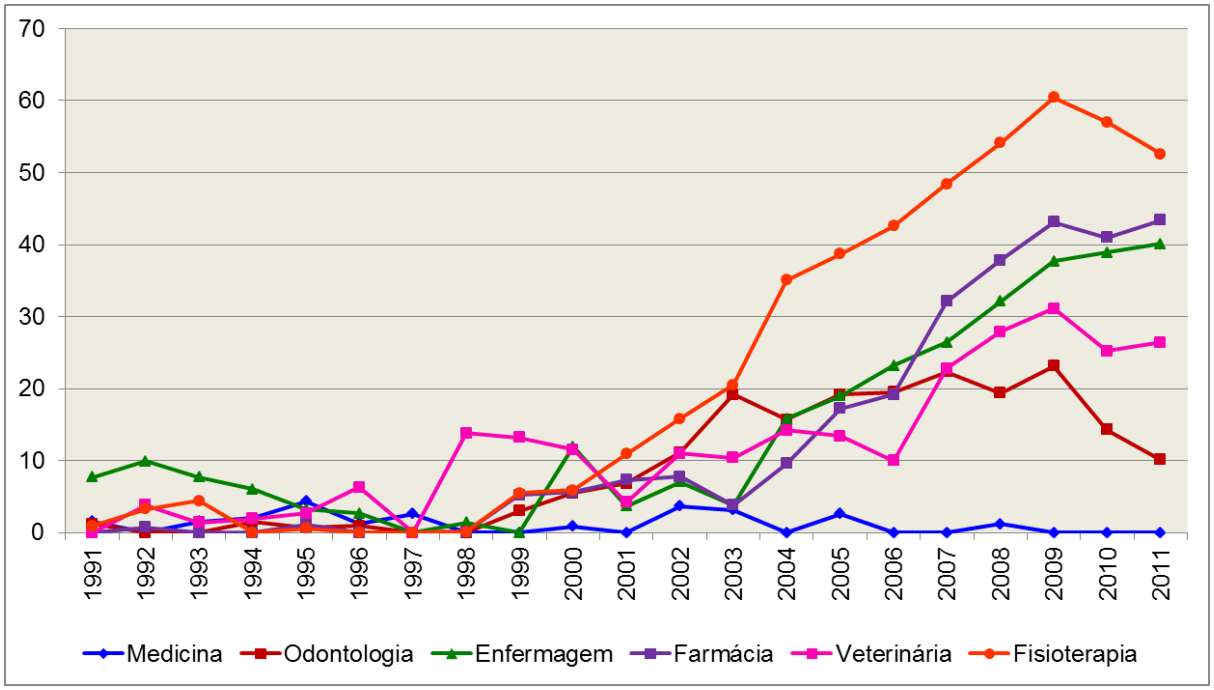
Figura 5 – Brasil, 1991 a 2011: Evolução do número de vagas e ingressos e percentual de não preenchimento de vagas de Medicina.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – IMS/UERJ, a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

Comparativamente a outras profissões de nível superior da área da saúde (figura 6 e tabela 7), observa-se que o percentual de aproveitamento de vagas ofertadas pelo sistema formador é bastante diferente na Medicina, especialmente na década de 2000, em que houve uma política de expansão de vagas para cursos de nível superior, o que resultou em uma oferta exacerbada em relação à demanda existente. Em 2009 podemos localizar o ápice desse processo quando se observou 60,4% de não aproveitamento em Fisioterapia, 43,1% na Farmácia, 37,7% na Enfermagem, 31,1% na Veterinária e 23,1% na Odontologia. A partir de então, exceto para Enfermagem, o percentual começa uma tendência de queda, muito provavelmente em função do fechamento de cursos privados. A Medicina manteve desperdício praticamente igual à zero em todo o período.

Figura 6 – Brasil, 1991 a 2011: Evolução do percentual de não preenchimento de vagas, segundo profissões de saúde selecionadas.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – IMS/UERJ, a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

Tabela 7 – Brasil, 1991 a 2011: Evolução do percentual de não preenchimento de vagas, segundo profissões de saúde selecionadas.

Ano/Curso	Medicina	Odontologia	Enfermagem	Farmácia	Veterinária	Fisioterapia
1991	1,5	1,2	7,7	0,0	0,0	0,9
1992	0,0	0,0	9,9	0,7	3,8	3,3
1993	1,5	0,0	7,7	0,0	1,4	4,4
1994	2,0	1,5	6,0	0,0	1,9	0,0
1995	4,4	0,7	3,2	1,1	2,7	0,6
1996	1,3	0,9	2,7	0,0	6,3	0,0
1997	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1998	0,0	0,0	1,4	0,1	13,8	0,1
1999	0,0	3,0	0,0	5,2	13,2	5,5
2000	0,9	5,5	11,9	5,6	11,5	5,9
2001	0,0	6,8	3,7	7,3	4,2	10,9
2002	3,7	11,1	7,0	7,8	11,0	15,8
2003	3,1	19,2	3,8	3,8	10,4	20,5
2004	0,0	15,7	15,8	9,6	14,2	35,1
2005	2,6	19,2	19,0	17,2	13,4	38,7
2006	0,0	19,5	23,2	19,2	10,0	42,6
2007	0,0	22,3	26,4	32,1	22,8	48,4
2008	1,2	19,4	32,1	37,8	27,9	54,1
2009	0,0	23,1	37,7	43,1	31,1	60,4
2010	0,0	14,3	38,9	41,0	25,2	57,0
2011	0,0	10,1	40,1	43,4	26,4	52,6

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – IMS/UERJ, a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

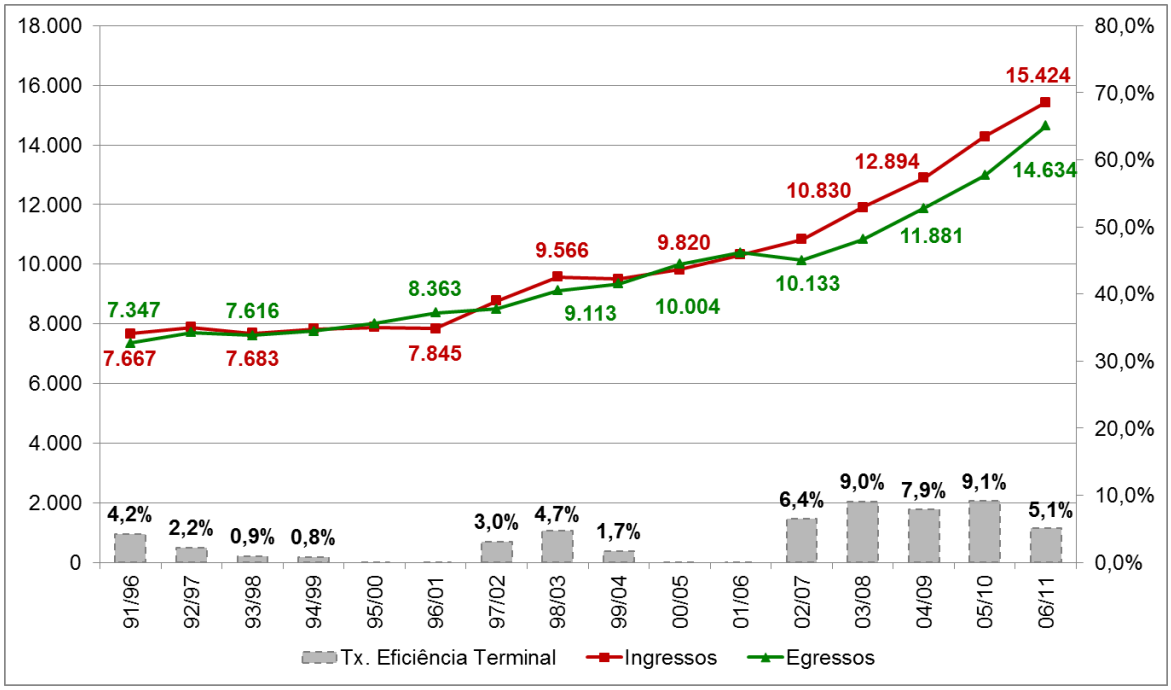
3.2. Taxa de Eficiência Terminal da graduação em Medicina

- **Os cursos de medicina, além de registrarem um bom aproveitamento entre a oferta e a demanda de vagas, também mostram correspondência direta entre alunos que ingressam no curso e se graduam.**

Outra maneira de avaliar o aproveitamento do curso é através da 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, 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.

A figura 7 apresenta a evolução do número de ingressos, egressos e o do percentual de não concluintes em medicina, entre 1991/96 e 2006/11. Os números de ingressos e egressos são bem próximos, indicando que a maioria dos estudantes que ingressam em medicina conclui a graduação no tempo previsto. A taxa de eficiência terminal é pequena ao longo desse período, ainda que tenha aumentado a partir de 2007, em relação ao ano inicial de 2002, atingindo o maior patamar em 2008 e 2010, 9%. Neste sentido, pode-se dizer que os cursos de medicina, além de registrarem um bom aproveitamento entre a oferta e a demanda de vagas, também são eficientes em termos de terminalidade, pois há uma correspondência direta entre alunos que entram no curso e se graduam.

Figura 7 – Brasil, 1991/96 – 2006/11: Evolução de ingressos e egressos de Medicina e Taxa de Eficiência Terminal dos cursos.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – IMS/UERJ, a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

3.3. Evolução e distribuição geográfica das vagas de Medicina

A distribuição de vagas de medicina no Brasil é também marcada pela desigualdade entre as regiões e dentro das próprias regiões, o que pode explicar em alguma medida os movimentos migratórios entre os estados. Embora, de maneira geral, o crescimento de vagas tenha sido maior nas regiões com menores valores nas relações de vagas por habitante, ainda existem diferenças importantes entre elas. Em relação à evolução e distribuição geográfica de vagas entre 2000 e 2010, observa-se um incremento importante nas regiões Norte (441,6%), Nordeste (124,1%) e Centro-oeste (103,7%), com significativas variações intra-regionais (Tabela 8). Os estados com maior crescimento na oferta de vagas foram o Ceará (334,7%) e Distrito Federal (336,1%). Em praticamente todos os estados, esse crescimento se deu acima do crescimento da população, no mesmo período. Os estados de Alagoas, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul foram os que mostraram crescimento de vagas inferior ao da população, nesse sentido, apresentaram evolução negativa na razão vagas de medicina por 1.000 habitantes.

Tabela 8 – Brasil, 2000 e 2010. Número, evolução e razão por 1.000 habitantes de vagas de Medicina, e evolução da população segundo região e UF.

Região	UF	Número de vagas			Vagas por 1.000 hab.			Evolução População
		2000	2010	Evolução	2000	2010	Evolução	
Norte	Rondônia	0	40			0,05		31,4
	Acre	0	30			0,04		41,4
	Amazonas	259	332	28,2	0,09	0,1	3,57	23,8
	Roraima	0	392			0,05		22,5
	Pará	0	230			0,15		13,1
	Amapá	10	33	230	0,03	0,07	137,24	39,1
	Tocantins	0	400			0,29		25,6
	Total	**269**	**1.457**	**441,6**	**0,02**	**0,09**	**340,41**	**22,9**
Nordeste	Maranhão	130	130	0	0,05	0,04	-9,56	10,6
	Piauí	360	586	62,8	0,03	0,04	51,29	7,6
	Ceará	150	652	334,7	0,02	0,08	281,65	13,9
	Rio Grande do Norte	70	230	228,6	0,01	0,04	182,65	16,3
	Paraíba	180	530	194,4	0,05	0,14	166,76	10,4
	Pernambuco	290	415	43,1	0,04	0,05	28,17	11,7
	Alagoas	100	310	210	0,04	0,1	182,59	9,7
	Sergipe	90	246	173,3	0,03	0,08	137,9	14,9
	Bahia	80	150	87,5	0,05	0,07	51,68	23,6
	Total	**1.450**	**3.249**	**124,1**	**0,03**	**0,06**	**101,54**	**11,2**
Sudeste	Minas Gerais	200	500	150	0,06	0,14	120,43	13,4
	Espírito Santo	1.230	2.640	114,6	0,07	0,13	95,86	9,6
	Rio de Janeiro	2.260	2.423	7,2	0,16	0,15	-3,53	11,1
	São Paulo	2.183	2.926	34	0,06	0,07	20,32	11,4
	Total	**5.873**	**8.489**	**44,5**	**0,08**	**0,11**	**30,26**	**11**
Sul	Paraná	500	743	48,6	0,05	0,07	31,56	13
	Santa Catarina	832	969	16,5	0,08	0,09	9,89	6
	Rio Grande do Sul	410	559	36,3	0,08	0,09	16,57	17
	Total	**1.742**	**2.271**	**30,4**	**0,07**	**0,08**	**19,53**	**9,1**
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	72	314	336,1	0,04	0,12	249,02	25
	Mato Grosso	110	290	163,6	0,02	0,05	119,69	20
	Goiás	140	208	48,6	0,06	0,07	19,21	24,6
	Distrito Federal	170	190	11,8	0,08	0,08	-6,53	19,6
	Total	**492**	**1.002**	**103,7**	**0,04**	**0,07**	**68,67**	20,7
Brasil		**9.826**	**16.468**	**67,6**	**0,06**	**0,09**	**49,2**	**12,3**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – IMS/UERJ, a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e Censos Demográficos 2000 e 2010 do IBGE.

No período 2000/2010, houve um aumento de 67,6% no número total de vagas no país, a maior parte no setor privado, que obteve um aumento de 211% contra 43% no

setor público. Atualmente, o setor privado é responsável por 60% das vagas ofertadas nos cursos de medicina Tabela 9. Analisando a oferta de vagas por região do país observamos que Norte e Nordeste são as regiões que ainda apresentam um número superior de vagas no setor público.

Tabela 9 – Brasil 2000 e 2010: Número de vagas e de egressos de Medicina por região, natureza jurídica da Instituição de Ensino.

Região	2000				2010			
	Vagas		Egressos		Vagas		Egressos	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Norte	349	0	339	0	867	590	720	299
Nordeste	1.250	200	1.142	214	1.797	1.452	1.631	464
Sudeste	2.203	3.670	2.174	2.388	2.448	6.041	2.463	4.677
Sul	968	774	877	374	1.091	1.180	958	979
Centro Oeste	332	160	250	0	454	548	404	387
Brasil	**5.102**	**4.804**	**4.782**	**2.976**	**6.657**	**9.811**	**6.176**	**6.806**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde – IMS/UERJ, a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

3.4. Síntese

Durante a década de 2000 houve uma forte expansão do número de vagas de Medicina, com um crescimento regional diferenciado, maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. O aumento da oferta de vagas de graduação esteve acompanhado pela demanda correspondente, não havendo desperdício. Entre 1991 e 2005 a taxa de não preenchimento do curso chegou a no máximo 4%, sendo que de 2006 a 2011, praticamente todas as vagas foram preenchidas. Os cursos de medicina, além de registrarem um bom aproveitamento entre a oferta e a demanda de vagas, também mostram correspondência direta entre alunos que ingressam no curso e se graduam.

O aproveitamento pleno de vagas e a eficiência da conclusão dos ingressantes no tempo esperado, a despeito do expressivo crescimento na oferta de vagas ao longo da década passada, são fatores que devem ser agregados às evidências de uma demanda crescente por médicos no Brasil. Por outro lado, a desigualdade na distribuição de vagas no país evidencia a necessidade de um melhor planejamento da política de provimento de profissionais médicos no que leva em consideração a organização e regulação do sistema formador.

4. Sinais do mercado de trabalho médico

4.1. Pleno emprego e crescimento ocupacional

- **O desemprego de médicos é o menor encontrado no Brasil, relativamente às demais profissões da saúde de nível superior. Em 2000, 1,3% da população médica estava desocupada, percentual que caiu para 0,5% em 2010. Um baixo nível desemprego é forte indicativo de escassez de força de trabalho.**
- **A combinação de baixo desemprego com crescimento de médicos ocupados na própria profissão é forte evidência de empregabilidade da profissão.**

Entre 2000 e 2010, o número de médicos no país aumentou em 34,2%, em consequência, como visto anteriormente, da forte expansão dos cursos de medicina no Brasil (tabela 10). Entretanto, o número de médicos ocupados na própria profissão registrou um incremento de 58,4%. Dessa forma, a porcentagem de médicos ocupados na profissão passou de 68,3% do total de médicos, em 2000, para 80,5%, em 2010. Ao mesmo tempo, o total de profissionais ocupados em outras funções (ensino, pesquisa, gestão, etc.) caiu de 22,5% para 11,2%. Assim, mesmo com o aumento de médicos ocupados na profissão, a expansão na oferta de profissionais médicos não foi suficiente para saturar a demanda por trabalho.

No que se refere aos médicos desocupados, houve decréscimo de 3.416 (1,3% do total) para 1.873 (0,5%) pessoas, totalizando o decréscimo bruto de 45,2%. Essa proporção não é equivalente à Taxa de Desocupação, isto é, o quociente entre o total de desocupados e a população economicamente ativa. Caso fosse possível calculá-la, a taxa poderia ser ainda inferior a 0,5%. Por um lado, seria menor se no denominador fosse considerada apenas a PEA médica. No valor acima a proporção foi calculada em relação ao total de médicos, isto é, incluindo os não economicamente ativos. Por outro lado, se no numerador fossem contados apenas os entrevistados que informaram procurar trabalho como médico, o valor seria ainda menor. Na proporção acima se considera a procura por qualquer ocupação, já que não existe informação sobre que tipo de trabalho se procura. A partir destas considerações é possível afirmar que o desemprego médico é quase inexistente, o que se configura como uma situação exclusiva no mercado de trabalho brasileiro e de claro sinal da escassez desses profissionais.

Tabela 10 – Distribuição do número de médicos* por condição de atividade e ocupação na semana de referência - Brasil, 2010.

Condição de atividade	2000		2010		Incremento bruto
	N	%	N	%	
Ocupado como médico	180.851	68,3	286.399	80,5	58,4
Ocupado em outra função	59.563	22,5	39.734	11,2	-33,3
Desocupado	3.416	1,3	1.873	0,5	-45,2
Subtotal = Economicamente ativos	*243.830*	*92,0*	*328.006*	*92,2*	34,5
Não economicamente ativo	21.116	8,0	27.577	7,8	30,6
Total	**264.945**	**100**	**355.583**	**100**	**34,2**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos Censos Demográficos 2000 e 2010 do IBGE.

4.2. Formalização do mercado de trabalho

- **O crescimento do número de médicos na década de 2000 foi acompanhado por uma formalização do mercado de trabalho. Com base nos dados do Censo, entre 2000 e 2010, o número de médicos com emprego formal (CLT ou Estatutário), no trabalho principal, cresceu de 49,7% para 56,1%. Em termos absolutos, este aumento foi de mais de 73 mil médicos.**
- **O crescimento da oferta de novos médicos (egressos do sistema educativo) acompanhou o aumento da demanda de novos empregos formais durante os anos 1990. A partir de 2002, a demanda superou a oferta, indicando certo dinamismo do mercado de trabalho em absorver estes profissionais.**

A partir do Censo Demográfico é possível identificar também a posição na ocupação dos médicos ocupados na própria profissão no trabalho principal da semana de referência. Entre 2000 e 2010, houve incremento relativo dos médicos ocupados como celetistas ou como estatutário, de 47,4% para 56,5%. Em termos absolutos, este aumento foi de mais de 76 mil médicos (tabela 11). Tal aumento ocorreu em paralelo a uma diminuição de médicos empregadores, que passou de 11,4% para 60%. É importante destacar que esse processo de formalização ocorreu também no restante da economia, que experimentou esse mesmo tipo de crescimento a partir de 2003.

Tabela 11 – Número de médicos ocupados na própria profissão* por posição na ocupação - Brasil, 2000 e 2010.

Posição	2000		2010	
	N	%	N	%
Empregado celetista	59.875	33,1	107.372	37,5
Estatutário	25.811	14,3	54.317	19,0
Empregado sem carteira	20.707	11,4	29.364	10,3
Conta própria	52.704	29,1	77.775	27,2
Empregador	20.639	11,4	17.238	6,0
Não remunerado	1.116	0,6	332	0,1
Total	**180.851**	**100,0**	**286.399**	**100,0**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos Censos Demográficos 2000 e 2010 do IBGE.

*Ocupados como médicos no trabalho principal das semanas de referência dos Censos.

Analisando os dados da RAIS, que é o Censo do emprego formal do Brasil, o mesmo fenômeno de formalização pode ser observado. Em termos gerais, houve um incremento de 154.583 empregos, de 1993 a 2011 (Tabela 12), se analisarmos o saldo entre o número de admissões e o de desligamentos dos empregos formais. Observa-se, portanto, substantiva geração de empregos, que mostra como o mercado de trabalho formal foi bastante dinâmico em absorver a crescente oferta de médicos. É preciso ressaltar ainda que boa parte da força de trabalho médica trabalha sem vínculo formal de emprego, ou seja, ocupam-se como autônomos ou proprietários em consultório, clínicas e cooperativas. Mesmo aqueles com vínculos formais de emprego, também dedicam parte de sua carga horária naquelas atividades atípicas, o que, associado ao baixo desemprego da categoria, sinaliza que o mercado de trabalho geral de médicos está aquecido, seja na formalidade ou como conta própria.

Tabela 12 – Brasil, 1993 a 2011: Total de admissões, desligamentos, saldo de admissões e desligamentos e vínculos ativos em 31/12 de médicos, por ano.

Ano	Total de admissões	Total de desligamentos	Saldo admissões e desligamentos	Vínculos ativos em 31/12
1993	28.085	22.387	5.698	135.465
1994	30.605	27.440	3.165	140.866
1995	30.191	27.678	2.513	146.141
1996	29.397	26.775	2.622	145.454
1997	26.603	25.168	1.435	136.206
1998	26.170	23.289	2.881	134.456
1999	26.398	22.513	3.885	149.313
2000	31.647	25.835	5.812	152.119
2001	36.103	27.766	8.337	155.475
2002	39.318	30.725	8.593	174.735
2003	39.461	30.496	8.965	203.787
2004	43.969	34.987	8.982	210.733
2005	55.944	39.757	16.187	226.021
2006	59.019	45.290	13.729	235.191
2007	61.639	49.057	12.582	254.056
2008	67.749	57.389	10.360	261.558
2009	74.454	59.818	14.636	277.440
2010	75.070	59.360	15.710	280.426
2011	71.625	63.134	8.491	282.127
Acumulado	**853.447**	**698.864**	**154.583**	**-**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da RAIS do MTE e do Censo da Educação Superior do INEP.

4.3. Inserção de egressos de medicina no mercado formal de trabalho

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

Para esta análise consideramos os egressos de medicina ano a ano e as admissões no mercado formal de trabalho nos anos posteriores, a partir de dados do INEP e da RAIS, respectivamente. Partindo-se do pressuposto de que os médicos recém-graduados em um determinado ano poderão ser empregados no ano seguinte, a comparação entre essas duas informações, poderá sinalizar se existiu déficit ou superávit de empregos em relação aos novos médicos. Buscando alcançar maior aproximação dos dados de empregos com os recém-graduados foram consideradas apenas as admissões de primeiro emprego, que correspondem à primeira assinatura na carteira ou nomeação em cargo público na vida laboral do profissional. Antes de analisar, é preciso, no entanto, considerar pelo menos duas limitações: em primeiro lugar, a oferta de novos profissionais é calculada apenas pelo número de pessoas que concluíram o curso de medicina, ou seja, não se incluem os médicos que estão retornando à atividade, após terem deixado o exercício da profissão, tampouco os imigrantes de outros países. Ainda que esses quantitativos sejam residuais, esses profissionais poderiam ocupar postos de trabalho formalizados pela primeira vez. Em segundo lugar, deve-se ponderar que parte (provavelmente muito pequena) dos recém-formados já pode ter se empregado pela primeira vez antes de se tornarem médicos e que outra parte, talvez mais significativa, não se ocupará no mercado formal ou frequentará pós-graduação em residência médica. A tabela 13 apresenta o evolutivo dos números de egressos de medicina, das admissões por primeiro emprego no ano posterior e a razão entre ambos, no período entre 1993/94 e 2010/11.

Tabela 13 – Brasil, 1993/94 a 2010/11: Razão entre o número de admissões por 1º emprego no ano e de egressos de medicina no ano anterior.

Ano	Egressos	1º emprego no ano posterior	Razão
93/94	7.228	5.482	0,76
94/95	7.622	6.532	0,86
95/96	7.194	5.960	0,83
96/97	7.347	5.013	0,68
97/98	7.705	5.451	0,71
98/99	7.616	5.345	0,70
99/00	7.758	6.708	0,86
00/01	8.004	7.532	0,94
01/02	8.363	8.359	1,00
02/03	8.498	10.650	1,25
03/04	9.113	12.050	1,32
04/05	9.339	15.345	1,64
05/06	10.004	15.943	1,59
06/07	10.381	15.286	1,47
07/08	10.133	17.865	1,76
08/09	10.825	21.645	2,00
09/10	11.881	19.361	1,63
10/11	12.982	18.722	1,44
Acumulado	**161.993**	**203.249**	**1,25**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da RAIS do MTE e do Censo da Educação Superior do INEP.

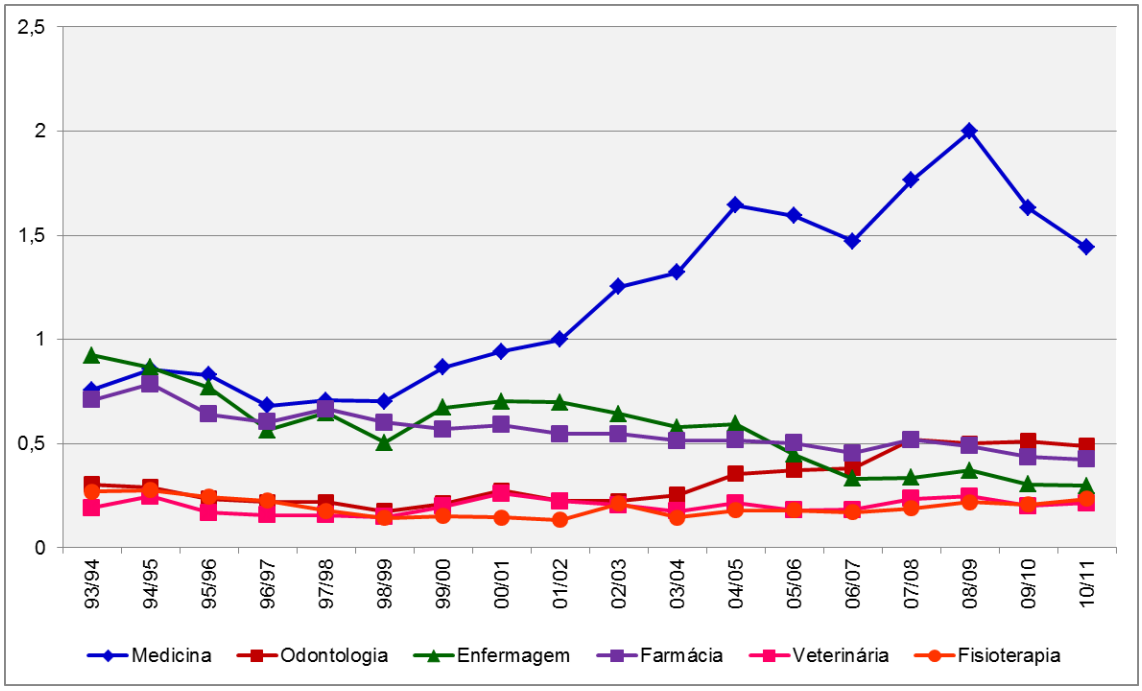
Durante o período entre 1993 e 2010, observou-se crescimento sustentado do número de egressos, de 7.228 a 12.982. As admissões por primeiro emprego avançaram de 5.482, em 1994 para 21.645, em 2011, com recuos entre 1996 e 1999 e nos dois últimos anos da série. A comparação mostra que entre 1994 e 2001 o número de primeiros empregos esteve abaixo do de egressos e, a partir de 2002, este último foi ultrapassado, gerando superávit, mesmo nos dois últimos anos de recuo. O período 2008/09 foi o que registrou a maior razão, com registro de duas admissões para cada egresso. O acumula-

do do período foi de 203.249 primeiros empregos para 161.993 egressos, diferença de 41.256. Em suma, os dados sugerem que o crescimento da oferta de novos profissionais provenientes das graduações de medicina acompanhou o aumento da demanda de novos empregos formais durante os anos 1990. A partir de 2002, a demanda superou a oferta indicando que houve absorção de novos profissionais no mercado de trabalho. Em outras palavras, a demanda por empregos foi suficiente para absorver os recém-graduados, assim como profissionais ativos ou não, que também se empregaram pela primeira vez no mercado formal[15].

A figura 8 apresenta a mesma razão calculada para outras profissões de saúde de nível superior selecionadas, destacando que a situação da Medicina é praticamente inédita. Para todas as demais profissões, ao longo do período 1993/94 e 2010/11, as razões sempre se mantiveram negativas, isto é, um número maior de egressos frente aos primeiros empregos. A situação da Enfermagem e da Farmácia, em termos da resposta do mercado de trabalho frente ao aumento da oferta de novos profissionais, chegou a se acentuar na segunda metade da década de 2000, quando a razão sofreu queda. Para Odontologia se verificou um aumento discreto da razão. Veterinária e Fisioterapia se mantiveram estáveis.

15 A distribuição etária destas admissões está concentrada nas primeiras faixas etárias, isto é, entre novos médicos, mas também é bastante representativa entre profissionais com mais de 35 anos e até entre aqueles com mais de 60 anos.

Figura 8 – Brasil, 1994/93 a 2011/10: Evolução da razão entre admissões por 1º emprego e dos egressos da graduação no ano anterior de profissões de saúde selecionadas.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da RAIS do MTE e do Censo da Educação Superior do INEP.

4.4. Incremento dos salários

- **Os salários de médicos praticados no mercado formal cresceram na última década acompanhando a demanda por novos postos de trabalho formais. Tal crescimento foi mais intenso do que para demais profissões de saúde de nível superior.**

A evolução dos salários médios das admissões por primeiro emprego e do estoque de vínculos ativos, em 31 de dezembro, de médicos, pode ser vista na tabela 14. Observa-se que, com exceção de 2003, que em todos os anos o valor médio dos salários de admissão se apresentou acima dos salários médios praticados no mercado formal (vínculos ativos). Em 2011, os salários médios de admissão e dos vínculos ativos estiveram mais próximos, razão de 1,49, correspondente a R$5.680,00 e R$5.600,00, respectivamente. No cômputo geral, considerando o período de 2002 a 2011, os salários médios reais, isto é, deflacionados a preços constantes de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)[16], registraram incremento de 55,1%, entre as admissões por primeiro emprego, e 62,3%, entre os vínculos formais ativos em 31/12.

[16] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (IBGE/SNIPC).

Tabela 14 – Brasil, 2002 – 2011. Remuneração média, desvio padrão e incremento bruto anual da remuneração média, em Reais, das admissões por primeiro emprego e dos estoques de vínculos ativos de médicos, em 31/12, por ano.

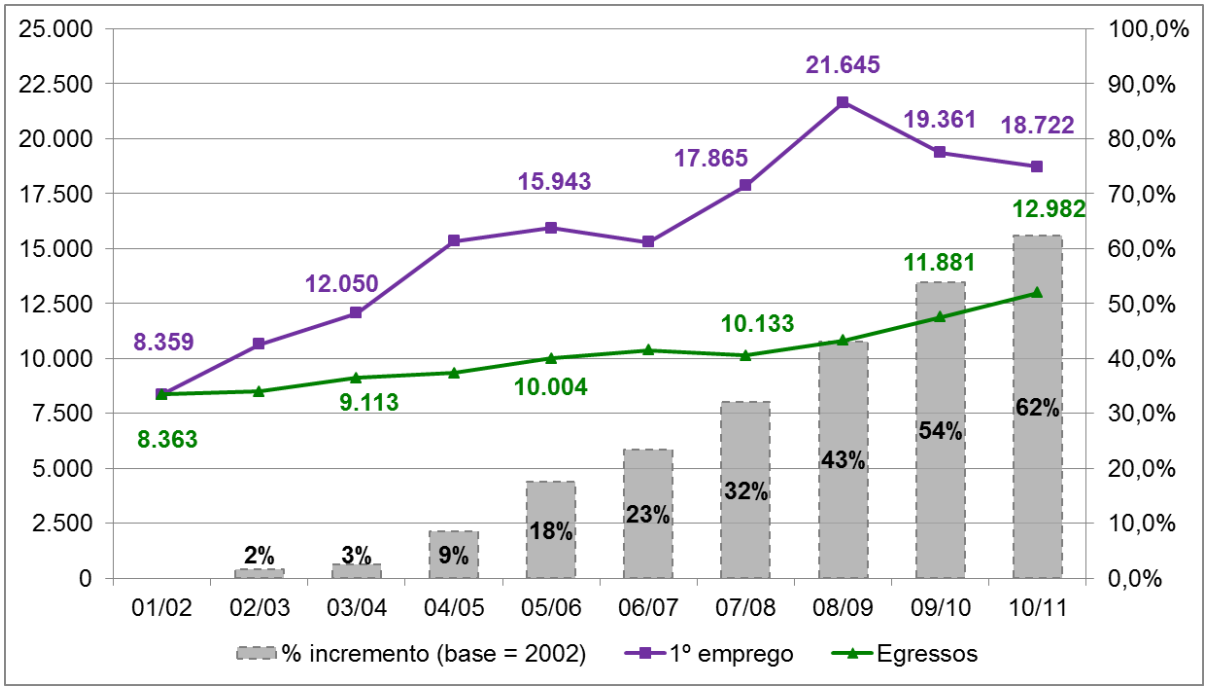
Ano	Admissões por 1º emprego			Vínculos ativos em 31/12			Admissões/ vínculos
	Média	Salário real*	Incr.	Média	Salário real*	Incr.	
2002	2.196,46	3.665,01	-	2.068,52	3.451,53	-	6,19
2003	2.177,97	3.324,94	-9,3%	2.299,16	3.509,95	1,7%	-5,27
2004	2.625,23	3.724,66	1,6%	2.493,66	3.537,99	2,5%	5,28
2005	3.058,76	4.106,11	12,0%	2.792,28	3.748,39	8,6%	9,54
2006	3.422,96	4.455,13	21,6%	3.116,84	4.056,70	17,5%	9,82
2007	3.773,43	4.701,59	28,3%	3.416,42	4.256,77	23,3%	10,45
2008	4.015,35	4.724,28	28,9%	3.874,27	4.558,29	32,1%	3,64
2009	4.559,60	5.142,96	40,3%	4.379,29	4.939,58	43,1%	4,12
2010	5.179,93	5.516,63	50,5%	4.984,90	5.308,92	53,8%	3,91
2011	5.684,17	5.684,17	55,1%	5.600,96	5.600,96	62,3%	1,49

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da RAIS/MTE.

*Calculado a partir da remuneração média anual no mercado formal, deflacionado a preços constantes de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), em relação ao primeiro ano da série.

Nota-se através da figura 9 que o salário médio tende a acompanhar a geração de novos médicos e de empregos, especialmente a partir de 2008, chegando a um incremento de 62,3% no final da série. Mesmo com o recuo da curva de admissões a partir de 2010, os salários mantiveram um ritmo de crescimento expressivo. Nesse sentido, verificou-se não só aumento da demanda por postos de trabalho de médicos, mas uma dificuldade em preencher estes postos, dado pelo aumento salarial.

Figura 9 – Brasil, 2001/02 – 2010/11. Admissões por 1º emprego e incremento do salário real* de médicos no mercado formal no ano e egressos no ano anterior.

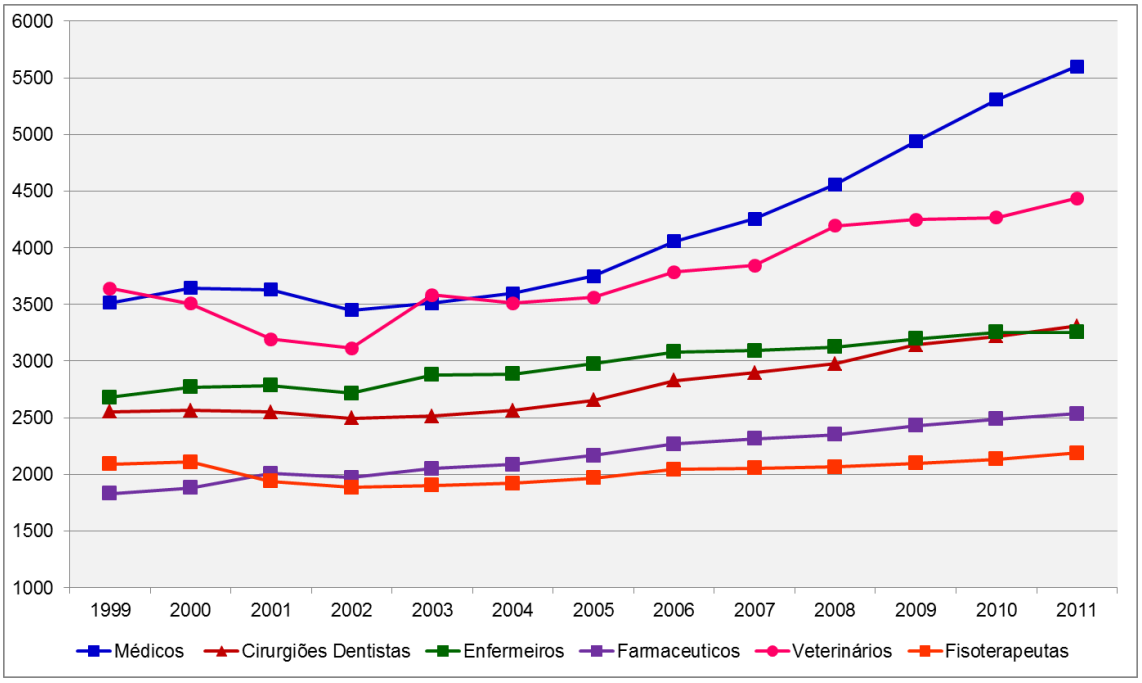


Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da RAIS do MTE e do Censo da Educação Superior do INEP.

*Calculado a partir da remuneração média anual no mercado formal, deflacionado a preços constantes de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), em relação ao primeiro ano da série.

A figura 10 apresenta a evolução do salário real praticado no mercado formal para outras profissões de saúde de nível superior selecionadas, destacando que os empregos de médicos foram os que apresentaram o maior incremento no período 2002 a 2011. Interessante destacar que até o ano de 2004, os salários de veterinários seguia o de médicos, o qual passou a se distanciar desde então.

Figura 10 – Brasil, 1999 a 2011: Evolução do salário médio real* praticado no mercado formal, segundo profissões de saúde selecionadas.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da RAIS/MTE.

*Calculado a partir da remuneração média anual no mercado formal, deflacionado a preços constantes de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), em relação ao primeiro ano da série.

4.5. Dificuldade de contratação de médicos

- **Na Estratégia de Saúde da Família, segundo levantamento realizado pela EPSM em 2012, 70,1% dos municípios brasileiros têm dificuldade de contratar médicos e 23,6% existência de posto vago, por ocasião da pesquisa.**
- **Em pesquisa similar sobre especialidades médicas em hospitais privados em 2012, verificou-se que as especialidades com maior dificuldade de contratação de profissionais são Pediatria, Medicina Intensiva, Neurologia e Anestesiologia.**

Além dos dados analisados até aqui, constitui fonte relevante para compreensão dos sinais de mercado de trabalho a dificuldade referida por gestores de recursos humanos para a contratação de profissionais. Neste aspecto, lançamos mão de duas pesquisas conduzidas em 2012 pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, sendo uma com

gestores municipais da Atenção Básica em Saúde (Girardi *et. al.*, 2012c)[17] e outra com gestores de hospitais privados de grande porte (Girardi *et. al.*, 2012a)[18]. No primeiro caso foi perguntada a dificuldade de contratação de médicos para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). No outro caso, dificuldade de contratação de especialistas.

Em relação à contratação de médicos para a ESF, os dados apontam que 23,6% dos municípios entrevistados relataram a existência de postos de trabalho vagos por ocasião da pesquisa (tabela 15). Independente da existência de postos vagos, 70,1% dos gestores relatou encontrar dificuldades para o preenchimento de postos vagos de médicos. Em média, os municípios levam 2,3 meses para preencher um posto e o tempo médio de permanência dos profissionais é de 3,9 anos. Os dados foram descriminados por região geográfica e mostram que as principais dificuldades foram encontradas nos municípios da região Norte.

Ainda em relação à ESF, a figura 11 mostra que as principais razões atribuídas pelos gestores municipais à dificuldade de contratação de médicos para a ESF foram a "oferta de profissionais", referida por 28,8% dos municípios que encontram dificuldade de contratação. Também foram citadas por parte significativa dos entrevistados: o trabalho em área rural/remota, dificuldade de pagamento, remuneração, carga horária e inexistência de oportunidade de lazer e cultura no município. Por outro lado, entre as estratégias adotadas pelos gestores para buscar solucionar o problema de atração e fixação de médicos, segundo a figura 12, 89,6% do total de entrevistados referiram ofertar boas condições de trabalho, 77,4%, flexibilidade na jornada de trabalho, e 72,2%, oferecer cursos de capacitação. Pouco mais da metade também citou que oferece vínculo de trabalho como estratégia.

17 Levantamento realizado junto à amostra aleatória de municípios brasileiros com ESF, estratificada por região e porte populacional do município. No total, foram 814 municípios cujos gestores da Atenção Básica responderam um questionário aplicado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) ao longo do primeiro semestre de 2012. Além de médicos, a pesquisa realizou um levantamento completo sobre os aspectos relacionados à gestão do trabalho de todas as profissões da ESF. O levantamento em questão faz parte do monitoramento do emprego na ESF, que vem sendo conduzido pela EPSM ao longo dos últimos anos - 2001, 2006, 2009, 2010, 2011 e 2012 (Girardi *et. al.*, 2012c).

18 Levantamento realizado junto à amostra aleatória de hospitais privados de grande porte (com 100 empregados e mais) no Brasil. No total, foram 312 hospitais cujos diretores clínicos responderam um questionário aplicado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) ao longo do segundo semestre de 2012. O levantamento faz parte de uma pesquisa realizada entre 2010 e 2011 sobre o diagnóstico da demanda por especialistas no Brasil (Girardi *et. al.*, 2012a).

Tabela 15 – Brasil, 2012: Informações gerais sobre rotatividade, existência de posto vago e dificuldade de contratação de médicos na ESF, por região.

Indicadores	BRA	N	NE	SE	S	CO
Em média, quanto tempo o médico fica na ESF do município, em anos.	**3,9**	3,2	3,4	3,8	4,6	4,5
Percentual de municípios com posto de trabalho vago para médicos da ESF do município.	**23,6**	32,3	26,2	22,4	19,1	21,5
Percentual de municípios com dificuldade para o preenchimento de postos de trabalho de médicos.	**70,1**	80,0	76,5	63,7	72,3	55,7
Quando um posto de trabalho da categoria fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher, em meses.	**2,3**	2,6	2,4	2,4	2,6	2,0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família – 2012".

Figura 11 – Brasil, 2012: Proporção de municípios segundo razões atribuídas à dificuldade de contratação de médicos na ESF.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família – 2012".

Figura 12 – Brasil, 2012: Estratégias utilizadas pelos gestores municipais para fixação de médicos na ESF.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG), pesquisa "Monitoramento do emprego na Estratégia Saúde da Família – 2012".

Em relação à dificuldade de contratação de especialidades médicas em serviços hospitalares, dentre os hospitais que oferecem o serviço de cada especialidade, os maiores percentuais, superiores a 50%, de dificuldade de contratação foram verificados para a Pediatria (77%); Medicina Intensiva (65%) e Neurologia (52%) – tabela 16. Anestesiologia e Neurocirurgia também tiveram percentuais expressivos, 49% e 44%, respectivamente[19]. A pesquisa levantou informação sobre a existência de postos vagos e a taxa de vacância em cada especialidade. Considera-se alta a taxa de vacância superior a 10%. As especialidades em que se detectaram altas taxas de vacância foram: Neurologia (22,03), Pediatria (14,03) Neurocirurgia (13,24) e Medicina Intensiva (11,65), acompanhando os percentuais de dificuldade de contratação.

[19] Os principais motivos atribuídos à dificuldade de contratação de especialistas foram: (i) Remuneração praticada pela instituição é considerada baixa pelos profissionais (especialmente para Ginecologia e obstetrícia); (ii) Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade (principalmente Medicina Intensiva e Neurocirurgia); (iii) Carga de trabalho excessiva (especialmente Clínica Médica); (iv) Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB (destaque para Pediatria, Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia e Radiologia); e (v) Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho (principalmente Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Intensiva, Pediatria e Neurocirurgia).

Tabela 16 – Brasil, 2012: Informações sobre dificuldade de contratação de médicos especialistas em hospitais privados - Brasil.

Espec.	% de hospitais com dificuldade de contratar especialistas	% de hospitais com postos vagos na especialidade	Taxa de vacância*
Anestesiologia	49	37	8,70
Pediatria	77	54	14,03
Intensivista	65	44	11,65
Neurologia	52	41	22,03
Clínica médica	38	33	8,03
Neurocirurgia	44	32	13,24
Radiologia	32	26	8,83
Cardiologia	28	27	8,32
Cirurgia Geral	27	21	4,61
Ginecologia	37	31	7,25
Ortopedia	37	29	8,37

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG), pesquisa "Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil".

*Taxa de vacância: número de postos vagos em relação ao total de postos (vagos + preenchidos).

4.6. Síntese

Os sinais do mercado de trabalho médico apontam para a mesma direção, o de escassez de profissionais. Um dos principais sinais é o desemprego de médicos, quase inexistente e o menor encontrado no Brasil, relativamente às demais profissões da saúde de nível superior. Um baixo nível desemprego é forte indicativo de escassez de força de trabalho e a combinação desse sinal com o de crescimento de médicos ocupados na assistência direta à saúde é forte evidência de empregabilidade da profissão.

Os sinais do mercado de trabalho formal apontam para formalização. Com base nos dados do Censo, entre 2000 e 2010, o número de médicos com emprego formal (CLT ou Estatutário), no trabalho principal, cresceu de 49,7% para 56,1%. Em termos absolutos, este aumento foi de mais de 73 mil médicos. O mesmo foi observado na RAIS, que registrou a criação de 154.583 vínculos formais de emprego entre 1993 e 2011. Nesse sentido, o crescimento da oferta de novos médicos (egressos do sistema educativo) encontrou acomodação no mercado formal. A partir de 2002, a demanda superou a oferta, indicando certo dinamismo do mercado de trabalho em absorver estes profissionais. Os salários médios de médicos praticados no mercado formal seguiram a tendência de dinamismo alcançando um crescimento superior ao observado para demais profissões de saúde de nível superior.

Finalmente, corroboram os sinais da escassez a dificuldade de contratação de profissionais, reportada por gestores de recursos humanos em saúde. Na Estratégia de Saúde da Família, segundo levantamento realizado pela EPSM em 2012, 70,1% dos municípios brasileiros têm dificuldade de contratar médicos e 23,6% existência de posto vago, por ocasião da pesquisa. Em pesquisa similar sobre especialidades médicas em hospitais privados em 2012, verificaram-se altos níveis de dificuldade de contratação de todas as especialidades, com destaque para Pediatria, Medicina Intensiva, Neurologia, Anestesiologia e Neurocirurgia.

PARTE III – Distribuição espacial e migração médica no Brasil

5. Distribuição espacial dos médicos

Buscando qualificar a compreensão sobre a disponibilidade da força de trabalho médica no Brasil e identificar iniquidades, apresenta-se a distribuição geográfica em 2010 e algumas comparações com 2000 a partir do Censo Demográfico. Apesar de seus limites, optou-se por utilizar o número absoluto e a razão por 1.000 habitantes, a qual fornece uma importante medida de desigualdade quando comparada entre diferentes localidades. Considera-se ainda, apenas a população médica ocupada e desocupada[20], isto é, exclusive a população médica não economicamente ativa. Esse corte se aproxima do número de médicos ativos nos CRM, como mostrado acima.

A razão geral do Brasil em 2010 é de 1,7 médicos por mil habitantes (tabela 17 e figura 13). Note-se que as taxas do Canadá e Reino Unido, no mesmo período, eram superiores, respectivamente, 2,4 e 2,8. Caso se pretendesse para o Brasil, em 2010, a mesma razão do Canadá, ter-se-ia um déficit de 109.335 médicos. Em relação à taxa do Reino Unido, déficit de 182.226. Fazendo esse exercício regionalmente, as cinco grandes regiões apresentariam déficits em relação ao Reino Unido e Canadá. Frente à própria razão do Brasil, porém, as regiões Sudeste e Sul apresentavam razões acima do que a razão observada no total do país, o que correspondia a 46.536 e 2.795 médicos a mais, respectivamente. As demais regiões apresentavam déficits: o Nordeste com menos 34.717 médicos e razão de 1,1; o Norte com menos 14.148 médicos e razão de 0,8; e o Centro-oeste com menos 466 e razão de 1,7.

Analisando a evolução da razão de médicos por mil habitantes de 2000 a 2010, segundo Unidade da Federação (mapas 1 e 2), observou-se um aumento em todos os estados, mas com permanência da mesma concentração em estados que classicamente possuem maior estrutura na formação e mercado de trabalho médico, que são os estados do Sudeste e do Sul. Os estados que se mantiveram com os maiores valores foram o Distrito Federal, com razões de 3,25, em 2000, e 3,54, em 2010, Rio de Janeiro, com 3,07 e 3,36 e São Paulo, com 2,10 e 2,50. Inversamente os estados com as menores razões foram Maranhão, com 0,43 e 0,58, Rondônia, com 0,59 e 0,85 e Amapá, com 0,69 e 0,72.

20 Com exceção dos médicos não ativos que frequentavam pós-graduação.

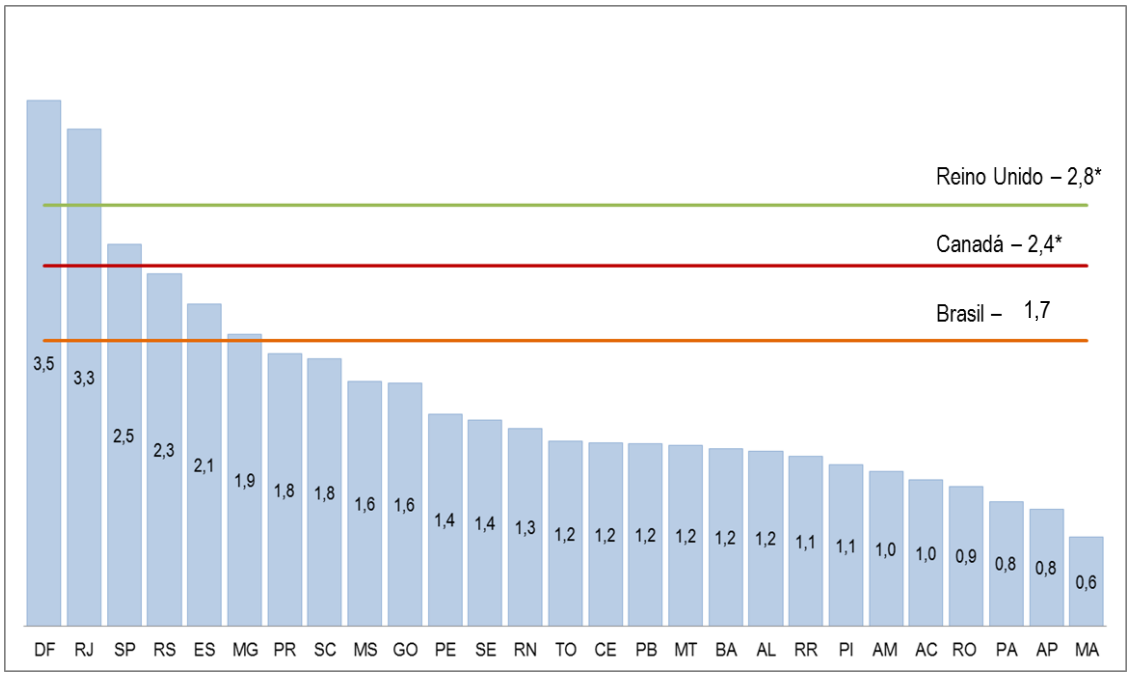
Tabela 17 – Brasil, 2010: Nº de médicos economicamente ativos e razão por 1.000 hab. por região e diferença absoluta em relação à razão geral do Brasil, Canadá e Reino Unido.

Região	Médicos	Razão	Comparações Nº de médicos da região menos o nº de médicos se fosse observada a seguinte razão:		
			Brasil (1.9)	Canadá (2.4*)	Reino Unido (2.8*)
Norte	13.136	0,83	-14.148	-26.272	-32.840
Nordeste	56.562	1,07	-34.717	-66.846	-87.414
Sudeste	184.722	2,30	46.536	-8.031	-40.157
Sul	49.889	1,82	2.795	-16.630	-27.716
Centro-oeste	23.697	1,69	-466	-9.758	-15.333
Total	**328.006**	**1,72**	**0**	**-109.335**	**-182.226**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo Demográfico do IBGE.

*OECD, Health Data 2013, dados relativos a 2010/2011.

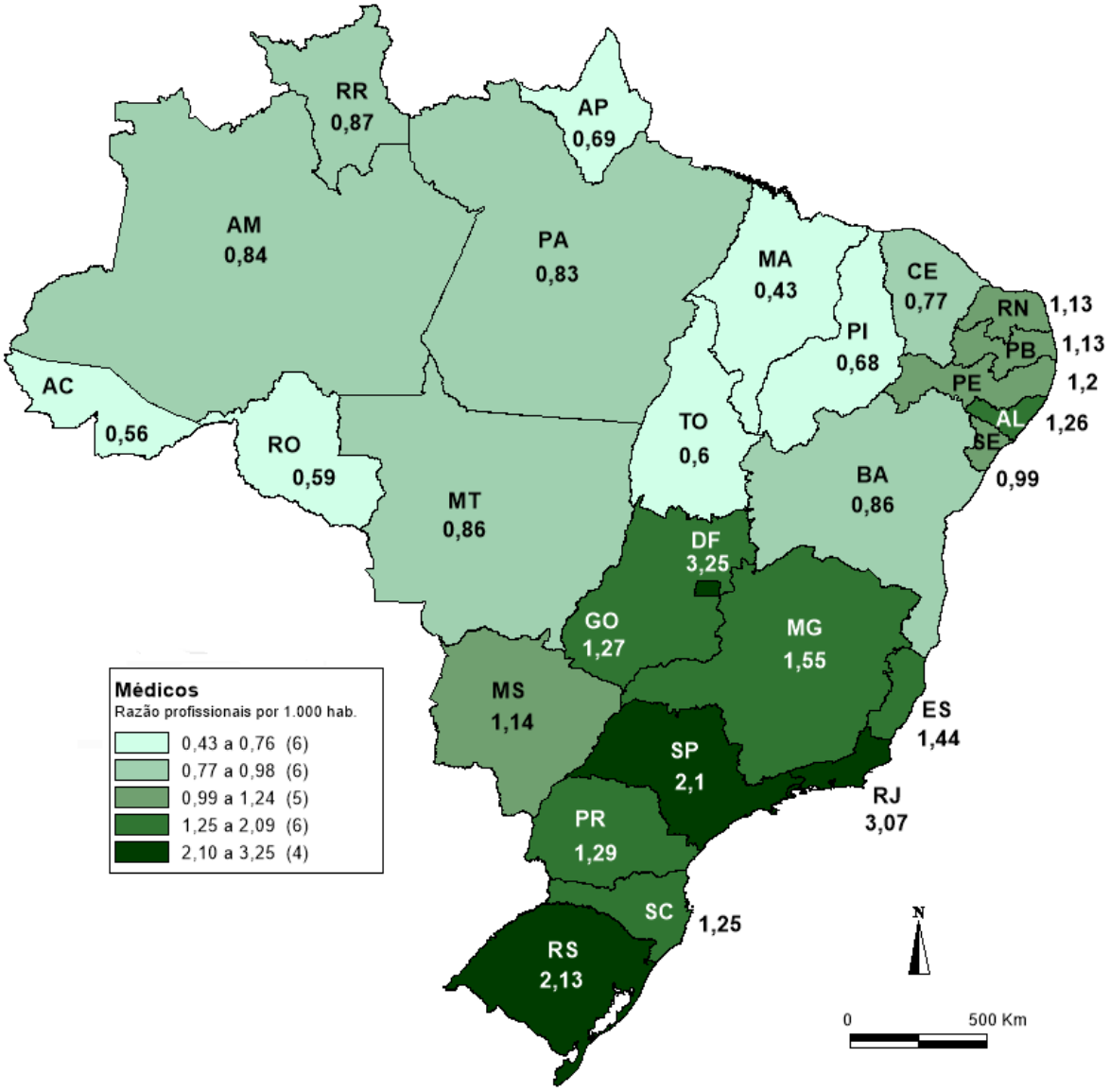
Figura 13 – Brasil, 2010: Razão por 1.000 hab. da população médica economicamente ativa por UF e comparação com razão geral do Brasil, Canadá e Reino Unido.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo Demográfico do IBGE.

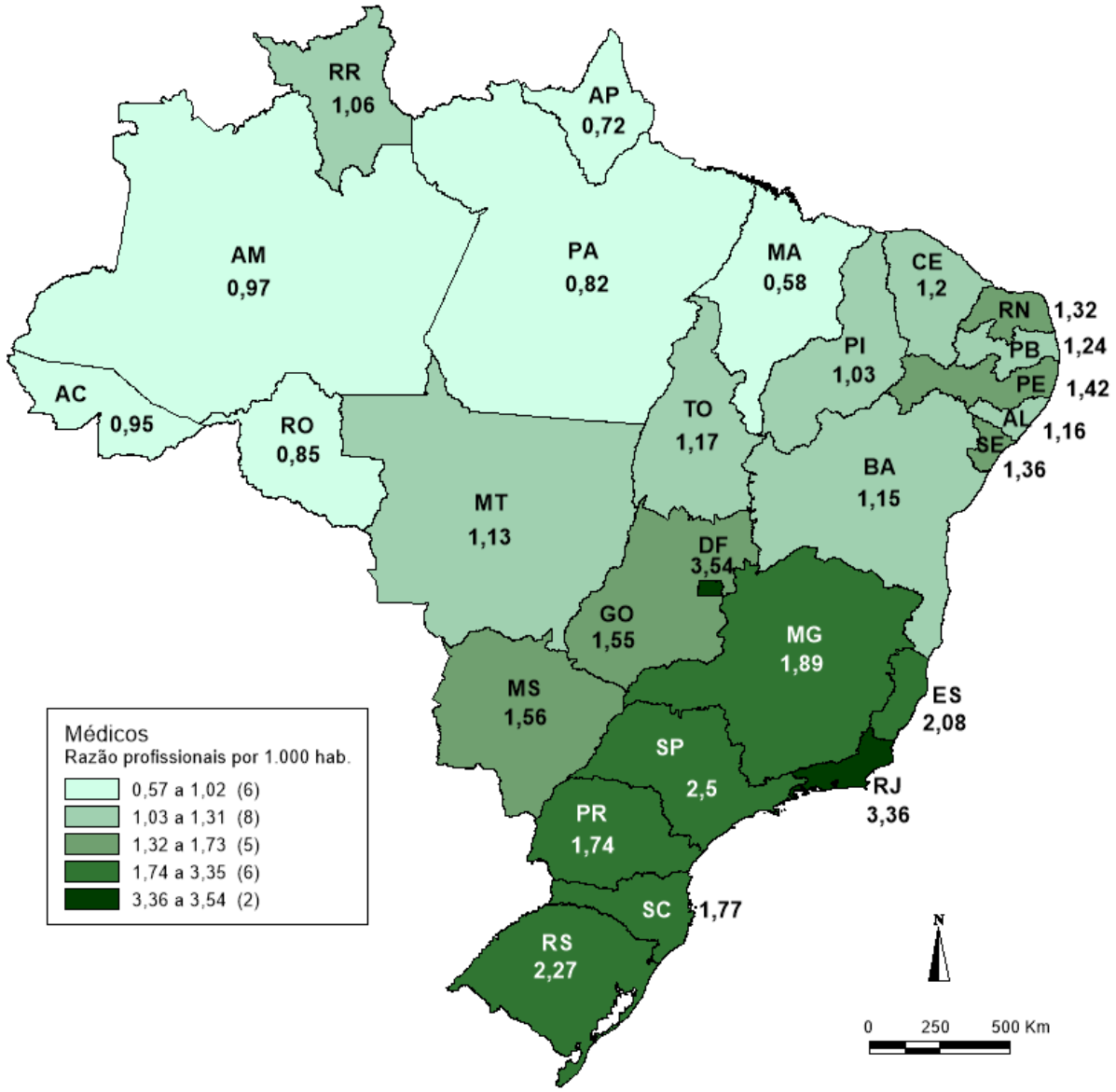
*OECD, Health Data 2013, dados relativos a 2010/2011.

Mapa 1 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do número de médicos por mil habitantes por Unidade da Federação.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 2 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do número de médicos por mil habitantes por Unidade da Federação.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

6. O Índice de escassez de médicos na Atenção Básica de municípios brasileiros

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, muito especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo. Em geral, as áreas geográficas mais isoladas e remotas e os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde.

Quando combinadas com outras desvantagens socioeconômicas e situações de altas necessidades de saúde, a escassez de profissionais de saúde agrava o estado de privação essencial que podem afetar tais populações. Em países como o Brasil, que tem constitucionalmente assegurado o direito à saúde como dever de Estado sob os princípios da universalidade e equidade de acesso, a existência de situações que não asseguram o acesso a um mínimo de assistência médica e serviços de saúde para suas populações constituem situações políticas geradoras de problemas de governabilidade além de moralmente inaceitáveis.

A razão média de 1,8 médicos por mil habitantes registrada no Brasil atualmente é comparável com a de muitos países desenvolvidos e a distribuição dos médicos pelo território nacional melhorou bastante, sobretudo a partir da criação do SUS e da implantação da ESF. Pelos registros do CNES é muito pequeno o numero de municípios que atualmente sofrem com escassez absoluta de médicos, ou seja, ausência completa de oferta de trabalho médico. Contudo, desigualdades sociorregionais na distribuição da força de trabalho médica podem ainda ser observadas, como descrito anteriormente. Ao lado da saturação de médicos nas grandes cidades e regiões mais ricas do país coexistem severas carências. Estima-se que em torno de 7% dos municípios brasileiros não contam com médicos residindo em seus limites, e em torno de 25% contam com a razão de um médico para mais de 3.000 habitantes (Campos, Machado e Girardi, 2009).

No que diz respeito ao enfrentamento do problema, historicamente, o governo brasileiro lançou mão de diversas políticas e estratégias. As políticas de extensão de cobertura e de interiorização da medicina, a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), a implantação de internatos rurais nas gradua-

ções da área da saúde e mais recentemente o extinto Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) constituem exemplos, uns mais outros menos bem sucedidos (Maciel Filho, 2007). A ESF, apesar de não desenhada especificamente com este objetivo, constitui talvez o exemplo mais bem sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional (Girardi *et. al.*, 2010a).

Além disso, a criação do Programa de Financiamento Estudantil (FIES), atrelado ao exercício da medicina em área de necessidade, os processos de reorientação dos programas de residência médica e a expansão dos projetos de TELESAUDE, convivem com a adoção de diversos tipos de incentivos por gestores do SUS para o alívio das situações de falta permanente de profissionais e melhoria do acesso aos serviços de saúde. No mesmo sentido apontam os debates em torno à criação de carreiras de profissionais de saúde e a ideia da criação de uma "Força Nacional de Saúde", entre outros diversos projetos em curso no Congresso Nacional.

Seja como for, em todos os casos, a identificação de áreas geográficas e de populações que sofrem de carências ou escassez severa de profissionais de saúde, especialmente de cuidados primários – e a determinação de sua intensidade - é condição necessária para a implantação de políticas públicas que visem à promoção de um mínimo de segurança assistencial no âmbito do SUS.

Experiências internacionais, a exemplo da designação de *Underserviced Area Program* – UAP e das *Health Professional Shortage Area* – HPSA respectivamente, pelos governos federais do Canadá e dos Estados Unidos, revelaram-se bastante úteis na orientação dos processos de alocação de recursos (profissionais e programas) destinados a aliviar as situações de carência das comunidades, e definição de prioridades de acordo com a intensidade do problema por elas vivenciado (GAO, 2006; Salinsky, 2010). No Brasil, realizou-se um estudo preliminar de identificação de áreas carentes do ponto de vista da oferta de serviços médicos, bem como a medida dessa carência. Tal estudo propôs e calculou o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica para o Brasil em 2008 (Girardi, *et. al.*, 2010b) atualizado com dados de 2010 (Girardi et. al., 2012b). O Índice proposto é um indicador composto pela oferta de médicos, mortalidade infantil e incidência de pobreza nos municípios brasileiros.

Nesta publicação, a metodologia foi replicada com dados de 2012. Na sequência, apresentam-se a metodologia e os resultados.

6.1. Metodologia

O primeiro passo na identificação de áreas com escassez de força de trabalho em saúde é 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. Com respeito à Atenção Básica em Saúde esta área poderia coincidir com os limites de um município, reunir vários municípios contíguos ou, em caso de grandes municípios, uma subdivisão estatística, como o setor censitário. Em termos práticos, é nos limites dessa área geográfica, que a população potencialmente portadora de necessidades e usuária dos serviços, caracterizada em sua estrutura sociodemográfica, epidemiológica, cultural etc., e a oferta de força de trabalho médica, serão dimensionados e postos em relação.

Por razões da disponibilidade e maior confiabilidade dos dados, a unidade de análise escolhida é o município. A definição de carência/escassez adotada levou em consideração três dimensões: disponibilidade/oferta de recursos humanos em Atenção Básica, necessidades de saúde, carências socioeconômicas e barreiras de acesso a serviços de saúde[21]. O pressuposto é o de que altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e dificuldades de acesso se refletem em maior demanda de serviços médicos, agravando a situação de escassez destes. Para cada uma dessas dimensões foi selecionado um único indicador, os quais serão descritos a seguir.

[21] Embora seja possível estabelecer a distância entre diferentes municípios e perímetros de escassez de médicos, através da Malha Municipal Digital do Brasil do IBGE, por exemplo, a mesma não reflete as reais barreiras de acesso, a que os municípios se submetem, pois não leva em consideração o tempo de deslocamento, o tipo de transporte e o perfil do município (territorialmente extensos e pouco adensados e grandes centros urbanos com áreas violentas, por exemplo), entre outros fatores. Por essa a razão não incluímos o indicador de barreiras de acesso nesse estudo.

6.1.1. Indicador de oferta de recursos humanos

Segundo Pong e Pitblado (2005), para operacionalizar a identificação de áreas geográficas e populacionais de carência e escassez de força de trabalho médica, apenas a localização dos médicos é de uso limitado. Na realidade, análises envolvendo a distribuição espacial de médicos relativos à distribuição espacial da população são mais sensíveis ao problema. Uma típica razão população-médico 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.

Ainda segundo os autores, a razão população-médico 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 gênero 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, e que também foi considerada neste trabalho, é o cálculo de número de habitantes por médicos 40 horas, ou a contagem do tempo total equivalente a um médico trabalhando em horário integral cinco dias por semana, o chamado *Full Time Equivalent* (FTE). O uso dessa contagem torna-se cada vez mais comum em trabalhos de pesquisa e planejamento. Isso sugere que mais pessoas têm percebido a fragilidade de simplesmente "contar cabeças" e a necessidade de aplicar medidas mais sensíveis. Na prática, divide-se o número de horas trabalhadas de médicos, registrada na localidade, por 40.

Para operacionalizar o indicador, utilizaram-se os dados do CNES do mês de dezembro de 2012 para identificação do número de médicos correspondente ao FTE, tendo sido consideradas apenas as horas dedicadas ao atendimento ambulatorial nas especialidades de Clínica Médica, Saúde da Família e Pediatria. Para o cálculo da razão, utilizou-se a população encontrada no Censo Demográfico de 2010. Em suma, o indica-

dor de oferta informa o número de habitantes por médico em Atenção Básica, equivalente a tempo integral.

6.1.2. Indicador de alta necessidade de saúde

Os indicadores de alta necessidade em saúde buscam contemplar condições demográficas, sociais e epidemiológicas da população residente, refletindo a demanda potencial por serviços de saúde e, consequentemente, por recursos humanos em saúde. De acordo com Pong e Pitblado (2005), mais difícil do que mensurar o número de médicos é mensurar a demanda por saúde, ou o número de pacientes em potencial. De fato, é sabido que certos grupos populacionais, como crianças, idosos e mulheres em idade fértil consomem mais cuidados médicos do que outros. Neste sentido, é importante levar em consideração que a escolha do numerador da razão população-médico reflita, adequadamente, não apenas o tamanho da população, mas os seus padrões de consumo de serviços médicos. De outra forma, duas populações de mesmo tamanho não possuem necessariamente a mesma demanda por serviços de saúde, o que irá depender de sua composição em termos etários e de gênero, além de outros fatores.

Um indicador de alta necessidade de saúde é a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que será utilizada na presente abordagem. No Brasil, as taxas de mortalidade infantil diminuíram muito nas últimas décadas, no entanto, o índice continua elevado comparando-se com outros países. Uma mortalidade infantil elevada é proveniente, principalmente, de condições sanitárias e habitacionais precárias, traduzidas como a falta de pavimentação e tratamento de água e esgoto, bem como de desnutrição, o que justifica seu uso. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) corresponde ao risco provável que um nascido vivo tem de vir a falecer antes que complete um ano de idade. Seu valor corresponde ao quociente entre o número de óbitos de indivíduos com menos de um ano de idade ocorridos durante um ano e o número de crianças nascidas no decorrer do mesmo período (Carvalho, Sawyer, e Rodrigues, 1998).

As informações sobre óbitos e nascimentos no Brasil proveem de quatro fontes de dados, as Estatísticas do Registro Civil e o Censo Demográfico do IBGE e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde. Com exceção do Censo, que é uma pesquisa domiciliar, os demais sistemas têm como base os registros de nascimentos e óbitos fei-

tos nos cartórios do país. Por esse motivo, o sub-registro de informações é bastante significativo, sobretudo o de óbitos e nas regiões Norte e Nordeste (Szwarcwald, 1997). Os dados utilizados na construção da TMI foram os do Censo Demográfico de 2010. Entre os municípios cuja informação não estava disponível, utilizou-se a média verificada para a mesma UF e porte populacional do município.

6.1.3. Indicador socioeconômico

Assumindo como Neri e Soares (2002) que desigualdade social e iniquidade em saúde estão relacionadas no Brasil, outro importante indicador utilizado neste trabalho foi a proporção de domicílios pobres no município. A partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, os autores mostraram que esta relação ocorre na medida em que o estrato de população com maior nível de renda tem mais acesso a seguro saúde e demanda por cuidados de saúde e usa ou consome estes serviços em maior quantidade do que a população com menor nível de renda. Não obstante, além dessas assimetrias, a necessidade de saúde parece estar mais relacionada à oferta de serviços de saúde, do que a demanda. De fato, a chance de consumir este serviço está mais relacionada a acesso aos planos de saúde do que por motivo de doença, bem como em regiões com maior densidade demográfica, que concentram maior quantidade e diversidade desses serviços, do que com áreas menos adensadas.

A mensuração da pobreza ainda não é consensual nos meios acadêmico e político, pois ainda é discutido se a mesma deve ser mensurada apenas na medida das necessidades existenciais, de subsistência nutricional ou se, além disto, na medida das necessidades sociais, considerando o trabalho, a educação, a saúde, o lazer, entre outros aspectos. No primeiro caso, são consideradas pobres as pessoas que possuem um padrão de vida aquém do necessário à sobrevivência, critério amplamente utilizado na definição de pobreza absoluta ou da indigência. No segundo, aquelas pessoas que vivem abaixo de um nível aceitável de bem-estar nutricional e social. Neste aspecto, são pessoas que foram destituídas de usufruir com plenitude de seus direitos como membros de um corpo sociopolítico (Lavinas, 2003).

A primeira forma de mensuração é mais utilizada não só por identificar níveis de pobreza estritamente inaceitáveis, mas também por ser de mais fácil definição e coleta de dados, já que para seu cálculo é preciso apenas da definição do valor monetário de

uma cesta básica e da renda das pessoas. Aqueles cuja renda familiar per capita é inferior ao custo de uma cesta básica são identificados como pobres, a chamada linha de pobreza.

A única base de dados no Brasil que disponibiliza informações para o cálculo da linha de pobreza em nível municipal é o Censo Demográfico. Para definição da linha de pobreza, utilizou-se o critério de elegibilidade para o Programa Bolsa Família (PBF) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), isto é, domicílios com renda per capita inferior a R$140,00 [22]. O indicador construído a partir deste dado e que identifica o tamanho da pobreza no município é o de proporção de domicílios localizados nesta faixa de renda, em relação ao total de domicílios, em 2010.

6.2. Construção do índice de escassez

Na construção do Índice de Escassez foram designados com escassez de médicos em Atenção Básica os municípios com:

- Um médico para mais de 3.000 habitantes ou com ausência de médicos, que foram automaticamente incluídos;
- Um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e TMI de mais de 100% acima da média nacional;
- Um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza;

Entre os municípios designados, isto é, identificados com escassez de médicos, procedeu-se à mensuração da escassez. Para tanto, os três indicadores selecionados foram classificados num gradiente de 0 a 5 de acordo com a intensidade da ocorrência do evento conforme descreve o Quadro 1. A soma proveniente das notas em cada um dos indicadores é o valor do índice, variável de 1 a 15. Quanto mais próximo de um, menor é o grau de escassez, quanto mais próximo de 15, maior. Os valores foram divididos em cinco categorias, cada uma somando três valores do índice (1 a 3: Traços de escassez; 4 a 6: Escassez Baixa; 7 a 9: Escassez Moderada; 10 a 12: Escassez Alta; 13 a 15: Escassez Severa).

[22] http://www.mds.gov.br/bolsafamilia.

Quadro 1 – Nome, graus de mensuração e categorias dos indicadores componentes do Índice de Escassez de médicos em Atenção Básica.

Indicadores	Pesos	Escalas
Nº de habitantes por médico em ABS equivalente a tempo integral (40 horas) em dezembro de 2012	0	1 médico p/ até 3.000 hab.
	1	1 médico p/ mais de 3.000 até 4.000 hab.
	2	1 médico p/ mais de 4.000 até 5.000 hab.
	3	1 médico p/ mais de 5.000 até 10.000 hab.
	4	1 médico p/ mais de 10.000 até 15.000 hab.
	5	1 médico p/ mais de 15.000 hab./sem médico
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 2010	0	TMI abaixo da média nacional
	1	TMI até 10% acima da média
	2	TMI mais de 10% até 25% acima da média
	3	TMI mais de 25% até 50% acima da média
	4	TMI mais de 50% até 100% acima da média
	5	TMI mais de 100% acima da média
Proporção de domicílios elegíveis ao Programa Bolsa Família em 2010 – com renda domiciliar *per capita* de até R$140,00	0	Menos de 10% de domicílios pobres
	1	De 10% a menos de 20%
	2	De 20% a menos de 30%
	3	De 30% a menos de 40%
	4	De 40% a menos de 50%
	5	50% ou mais

Fonte: adaptado de Girardi et. al., 2012b.

6.3. Resultados

Dos 5.565 municípios brasileiros, 1.156 foram identificados com escassez de médicos em ABS em dezembro de 2012, o que corresponde a 20,8% do total, os quais somam quase 30 milhões de habitantes (15,6% da população) – tabela 18. Segundo os critérios de designação, a maioria, 820 municípios, foi selecionada exclusivamente em função da oferta de médicos, que se apresentou superior a um profissional para mais de 3 mil habitantes. Analisando o grau de escassez, 26 municípios, com um pouco mais de 400 mil habitantes no total, convivem com escassez alta ou severa de médicos em ABS. Estas são situações que exigiriam intervenção imediata por meio de políticas públicas de fixação e provimento de médicos. A maioria da população reside em municípios com traços de escassez, 54%, o que corresponde a 33,7% dos municípios designados.

Tabela 18 – Brasil, dezembro de 2012: Distribuição dos municípios e da população brasileira, segundo critérios de designação e graus do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde.

Critérios de designação/Graus do índice	Municípios		População	
	N	%	N	%
Mais de 3.000 hab. por médico	820	14,7	26.592.371	13,9
Mais de 1.500 até 3.000 hab. por médico TMI mais de 100% acima da média	315	5,7	2.940.897	1,5
Mais de 1.500 até 3.000 hab. por médico e mais de 50% dos domicílios na pobreza	21	0,4	255.777	0,1
Não designado	4.409	79,2	160.943.678	84,4
Total	**5.565**	**100**	**190.732.723**	**100**
Traços	390	33,7	16.080.420	54,0
Baixa	507	43,9	9.709.080	32,6
Moderada	233	20,2	3.578.837	12,0
Alta	20	1,7	391.657	1,3
Severa	6	0,5	29.051	0,1
Total	**1.156**	**100**	**29.789.045**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES do MS e do Censo Demográfico 2010 do IBGE.

A tabela 19 apresenta a distribuição dos municípios designados com escassez de médicos em ABS segundo os indicadores utilizados na composição do Índice. Como destacado anteriormente, a maioria dos municípios possui um médico para mais de 3 mil habitantes. Entre estes, 516 tem um médico para mais de 3 até 4 mil habitantes; 146 municípios, mais de 4 até 5 mil; 127, mais de 5 até 10 mil; 14, mais de 10 até 15 mil; e 11 municípios, mais de 15 mil ou ausência absoluta de médicos. Ressalta-se que a distribuição da Taxa de Mortalidade Infantil está concentrada nos extremos, com 53,4% abaixo da média nacional e, 31,4%, mais de 100% acima da média. A pobreza por sua vez está menos concentrada, já que cerca de 90% dos municípios estão nas quatro primeiras faixas do indicador, de até 40% de domicílios na pobreza. Sugere-se, nesse sentido, que a pobreza tende a acompanhar situações de diferentes graus de escassez de médicos, enquanto a TMI tende a acentuar as situações onde a escassez é mais grave.

O mapa 3 e a tabela 20 mostram a distribuição geográfica do Índice de escassez de médicos em ABS. Nota-se uma concentração nas regiões Norte e Nordeste, com 656 municípios ou 56,7%. Os municípios de escassez severa estão localizados em todas as regiões, enquanto os de escassez alta, apenas no Norte e Nordeste. Ressalta-se ainda que 57% de todos os municípios da região Norte foram designados com escassez, enquanto na região Centro-oeste, apenas 8%.

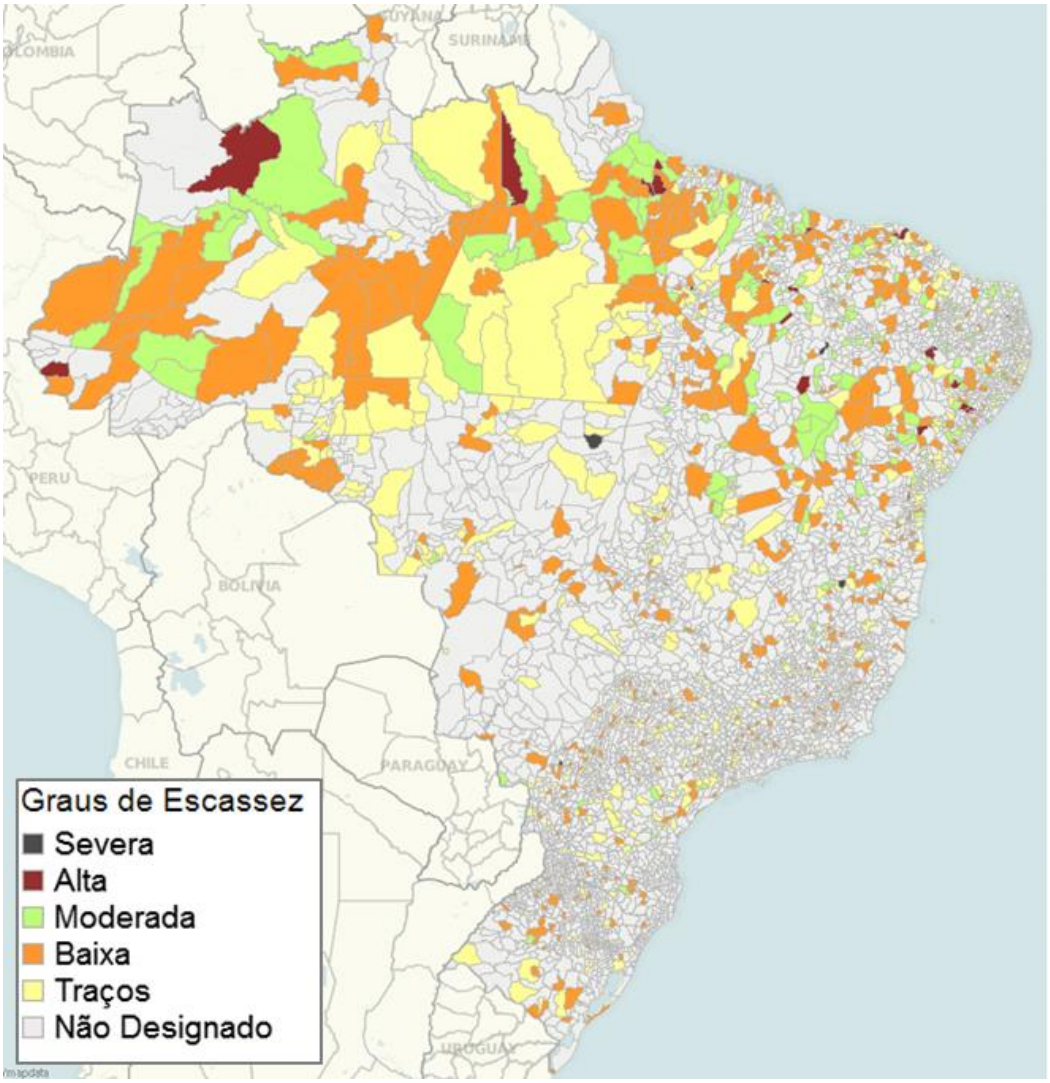
Do ponto de vista do porte populacional, 753 (65,1%) tem até 10 mil habitantes. Em todos os graus do Índice de escassez, verifica-se uma concentração de municípios com até 20 mil habitantes. Apesar de que a grande maioria dos municípios brasileiros possui poucos habitantes residindo em seus limites, pode-se afirmar que a escassez de médicos, quando observada do ponto de vista municipal, está associada a realidades de populações com baixa estrutura social e econômica disponível. De fato, em estudo anterior (Girardi *et. al.*, 2012b) o Índice foi comparado com a classificação de Regiões de Influência do IBGE (2007), metodologia que ordena os municípios brasileiros de acordo com a hierarquia na produção e no consumo de serviços sociais e econômicos, incluindo os de saúde. A comparação demonstrou que a grande maioria dos municípios com escassez são “centros locais”, isto é, são municípios que não exercem influência urbana e, portanto, são dependentes de outros municípios. Nesse sentido, o Índice revela situações de carência, em um primeiro momento, associadas à assistência de serviços de saúde.

Tabela 19 – Brasil, dezembro 2012: Distribuição dos municípios designados com escassez segundo indicadores que compõem o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde.

Indicadores	Escalas	Distribuição dos municípios designados	
		N	%
Nº de habitantes por médico em ABS equivalente a tempo integral (40 horas) em dezembro de 2012	1 médico p/ até 3.000 hab.	336	29,1
	1 médico p/ mais de 3.000 até 4.000 hab.	516	44,6
	1 médico p/ mais de 4.000 até 5.000 hab.	146	12,6
	1 médico p/ mais de 5.000 até 10.000 hab.	127	11,0
	1 médico p/ mais de 10.000 até 15.000 hab.	14	1,2
	1 médico p/ mais de 15.000 hab./sem médico	11	1,0
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 2010	TMI abaixo da média nacional	617	53,4
	TMI até 10% acima da média	38	3,3
	TMI mais de 10% até 25% acima da média	47	4,1
	TMI mais de 25% até 50% acima da média	46	4,0
	TMI mais de 50% até 100% acima da média	45	3,9
	TMI mais de 100% acima da média	363	31,4
Proporção de domicílios elegíveis ao Programa Bolsa Família em 2010 – com renda domiciliar *per capita* de até R$140,00	Menos de 10% de domicílios pobres	418	36,2
	De 10% a menos de 20%	198	17,1
	De 20% a menos de 30%	241	20,8
	De 30% a menos de 40%	180	15,6
	De 40% a menos de 50%	86	7,4
	50% ou mais	33	2,9

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES do MS e do Censo Demográfico 2010 do IBGE.

Mapa 3 – Brasil, dezembro de 2012 – Distribuição dos municípios segundo graus do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES do MS e do Censo Demográfico 2010 do IBGE.

Tabela 20 – Brasil, dezembro de 2012: Distribuição dos municípios brasileiros, segundo graus do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde.

Região/porte populacional	Graus do Índice						Total
	Traços	Baixa	Moderada	Alta	Severa	Não de-signado	
Norte	50	96	45	6	1	251	449
Nordeste	93	189	160	14	2	1.336	1.794
Sudeste	120	110	16	0	1	1.421	1.668
Sul	73	78	7	0	1	1.029	1.188
Centro-oeste	54	34	5	0	1	372	466
Total	390	507	233	20	6	4.409	5.565
Capitais e regiões metropolitanas	30	3	1	0	0	172	206
Mais de 100 mil habitantes	15	5	0	0	0	143	163
Mais de 50 até 100 mil habitantes	42	24	9	1	0	205	281
Mais de 20 até 50 mil habitantes	91	128	46	8	0	681	954
Mais de 10 até 20 mil habitantes	89	109	69	5	0	1.100	1.372
Até 10 mil habitantes	123	238	108	6	6	2.108	2.589
Total	390	507	233	20	6	4.409	5.565

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES do MS e do Censo Demográfico 2010 do IBGE.

É preciso destacar o limite da escolha adotada até aqui em torno de tratar os municípios brasileiros da mesma forma, para o cálculo do Índice de escassez. Ainda que os municípios sejam unidades autônomas na prestação de serviços de saúde, os mesmos não podem ser tratados univocamente do ponto de vista empírico, em função de existir diferenças profundas entre eles. Os grandes municípios, principalmente os localizados em regiões metropolitanas, quando comparados aos pequenos, destacam-se do ponto de vista econômico e de oferta de profissionais, o que não implica necessariamente que estas áreas não convivam com situações de privação destes recursos dentro de seu território. O uso e a classificação de indicadores que busquem diferenciar os municípios são pertinentes, mas é preciso "personalizar" as informações utilizadas, ou seja, aplicar uma medida para cada caso. Em alguns casos, a própria unidade geográfica deve ser relativizada, seja para dentro ou para fora dos municípios, a exemplo das microrregiões de saúde ou dos setores censitários.

É preciso destacar ainda que o problema da escassez de médicos não deve ser tratado de forma isolada. A incorporação de outras variáveis no dimensionamento da oferta de serviços de médicos como as horas de trabalho de pessoal de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde, as composições demográfica e socioeconômica da população, outros aspectos referentes às necessidades de saúde e as barreiras físicas para o acesso aos serviços de saúde deve ser considerada em próximos estudos.

7. Movimento migratório de médicos por Unidade da Federação no Brasil (2000 e 2010)

O Brasil tem experimentado uma série de mudanças econômicas, sociais e demográficas nas décadas recentes, sendo uma das principais o rápido processo de envelhecimento populacional (Carvalho; Garcia, 2003; Wong; Carvalho, 2006) causado por mudanças em duas das principais variáveis demográficas que alteram a composição etária de uma população: a fecundidade e a mortalidade. Esta última se caracteriza por um aumento da esperança de vida, o qual, ao mesmo tempo em que diminui a probabilidade de morte entre os mais jovens, aumenta a longevidade da população adulta[23]. No entanto, o aumento da longevidade nem sempre se traduz em melhor qualidade de vida, sobretudo no que se refere à saúde dos adultos (Camarano et al., 2004; Camargos et al., 2009).

Assim, o cenário de envelhecimento populacional, como se sabe, é concomitante com a mudança no perfil epidemiológico da população. A população brasileira, caracterizada por possuir uma maior carga de doenças infecciosas e parasitárias, possui atualmente uma carga importante de doenças crônico-degenerativas (Prata 1992; Schramm et al., 2004), devido ao fato de que a transição demográfica não tem ocorrido como uma sucessão de etapas ou estágios epidemiológicos, senão como uma superposição das mesmas (Laurenti, 1990; Schramm et al., 2004; Araújo, 2012).

Essa realidade de mudanças demográficas e epidemiológicas coloca um desafio (presente e futuro) para os sistemas de seguridade social e saúde, dado por uma maior e constante demanda da população por serviços que atendam um duplo padrão epidemiológico caracterizado pela presença de doenças infectocontagiosas e crônico-degenerativas e incremento das mortes por causas externas. Além do quadro epidemiológico citado, o Brasil, caracteriza-se, também, pelo seu perfil de desigualdades socioeconômicas e geográficas, presente, inclusive, na distribuição e prestação de serviços de saúde, o que inclui os profissionais da saúde e particularmente os médicos, foco deste estudo.

[23] A mortalidade infantil passou de 150 (por mil) em 1940 para 124 (por mil) em 1960, chegando a 16,2 (por mil) no ano 2010; a proporção de idosos passou respectivamente de 4,1% para 4,7% e 10,8%. Entanto, a expectativa de vida aos 60 anos passou de 16,4 anos em 1980 a 20,4 anos em 2000 e 21,4 no ano 2010 (IBGE 1999; IBGE 2006; IBGE 2010).

É esse o panorama que justifica a necessidade de informação que permita identificar regiões e/ou Unidades Federativas (UF) que se encontram mais vulneráveis em termos de disponibilidade e localização espacial de profissionais médicos. A implantação do *Programa Mais Médicos* em 2013[24], cujo objetivo, no que se refere a alocação de recursos humanos, é reduzir as desigualdades regionais na área da saúde fortalecendo a prestação de serviços de atenção básica em saúde, principalmente no interior do país, justifica em grande medida, a realização de estudos sobre localização e mobilidade espacial dos profissionais médicos.

Neste sentido, existem, por um lado, estudos mostrando não existir desemprego entre médicos ou apontando a criação de postos de trabalho que superam o número dos médicos que iniciam suas atividades profissionais (Martins et al., 2013); da mesma forma há indicativos de um vigoroso processo de expansão do mercado formativo de profissionais médicos nas últimas décadas, o que ampliou significativamente a oferta de novos profissionais (Girardi et al., 2014). Por outro lado, é notório que o Brasil, junto com as situações de saturação de médicos nas grandes cidades e regiões mais ricas do país, apresenta situações de extrema privação, à qual são submetidos expressivos contingentes da população do país pela ausência de médicos (Campos; Machado; Girardi, 2009).

Na atualidade, existe uma importante quantidade de estudos que abordam a mobilidade e/ou migração internacional dos professionais da saúde (Awases et al., 2004; Grignon et al., 2012; Smith, 2008; Tjadens et al., 2012; Watkins, 2005), mas logra-se observar a carência de estudos que abordem a mobilidade *interna* dos médicos, a qual se mostra interessante devido aos diferentes tipos de mobilidade de pequeno, médio ou longo prazo, estágios curtos no exterior, migração circular, dual ou de múltiplo emprego.

Nesse contexto, tomando em consideração que no Brasil ainda se conhece pouco sobre os processos migratórios e de deslocamento internos dos profissionais da saúde, o presente artigo descreve os principais padrões migratórios dos profissionais médicos, informação que pode ser considerada no desenvolvimento de estratégias de intervenção e planejamento equilibrado na alocação de médicos em diferentes unidades administrativas (regiões de saúde, municípios, etc.).

[24] Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

7.1. Fonte de dados e Metodologia

Em relação as fonte de dados**,** foram utilizados os Censos Demográficos do IBGE dos anos 2000 e 2010, dos quais foram selecionados os profissionais médicos. Os critérios para identificar e selecionar os médicos foram: (i) considerar as pessoas ocupadas como médicos no trabalho principal da semana de referência perguntada no Censo; (ii) considerar as pessoas graduadas em medicina no período do recenseamento; (iii) desconsiderar, como critério de consistência, os casos de pessoas com menos de 21 anos de idade e os que não possuíam nível de instrução mínimo superior de graduação completo.

Ressalta-se que a pergunta sobre o curso de graduação disponível nos Censos é respondida apenas quando o último nível de formação concluído pelo entrevistado é o superior e, ainda, que a resposta corresponde apenas ao último curso de graduação concluído. Assim, a identificação de médicos com mestrado ou doutorado ou com outra formação de graduação adquirida após a titulação em medicina, foi feita apenas pelo critério ocupacional, isto é, se estava ocupado como médico no trabalho principal da semana de referência[25]. A partir desses critérios identificou-se uma amostra de 27.027 pessoas em 2000, o equivalente a 264.945 médicos, e de 25.263 em 2010, o equivalente a 355.583 médicos.

As informações utilizadas nas estimativas sobre deslocamentos dos médicos, por sua vez, provém das seguintes perguntas:

1. Censo demográfico 2000:
    a. Qual Unidade de Federação e município de residência atual?
    b. Em que Unidade da Federação ou país estrangeiro residia em 31 de julho de 1995?
2. Censo Demográfico 2010:
    a. Qual Unidade da Federação e município de residência atual?
    b. Em que Unidade da Federação ou país estrangeiro residia em 31 de julho de 2005?

As perguntas utilizadas fazem referência ao lugar de residência em uma determinada data no passado, mais especificamente nos cinco anos anteriores da data de refe-

[25] Os Censos também possuem classificações para os cursos de mestrado e doutorado, mas nem sempre os mesmos permitem o exercício de algumas profissões, sendo facultado apenas aos portadores de diploma de graduação, por isso, optou-se por não utilizar a pós-graduação para identificar os profissionais.

rência do recenseamento. Desde um ponto de vista analítico, a informação disponível permite conhecer a residência anterior do médico numa data fixa. Portanto, considera-se como migrante o indivíduo que residia em lugares diferentes (UF, neste caso) nas duas datas consideradas. Complementarmente, não migrante é quem não mudou de residência no mesmo período de tempo. Deve-se notar que, dentro dos não migrantes, estão incluídos aqueles que fizeram alguma migração no período considerado que antecede ao censo, mas que retornaram ao mesmo local de residência onde moravam cinco anos antes do censo (Carvalho 1982; Rigotti 2009).

Por outro lado, deve-se ter em conta que as informações de migração (imigrantes, emigrantes e saldo migratório), obtidas a partir da informação da data fixa, oferecem resultados apenas para um quinquênio e não para todo o período intercensitário. De acordo a Rigotti (1999), uma das grandes vantagens deste quesito é permitir o cálculo de todas as medidas convencionais da migração: volume de imigrantes e emigrantes, saldos migratórios e as correspondentes taxas. Além disso, os lugares de origem e destino são conhecidos, o período dentro do qual ocorre a migração é bem determinado e o conceito de migrante é facilmente definido.

Com relação à **metodologia**, ela consiste principalmente na construção de uma série de matrizes de migração, por sexo e grupos de idades para cada um dos pontos do tempo incluídos no estudo (2000 e 2010). Essas matrizes são feitas considerando no eixo horizontal a informação referente à UF de residência cinco anos antes da aplicação do Censo (no caso os anos 1995 e 2005, respectivamente) e no eixo vertical a informação referente à UF de residência (atual) no ano do Censo (2000 e 2010, respectivamente). Em outras palavras, a matriz de migração é dada pelo cruzamento entre a variável de *lugar de residência* no momento do levantamento censitário e de *lugar de residência cinco anos antes*.

A interpretação da matriz deve ser feita considerando que a informação contida na horizontal corresponde ao processo de emigração e a informação da vertical corresponde ao processo de imigração ocorrida nos últimos cinco anos, que em *stricto sensu* corresponde à migração de data fixa. Por sua vez, na matriz, pode-se estimar o Saldo Migratório (SM) o qual, para determinado período, é o resultado da diferença entre imigrantes e emigrantes de data fixa e leva em consideração os efeitos indiretos do fluxo (Carvalho e García 2002).

Como exemplo, apresenta-se na tabela 21 uma matriz (A) de migração composto pelas UFs A, B e C (Matriz modificada da proposta por Rigotti 1999). Cada linha con-

tém o número de pessoas (médicos) que deixaram a UF de origem e foram recenseadas na UF de destino, conforme o disposto nas colunas. Portanto, a última coluna representa o número total de médicos emigrantes de cada UF ($n_1.$; $n_2.$; $n_3.$). Cada coluna representa o número de médicos imigrantes de acordo com a UF de origem, cujo total está disposto na última linha ($n._1$, $n._2$ e $n._3$). Assim, o total de médicos imigrantes será igual ao total de emigrantes (N), uma vez que se refere apenas às migrações internas. Finalmente, dado que a matriz dispõe somente do número de migrantes, a diagonal principal é nula.

Tabela 21 – Matriz A, dados de migração – origem X destino.

UF de Origem	UF Destino			Emigrantes
	A	B	C	
A	n_{11}	n_{12}	n_{13}	$n_1.$
B	n_{21}	n_{22}	n_{23}	$n_2.$
C	n_{31}	n_{32}	n_{33}	$n_3.$
Imigrantes	$n._1$	$n._2$	$n._3$	N

Fonte: Rigotti, 1999.

Por fim, dentro do estudo sobre o deslocamento dos médicos no Brasil foram estimadas Taxas Líquida de Migração (TLM) para cada Unidade de Federação, segundo sexo e idade dos médicos. Como explicam Carvalho e Rigotti (1998), a TLM corresponde ao quociente entre o saldo migratório (SM) e a população observada no final do período.

$$_5TLM_x = \frac{_5SM_x}{_5P_x^{n-5}}$$

Onde, $_5SM_x$ é o saldo migratório; $_5P_x$ é a população observada no final do período.

7.2. A distribuição espacial dos médicos (2000 e 2010)

Antes de apresentar as estimativas feitas e aprofundar nos resultados obtidos nas análises do deslocamento dos médicos segundo UF, apresenta-se na tabela 22 o crescimento da população de médicos em geral no Brasil, por sexo. De fato, no decênio 2000/2010 os médicos experimentaram uma taxa de crescimento média anual de 3% que contrasta com a velocidade de crescimento da população total que foi de 1,2% apenas. O alto crescimento dos profissionais médicos deve-se em grande parte ás profissionais médicas cuja taxa equivalente foi de quase 5%.

Tabela 22 - Brasil, 2000 e 2010: Profissionais médicos por sexo e taxa média anual de crescimento (Por cem).

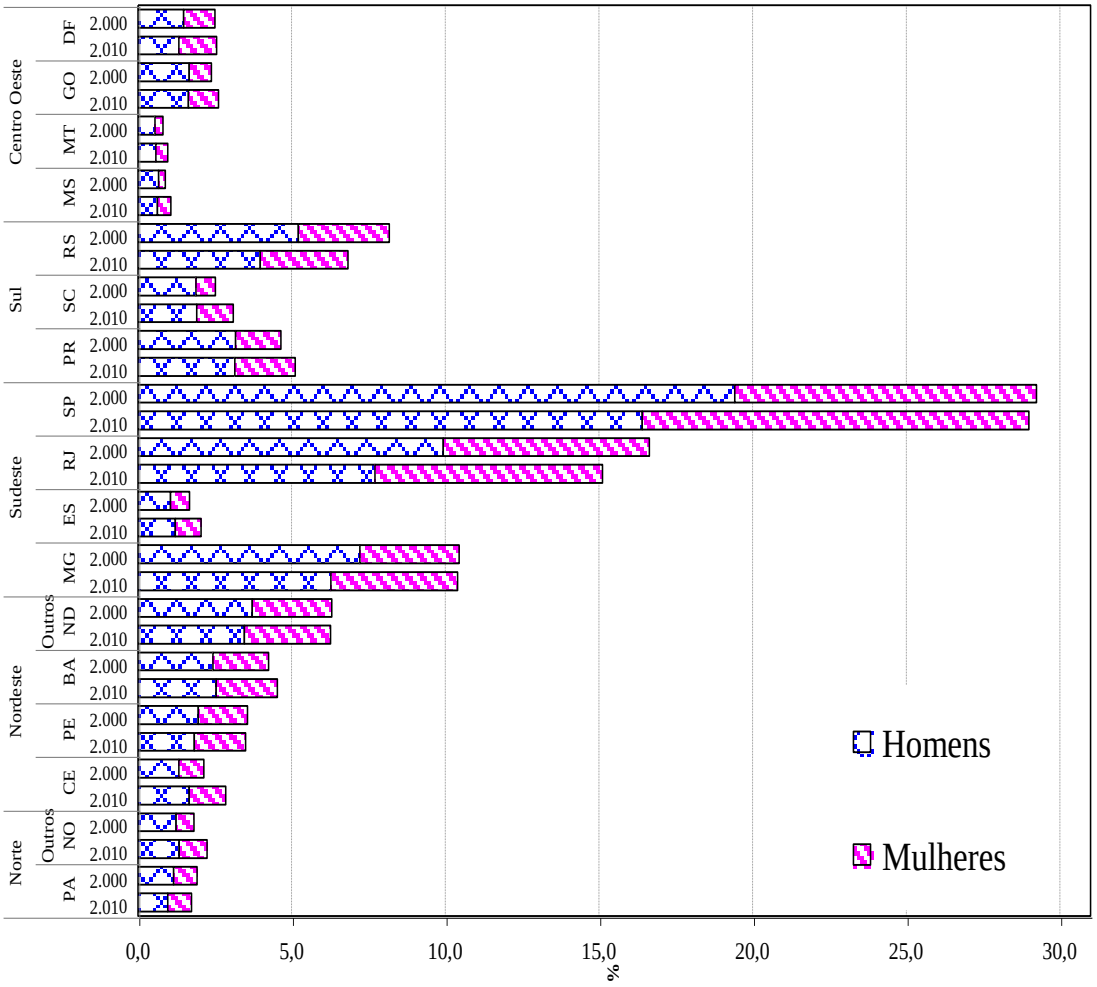
Sexo	2000	%	2010	%	Incremento anual (%)
Masculino	169,999	64,2	201,44	56,7	1,7
Feminino	94,947	35,8	154,14	43,3	4,8
Total	264,946	100	355,58	100	2,9

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 do IBGE.

A figura 14 apresenta a distribuição relativa dos médicos para o ano 2000 e 2010 segundo sexo, UF de residência e região. A maior porcentagem dos médicos existentes no Brasil – e replicando a distribuição espacial da população total– encontra-se na região Sudeste, principalmente no Estado de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro e Minas Gerais. Por sua vez, fica claro que existe uma maior presença de médicos do sexo masculino em praticamente todas as regiões e Unidades da Federação no ano 2000, maioria que, no entanto, diminuiu sensivelmente no ano de 2010, em muitas UFs e mais claramente nas de maior volume, como são Minas Gerais e São Paulo. Há mudanças significativas no volume de médicos por sexo em algumas UFs, merecendo salientar os casos de Acre e Tocantins, onde a presença de mulheres médicas triplicou-se no período (passando, respectivamente, de 81 a 336 médicas e de 181 a 632). Em São Paulo, verificou-se um aumento relativo menor, porém, o crescimento absoluto significou passar de 26,021 a 44,767 médicas, um aumento médio de quase 2,000 novas profissionais por ano. Outras UFs onde o número de médicas aumentou notavelmente foram Minas Gerais, Rondônia, Amazonas, Ceará, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e o Distrito Federal os quais duplicaram a quantidade de mulheres médicas.

No geral, se por um lado, o perfil da distribuição dos médicos não mudou significativamente no período observado, por outro lado, vale a pena ressaltar a tímida presença de uma desconcentração, uma vez que os estados concentrando uma vasta maioria de profissionais médicos, apresentaram pequena diminuição relativa. Como foi o caso de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul e, em menor medida, de Minas Gerais.

Figura 14 – Brasil, 2000 e 2010 - Profissionais médicos por UFs* nas Grandes Regiões - segundo sexo (Por cem).



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 do IBGE.

*Para efeitos de simplificação só foram consideradas as UFs por regiões de maior volume, as menores foram agrupadas.

A tabela 23 oferece um panorama global da distribuição espacial dos profissionais médicos. Nela foi estimada a razão de médicos por mil habitantes obtendo-se como resultado que o Distrito Federal em 2010 possuía a maior quantidade relativa de médicos. Na sequência estavam Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Espírito Santo. Todas essas UF apresentavam mais de dois mais médicos por mil habitantes. Ao contrário desse comportamento, Maranhão, Amapá, Pará e Rondônia foram as UFs com a menor quantidade de médicos por habitante.

Finalmente, é importante destacar que existem diferenças significativas entre as UFs nas taxas anuais de crescimento da população total e a da população de médicos. Por exemplo, no decênio 2000/2010 a população total do Amapá teve uma taxa de crescimento de 3,4%, sendo a UF de maior crescimento populacional nesse período. Seguem, pela ordem, Roraima (3,3%), Acre (2,7%) e Distrito Federal (2,3). Em contraste Rio Grande do Sul foi a UF com menor crescimento populacional (0,5%) seguido de Bahia (0,7%), Piauí (0,9%), Paraíba e Paraná (0,9%). Com relação aos médicos, o crescimento relativo, na grande maioria dos casos foi expressivo, sendo frequente encontrar taxas anuais superiores a 4%, principalmente nas UFs do Norte e Nordeste. O melhor exemplo disto é Tocantins (8,5%). A principal exceção é a realidade de Alagoas com um aumento relativo do número de médicos inexpressivo de 0,2% ao ano.

Tabela 23 – Brasil, 2000 e 2010: Número de médicos, distribuição relativa, razão de médicos por 10 mil habitantes e taxa média anual de crescimento (Por cem) comparada com o total da população, por UF.

UF	2000			2010			Taxa média anual de crescimento (%)	
	Médicos	Distribuição %	Médicos x 10,000 Hab.	Médicos	Distribuição %	Médicos x 10,000 Hab.	Pop. Total	Médicos
Rondônia	819	0,31	5,9	1333	0,37	8,5	1,3	4,9
Acre	314	0,12	5,6	700	0,2	9,5	2,7	8,0
Amazonas	2.385	0,9	8,5	3.388	0,95	9,7	2,1	3,5
Roraima	283	0,11	8,7	477	0,13	10,6	3,3	5,2
Pará	5.117	1,93	8,3	6.224	1,75	8,2	2,0	2,0
Amapá	328	0,12	6,9	483	0,14	7,2	3,4	3,9
Tocantins	691	0,26	6,0	1.616	0,45	11,7	1,8	8,5
Maranhão	2.448	0,92	4,3	3.781	1,06	5,8	1,5	4,3
Piauí	1.939	0,73	6,8	3.219	0,91	10,3	0,9	5,1
Ceará	5.683	2,14	7,7	10135	2,85	12,0	1,3	5,8
Rio Gr. do Norte	3.121	1,18	11,3	4.187	1,18	13,2	1,3	2,9
Paraíba	3.890	1,47	11,3	4.687	1,32	12,4	0,9	1,9
Pernambuco	9.462	3,57	12,0	12.462	3,5	14,2	1,1	2,8
Alagoas	3.545	1,34	12,6	3.613	1,02	11,6	1,0	0,2
Sergipe	1.768	0,67	9,9	2.817	0,79	13,6	1,5	4,7
Bahia	11.249	4,25	8,6	16.112	4,53	11,5	0,7	3,6
Minas Gerais	27.685	10,45	15,5	36.972	10,4	18,9	0,9	2,9
Espírito Santo	4.465	1,69	14,4	7.310	2,06	20,8	1,3	4,9
Rio de Janeiro	44.111	16,65	30,7	53.749	15,12	33,6	1,1	2,0
São Paulo	77.471	29,24	21,0	103.112	29	25,0	1,1	2,9
Paraná	12.311	4,65	12,9	18.189	5,12	17,4	0,9	3,9
Santa Catarina	6.685	2,52	12,5	11.046	3,11	17,7	1,6	5,0
Rio Grande do Sul	21.665	8,18	21,3	24.317	6,84	22,7	0,5	1,2
Mato Grosso do Sul	2.375	0,9	11,4	3.823	1,08	15,6	1,7	4,8
Mato Grosso	2.154	0,81	8,6	3.437	0,97	11,3	1,9	4,7
Goiás	6.346	2,4	12,7	9.311	2,62	15,5	1,8	3,8
Distrito Federal	6.636	2,5	32,5	9.083	2,55	35,3	2,3	3,1
Total	264.946	100	15,6	355.583	100	18,6	1,2	2,9

Fonte: EPSM a partir dos Censos Demográficos do IBGE de 2000 e 2010.

As UFs coloridas de rosa são aquelas com maior % de médicos e as coloridas de verde, com maior aumento absoluto de médicos no período 2000-2010.

7.3. Os movimentos migratórios de médicos

Neste tópico apresenta-se o deslocamento dos médicos ou fluxo migratório ressaltando uma análise regional em uma primeira parte, e, aprofundando na realidade das UFs que tiveram, no período considerado, fluxos migratórios de importância, em uma segunda parte. Focalizam-se duas dimensões: em primeiro lugar, os números absolutos, isto é, a magnitude dos deslocamentos migratórios, seja em nível regional ou federal; em segundo lugar, a dimensão relativa, em termos de taxas ou riscos de migrar. No particular caso dos médicos consideramos importante considerar estas duas dimensões dado o enorme desequilíbrio em termos de distribuição espacial da população brasileira. Apenas para citar um exemplo da motivação para considerar tanto números absolutos como relativos: uma UF como São Paulo, pode ser origem de fluxo migratório dirigido a uma UF populacionalmente pequena, como Roraima. Em termos de taxa emigratória para São Paulo, o risco de migrar certamente, pode ser mínimo, no entanto, para Roraima, tanto a taxa imigratória quanto o volume de médicos (mesmo que pequeno na origem) pode significar forte impacto na população médica no lugar de destino.

Distribuição e deslocamento regional dos médicos para o período 1995/2000 e 2005/2010

Em relação à migração dos médicos no nível regional, logra-se identificar a existência de diferenças significativas no período 2000/2010. Nas matrizes apresentadas nas tabelas 24 e 25, pode-se observar a mudança no volume dos fluxos migratórios e no equilíbrio da migração obtido pelo saldo migratório (SM) – que é a diferença entre imigrantes e emigrantes.

De maneira geral, observou-se que no período 1995/2000, inter regionalmente, Norte, Nordeste e Sudeste apresentavam SM negativos e Sul e Centro-Oeste, positivos. Entenda-se por SM positivo um número maior de entradas de migrantes e que lá permaneceram que o de migrantes que saíram; ocorrendo o inverso quando o saldo é negativo (Carvalho e Rigotti 1998). Por sua parte, os médicos que saíam do Nordeste migravam principalmente para o Sudeste, em segundo lugar, para o Centro-Oeste e, em terceiro lugar, para o Norte. Entanto, os médicos do Sudeste migravam principalmente para o Nordeste, em segundo lugar, para o Centro-Oeste e, em terceiro lugar, para o Sul. Um

ponto importante a notar é que nesse período (2000) o Sudeste, em volume, tinha mais médicos e desta região saía um volume maior em comparação as outras duas regiões com saldo negativo. Por outro lado, as regiões Sul e Centro-Oeste apresentavam SM positivos, isto é, recebem mais médicos do que expulsa. As regiões que mais têm contribuído para que esse saldo seja positivo são pela ordem de magnitude: Sudeste, Nordeste e Sul.

Já no período 2005/2010 algumas mudanças são percebidas nos deslocamentos regionais dos médicos no Brasil, mas os grandes volumes continuam estando em primeiro lugar no Sudeste, seguidos do Sul, Nordeste, Centro-oeste e finalmente Norte.
Chama atenção a troca de sinal no SM das regiões Norte, Nordeste e Sul. As duas primeiras regiões passaram de ser regiões expulsoras de médicos no ano 2000, a regiões receptoras em 2010 (SM positivo). Entretanto, a região Sul passou de saldo positivo a negativo. Note-se também, que o SM é bastante menor se comparado com os resultados de 2000. Veja-se especificamente o caso do Sudeste. Em que pesem os altos volumes de entradas e saídas, o que indica um intercambio mais intenso, o SM é, em termos absolutos, menor em 2010.

Em suma, pode-se afirmar que o Sudeste é a região que, em termos absolutos, é a que mais fornece profissionais médicos a todas as outras regiões dado que em todas as outras quatro regiões os maiores fluxos de médicos imigrantes provêm do Sudeste. Além disso, os maiores fluxos migratórios da região Norte, Nordeste, Sul e Centro-oeste dirigem-se para o Sudeste. Nesse sentido o Sudeste é a maior região expulsora e receptora de médicos no Brasil.

Tabela 24 - Brasil, 2000: Profissionais médicos segundo região de residência no ano do Censo e cinco anos antes, imigrantes, emigrantes e saldo migratório.

		Total	Região de Residência em 2000					Síntese		
			N	NE	SE	S	CO	IMIGRANTES	EMIGRANTES	SALDO MIGRATÓRIO
Região de Residência em 31 de Julho 1995	N	**1.971**	870[26]	157	685	53	206	1.971	1.866	**-105**
	NE	**5.202**	234	3.307	1.122	119	420	5.202	5.146	**-56**
	SE	**18.302**	454	1.368	14.202	1.022	1.256	18.302	17.037	**-1.265**
	S	**5.497**	135	142	558	4.390	272	5.497	5.684	**187**
	CO	**1.838**	173	172	470	100	923	1.838	3.077	**1239**
TOTAL		**32810**	**1.866**	**5.146**	**17.037**	**5.684**	**3.077**	32.810	32.810	**0**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo Demográfico de 2000 do IBGE.

Tabela 25 - Brasil, 2010: Profissionais médicos segundo região de residência no ano do Censo e cinco anos antes, imigrantes, emigrantes e saldo migratório.

		Total	Região de Residência em 2010					Síntese		
			N	NE	SE	S	CO	IMIGRANTES	EMIGRANTES	SALDO MIGRATÓRIO
Região de Residência em 31 de Julho 2005	N	2.579	1.359[27]	303	628	65	224	2.579	2.620	**41**
	NE	8.158	178	5.633	1.848	117	382	8.158	8.411	**253**
	SE	29.650	651	1.867	24500	1.165	1.467	29.650	29.457	**-193**
	S	9.946	137	255	1.387	7.869	298	9.946	9.466	**-480**
	CO	4.645	295	353	1.094	250	2.653	4.645	5.024	**379**
TOTAL		54.978	2.620	8.411	29.457	9.466	5.024	54.978	54.978	0

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo Demográfico de 2010 do IBGE.

[26] É necessário aclarar que em uma matriz de migração na diagonal principal (valores em vermelhos) os valores devem ser zero. Mas no presente caso a diagonal indica movimentos migratórios entre UFs da mesma região.
[27] Ver nota anterior sobre a migração intra regional informada nas celas da diagonal da matriz

Distribuição e deslocamento dos médicos no Brasil segundo Unidades da Federação para os períodos 1995/2000 e 2005/2010

Analisando o processo migratório por UFs também foram feitas matrizes de migração consideradas nas tabelas 26 e 27 para os períodos 1995/2000 e 2005/2010, respectivamente. Considerando apenas os números absolutos, desprende-se que no período 1995/2005 as principais UFs fornecedoras de médicos para outros estados foram, pela ordem, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Essa ordem só sofre uma modificação para o período seguinte quando o Rio de Janeiro passa a ser a UF da qual saem mais médicos para outras UFs, deixando em segundo lugar São Paulo. Outra diferença clara identificada tem a ver com o fato que os volumes de médicos que agora saem dessas UFs são maiores dos que saíam no período anterior em todos os casos.

Com relação à região Norte, é importante destacar que Pará é a UF de maior expulsão de médicos, os quais escolhem como destino final principalmente São Paulo e, em segundo lugar, Minas Gerais. Além desses pontos principais de chegada, os médicos emigrantes de Pará no quinquênio 1995/2000 escolheram como destino UFs da mesma região como Amazonas, Amapá e Tocantins. Em contraste com essa realidade, no período 2005/2010 tem-se que o Pará continua sendo a UF que mais expulsa médicos no Norte, com a particularidade de mudanças na escolha dos destinos que os médicos emigrantes dessa UF fazem: o destino principal continuou sendo São Paulo, seguidos do Distrito Federal e Ceará. Além disso, os dados indicam que o Pará atua como um estado que recebe médicos das outras UFs do Norte.

Na região Nordeste destacam-se como Unidades expulsoras de médicos no primeiro quinquênio os estados de Bahia, Pernambuco e Alagoas. Entre os três estados, a grande maioria dos médicos emigra para o São Paulo, mas, como segundo destino, escolhem o Distrito Federal. Observe-se, ainda, que Pernambuco é um ponto de atração importante de médicos desta região. Já no período 2005/2010 a Bahia continua sendo a que expulsa mais médicos em comparação às outras UFs do Nordeste, embora no segundo lugar, apareceram o Piauí e o Ceará, deixando em terceiro lugar o Alagoas. Observa-se, também, que os destinos principais dos médicos emigrantes do Nordeste eram, em primeiro lugar, São Paulo e, como segundos destinos, Pernambuco e Paraíba, mantendo importantes fluxos para o Distrito Federal e Minas Gerais.

Por outro lado, o Sudeste que foi descrito anteriormente como uma região principalmente expulsora, tendo os três estados que mais fornecem médicos para o restante do Brasil, caracteriza-se pela existência de uma "circularidade" nos fluxos dentro da região. Por exemplo, os médicos que emigram de São Paulo vão principalmente para Minas Gerais e Rio de Janeiro. Por seu lado, os médicos que emigram de Rio de Janeiro vão principalmente para São Paulo e Minas Gerais. Essa situação ocorre tanto no período 1995/2000 como no 2005/2010.

Na região Sul o estado que mais expulsa médicos é o Rio Grande do Sul, seguido por Paraná e Santa Catarina. Um ponto importante a destacar é o fato de o Rio Grande do Sul fornecer um importante fluxo de médicos para Santa Catarina e Paraná e em menor medida para São Paulo. Este perfil é válido para ambos os períodos. Os estados de Paraná e Santa Catarina têm um padrão migratório similar ao achado nas outras UFs do Brasil, qual seja o de escolher como primeiro destino São Paulo.

Por fim, a região Centro-Oeste, onde, diga-se, o Distrito Federal tem um papel praticamente definidor, caracteriza-se por ser a segunda região que menos médicos expulsa, depois da região Norte. O principal destino dos médicos Centro Oeste no período 1995/2000 era São Paulo (para Mato Grosso do Sul e Mato Grosso) e o Distrito Federal (para São Paulo e Goiás). Já em 2005/2010, observa-se uma mudança. A grande maioria dos emigrantes das quatro UFs emigra preferencialmente para São Paulo, Rio de Janeiro e/ou Minas Gerais. Identificou-se, também, pequenos fluxos desde o Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso para UFs do Nordeste, onde se destacam Bahia e Alagoas.

Ao considerar as UFs que recebem a maior quantidade de médicos, tanto em 1995/2000 como 2005/2010, tem-se, pela ordem: São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. São Paulo praticamente recebe imigrantes de todas as UFs do Brasil, mas os maiores volumes de imigrantes de São Paulo originam-se, pela ordem, em Minas Gerais e Rio de Janeiro. Minas Gerais recebe fluxos migratórios tanto de São Paulo e Rio de Janeiro, quanto Santa Catarina recebe fluxos de Rio Grande do Sul e de Paraná. Contrariamente à realidade desses estados, o Amapá é o que menos imigrantes recebe em todo o Brasil, tendo seu principal fluxo, originário, principalmente do Pará.

A comparação dos Saldos Migratórios nos dois períodos considerados desenha algumas mudanças nos padrões de migração que é importante considerar se se quer desenhar cenários futuros:

- UFs com SM negativos em 1995/2000 que se reverte em 2005/2010: Acre, Pernambuco e Sergipe.
- UFs com SM positivos em 1995/2000 que se reverte em 2005/2010: Amapá, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso.
- UFs que mantiveram a perda/ganho, mas com intensificação do volume: Rondônia, Tocantins, Maranhão, Bahia, São Paulo, Paraná e Goiás.
- UFs que mantiveram SM positivos, mas com redução significativa do volume: Roraima, Santa Catarina e o Distrito Federal.

Tabela 26 - Brasil, 2000: matriz de migração de médicos segundo Unidade da Federação para o quinquênio 1995/2000.

UF DE RESIDÊNCIA EM 31 DE JULHO DE 1995	UF DE RESIDENCIA 2000	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF	Emigrantes	Imigrantes	Saldo Migratório
	RO	0	0	20	0	9	0	0	0	0	0	9	7	0	0	0	0	5	6	13	11	0	0	0	14	11	10	10	125	159	34
	AC	14	0	6	12	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	49	43	-6
	AM	8	0	0	18	19	0	0	8	8	31	0	0	0	0	0	0	21	0	20	18	0	0	31	20	10	6	16	234	318	84
	RR	0	0	27	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	45	165	120
	PA	0	0	47	0	0	42	49	24	11	0	0	4	9	0	0	0	73	0	24	435	0	0	10	7	0	29	42	806	366	-440
	AP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	13	58	45
	TO	0	0	0	0	8	0	0	0	0	10	0	0	0	9	0	15	20	0	0	26	0	7	0	0	10	12	0	117	175	58
	MA	0	0	0	7	18	0	0	0	7	11	8	0	0	0	0	0	0	0	0	78	0	0	0	0	0	9	8	146	238	92
	PI	0	0	0	0	0	0	0	50	0	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	49	0	0	0	0	0	0	6	139	151	12
	CE	0	0	10	17	0	0	0	17	12	0	6	22	12	0	9	11	0	0	40	65	8	0	10	0	0	24	41	304	464	160
	RN	0	0	24	0	0	0	0	0	0	31	0	19	25	0	0	0	0	0	0	57	0	24	11	0	0	0	54	245	264	19
	PB	9	0	0	9	0	0	8	6	0	31	20	0	96	14	0	18	0	10	0	76	4	0	12	0	11	0	30	354	277	-77
	PE	0	6	8	14	12	0	0	0	19	37	45	37	0	6	13	11	25	10	42	84	5	0	16	4	15	14	68	491	483	-8
	AL	9	9	0	0	0	0	14	0	0	30	19	0	81	0	18	42	16	0	10	137	5	0	0	0	0	0	87	477	145	-332
	SE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	16	12	0	44	53	0	0	0	0	0	0	0	136	131	-5
	BA	9	14	10	0	10	0	17	0	0	0	9	9	24	0	48	0	34	10	33	237	6	18	0	0	10	0	39	537	620	83
	MG	5	0	16	27	23	0	5	11	0	0	0	10	18	0	9	60	0	68	136	861	40	35	11	6	13	100	191	1645	1347	-298
	ES	8	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65	73	0	129	144	5	0	0	19	5	38	25	521	383	-138
	RJ	0	14	43	9	71	0	0	30	11	60	25	39	81	0	7	95	460	92	0	620	75	115	82	19	50	76	135	2209	894	-1315
	SP	24	0	42	7	131	8	11	75	79	94	72	101	130	53	27	216	484	129	239	0	358	153	148	133	93	197	156	3160	3646	486
	PR	44	0	17	0	8	0	0	7	0	4	0	0	0	11	0	46	30	0	32	239	0	171	44	50	58	12	0	773	836	63
	SC	0	0	0	10	0	0	6	0	0	0	0	0	0	9	0	9	0	3	11	42	77	0	53	11	7	0	0	238	1008	770
	RS	19	0	11	0	0	0	20	0	0	45	0	7	0	0	0	4	0	0	62	139	206	457	0	51	51	12	20	1104	458	-646
	MS	0	0	19	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	21	71	37	0	11	0	13	7	54	256	347	91
	MT	0	0	0	0	19	0	0	0	0	8	14	0	0	0	0	0	4	24	5	43	0	0	9	4	0	20	0	150	368	218
	GO	10	0	7	16	19	0	13	10	0	0	0	14	0	0	0	0	47	21	0	98	0	0	0	0	11	0	165	431	658	227
	DF	0	0	11	19	0	8	19	0	4	38	25	8	7	32	0	12	43	0	33	50	10	28	5	0	0	92	0	444	1147	703
	ignorado (Fase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	8	0	0	0	30	0	0	66		
	Não Sabe UF																												0		
	Não Sabe UF																												0		
TOTAL		159	43	318	165	366	58	175	238	151	480	264	277	483	145	131	620	1347	383	894	3658	844	1008	458	347	398	658	1147	15215		
TOTAL SEM IGNORADOS		159	43	318	165	366	58	175	238	151	464	264	277	483	145	131	620	1347	383	894	3646	836	1008	458	347	368	658	1147	15149		

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo Demográfico de 2000 do IBGE.

Tabela 27 - Brasil, 2010: matriz de migração de médicos segundo Unidade da Federação para o quinquênio 2005/2010.

		UF DE RESIDENCIA 2010																												
		RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF	Emigrantes	Imigrantes	Saldo Migratório
UF DE RESIDÊNCIA EM 31 DE JULHO DE 2005	RO	0	11	9	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	11	0	8	11	0	0	24	0	97	166	69
	AC	7	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	6	0	0	20	5	0	0	0	11	10	0	90	104	14
	AM	0	0	0	0	32	0	0	0	0	30	10	21	7	0	22	13	31	13	19	94	0	4	0	17	34	8	21	376	140	-236
	RR	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	131	101
	PA	0	0	31	9	0	38	22	29	10	42	0	0	0	0	0	0	0	8	40	260	14	0	18	11	0	0	42	574	546	-28
	AP	0	0	0	0	51	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	55	-6
	TO	0	0	0	0	37	0	0	12	11	0	0	0	10	23	0	3	29	0	15	60	5	0	0	0	0	27	19	251	378	127
	MA	0	0	0	0	10	0	11	0	0	28	0	0	14	0	0	25	0	0	31	87	0	0	7	0	5	5	0	223	450	227
	PI	0	0	0	8	0	0	0	42	0	42	0	0	23	0	0	29	0	0	31	207	0	0	0	4	0	0	104	490	209	-281
	CE	0	0	0	7	27	0	0	0	20	0	8	35	91	3	0	48	28	0	9	153	0	0	12	0	0	8	40	489	464	-25
	RN	0	0	0	0	9	0	0	10	0	0	0	61	22	0	0	0	57	0	0	176	0	0	13	0	0	0	52	400	265	-135
	PB	0	0	0	10	0	0	0	0	0	37	63	0	72	0	0	34	0	0	27	101	0	0	0	0	0	0	22	366	304	-62
	PE	0	0	0	12	0	0	2	23	0	54	12	97	0	11	0	72	21	0	0	92	0	11	0	0	0	0	22	429	754	325
	AL	25	0	0	0	0	0	13	0	4	0	0	0	86	0	0	42	59	0	0	226	4	0	0	0	0	0	20	479	240	-239
	SE	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	28	0	20	78	0	6	0	0	0	0	0	157	222	65
	BA	12	19	0	0	0	0	4	18	0	22	0	0	9	0	38	0	102	0	20	295	8	18	38	0	5	20	75	703	1081	378
	MG	11	24	5	0	29	0	35	38	46	82	0	25	26	0	0	157	0	85	258	1473	84	63	0	32	15	124	106	2718	2017	-701
	ES	0	0	0	0	10	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	34	86	0	44	335	3	37	0	0	4	11	19	607	406	-201
	RJ	0	11	22	25	107	0	47	31	0	36	97	26	171	17	49	164	605	177	0	1288	83	100	75	49	73	136	207	3596	1188	-2408
	SP	52	18	0	20	135	12	88	198	81	64	14	19	133	81	88	166	627	100	208	0	439	134	147	122	191	269	109	3515	6632	3117
	PR	14	0	0	0	9	0	11	0	0	9	0	0	19	0	0	15	45	0	25	411	0	329	75	45	8	9	45	1069	1315	246
	SC	0	0	0	10	0	0	4	0	0	0	19	0	0	0	25	0	16	0	60	351	273	0	183	0	7	26	80	1054	1384	330
	RS	0	0	52	0	25	0	12	0	0	0	22	0	43	0	0	103	74	20	168	217	259	601	0	16	21	41	0	1674	618	-1056
	MS	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	209	53	15	0	0	22	0	0	349	318	-31
	MT	15	0	0	0	22	0	24	0	0	8	20	0	0	16	0	20	0	0	0	126	62	44	17	22	0	60	92	548	411	-137
	GO	0	10	15	0	9	0	69	0	0	0	0	9	17	0	0	51	93	0	57	189	11	3	0	0	11	0	81	625	867	242
	DF	6	11	0	21	34	5	36	25	17	0	0	11	11	89	0	59	91	0	124	173	12	11	22	0	4	89	0	851	1156	305
	ignorado (Fase	13	12	36	0	0	11	18	51	19	33	21	31	39	83	0	76	285	33	126	761	190	50	160	24	13	121	20	2226		
	Não Sabe UF	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	15		
	Não Sabe UF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10		
TOTAL		179	122	176	131	546	66	396	501	228	497	286	335	793	323	222	1157	2302	439	1314	7402	1505	1444	778	342	424	988	1176	24072		
TOTAL SEM IGNORADOS		166	104	140	131	546	55	378	450	209	464	265	304	754	240	222	1081	2017	406	1188	6632	1315	1384	618	318	411	867	1156	21821		

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo Demográfico de 2010 do IBGE.

As Taxas Líquidas de Migração

Neste item apresenta-se o perfil dos profissionais médicos, desta vez em termos de riscos relativos, isto é associada ao tamanho da população total que está exposta ao risco de sofrer o evento, que neste caso, é a mudança de UF de residência. Trata-se das Taxas Líquidas de Migração (TLM) como forma de melhor avaliar e entender o deslocamento dos profissionais médicos. A tabela 28 e a figura 15 apresentam as TML para o total dos médicos e por sexo, para cada uma das UFs nos dois quinquênios (1995/2000 e 2005/2010). A interpretação da TLM depende de seu sinal. Se positiva, indica a existência de SM na população observada. Se negativa, indica a proporção da população que foi diminuída devido à migração (Carvalho 1982; Rigotti 1999).

Ao observar os dados, desprende-se a existência de processos migratórios diferenciados segundo o sexo, embora a maioria das UFs apresente pequenas diferenças nos ganhos ou perdas de médicos segundo o sexo, em vários casos existem diferencias significativas. Por exemplo, Amapá é um caso muito particular, dado que no quinquênio 2005/2010 perdeu aproximadamente 20% de médicos de sexo masculino e, ao contrário, teve um ganho de 24,3% na população de médicos de sexo feminino. Outro caso interessante é Roraima que no quinquênio 2005/2010 mostrou no total um aumento da sua população de médicos de um 20%. As taxas líquidas segundo o sexo, no entanto, assinalam o maior ganho foi da população masculina. Por outro lado, o estado de Paraná teve um aumento de 1,6% entre profissionais médicos, produto dos processos migratórios no segundo quinquênio em estudo, mas ao momento de considerar a contribuição segundo o sexo, nota-se que esse aumento se sustenta, principalmente, pelo aumento de médicos de sexo feminino. Opostamente, em Goiás no mesmo quinquênio há um aumento de 2,2% da população de médicos principalmente de sexo masculino.

Em relação às UFs com ganhos na sua população de médicos, observa-se que Roraima, no quinquênio 2005/2010, teve um aumento de 21% da sua população de médicos produtos dos fluxos migratórios. Aparecem, também, As UFs de Tocantins e Maranhão com ganho de 7,4% e 5,5%, respectivamente, produto dos fluxos migratórios.
Ao contrário disso, o estado que sofreu a maior diminuição da sua população de médicos no quinquênio 2005/2010 foi o Piauí (diminuição de 8,7%) seguido pelo Amazonas (diminuição do 7,6%) e no terceiro lugar o estado de Alagoas com uma diminuição de 6,6%.

Embora as TLM tenham sido estimadas para cada UF para a população total, sexo e idade, no presente trabalho só se abordaram as taxas totais e por sexo, dado que ao incorporar a variável idade, é possível perceber que os processos migratórios (emigração e imigração) ocorrem nas idades mais jovens[28].

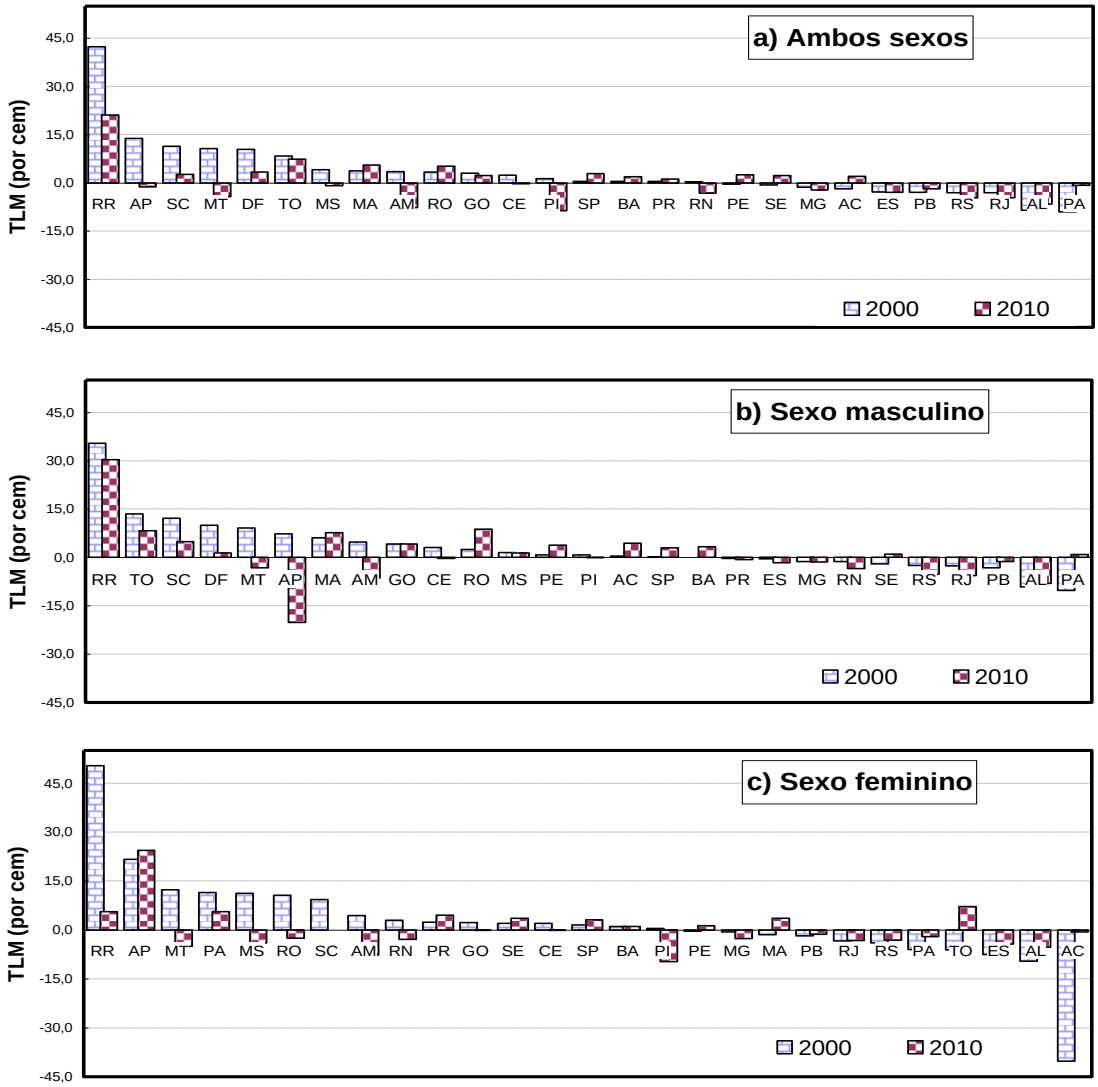
Tabela 28 - Brasil, 2000 e 2010: Taxas líquidas migratórias (por cem) para a população médica, total e por sexo.

Unidade Federativa	2000			2010		
	Homens	Mulher	Total	Homens	Mulher	Total
RO	2,47	10,65	3,42	8,81	-2,59	5,18
AC	0,43	-40,24	-1,90	4,40	-0,60	2,00
AM	4,71	4,43	3,52	-6,43	-7,68	-7,64
RR	35,33	50,38	42,4	30,33	5,59	21,09
PA	-10,28	-6,05	-9,01	0,87	-2,1	-0,72
AP	7,30	21,62	13,8	-20,22	24,39	-1,24
TO	13,5	-6,08	8,38	8,32	7,13	7,43
MA	6,12	-1,44	3,76	7,65	3,59	5,55
PI	0,71	0,45	1,24	-0,09	-9,68	-8,73
CE	3,05	1,96	2,41	-0,29	-0,19	-0,25
RN	-1,28	2,91	0,29	-3,52	-2,86	-3,23
PB	-3,26	-1,87	-2,93	-1,33	-1,32	-1,88
PE	0,81	-0,40	-0,43	3,76	1,34	2,45
AL	-9,12	-9,60	-8,6	-8,02	-5,26	-6,62
SE	-1,99	1,97	-0,68	1,05	3,61	2,31
BA	0,05	1,00	0,44	3,34	1,07	1,89
MG	-1,24	-0,65	-1,37	-1,38	-2,69	-2,19
ES	-0,43	-7,59	-2,82	-1,65	-4,33	-2,90
RJ	-2,66	-3,33	-3,13	-5,64	-3,27	-4,61
SP	0,17	1,53	0,46	2,96	3,10	2,85
PR	-0,34	2,37	0,43	-0,65	4,56	1,19
SC	12,19	9,26	11,41	4,85	0,02	2,68
RS	-2,52	-3,98	-3,03	-5,19	-3,16	-4,64
MS	1,45	11,23	4,12	1,37	-3,98	-0,89
MT	9,08	12,34	10,68	-3,26	-5,07	-4,28
GO	4,18	2,21	2,99	4,21	-0,09	2,26
DF	9,97	11,50	10,4	1,35	5,54	3,36

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 do IBGE.

[28] As estimativas feitas têm certas limitações dado os poucos casos que ficam na análise ao desagregar a informação por idade e sexo

Figura 15 – Brasil, 2000 e 2010: Taxas líquidas migratórias (por cem) para a população médica, total e por sexo.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir dos Censos Demográficos de 2000 e 2010 do IBGE.

PARTE IV – O futuro da força de trabalho médica no Brasil

8. Projeção do número total de médicos: estimativas para 2030

Neste tópico apresentamos uma proposta metodológica, inicialmente aplicada para o Brasil por Girardi *et. al.* (2012a), para estimar e prever a mão de obra qualificada de médicos no Brasil com as hipóteses amparadas em parâmetros demográficos[29]. A metodologia é uma adaptação do "Método das Componentes Demográficas", que é um método amplamente utilizado para projetar populações segundo sexo e grupo etário. Nessa metodologia ora apresentada, estima-se o atual contingente de médicos no Brasil e define-se o volume esperado, por quinquênio, de 2015 a 2030, com base na oferta de profissionais para o mercado de trabalho, que está diretamente relacionada ao número de vagas ofertadas pelas Instituições de Ensino Superior. Adicionalmente, a estimativa de médicos é desagregada segundo especialidades médicas.

O estudo prospectivo da mão de obra qualificada de médicos no Brasil justifica-se por sua importante e crucial relação, ou envolvimento, com esferas que vão desde o crescimento econômico até o suprimento de demandas sociais e de assistência à saúde, passando por estratégias de desenvolvimento sustentável[30]. Cabe mencionar aqui que, do ponto de vista demográfico, a projeção de profissionais médicos no Brasil se justifica devido ao processo de envelhecimento que a população vem experimentando. Para o caso do Brasil, o grupo etário de 25 a 69 anos deverá manter a atual tendência de uma taxa de crescimento em redução. Ela poderá, inclusive, alcançar valores negativos em 2050 se os cenários sugeridos pelo Censo Demográfico de 2010 se cristalizarem (CEDEPLAR, 2012). A mão de obra, assim, tornar-se-á escassa no longo prazo, havendo urgente necessidade de um planejamento estratégico de recursos humanos qualificados.

No caso dos profissionais médicos, a relevância é maior ainda, pois o segmento que mais demanda serviços destes profissionais, crianças e idosos, crescerá, em média, relativamente mais que o grupo acima citado. Isto ocorrerá em razão, principalmente, das altas taxas de crescimento da população de 60 anos e mais, devido à alta natalidade experimentada no passado.

29 O mesmo modelo foi aplicado originalmente para Minas Gerais no estudo de Rodrigues (2008) e ajustado, também para Minas Gerais, no estudo da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2011), conduzido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), ambos da UFMG.

30 Uma revisão sobre estes aspectos pode ser vista, por exemplo, em: Pereira, Nascimento e Araújo (2011); Jannuzzi e Vaneti (2010); Wajnman e Rios-Neto (1999); Seixas e Stella (2002).

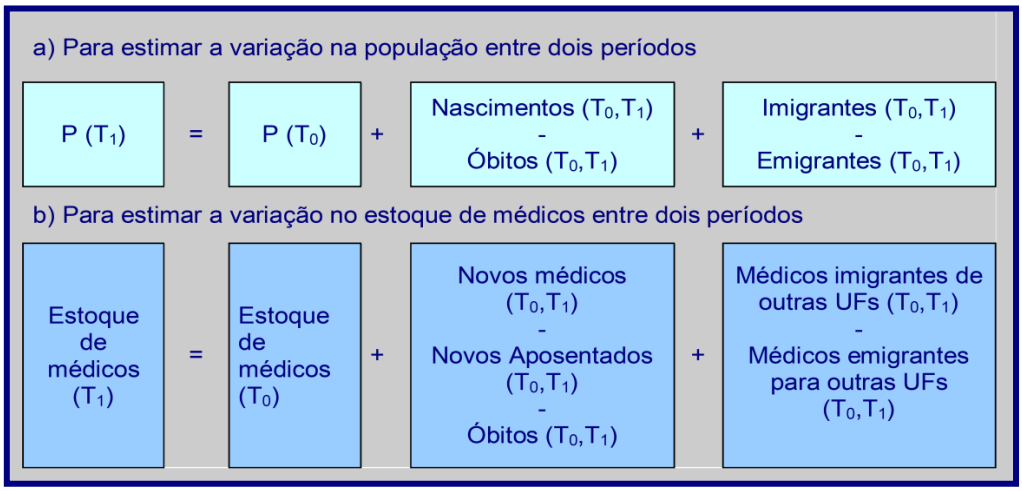
O presente estudo procura contribuir metodologicamente na estimação quantitativa dos médicos. A projeção foi realizada para o Brasil no período de 2010 a 2030 e se configura como um instrumental técnico demográfico e conceitual para o mercado de trabalho do profissional médico nesse país. Adicionalmente, inclui a projeção para quatro Unidades da Federação, as quais foram selecionadas com o intuito de testar a metodologia aplicada para o total do país, neste nível geográfico.

8.1. Metodologia e bases de dados

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 médicos é definido utilizando uma adequação da metodologia de projeções de população conhecida como "método das componentes demográficas"[31]. Ela descansa no conceito da equação compensatória e seus componentes, que de forma esquemática, ilustra-se na figura 16.

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

Figura 16 – Equação compensatória.



Fonte: Rodrigues, 2008.

O painel (a) explicita o processo de estimação da população a partir de um período inicial (T_0) para um período seguinte (T_1), ao qual se adiciona uma nova população (nascimentos) e os demais eventos demográficos inerentes a uma coorte ou geração que se modifica aumentando ou diminuído ao longo do tempo seja por mortalidade (óbitos) e/ou fluxos migratórios. A adequação para estimar estoques de médicos ilustra-se no painel (b) do mesmo. Uma aplicação desta adequação foi feita inicialmente por Rodrigues (2008) para Minas Gerais, tendo sido aplicada também, a estimativas de outros segmentos de mão de obra qualificada (Pereira, Nascimento e Araújo, 2011). Seguindo o método das componentes demográficas, o esquema foi aplicado aos dados por sexo e idade [32].

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 (GIRARDI et al., 2009). Apesar disso, exploram-se neste estudo alguns cenários nos quais os estoques futuros de profissionais são adequados de acordo com alterações nos escopos de prática.

Para estimar a força de trabalho futura de médicos seguindo a lógica da equação compensatória do método das componentes demográficas foi necessário estimar por

[32] Detalhes sobre a aplicação do método podem ser vistos em Rodrigues (2008).

sexo e idade: (i) o número atual de profissionais economicamente ativos, isto é, a disponibilidade inicial, em 2010, 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 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. 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 $\boldsymbol{i}$ e de egressos no ano $\boldsymbol{i + n}$, sendo $\boldsymbol{n}$ 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 médi-

cos 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 (quadro 2). O mesmo diferencial 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 Modelo[33].

Quadro 2: Estimativas de esperança de vida ao nascer para a população total e para os profissionais médicos, 2010.

	Homens	Mulheres
1. População Total do Brasil (*)	69.4	77.0
2. Médicos (**)	73.1	81,3
Diferença entre (1) e (2)	3.7	4.3
* Tabela de 2009 do IBGE ** Sistema de tábuas modelo de Coale e Demeny - Família Oeste.		

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).

[33] 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)
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).

8.2. Cenários para o Brasil em 2030

Neste exercício de estimativa para os anos de 2010 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 num 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 2010 e 2015 (quinquênio referente ao estoque inicial dado pelo Censo), está praticamente definido: ele é função principalmente da formação dos estudantes que se matricularam entre 2003/04 e 2009/10. 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 2015, o volume variará caso venha a se registrar variação do número de vagas que as universidades oferecerão para os anos posteriores a 2010, o que foi definido através de cenários hipotéticos que serão discutidos a frente;
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.
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. A validade desta decisão será revisada, evidentemente, à luz dos próximos Censos Demográficos.

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 conforme os seguintes cenários:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que as escolas de Medicina do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de 3,4%, ocorrido entre os anos de 1991 e 2012, não será sustentado. De fato, no último quadriênio, entre 2009 e 2012, as vagas cresceram a 2,4% ao ano. Assume-se que o volume de novos médicos até 2030 aumentará a partir da mesma variação do número de vagas observado no último quadriênio. Este é o cenário tendencial, no qual se passará de 17.641 vagas em 2012 para 24.161 em 2024. O cenário prevê ainda uma Taxa e Eficiência Terminal do curso de 84% e uma razão de 1 ingresso por vaga durante todo o período, valores que também foram observados para o último quadriênio.
b) *Cenário "Mais Médicos"*: o segundo cenário é baseado na oferta de novas vagas previstas no Programa Mais Médicos, do Governo Federal, num total de 12.761 entre 2013 e 2017 (sendo 1.762 em 2013, 2.912 em 2014, 4.242 em 2015, 3.619 em 2016 e 226 em 2017)[34]. A partir de 2018, o cenário prevê que o número total de vagas resultante, que passará de 17.641 para 30.402, permanecerá constante sem a intervenção do Programa. E ainda, a eficiência terminal e a razão de ingressos por vaga será aquela observada entre os anos 2003 e 2012, isto é, Taxa e Eficiência Terminal de 87% e razão de preenchimento de 1 ingresso por vaga.
c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

[34] Dados do Departamento de Gestão da Educação em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/Ministério da Saúde.

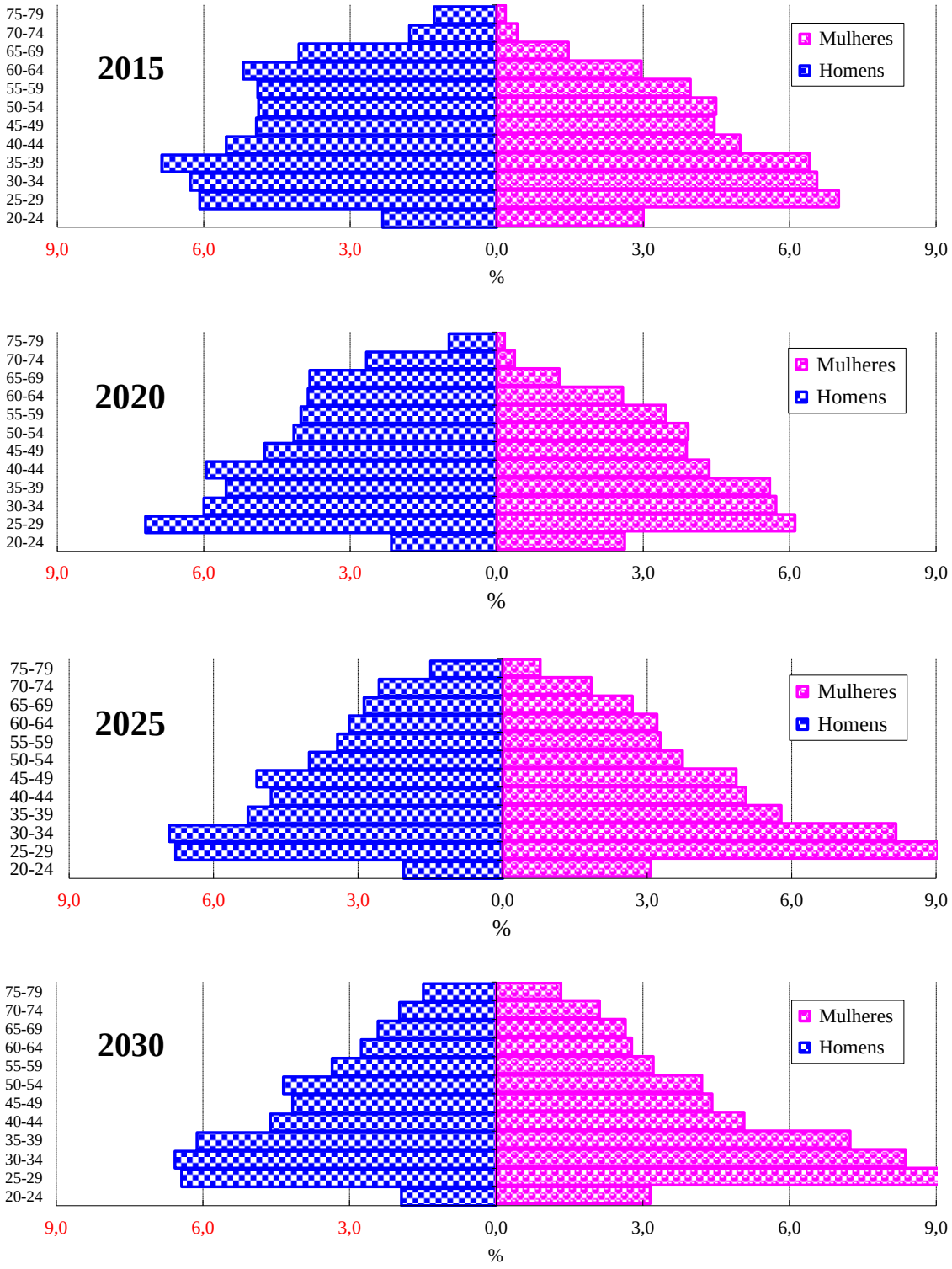
Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando entre 552,9 e 668,7 mil profissionais médicos para Brasil (tabela 29). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual RMH, de 1,72 médicos por cada mil habitantes em 2010, passasse para 2,57 em 2030. A razão ficaria em 2,46 no cenário de crescimento zero do número de vagas em 2,98 no cenário do Programa Mais Médicos. 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 (figura 17).

Tabela 29 – Brasil 2010-2030: Nº de médicos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Médicos					
Cenário 1 (Tendencial)	328.006	383.652	440.021	505.897	577.707
Cenário 2 ("Mais médicos")	328.006	384.681	444.477	553.692	668.767
Cenário 3 (S/ crescimento)	328.006	385.922	443.850	501.287	552.983
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	11.129	11.274	13.175	14.362	
Cenário 2 ("Mais médicos")	11.335	11.959	21.843	23.015	
Cenário 3 (S/ crescimento)	11.583	11.586	11.487	10.339	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	1,72	1,88	2,07	2,30	2,57
Cenário 2 ("Mais médicos")	1,72	1,89	2,09	2,52	2,98
Cenário 3 (S/ crescimento)	1,72	1,89	2,09	2,28	2,46

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Figura 17 – Brasil 2015 a 2030: Profissionais médicos economicamente ativos segundo grupos quinquenais de idade e sexo no cenário de projeção tendencial.



Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

8.3. Cenários para estados selecionados em 2030

Buscando a aplicação da metodologia de projeção em contextos regionais, foram realizadas estimativas para alguns estados do país, mais especificamente Ceará, Minas Gerais, São Paulo e Pará, os quais se destacaram do ponto de vista dos cenários migratórios estudados no capítulo 7. Como demostrado, Ceará, Minas Gerais e Pará são importantes estados expulsores de médicos para outras UFs e/ou regiões do Brasil, sendo São Paulo relativamente o maior receptor. No quinquênio 2005/2010 o Pará apresentou uma TLM total de -0,72 por cem; Ceará, -0,25% e Minas Gerais -2,19. Para São Paulo a TLM total no mesmo quinquênio foi de 2,85%. Observaram-se também diferenças significativas nas TLM entre homens e mulheres no Pará e Minas Gerais; neste primeiro a TLM masculina foi positiva, o que indica uma maior quantidade de homens "entrando" contrariamente ao que ocorre com as mulheres. As diferenças nos outros estados são menos expressivas.

Com este contexto migratório, a aplicação do método em nível regional permitirá aprofundar o componente da equação compensatória referente às migrações, uma vez que na projeção de médicos em todo o país o mesmo foi considerado como desprezível. O efeito da migração é o terceiro componente da equação compensatória. A incorporação das estimativas de migração na projeção dos profissionais da saúde permite ter uma noção geral do impacto que esse fenômeno demográfico pode ter na dotação ou estoque de médicos para uma determinada UF. Assim, a cada um dos três cenários desenhados para 2030 na projeção global, incorporam-se três possíveis tendências da migração:

1. Constância da migração dos médicos identificada para o quinquênio 2005/2010 ao longo do período de referência.
2. Diminuição da migração dos médicos identificada para o quinquênio 2005/2010 tendendo a zero no final do período de referência.
3. Reversão do padrão migratório identificado no quinquênio 2005/2010, com tendência a zerar no final do período de referência. Assim, as UFs com TLM negativas (Ceará, Minas Gerais e Pará) neste cenário são projetadas tendo uma TLM positiva e São Paulo com uma TLM negativa.

A especificidade com relação a este último ponto é que os cenários de migração podem, alternativamente, incorporar os efeitos das políticas de alocação de médicos, como é o caso do Programa Mais Médicos do Governo Federal; da estagnação no pro-

cesso de ampliação de vagas no ensino superior e/ou e residências médicas, etc. Permitiria, assim, obter uma visão geral do efeito destas políticas no decorrer do tempo.

A partir dos cenários mencionados estimou-se o futuro estoque dos médicos para as quatro UFs selecionadas considerando a evolução da migração. Esta simulação produziu, consequentemente, nove estimativas do estoque de médicos. A tabela 30 apresenta as estimativas para o Ceará. Os painéis A, B e C incluem o total de médicos para o período 2010-2030, total e para homens e mulheres, respectivamente. O painel D apresenta as correspondentes razões de sexo e o painel E a razão médico-habitantes (RMH). O último painel (F) mostra o incremento anual de profissionais para cada quinquênio.

Do expressivo volume de resultados, destaca-se que no final do período considerado (2030), o estoque de médicos do Ceará variaria entre 18,6 mil e 25,2 mil profissionais e a RMH entre 1,9 a 2,6. O maior volume de médicos resultaria da manutenção do ritmo de expansão no aumento de vagas para estudantes de medicina, experimentado nos anos recentes (8% ao ano) e da reversão da atual taxa líquida negativa da migração dos médicos. Este cenário, de difícil implantação pelo esforço político, fiscal e social necessários, não redunda numa razão médicos-habitantes semelhante àquelas que ostentam contextos desenvolvidos. Os dados segundo o sexo apontam que em todo o período considerado existe uma maior quantidade de profissionais de sexo masculino tendendo a diminuir no tempo.

Merece atenção também o incremento anual de médicos que estas simulações produzem. Em qualquer dos cenários espera-se, pelo menos, duplicar o atual estoque de médicos em 2010. Mesmo no cenário mais conservador, que implica a manutenção e implementação das vagas já autorizadas até 2015, sem expansão das mesmas e uma saída constante de médicos, estima-se que dos pouco mais de 9 mil médicos registrados no Ceará em 2010, o estado poderia ter até 18,6 mil médicos em 2030. São todas situações que colocam, certamente, enormes desafios para os gestores e planejadores do sistema de saúde.

Tabela 30 – Ceará, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio.

Cenários	Migração Constante					Migração Tendendo a Zero				Reversão do Padrão			
	2010	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
A) Número de profissionais totais esperados													
Cenário 1. Tendencial	9 318	11 076	14 622	16 777	21 796	11 076	13 492	16 931	22 170	11 507	14 365	18 062	23 339
Cenário 2. Mais Médicos	9 318	11 153	13 636	18 236	23 602	11 153	13 675	18 431	24 037	11 591	14 566	19 628	25 284
Cenário 3. Baixo	9 318	11 153	13 636	16 221	18 629	11 153	13 675	16 352	18 856	11 591	14 566	17 479	19 988
B) Homens													
Cenário 1. Tendencial	5 420	6 259	8 522	8 885	11 102	6 259	7 372	8 955	11 263	6 441	7 726	9 417	11 760
Cenário 2. Mais Médicos	5 420	6 301	7 450	9 624	11 986	6 301	7 469	9 711	12 188	6 486	7 832	10 200	12 719
Cenário 3. Baixo	5 420	6 301	7 450	8 607	9 583	6 301	7 469	8 670	9 682	6 486	7 832	9 133	10 168
C) Mujeres													
Cenário 1. Tendencial	3 899	4 817	6 100	7 892	10 693	4 817	6 120	7 976	10 907	5 066	6 638	8 645	11 579
Cenário 2. Mais Médicos	3 899	4 852	6 185	8 612	11 616	4 852	6 205	8 720	11 849	5 105	6 734	9 428	12 565
Cenário 3. Baixo	3 899	4 852	6 185	7 614	9 046	4 852	6 205	7 683	9 174	5 105	6 734	8 346	9 820
D) Razão de sexo													
Cenário 1. Tendencial	139	130	140	113	104	130	120	112	103	127	116	109	102
Cenário 2. Mais Médicos	139	130	120	112	103	130	120	111	103	127	116	108	101
Cenário 3. Baixo	139	130	120	113	106	130	120	113	106	127	116	109	104
E) Número de profissionais por mil habitantes													
	2010	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**
Cenário 1. Tendencial	1,1	1,2	1,5	1,7	2,2	1,2	1,4	1,7	2,2	1,3	1,5	1,9	2,4
Cenário 2. Mais Médicos	1,1	1,2	1,4	1,9	2,4	1,2	1,4	1,9	2,4	1,3	1,5	2,0	2,6
Cenário 3. Baixo	1,1	1,2	1,4	1,7	1,9	1,2	1,4	1,7	1,9	1,3	1,5	1,8	2,0
F) Incremento anual do número de profissionais no quinquenio T, T+5													
	2010-2015	**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**	
Cenário 1. Tendencial	351	709	431	1 004		483	688	1 048		572	739	1 055	
Cenário 2. Mais Médicos	367	497	920	1 073		504	951	1 121		595	1 012	1 131	
Cenário 3. Baixo	367	497	517	482		504	536	501		595	583	502	

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Os resultados para Minas Gerais, São Paulo e Pará apresentam tendências e padrões similares às obtidas na simulação para o Ceará, guardadas as especificidades estaduais. Suficiente salientar que as simulações são incapazes de produzir razões médicos por mil habitantes, superiores a 4,0 qualquer seja o cenário. Em síntese, em que pesem promessas de esforços para melhorar os indicadores quantitativos com relação à oferta de médicos, no curto e médio prazo, os padrões comparativos internacionais indicam que o quadro brasileiro será insuficiente. A seguir, apresenta-se um breve comentário sobre cada um dos estados.

Minas Gerais (tabela 31)

As estimativas apontam que o estoque de médicos atingirá um número que variará entre os 69 mil e 85 mil médicos em 2030, com um processo de feminização que vai ser um fenômeno muito mais marcado em Minas Gerais do que o descrito para o caso do Ceará. De fato, Minas Gerais teria uma maior quantidade de médicos de sexo feminino. Isso fica claro nos valores da razão de sexo apresentados no painel D, no qual, por exemplo, no cenário tendencial com migração constante espera-se que em 2030 existam 83 profissionais de sexo masculino para cada 100 profissionais de sexo feminino. A RMH assinala que no curto prazo (2020) existirão 2,5 médicos (aproximadamente) por cada mil habitantes. Isso implica um aumento de 0,8 médicos por mil habitantes em um período de 10 anos. Mas, para atingir esse cenário menos negativo que o que existe na atualidade, deve existir um incremento que varia – dependendo do cenário e do padrão migratório – entre 1000 e 3000 novos profissionais.

Pará (tabela 32)

Observa-se que o estoque de médicos variará entre os 10 mil e 30 mil em 2030. Como é de se esperar, como no o caso do Ceará, o cenário com do Programa Mais Médicos é o que estima o maior estoque de profissionais. O Painel D permite observar que nos três cenários com a migração constante existirá uma diminuição considerável de profissionais de sexo masculino. Não obstante, nos cenários com diminuição da migração e com reversão do padrão migratório a razão de sexo indica mais de 100 homens para cada 100 mulheres. Essa realidade é similar à descrita para o caso de Ceará. Segundo o Painel E, o estado de Pará em 2010 tinha 0,8 médicos por mil habitantes, e as

projeções nos três cenários evidenciam que em 2030 só com uma reversão do padrão migratório no cenário "mais médicos" seria alcançada a maior RMH que é de 2,1. Ao contrário, mantendo-se constante a migração e/ou diminuindo-a, para o ano 2030, o Pará só atingiria uma RMH de 1,1 ou 1,2 no cenário tendencial. Por sua parte, o Painel F permite identificar que para atingir uma quantidade maior de médicos no Pará deve-se existir um incremento anual de novos profissionais que varia entre 200 e 550 no cenário tendencial e no cenário "mais médicos" o incremento anual de novos profissionais deve ser bem maior.

São Paulo (tabela 33)

Trata-se do Estado com o maior número absoluto de médicos no país e uma relativamente alta RMH. Segundo as simulações, o estoque de profissionais da saúde para o ano 2030 variará entre 129 mil e 165 mil, dependendo dos pressupostos que foram assumidos para cada cenário. Em relação a distribuição de profissionais da saúde segundo o sexo, as simulações apontam o mesmo processo de feminização do estoque de médicos visto nos outros estados. Um ponto importante de ressaltar das estimativas feitas para o caso de São Paulo tem a ver com o fato que, se no futuro ocorresse uma reverão do padrão migratório identificado no quinquênio 2005-2010, a dotação de profissionais da saúde – em números absolutos – seria menor. Porém, ao verificarmos a RMH nota-se que a perda de médicos, como produto dos fluxos migratórios, não comprometeria de maneira significativa a quantidade de médicos por cada mil habitantes. Por exemplo, no cenário tendencial para o ano 2030 com um padrão migratório constante a RMH seria de 3,3. Para o mesmo período, porém se São Paulo começasse a ter uma TLM negativa a RMH seria de 2,9. Por último, é necessário destacar que independente do padrão migratório cada um dos cenários de projeção aponta que São Paulo teria em torno de 3,0 médicos por cada mil habitantes em 2030, no caso de – entre outros fatores – incrementar anualmente ao redor de dois mil e quatro mil novos profissionais.

Tabela 31 – Minas Gerais, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio.

Cenários	Migração Constante					Migração Tendendo a Zero				Reversão do Padrão			
	2010	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
A) Número de profissionais totais esperados													
Cenário 1. Tendencial	34 291	41 883	50 382	61 944	76 438	41 883	50 706	63 204	79 246	44 296	54 309	68 246	84 911
Cenário 2. Mais Médicos	34 291	41 980	50 589	63 122	75 496	41 980	50 917	64 420	78 304	44 404	55 565	70 531	84 763
Cenário 3. Baixo	34 291	41 980	50 589	60 401	69 564	41 980	50 917	61 611	71 986	44 404	55 565	67 604	78 245
B) Homens													
Cenário 1. Tendencial	20 826	23 886	26 666	30 472	34 639	23 886	26 821	31 031	35 813	24 885	27 606	32 267	37 318
Cenário 2. Mais Médicos	20 826	23 932	26 761	30 959	34 352	23 932	26 917	31 536	35 516	24 935	28 728	33 790	37 771
Cenário 3. Baixo	20 826	23 932	26 761	29 859	32 049	23 932	26 917	30 394	33 074	24 935	28 728	32 603	35 261
C) Mujeres													
Cenário 1. Tendencial	13 465	17 997	23 716	31 472	41 799	17 997	23 885	32 172	43 433	19 412	26 703	35 979	47 593
Cenário 2. Mais Médicos	13 465	18 048	23 828	32 162	41 144	18 048	24 000	32 884	42 788	19 469	26 837	36 741	46 991
Cenário 3. Baixo	13 465	18 048	23 828	30 542	37 515	18 048	24 000	31 217	38 912	19 469	26 837	35 001	42 985
D) Razão de sexo													
Cenário 1. Tendencial	155	133	112	97	83	133	112	96	82	128	103	90	78
Cenário 2. Mais Médicos	155	133	112	96	83	133	112	96	83	128	107	92	80
Cenário 3. Baixo	155	133	112	98	85	133	112	97	85	128	107	93	82
E) Número de profissionais por mil habitantes													
	2010	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**
Cenário 1. Tendencial	1,7	2,0	2,4	2,8	3,4	2,0	2,4	2,9	3,6	2,1	2,5	3,1	3,8
Cenário 2. Mais Médicos	1,7	2,0	2,4	2,9	3,4	2,0	2,4	2,9	3,5	2,1	2,6	3,2	3,8
Cenário 3. Baixo	1,7	2,0	2,4	2,8	3,1	2,0	2,4	2,8	3,2	2,1	2,6	3,1	3,5
F) Incremento anual do número de profissionais no quinquenio T, T+5													
	2010-2015	**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**	
Cenário 1. Tendencial	1 518	1 700	2 313	2 899		1 764	2 500	3 208		2 003	2 787	3 333	
Cenário 2. Mais Médicos	1 538	1 722	2 506	2 475		1 787	2 701	2 777		2 232	2 993	2 846	
Cenário 3. Baixo	1 538	1 722	1 962	1 833		1 787	2 139	2 075		2 232	2 408	2 128	

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Tabela 32 – Pará, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio.

Cenários	Migração Constante					Migração Tendendo a Zero				Reversão do Padrão			
	2010	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
A) Número de profissionais totais esperados													
Cenário 1. Tendencial	5 734	6 795	7 963	9 300	10 788	6 795	8 111	9 882	12 031	7 749	10 265	12 811	15 556
Cenário 2. Mais Médicos	5 734	6 775	7 920	10 988	14 550	6 775	8 065	11 896	16 986	7 715	10 186	15 212	20 776
Cenário 3. Baixo	5 734	6 775	7 920	9 102	10 223	6 775	8 065	9 649	11 307	7 715	10 186	12 502	14 361
B) Homens													
Cenário 1. Tendencial	3 213	3 639	4 061	4 579	5 164	3 639	4 149	4 934	5 927	4 291	5 634	6 969	8 482
Cenário 2. Mais Médicos	3 213	3 629	4 042	5 373	6 909	3 629	4 128	5 932	8 420	4 273	5 590	8 230	11 041
Cenário 3. Baixo	3 213	3 629	4 042	4 487	4 899	3 629	4 128	4 821	5 564	4 273	5 590	6 803	7 683
C) Mujeres													
Cenário 1. Tendencial	2 521	3 157	3 902	4 721	5 624	3 157	3 962	4 948	6 103	3 458	4 631	5 842	7 074
Cenário 2. Mais Médicos	2 521	3 146	3 878	5 616	7 642	3 146	3 937	5 965	8 566	3 443	4 595	6 982	9 736
Cenário 3. Baixo	2 521	3 146	3 878	4 615	5 324	3 146	3 937	4 828	5 743	3 443	4 595	5 699	6 679
D) Razão de sexo													
Cenário 1. Tendencial	127	115	104	97	92	115	105	100	97	124	122	119	120
Cenário 2. Mais Médicos	127	115	104	96	90	115	105	99	98	124	122	118	113
Cenário 3. Baixo	127	115	104	97	92	115	105	100	97	124	122	119	115
E) Número de profissionais por mil habitantes													
	2010	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**
Cenário 1. Tendencial	0,8	0,8	0,8	1,0	1,1	0,8	0,9	1,1	1,2	0,9	1,2	1,4	1,6
Cenário 2. Mais Médicos	0,8	0,7	0,8	1,1	1,5	0,8	0,9	1,3	1,8	0,9	1,1	1,6	2,1
Cenário 3. Baixo	0,8	0,7	0,8	0,9	1,0	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	1,1	1,3	1,5
F) Incremento anual do número de profissionais no quinquenio T, T+5													
	2010-2015	**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**	
Cenário 1. Tendencial	212	234	267	298		263	354	430		503	509	549	
Cenário 2. Mais Médicos	208	229	614	712		258	766	1 018		494	1 005	1 113	
Cenário 3. Baixo	208	229	236	224		258	317	332		494	463	372	

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Tabela 33 – São Paulo, 2010-2030: Estoque total e por sexo dos médicos economicamente ativos em função dos três cenários de projeção e com migração constante, negativa decrescente e reversão do padrão; razão de sexo, razão de médicos por mil habitantes e incremento anual do número de profissionais no quinquênio.

Cenários	Migração Constante					Migração Tendendo a Zero				Reversão do Padrão			
	2010	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
A) Número de profissionais totais esperados													
Cenário 1. Tendencial	95 707	108 114	120 743	137 566	155 743	108 114	119 814	134 102	148 381	103 427	111 142	123 149	136 886
Cenário 2. Mais Médicos	95 707	107 799	120 061	142 548	164 960	107 799	119 151	138 671	156 474	103 178	110 615	127 460	144 588
Cenário 3. Baixo	95 707	107 799	120 061	134 652	147 166	107 799	119 151	131 391	140 708	103 178	110 615	120 742	129 652
B) Homens													
Cenário 1. Tendencial	54 567	59 003	62 278	66 475	70 071	59 003	61 792	64 753	66 608	56 122	56 576	58 338	60 026
Cenário 2. Mais Médicos	54 567	58 862	61 985	68 342	73 428	58 862	61 506	66 445	69 500	56 019	56 367	59 908	62 732
Cenário 3. Baixo	54 567	58 862	61 985	65 327	66 952	58 862	61 506	63 693	63 858	56 019	56 367	57 441	57 501
C) Mujeres													
Cenário 1. Tendencial	41 141	49 111	58 464	71 092	85 672	49 111	58 023	69 349	81 774	47 305	54 567	64 811	76 859
Cenário 2. Mais Médicos	41 141	48 937	58 077	74 206	91 532	48 937	57 645	72 226	86 974	47 160	54 249	67 552	81 856
Cenário 3. Baixo	41 141	48 937	58 077	69 326	80 214	48 937	57 645	67 697	76 850	47 160	54 249	63 301	72 150
D) Razão de sexo													
Cenário 1. Tendencial	133	120	107	94	82	120	106	93	81	119	104	90	78
Cenário 2. Mais Médicos	133	120	107	92	80	120	107	92	80	119	104	89	77
Cenário 3. Baixo	133	120	107	94	83	120	107	94	83	119	104	91	80
E) Número de profissionais por mil habitantes													
	2010	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**	**2015**	**2020**	**2025**	**2030**
Cenário 1. Tendencial	2,3	2,4	2,6	2,9	3,3	2,4	2,6	2,8	3,1	2,3	2,4	2,6	2,9
Cenário 2. Mais Médicos	2,3	2,4	2,6	3,0	3,5	2,4	2,6	2,9	3,3	2,3	2,4	2,7	3,0
Cenário 3. Baixo	2,3	2,4	2,6	2,9	3,1	2,4	2,6	2,8	2,9	2,3	2,4	2,6	2,7
F) Incremento anual do número de profissionais no quinquenio T, T+5													
	2010-2015	**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**		**2015-2020**	**2020-2025**	**2025-2030**	
Cenário 1. Tendencial	2 481	2 526	3 365	3 635		2 340	2 858	2 856		1 543	2 401	2 747	
Cenário 2. Mais Médicos	2 418	2 452	4 497	4 483		2 270	3 904	3 561		1 487	3 369	3 426	
Cenário 3. Baixo	2 418	2 452	2 918	2 503		2 270	2 448	1 863		1 487	2 025	1 782	

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Conclusão

No que diz respeito à oferta de médicos no Brasil, como se demonstrou, os dados apontam para um crescimento do número de médicos no Brasil durante a década de 2000, superior ao observado para o total da força de trabalho na economia, mas inferior ao crescimento do Macrossetor Saúde, o que aponta um déficit na oferta de médicos frente à demanda por serviços de saúde. A composição por sexo e faixa etária da população médica na última década mostrou rejuvenescimento e feminização na base da pirâmide e envelhecimento no topo, o que, em médio e largo prazo, resultará em aumento da demanda por mais médicos. Pelo lado da demanda de serviços, em função de fatores demográficos e tecnológicos, e pelo lado da oferta, pelo maior número de mulheres, que, em média, dedicam menor tempo ao trabalho do que homens, e pelo grande volume de médicos ativos atualmente que se tornarão não economicamente ativos nos próximos anos.

As especialidades com maior razão de profissionais por 100 mil habitantes, considerando a especialidade de exercício ocupacional equivalente a tempo completo, são as de Clínica Médica, Saúde da Família, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. As menores razões são as de Geriatria, Mastologia, Angiologia e subespecialidades cirúrgicas. Regionalmente, as especialidades de Atenção Básica (Saúde da Família e Clínica Médica) representam os maiores percentuais de médicos, em relação às demais especialidades. A composição entre especialidades clínicas, cirúrgicas e de medicina diagnóstica e terapêutica é muito parecida entre as regiões, com exceção do Sudeste que concentra um número maior de médicos exercendo especialidades clínicas.

Quanto à formação de médicos, durante a década de 2000 houve uma forte expansão do número de vagas em cursos de Medicina, com um crescimento regional diferenciado, maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. O aumento da oferta de vagas de graduação esteve acompanhado pela demanda correspondente, não havendo desperdício. Entre 1991 e 2005 a taxa de não preenchimento do curso chegou a no máximo 4%, sendo que de 2006 a 2011, praticamente todas as vagas foram preenchidas. Os cursos de medicina, além de registrarem um bom aproveitamento entre a oferta e a demanda de vagas, também mostram correspondência direta entre alunos que ingressam no curso e se graduam.

O aproveitamento pleno de vagas e a eficiência da conclusão dos ingressantes no tempo esperado, a despeito do expressivo crescimento na oferta de vagas ao longo da década passada, são fatores que devem ser agregados às evidências de uma demanda crescente por médicos no Brasil. Por outro lado, a desigualdade na distribuição de vagas no país evidencia a necessidade de um melhor planejamento da política de provimento de profissionais médicos no que leva em consideração a organização e regulação do sistema formador.

Os sinais do mercado de trabalho médico apontam para a mesma direção, o de escassez de profissionais. Um dos principais sinais é o desemprego de médicos, quase inexistente e o menor encontrado no Brasil, relativamente às demais profissões da saúde de nível superior. Um baixo nível desemprego é forte indicativo de escassez de força de trabalho e a combinação desse sinal com o de crescimento de médicos ocupados na assistência direta à saúde é forte evidência de empregabilidade da profissão.

Os sinais do mercado de trabalho formal apontam para formalização. Com base nos dados do Censo, entre 2000 e 2010, o número de médicos com emprego formal (CLT ou Estatutário), no trabalho principal, cresceu de 49,7% para 56,1%. Em termos absolutos, este aumento foi de mais de 73 mil médicos. O mesmo foi observado na RAIS, que registrou a criação de 154.583 vínculos formais de emprego entre 1993 e 2011. Nesse sentido, o crescimento da oferta de novos médicos (egressos do sistema educativo) encontrou acomodação no mercado formal. A partir de 2002, a demanda superou a oferta, indicando certo dinamismo do mercado de trabalho em absorver estes profissionais. Os salários médios de médicos praticados no mercado formal seguiram a tendência de dinamismo alcançando um crescimento superior ao observado para demais profissões de saúde de nível superior.

Corroboram os sinais da escassez, a dificuldade de contratação de profissionais, reportada por gestores de recursos humanos em saúde. Na Estratégia de Saúde da Família, segundo levantamento realizado pela EPSM em 2012, 70,1% dos municípios brasileiros têm dificuldade de contratar médicos e 23,6% existência de posto vago, por ocasião da pesquisa. Em pesquisa similar sobre especialidades médicas em hospitais privados em 2012, verificaram-se altos níveis de dificuldade de contratação de todas as especialidades, com destaque para Pediatria, Medicina Intensiva, Neurologia, Anestesiologia e Neurocirurgia.

No que se refere à distribuição geográfica de médicos no Brasil, observou-se importantes desequilíbrios. De um lado, ao se comparar as regiões Norte, Nordeste e

Centro-oeste, com menor presença destes profissionais, frente ao Sul e Sudeste. Na última década, no entanto, diminuiu este desequilíbrio, especialmente no Nordeste, mas as desigualdades permaneceram. A má distribuição de médicos, *per se*, é um indicador de escassez, e em todos os casos de agravamento da mesma. Mesmo com uma suposta redistribuição, a permanência de uma taxa geral de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, não traria uma situação desejável, caso se espere uma taxa superior.

Considerando sua dimensão e heterogeneidade estrutural, o mercado de trabalho médico brasileiro figura entre os maiores e mais complexos do mundo (Girardi; Girardi, 2000) razão pelo qual, a identificação de padrões de deslocamento dos médicos visa contribuir ao conhecimento da distribuição desses profissionais no Brasil, permitindo observar as vantagens e desvantagens nas quais se encontram as diferentes UFs em relação ao provimento da presença dos profissionais médicos. Sabe-se que a migração é uma variável que depende de fatores econômicos, sociais, culturais e demográficos, assim como de fatores naturais (desastres ecológicos ou naturais) e que, em última instância, obedece também a uma série de tomadas de decisões de custo e beneficio de se deslocar ou migrar.

Desde nossa perspectiva, a migração dos profissionais da saúde dentro dos limites nacionais pode ser visto como um processo que traz benefícios para o progresso individual, mas por outro lado esse processo migratório dá lugar à existência de aglomerados (UFs, Municípios, etc.) que não contam com os recursos suficientes para satisfazer as necessidades ou demandas de saúde da sua população. De fato, situações de carência e má distribuição geográfica de provedores de serviços, especialmente médicos, têm sido apontadas como problema grave (Campos; Machado; Girardi 2009).

Nesse sentido, o presente trabalho tentou destacar e ressaltar as diferenças que existem entre as diferentes Unidades Federativas no que se refere à distribuição de médicos. Verificou-se a existência de uma grande concentração de profissionais nos Estados com maior concentração de população (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais). Considerando que o Brasil vem experimentando, como dito, um rápido envelhecimento populacional, a demanda por atenção médica especializada será, com pouca margem de dúvida, uma realidade em todas as UFs. É por isso, que considerar os deslocamentos dos médicos permite desenhar planos estratégicos ou de intervenção que permitam alocar um mínimo de médicos em diferentes localidades.

Finalmente estudos futuros devem considerar os fluxos de migração internacional dos profissionais da saúde, constatando os efeitos e os impactos que principalmente

o ingresso de profissionais desde diferentes países tem sobre a disponibilidade de atenção medica. De fato, é importante, como agenda de pesquisa, poder demonstrar empiricamente os lugares (principais regiões, cidades e municípios) que os médicos migrantes "escolhem" como destino final.

As estimativas futuras para a força de trabalho médica, considerando o volume de médicos ativos em 2010, projetado até 2030, mostram estoques oscilando entre 552,9 e 668,7 mil profissionais médicos para Brasil no final da série, dependendo do cenário que se observará. No caso do cenário *médio*, determinado pela tendência observada nas últimas décadas em relação à abertura de vagas nos cursos de Medicina, estima-se que a atual razão de 1,7 médicos por cada mil habitantes em 2010, passe para 2,6 em 2030. A razão ficaria em torno de 2,4 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 3,0 no cenário baseado na abertura de vagas previstas pelo "Programa Mais Médicos". A composição por sexo 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.

Estas simulações, guardadas suas limitações, são de extrema importância para o planejamento das ações de saúde no país. O rápido processo de envelhecimento da população que afeta o Brasil terá uma série de consequências, dentro das quais se encontra o incremento na demanda de certos serviços específicos de saúde (notadamente, atenção às doenças crônico-degenerativas). A população de médicos não é alheia do processo de envelhecimento que afeta à população total. Nesse contexto, é que desde nossa perspectiva a estimação do estoque de profissionais da saúde é relevante, dado que permite se antecipar as necessidades de oferta que cada uma das regiões e UFs começarão a sentir, claramente com ritmos e intensidades diferentes.

É importante salientar que uma das vantagens do modelo demográfico das projeções populacionais e da metodologia utilizada neste trabalho procura, essencialmente, proporcionar aos planejadores da gestão de saúde as ferramentas necessárias para planejar o futuro em função de uma série de cenários que incorporem por uma parte as tendências das vagas ofertadas para formação de médicos, o estoque atual, a sobrevivência e o padrão migratório. Todos eles como instrumental que traduza as diretrizes de planos normativos sobre a formação de recursos humanos em termos numéricos os efeitos dessas diretrizes.

Desde nossa perspectiva a modelagem do estoque de médicos é de grande relevância, pois sinaliza a necessidade de intervenções para satisfazer, no nível quantitativo,

as demandas por serviço de saúde da sociedade identificando, também, os polos de origem da concentração territorial da oferta. As quatro UFs aqui selecionadas dimensionam a heterogeneidade existente no país a respeito da quantidade de médicos. As estimativas apontam que no curto e médio prazo atingir uma quantidade de médicos similar à existente em contextos mais desenvolvidos precisa indispensavelmente de políticas que promovam a emigração e fixação dos médicos das grandes cidades – principalmente do Sudeste – para outras regiões como o Norte e Nordeste ou, em seu defeito, de políticas que expandam de maneira "agressiva" a oferta de escolas, vagas e cursos de medicina existentes nos estados com carência de médicos como é o caso de Pará e Ceará. Entende-se que estes mecanismos estão, também, muito estreitamente relacionados a dimensões que fogem do foco deste trabalho. A demanda diferenciada por idade da população em cada UF, o mercado regional, o sistema educacional que inclui as residências médicas e as especialidades, são algumas dessas dimensões a considerar, sem, claro deixar de lado a instabilidade programático-política que tanto caracterizou o país.

As quatro realidades descritas neste estudo indicam que, independentemente do nível e/ou padrão de migração a quantidade de médicos por mil habitantes não apresentará grandes variações. Nessa linha, a projeção do estoque de médicos no presente trabalho teve como objetivo apresentar os desafios que o sistema de saúde no Brasil tem, destacando que a realidade de estados como o Pará – que na atualidade tem uma importante carência de médicos – não vai ser muito diferente se não se implantarem políticas ou incentivos específicos de porte maiúsculo que permitam aumentar o estoque total de médicos. Contrário ao caso do Pará encontra-se São Paulo, no qual, ainda revertendo o padrão migratório e convertendo-se em um estado expulsor de médicos, a dotação de profissionais de saúde continuará sendo alta em comparação às UFs do norte e nordeste incluídos no estudo.

Por outro lado, a crescente participação da população feminina na força de trabalho médica é outro dos fenômenos que devem ser considerados. Nossa projeção aponta que já em 2025 as mulheres passarão a ter um maior peso relativo que o dos homens. A feminização da força de trabalho dos profissionais da saúde, além de ser relevante em termos dos estoques e valores absolutos, ou relativos, é importante de se considerar no planejamento futuro dado que uma maior presença feminina poderá carregar consigo uma série de mudanças sociais, culturais e econômicas vinculadas ao funcionamento do sistema de saúde no sentido amplo.

As estimativas apresentadas não estão livres de limitações. Uma delas tem a ver com o fato que a projeção do estoque de médicos tem implícito a projeção do mercado de trabalho dos médicos. Isso pode ter várias limitações dado que a dinâmica do mercado de trabalho é muito sensível a externalidades. Outra das limitações tem a ver com o fato de não incorporar no modelo de projeção elementos exógenos como os avanços tecnológicos. Nesse sentido, futuras estimativas do estoque de médicos poderiam incorporar uma metodologia na qual se introduzam elementos ou fenômenos exógenos à evolução "natural" da população de médicos. Igualmente, mudanças no denominado "escopo médico", no qual, tarefas, protocolos e competências que, hoje, são exclusivamente de domínio do médico, passem a ser de responsabilidade de pessoal paramédico, devem ser contemplados.

Um último ponto importante de considerar na agenda de pesquisa que trata da alocação territorial do profissional da saúde tem a ver com a rede nacional de distribuição desta mão de obra. Unidades Federativas, sabidamente as menos favorecidas socioeconomicamente, sofrem de severa falta de profissionais médicos. Neste sentido, políticas de formação, retenção e distribuição territorial, como a iniciativa "Mais médicos" tem que ser necessariamente federativas. Neste sentido, estimativas que sigam a linha "multi-level" ou multi-regional devem ser um imperativo de pesquisa que muito auxiliará no conhecimento nacional da potencial oferta de mão de obra médica no Brasil.

Referências

1. ACADEMIC MEDICINE. (2009) **Other Features:** "AM Last Page". Vol. 84, Issue 5, p. 686, doi: 10.1097/01.ACM.0000351007.49115.0e. Disponível em: <http://journals.lww.com/academicmedicine/_layouts/oaks.journals/ImageView.aspx?k=academicmedicine:2009:05000:00034&i=FFU1>.
2. BARBER, P.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2010) Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. **Human resources for health**, 8: 24, p. 1-9.
3. BEVILACQUA, R. G.; SAMPAIO, S. A. P. (2002) As especializações: histórico e projeções. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (org.) **Recursos humanos em saúde:** política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp, p. 33-90.
4. BUREAU OF HEALTH PROFESSIONS. (2008) **The Physician Workforce:** projections and research into current issues affecting supply and demand. Rockville, Washington DC: Health Resources and Services Administration (HRSA).
5. CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. (2009) A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n.44, p. 13-24.
6. CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (2010). **National Physician Database**: 2008-2009. Ottawa, Ontario: CIHI – Data Release.
7. CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. (2003) O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733.
8. CARVALHO, J. A.; SAWYER, D. O.; RODRIGUES, R. N. (1998) **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia**. 2ª Ed. São Paulo: ABEP.
9. CELADE. (1984) **Métodos para Proyecciones Demográficas**. Santiago: CELADE – División de Población.
10. CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL. (2012) **Estimativas de população:** revisões preliminares incorporando informação do Censo Demográfico de 2010. (Relatório de pesquisa). Documento de circulação restrita, não publicado.
11. COMISSÃO NACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO. (2007) **Classificação Nacional de Atividades Econômicas – versão 2.0.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA/CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. (2011) **Demografia Médica no Brasil.** Volume 1: Dados gerais e descrições de desigualdades. Relatório de Pesquisa.
13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA/CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. (2013) **Demografia Médica no Brasil**. Volume 2: Cenários e indicadores de distribuição. Relatório de Pesquisa.
14. DEDECCA, C. S. (2008) O Trabalho no Setor Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v.22, n.2, p.87-103.
15. DEDECCA, C. S. *et. al.* (2005) A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde,** v.3, n.1, p. 123-142.
16. DIACHUN, L. L.; HILLIER, L. M.; STOLE, P. (2006) Interest in geriatric medicine in Canada: how can we secure a next generation of geriatricians? **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 3, p. 512-519.

17. FAVERET, A. C. C., org. (2009). **Prontuários de bases de dados:** informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
18. GIRARDI, *et. al*. (2010b) **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
19. GIRARDI, S. N. (1986) O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 423-439.
20. GIRARDI, S. N. (1999) Aspectos do(s) Mercado(s) de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: Santana, J. P. e Castro, J. L. **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU**. Natal: UFRN. Disponível em http://www.opas.org.br.
21. GIRARDI, S. N. *et. al.* (2009) **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Relatório de Pesquisa. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
22. GIRARDI, S. N. *et. al.* (2011). **Levantamento da trajetória no mercado de trabalho de egressos dos cursos do PROFAE – 2000 a 2008**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
23. GIRARDI, S. N. *et. al.* (2012a). **Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
24. GIRARDI, S. N. *et. al.* (2012b). **Identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
25. GIRARDI, S. N. *et. al.* (2012c). **Monitoramento do emprego na Estratégia de Saúde da Família – 2012**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
26. GIRARDI, S. N. *et. al.* (2012d). **Informações sobre mercado de trabalho em saúde: conceitos, bases de dados e indicadores**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG. (Relatório de Pesquisa). Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
27. GIRARDI, S. N. *et. al.*, 2010a. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, p. 11-23.
28. GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. (2002) Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. **Formação**, v. 2, n.6, p. 15-36.
29. GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H. A.; CARVALHO, C. L. (2000) A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. **Espaço para a Saúde** (Online), v. 2, p. 1-21.
30. GOIC, A. (1994) Disponibilidad de médicos en Chile y su proyección a mediano plazo. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 122, p. 141-53, 1994.

31. GOIC, A. (1999) 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.
32. HALL, T. J.; MEIJA, A. (1978). **Health Manpower Planning**: Principles, Methods, Issues. Geneva: WHO, p. 31-56.
33. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2003) **Metodologia do Censo Demográfico 2000.** Série relatórios metodológicos, v. 25. Rio de Janeiro: IBGE.
34. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. (2013) **Censo da educação superior: 2011 – resumo técnico.** Brasília: INEP, Diretoria de Estatísticas Educacionais.
35. INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (2008) **Regiões de Influência das Cidades - 2007.** Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Geociência, Coordenação de Geografia.
36. JANNUZZI, P. M. (2004) **Indicadores Sociais no Brasil**: conceitos, medidas e aplicações. 3ª Ed. Campinas: Alínea/PUC-Campinas.
37. JANNUZZI, P. M.; VANETI, V. C. (2010) Projeções de oferta de empregos e de ocupações: aspectos epistemológicos e subsídios metodológicos para conformação de campo de estudos aplicados no Brasil. In: **XVII Encontro Nacional de Estudos de Estudos Populacionais.** Caxambu: ABEP.
38. LAVINAS, L. (2003) Pobreza e exclusão: traduções regionais de duas categorias da prática. **Econômica**, v. 4, n.1, p. 25-59.
39. MACIEL FILHO, R. (2007) **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde:** o caso brasileiro. (Tese de doutorado) Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
40. MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. (2013) **Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil:** números atuais e projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médica Brasileiras. Relatório de Pesquisa.
41. MATTOSO, J.; POCHMAN, M. (1998) Mudanças estruturais e trabalho no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 10, p. 213-243.
42. MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. (1991) Aspectos conceptuales y metodológicos sobre la fuerza de trabajo en el área de salud en Brasil. **Educación médica y salud,** Washington, v. 25, n. 1, p. 1-14.
43. MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. (1992) **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro, ENSP.
44. MEDINA, E. (1988) Necessidades de médicos em Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 116, p. 389- 94.
45. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). **Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.
46. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. (2002) **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2002** - 2ª ed. Brasília: MTE, SPPE, 2002.
47. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. (2010) **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2010** - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE.
48. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. (2012) **Manual de Orientação da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS):** ano-base 2011. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET.
49. NERI, M. (2011) **A nova classe média:** o lado brilhante da base da pirâmide. Rio de Janeiro: Editora Saraiva.

50. NERI, M.; SOARES, W. (2002) Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 18 (Suplemento), p.77-87.
51. NOGUEIRA, R. P. (1986) Mercado de trabajo en salud: conceptos y medidas. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 20, n.4, p. 524-534.
52. NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. (1999) **O perfil do emprego na Função Saúde.** Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (mimeo)
53. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2013) **OECD, Health Data 2013**. Disponível em: http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm.
54. PEREIRA, R. H. M. NASCIMENTO, P. M.; ARAÚJO, C. T. (2011) Projeções de Mão de Obra Qualificada no Brasil: uma proposta inicial com cenários para a disponibilidade de engenheiros até 2020. **Texto para Discussão 1.663**, Brasília: IPEA.
55. PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; VEGA, R. S. (2011) **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.
56. PITBLADO, J. R.; PONG, R. W. (2009) **Geographic Distribution of Physicians in Canada**. Sudbury, Ontario: Centre for Rural and Northern Health Research.
57. PONG, R. W. & PITBLADO, J. R. **Geographic distribution of physicians in Canada:** beyond how many and where. Ontario: Canadian Institute for Health Information, 2005.
58. PONG, R.W. (2008) Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: a study of policy implementation over 35 years. **Human resources for health**, 6: 24, p. 1-9.
59. RODRIGUES, F. G. (2008). **Médicos em Minas Gerais:** projeções para o período 2010-2020. Belo Horizonte, 2008. CEDEPLAR, Universidade Federal de Minas Gerais (Dissertação de mestrado).
60. SALINSKY, E. (2010) **Health Care Shortage Designations:** HPSA, MUA, and TBD. Background paper nº 75. The George Washington University. Washington DC.
61. SAWYER, O. D. *et. al.* (1999) **Projeção populacional, por sexo e grupos de idades quinquenais, das unidades da federação**. Brasil, 1990-2020. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG. (Relatório de pesquisa).
62. SCHEFFLER, R. (2008) **Is there a doctor in the house?** Market signals and tomorrow's supply of doctors. Stanford, California: Stanford University Press.
63. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MINAS GERAIS (2011). **Diagnóstico e Dimensionamento da Demanda por Especialidades e Residências Médicas em Minas Gerais**. (Relatório de pesquisa). Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.
64. SEIXAS, P. H.; STELLA, R. C. R. Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: NEGRI, B; FARIA R.; VIANA, A.L.D. (orgs). **Recursos Humanos em Saúde:** política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp, 2002, p. 354-371.
65. SHRYOCK, H. S.; SIEGEL, J. S. (1976) **The Methods and materials of demography**. Edição condensada de Edward G. Stockwell. New York, Academic Press.
66. SZWARCWALD, C. L. et al. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.13, v. 3, p. 503-516, 1997.

67. UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE – GAO. (2006) **Health professional shortage areas:** problems remain with primary care shortage area designation system. Report to Congressional Committees.
68. WAJNMAN, S.; RIOS-NETO, E. L. G. Projeção de oferta de trabalho no Brasil. **Mercado de trabalho: conjuntura e análise**, Brasília, v. 9, p. 1-5, 1999.
69. ZAEYEN, A. *et. al.* (1995) Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. **Texto para Discussão nº 370**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

RELATÓRIO FINAL (APÊNDICE B):

AS PROFISSÕES DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR NO BRASIL ENTRE 1991 E 2030

Belo Horizonte

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde

Relatório Final (APÊNDICE B)

AS PROFISSÕES DE SAÚDE DE NÍVE SUPERIOR NO BRASIL ENTRE 1991 E 2030

Belo Horizonte, fevereiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários
Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

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

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Análise de consistência por profissão e ano. 20

Tabela 2 – Brasil, 2000 e 2010: População ocupada no Macrossetor Saúde, discriminada por profissões e ocupações de saúde e não saúde e Núcleo do Macrossetor e demais atividades. 26

Tabela 3 – Brasil, 2000 e 2010: Nº de profissionais residentes no país e incremento geométrico, por profissão de saúde de nível superior*. 27

Tabela 4 – Brasil, 2010: Nº de profissionais residentes no país, de ocupados na profissão, de ocupados em estabelecimentos de saúde e de empregos formais, por profissão de saúde de nível superior*. 29

Tabela 5 – Brasil, 2000 e 2010: Razão do nº de profissionais por mil habitantes e Coeficiente de Gini*. 40

Tabela 6 – Brasil, 2003 a 2012: Evolução do rendimento médio (nominal e real) dos vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, por profissão. 78

Tabela 7 – Brasil 2010-2030: Nº de médicos, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 85

Tabela 8 – Brasil 2010-2030: Número de enfermeiros, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 86

Tabela 9 – Brasil 2010-2030: Número de cirurgiões-dentistas, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 88

Tabela 10 – Brasil 2010-2030: Número de farmacêuticos, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 89

Tabela 11 – Brasil 2010-2030: Número de veterinários, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 91

Tabela 12 – Brasil 2010-2030: Número de psicólogos, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 92

Tabela 13 – Brasil 2010-2030: Número de assistentes sociais, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 93

Tabela 14 – Brasil 2010-2030: Número de biólogos, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 95

Tabela 15 – Brasil 2010-2030: Número de nutricionistas, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 96

Tabela 16 – Brasil 2010-2030: Número de fisioterapeutas, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 98

Tabela 17 – Brasil 2010-2030: Número de fonoaudiólogos, incremento médio anual e razão por mil habitantes. 99

Tabela 18 – Brasil, 2000: População de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão. ... 104

Tabela 19 – Brasil, 2010: População de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão. ... 105

Tabela 20 – Brasil, 2000: Distribuição % da população de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão. 106

Tabela 21 – Brasil, 2010: Distribuição % da população de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão. 107

Tabela 22 – Brasil, 2000: Razão do número de profissionais por mil habitantes, por UF e profissão. 108

Tabela 23 – Brasil, 2010: Razão do número de profissionais por mil habitantes, por UF e profissão. 109

Tabela 24 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em MEDICINA. 111

Tabela 25 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em ENFERMAGEM... 112

Tabela 26 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em ODONTOLOGIA. 113

Tabela 27 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em FARMÁCIA. 114

Tabela 28 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em MEDICINA VETERINÁRIA. 115
Tabela 29 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em PSICOLOGIA. 116
Tabela 30 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em SERVIÇO SOCIAL. 117
Tabela 31 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em CIÊNCIAS BIOLÓGICAS. 118
Tabela 32 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em NUTRIÇÃO. 119
Tabela 33 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em FISIOTERAPIA. 120
Tabela 34 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em FONOAUDIOLOGIA. 121
Tabela 35 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em EDUCAÇÃO FÍSICA. 122
Tabela 36 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em TERAPIA OCUPACIONAL. 123
Tabela 37 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em BIOMEDICINA. 124

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Médicos. 31
Gráfico 2 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Enfermeiros. 31
Gráfico 3 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Cirurgiões-dentistas. 31
Gráfico 4 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Farmacêuticos. 32
Gráfico 5 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Veterinários. 32
Gráfico 6 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Psicólogos. 32
Gráfico 7 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Assistentes Sociais. 33
Gráfico 8 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Biólogos. 33
Gráfico 9 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Nutricionistas. 33
Gráfico 10 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Fisioterapeutas. 34
Gráfico 11 – Brasil, 2010: Pirâmide etária da população de Fonoaudiólogos. 34
Gráfico 12 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior por estado civil e profissão. 36
Gráfico 13 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior por estado civil e profissão. 36
Gráfico 14 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior por raça/cor da pele e profissão. 38
Gráfico 15 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior por raça/cor da pele e profissão. 38
Gráfico 16 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de cursos, por profissão. 63
Gráfico 17 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de vagas*, por profissão. 63
Gráfico 18 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de ingressos*, por profissão. 64
Gráfico 19 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de egressos*, por profissão. 64
Gráfico 20 – Brasil, 1991 a 2012: Média da razão entre o nº de inscritos no vestibular e vagas, por profissão e período. 66
Gráfico 21 – Brasil, 1991 a 2012: Média do percentual de não preenchimento das vagas, por profissão e período. 67
Gráfico 22 – Brasil, 1991 a 2012: Média do percentual de não concluintes*, por profissão e período. 68
Gráfico 23 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior por condição de atividade e profissão. 71
Gráfico 24 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior por condição de atividade e profissão. 71
Gráfico 25 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior ocupados por posição na ocupação do trabalho principal da semana de referência e profissão. 72
Gráfico 26 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior ocupados por posição na ocupação do trabalho principal da semana de referência e profissão. 72
Gráfico 27 – Brasil, 1991-2012: Evolução do número de vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, por profissão. 74
Gráfico 28 – Brasil, 1993/94 a 2011/12: Média da razão entre o número de admissões por primeiro emprego no ano e o número de egressos no ano anterior, por profissão* e período. 75
Gráfico 29 – Brasil, 2000: Distribuição dos profissionais da saúde de nível superior segundo rendimento, em faixas de salários mínimos, do trabalho principal da semana de referência, por profissão. 77
Gráfico 30 – Brasil, 2010: Distribuição dos profissionais da saúde de nível superior segundo rendimento, em faixas de salários mínimos, do trabalho principal da semana de referência, por profissão. 77

Lista de Mapas

Mapa 1 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de MÉDICOS por mil hab. por UF. 41
Mapa 2 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de MÉDICOS por mil hab. por UF. 42
Mapa 3 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de ENFERMEIROS por mil hab. por UF. 43
Mapa 4 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de ENFERMEIROS por mil hab. por UF. 44
Mapa 5 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de CIRURGIÕES-DENTISTAS por mil hab. por UF. 45
Mapa 6 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de CIRURGIÕES-DENTISTAS por mil hab. por UF. 46
Mapa 7 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de FARMACÊUTICOS por mil hab. por UF. 47
Mapa 8 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de FARMACÊUTICOS por mil hab. por UF. 48
Mapa 9 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de VETERINÁRIOS por mil hab. por UF. 49
Mapa 10 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de VETERINÁRIOS por mil hab. por UF. 50
Mapa 11 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de PSICÓLOGOS por mil hab. por UF. 51
Mapa 12 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de PSICÓLOGOS por mil hab. por UF. 52
Mapa 13 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de ASSISTENTES SOCIAIS por mil hab. por UF. 53
Mapa 14 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de ASSISTENTES SOCIAIS por mil hab. por UF. 54
Mapa 15 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de BIÓLOGOS por mil hab. por UF. 55
Mapa 16 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de BIÓLOGOS por mil hab. por UF. 56
Mapa 17 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de NUTRICIONISTAS por mil hab. por UF. 57
Mapa 18 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de NUTRICIONISTAS por mil hab. por UF. 58
Mapa 19 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de FISIOTERAPEUTAS por mil hab. por UF..... 59
Mapa 20 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de FISIOTERAPEUTAS por mil hab. por UF..... 60
Mapa 21 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de FONOAUDIÓLOGOS por mil hab. por UF. 61

Sumário

Apresentação 8
1. Introdução 9
2. Metodologia 12
2.1. Sobre as bases de dados 12
2.2. Análise demográfica 17
2.3. Análise dos fluxos de formação 22
2.4. Análise de mercado de trabalho 23
3. Resultados 25
3.1. Macrossetor saúde e profissões de nível superior 25
3.2. Demografia da força de trabalho 30
3.3. Distribuição geográfica da força de trabalho 39
3.4. Fluxos de formação 62
3.5. Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho 69
4. Estimativas futuras do número de profissionais 79
4.1. Notas metodológicas 79
4.2. Cenários para 2030 82
5. Conclusão 100
Referências 102
Apêndice A – Distribuição Geográfica 104
Apêndice B – Indicadores de demanda e oferta 110

Apresentação

Este documento apresenta os resultados da análise da força de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil para o período de 1991 a 2030. Esta análise faz parte do "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde" da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG). Tal projeto compõe um amplo processo de cooperação, estabelecido desde 2013 com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, cujo objetivo geral é produzir informações e análises nos temas de demografia, formação, mercado de trabalho, projeção e regulação da força de trabalho em saúde, bem como capacitar gestores e pesquisadores nestes temas.

Neste relatório são apresentados os resultados das atividades da "Ação 1 – Análise da Força de Trabalho em Saúde: estrutura e dinâmica das ocupações e profissões de saúde" referentes às profissões de saúde de nível superior. Os mesmos resultados foram apresentados primeiramente em um documento que também foi produzido no âmbito da cooperação entre EPSM e SGETS denominado "Estudo de Levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil entre 1991 e 2010". Este documento foi publicado em 2014 e corresponde à primeira parte da análise sobre a força de trabalho de nível superior da saúde no âmbito da cooperação. O presente relatório dá continuidade ao estudo incluindo os resultados das estimativas do número de profissionais para 2030, atividade componente da "Ação 2 – Desenvolvimento de metodologias de projeção para o planejamento da força de trabalho em saúde" do Projeto Colaborativo.

1. Introdução

O presente estudo tem como escopo geral descrever e analisar a composição, estrutura, tendências e perspectivas da força de trabalho e dos mercados das profissões de nível superior da saúde, no Brasil das últimas décadas. As recentes mudanças na composição demográfica da força de trabalho, vis a vis os ajustes necessários na sua oferta tendo em vista a equidade distributiva, geográfica e institucional e sua adequação ao crescimento da demanda por serviços foram alvos principais das análises. Os mercados de trabalho das atividades de saúde e das profissões de saúde foram analisados em suas dimensões estruturais e conjunturais. De maneira mais específica, o trabalho tem o objetivo de aprofundar a análise da relação entre a expansão da oferta de novos profissionais que acompanhou a ampliação dos cursos e vagas de graduação assistida ao longo dos anos 2000, frente ao vigoroso processo de crescimento e formalização dos mercados de trabalho setoriais ocorrido nos últimos anos, bem como ao incremento dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar.

Neste estudo foram trabalhadas as profissões de nível superior regulamentadas da área da saúde, a saber, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Não foram consideradas ocupações de nível superior recentes, as quais, inclusive, têm buscado regulamentação profissional, como Tecnologia de Radiologia e Gestão de Serviços de Saúde, devido a limites nas classificações das fontes de informação. Aquelas ocupações e profissões de nível técnico, nível médio e aquelas cujas habilidades não são específicas da saúde, como administração, recepção, limpeza e manutenção, entre outras, mas cujos ocupados prestam seus serviços no interior das atividades econômicas da saúde, não foram foco deste estudo[1].

[1] Entende-se, de forma mais ampla, que a força de trabalho em saúde corresponde àqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços e atividades de saúde, isto é, aqueles que em um período de referência estavam ocupados prestando serviços de saúde ou procurando trabalho no setor (Nogueira, 1986; Médici et. al., 1992). Entende-se por profissões e ocupações de saúde, no sentido amplo, indivíduos classificados por sua formação ou capacitação prática ou acadêmica especifica para o trabalho na área, ou seja, por "um conjunto de habilidades cognitivas adquiridas com vistas a atuar no setor" (Nogueira, 1986, p. 13). Tais profissões e ocupações podem ser consideradas de saúde independentemente de serem realizadas em estabelecimentos da área, pois o que define sua participação como força de trabalho em saúde é a natureza da habilidade requerida para a ocupação.

A escolha pelas profissões de nível superior se deve à maior e melhor disponibilidade de fontes de informação sobre educação e trabalho para as mesmas, o que não acontece necessariamente com as ocupações de nível técnico e médio. Essa escolha também tem em vista a maior complexidade dos arranjos institucionais e necessidade de maior lapso de tempo para correção de eventuais desvios e lacunas entre oferta e demanda de força de trabalho, bem como de desigualdades na distribuição geográfica de trabalhadores disponíveis aos serviços de saúde.

O objetivo geral deste estudo, portanto, foi analisar a composição demográfica e os aspectos da formação e do mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil. Para tanto, foi realizado um diagnóstico da situação atual e das tendências pregressas das décadas de 1990 e 2000. Nesse sentido, foram investigados sinais da disponibilidade desses profissionais para os serviços de saúde no país a partir do diagnóstico da oferta e da demanda. Definiu-se por analisar, em especial, a força de trabalho de nível superior da saúde pela necessidade de entender a dinâmica recente do crescimento da oferta de vagas nos cursos de graduação e, consequentemente, de maior disponibilidade de profissionais para o trabalho. Especificamente, interessou identificar a absorção ou não dos concluintes das graduações em saúde no mercado de trabalho, quais os efeitos em termos de qualidade dos postos de trabalho e os desequilíbrios na distribuição geográfica.

De forma especifica, o estudo teve por objetivo (i) a identificação do quantitativo de profissionais e a análise das tendências da composição demográfica da força de trabalho de nível superior em saúde, segundo sexo, faixa etária, raça/cor, condição de atividade e atributos do trabalho; (ii) análise da evolução da distribuição geográfica da força de trabalho de nível superior em saúde, investigando as iniquidades nesta distribuição no que diz respeito à região geográfica e unidade da federação; (iii) análise da composição, distribuição geográfica e tendências da formação de profissionais de saúde de nível superior, investigando os estoques e os fluxos de entrada e saída nos cursos de graduação; (iv) análise da relação entre formação e inserção no mercado de trabalho da força de trabalho de nível superior da saúde, em relação ao total de ocupados de nível superior na economia; (v) análise da estrutura e da dinâmica do mercado de trabalho formal dos ocupados em profissões de saúde de nível superior por atributos dos estabelecimentos empregadores e dos empregos; e (vi) estimação do quantitativo de profissionais para 2030 com base na aplicação de metodologia de projeção.

Por fim, os resultados do estudo pretendem contribuir para a elaboração de diretrizes de planejamento e gestão do trabalho e da educação em saúde em âmbito federal. Além disso, pretendeu-se consolidar ferramentas empíricas que vem sendo desenvolvidas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) no sentido de produzir e disseminar informações para a tomada de decisões na área. Desde os anos de 1990, a EPSM vem monitorando a oferta e a demanda da força de trabalho das profissões e ocupações de saúde e acompanhando seus movimentos na arena regulatória[2]. Em 1999, foi criado o chamado Sistema Integrado de Acompanhamento e Disseminação de Informações sobre Mercado de Trabalho em Saúde (SIADI). É um modelo permanente de sistematização de dados e informação para análise e divulgação de fontes secundárias regulares e de pesquisas primárias nas áreas de mercado de trabalho, mercado educacional e campo da regulação profissional em saúde.

O estudo está organizado em quatro partes. A primeira apresenta a metodologia, com o detalhamento dos conceitos, fontes de dados, variáveis e indicadores que foram utilizados. A segunda descreve e analisa os principais resultados de forma sumarizada e comparativamente entre profissões. Para efeitos didáticos os resultados se dividem de acordo com os principais eixos analisados, a saber, dimensionamento dos quantitativos das profissões, demografia da força de trabalho, distribuição geográfica, fluxos de formação e mercado de trabalho. A terceira parte corresponde aos resultados da aplicação da projeção de profissionais para 2030. Por fim, a terceira parte apresenta a conclusão do estudo. O relatório ainda é composto de um apêndice tabular com informações mais detalhadas e complementares.

[2] Tais atividades, constitutivas da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, se tornaram a missão desse grupo que tradicionalmente lança mão de análises estatísticas com base em dados secundários e de coleta de dados qualitativos por meio de metodologias inovadoras, a exemplo das Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC), os diálogos online, os Discrete Choice Experiments (DCE) e as projeções de mão de obra.

2. Metodologia

A metodologia proposta envolveu o tratamento e integração de um conjunto de bases de dados secundários na área demográfica, de formação e de mercado de trabalho, através das quais é possível recortar as profissões e ocupações de saúde. Tendo em vista que são bases que cobrem a totalidade da economia, foi necessário definir parâmetros para a identificação das profissões de saúde segundo os sistemas adotados nestas bases de dados para classificar os cursos de formação e as profissões de saúde de interesse. A seguir apresenta-se uma breve discussão e justificativa para escolha das fontes de informação e o tipo de tratamento que foi realizado para que se procedesse às análises desenhadas.

2.1. Sobre as bases de dados

No Brasil não existem fontes de informação produzidas de forma periódica e por meio das instituições públicas que sejam específicas para coleta de informações sobre os Recursos Humanos em Saúde (RHS). Entretanto, inúmeras fontes, com objetivos distintos, dispõem de bases de dados que podem ser recortadas analiticamente a este respeito. A única base de dados em que se pode contar a quase totalidade dos habilitados em funções (atividades e ocupações) precípuas da saúde, isto é, o chamado Macrossetor saúde, é o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nele a população residente no país pode ser discriminada, entre outras características, segundo sua ocupação e formação, o que permite a identificação dos ocupados, mas também dos desocupados e não economicamente ativos da saúde. Há em relação ao Censo pelo menos três limites. O primeiro diz respeito a sua periodicidade que é decenal. O segundo limite, ainda que seus efeitos sejam residuais, é que a identificação da ocupação do entrevistado é feita apenas em relação ao trabalho principal que este ocupa na semana de referência do inquérito, o que não permite identificar os que se ocupam na saúde apenas de forma secundária. O terceiro limite é de classificação dos cursos de graduação que se encontra muito desatualizada em relação aos cursos criados nas últimas três décadas (IBGE, 2013a).

Além do Censo Demográfico, informações sobre a oferta de RHS no mercado de trabalho são encontradas no Brasil basicamente em três registros administrativos e

duas estatísticas. São registros administrativos os dados dos conselhos profissionais das profissões de saúde de nível superior e algumas de nível técnico; do Sistema do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) composto pela Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); e do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS). As estatísticas disponíveis são a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), ambas do IBGE. Ressalta-se que o SCNES, o sistema RAIS e CAGED e a AMS também se constituem como fonte de demanda de RHS, no que diz respeito aos postos de trabalho ocupados.

Os dados dos conselhos são consultados para dimensionar o estoque de profissionais ativos, entretanto seu contingente corresponde aos profissionais habilitados ao exercício e não discriminam os que atuam ou não diretamente em serviços de saúde, isto é, os efetivamente ocupados ou que procuram trabalho em atividades econômicas de saúde. Sua utilização não é, portanto, imediata, exigindo refinamentos. Para uma análise geral do mercado de trabalho em saúde, que leve também em consideração as ocupações não regulamentadas, ou mesmo que não exigem qualificação específica para o exercício, é preciso lançar mão de outras bases de dados.

A RAIS é o censo anual do emprego formal no país, que abrange informações sobre os estoques do emprego no conjunto dos segmentos institucionais do mercado regulamentado (CLT, estatutário, temporário e avulso). A unidade analítica é o emprego, e não o empregado, constituindo-se, assim, como a principal fonte de demanda de força de trabalho. É possível encontrar dados sobre natureza jurídica, tipo de atividade, faixa etária, grau de instrução, sexo, ocupação, remuneração média, tipo de vínculo, tempo de serviço, etc. Além disso, também podem ser analisados os fluxos de mercado de trabalho por tipo de admissão e causa de desligamento. O uso da RAIS é limitado, no entanto, por se restringir ao mercado formal, ainda que seja abrangente para a totalidade do Macrossetor Saúde (MTE, 2014).

O CAGED, assim como a RAIS, é um levantamento do MTE de nível nacional com os mesmos níveis de desagregação geográfica, setorial e ocupacional. Diferentemente daquele, sua coleta é mensal e a unidade de análise se refere às admissões e desligamentos do mês-base, e não aos estoques de emprego. Sua cobertura se restringe ainda aos movimentos de empregos celetistas, isto é, regidos segundo CLT, excluindo-se, portanto, movimentações de estatutários, temporários e afins. A utilização do CAGED para análise de RHS tem sido de extrema importância para verificação da conjuntura do

mercado de trabalho, isto é, dinâmicas de criação de empregos no setor e flutuação de salários ao longo do ano (MTE, 2010a).

O SCNES é o registro administrativo do Ministério da Saúde que pretende abranger todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam eles públicos ou privados, ainda que não exista obrigatoriedade de preenchimento para os estabelecimentos que não prestam serviços ao SUS. Está disponível para todo o território nacional e com atualizações que podem ser diárias. Seu objetivo geral é coletar informações sobre infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e tipos de serviços. No que se refere aos recursos humanos em saúde, é possível identificar a ocupação, o tipo de vínculo e a carga horária. Apesar dos diversos problemas dessa fonte, em especial o não versionamento da base e a falta de atualização das informações de profissionais que não prestam serviços ao SUS, trata-se da principal alternativa de dimensionamento das atividades de assistência direta à saúde, sobretudo em estabelecimentos públicos de atenção básica e sobre especialidades médicas. O SCNES não possui abrangência para serviços de saúde prestados em outros tipos de estabelecimentos que não de saúde (MS, 2006).

A PNAD é uma pesquisa amostral de caráter domiciliar que coleta anualmente um conjunto de informações demográficas, educacionais e de trabalho e rendimento da população brasileira. Trata-se de um levantamento intercensitário com abrangência geográfica até o nível das unidades da federação. Contam-se os ocupados em atividades de saúde, definidos segundo a ocupação ou o setor de atividade. Por se tratar de uma pesquisa amostral não específica para área da saúde, a pesquisa se mostra representativa apenas para as profissões mais numerosas tais como Médicos, Cirurgiões-dentistas e Pessoal de enfermagem de nível superior e técnico. Por esta mesma razão, os dados de profissões só são abrangentes para a totalidade do país, perdendo sua representatividade para níveis geográficos menores (IBGE, 2013b).

A AMS se constituiu como a principal base de dados sobre recursos humanos em estabelecimentos de saúde nos anos de 1970 e 80, entretanto, o inquérito foi descontinuado nos anos 90, comprometendo a análise de séries históricas[3]. Trata-se de pesquisa censitária, realizada através de entrevista, que abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país que prestam assistência à saúde individual ou coletiva. São coletadas informações sobre infraestrutura, produção e recursos humanos. Nesse caso, os dados se referem aos postos de trabalho segundo ocupações de nível superior, técnico,

[3] Está disponível para os anos de 1976 a 1990, 1992, 1999, 2002, 2005 e 2009.

médio, elementar e administrativo da saúde. A classificação de ocupação, no entanto, não permite comparações com outras fontes de dados, além de ser incompleta (IBGE, 2010).

O Quadro 1 classifica as bases de dados de mercado de trabalho segundo abrangência, tipos de análises possíveis em RHS e limites.

Os registros administrativos e pesquisas apresentadas até aqui são fonte fundamental para análise de Mercado de Trabalho, tanto do ponto de vista da oferta e disponibilidade de profissionais quanto da demanda de vínculos (formais ou não), remuneração e movimentação de empregados. Pelo lado do mercado educativo em saúde, a principal base é o Censo da Educação Superior (CES) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC). Trata-se de um levantamento anual composto por uma série de dados que tecem uma radiografia sobre esse nível de ensino em todo o Brasil. São coletadas informações sobre as instituições, cursos, alunos, servidores e docentes, além de dados financeiros, de infraestrutura, instalações, equipamentos e recursos institucionais. Do ponto de vista da análise de RHS é possível selecionar os cursos das áreas da saúde e os principais fluxos da formação: vagas, inscritos no vestibular, ingressos, matriculados, abandonos e concluintes (INEP, 2014).

***

Levando em consideração o conteúdo, limites e disponibilidade das bases de dados e os objetivos traçados, selecionaram-se para essa pesquisa:

- Os Censos Demográficos do IBGE dos anos de 2000 e 2010 para análise da composição demográfica, distribuição geográfica e comparação entre formação e inserção ocupacional da FTS de nível superior;
- A Relação Anual de Informações Sociais do MTE de 1991 a 2012 para análise da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho formal da FTS de nível superior;
- O Censo da Educação Superior do INEP de 1991 a 2012, para análise dos fluxos de formação das profissões de nível superior da saúde;
- Informações complementares do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do MS e de alguns Conselhos Profissionais.

Quadro 1 – Classificação das bases de dados para análise de recursos humanos em saúde no Brasil

Base de dados	Abrangência	Tipo de análise em RHS	Limites
Censo Demográfico	População residente no território nacional.	Oferta de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e algumas profissões e ocupações de saúde de pessoas ocupadas, desocupadas e não economicamente ativas na semana de referência.	Atualização decenal. Limitado aos trabalhos principais da semana de referência. Classificação de cursos de graduação incipiente.
Conselhos profissionais	Profissionais inscritos (ativos ou não) em cada conselho.	Oferta de RHS, segundo profissões de nível superior e algumas de nível técnico da saúde referentes aos profissionais com registro ativo.	Não é possível discriminar condição de atividade dos ativos. Disponível apenas para profissões de saúde de nível superior e algumas de nível técnico.
Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)	Empregos formais, ativos ou não em 31 de dezembro, na totalidade dos estabelecimentos empregadores do país.	Oferta e demanda de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e profissões e ocupações referentes aos empregos do mercado de trabalho formal.	Limitado ao mercado de trabalho formal.
Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED)	Movimentos mensais de admissão e desligamentos do mercado celetista.	Oferta e demanda de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e profissões e ocupações de saúde referentes aos movimentos de admissão e desligamento no mercado de trabalho celetista.	Limitado aos segmentos celetistas do mercado de trabalho formal e aos movimentos de admissão e desligamento.
Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Estabelecimentos de saúde.	Oferta e demanda de RHS, segundo profissões e ocupações de saúde referentes aos vínculos em estabelecimentos de saúde.	Limitado aos estabelecimentos de saúde e sub-representado para trabalhadores não SUS.
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD	Amostra da população residente no território nacional.	Oferta de RHS, segundo seções de atividade componentes do Macrossetor e algumas profissões e ocupações de saúde de pessoas ocupadas na semana de referência.	Amostra não é representativa para a maioria das ocupações e profissões de saúde.
Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS	Estabelecimentos de saúde.	Oferta e demanda de RHS, segundo profissões e ocupações de saúde referentes aos postos de trabalho em estabelecimentos de saúde.	A pesquisa foi descontinuada na década de 1990. A classificação de ocupação não permite comparação com outras fontes de dados e é incompleta.

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

2.2. Análise demográfica

O conceito "demográfico" é incluído aqui porque as análises incorporam os princípios das técnicas de análise demográfica, segundo as quais, uma dada população adquire uma composição que foi definida ou construída no passado e se configura dependendo da forma da evolução da fecundidade (incorporação de novos sujeitos, no caso), mortalidade (incluído o abandono definitivo da profissão por qualquer outro motivo que não a morte) e migração (entrada e saída da área). É claro que a evolução desses processos está sujeita a importantes externalidades estruturais tais como a formação de novos profissionais e sua absorção no sistema socioeconômico, que no caso dos profissionais de saúde é definida, sobretudo, pelas políticas de saúde.

Propôs-se para a identificação do tamanho e da composição da FTS, o tratamento e a análise dos microdados das amostras dos Censos Demográficos/IBGE[4]. Utilizou-se o Censo de 2010 para diagnóstico da situação atual e os mesmos parâmetros de 2010 serviram de base à compatibilização dos dados de 2000, que foram abordados para análise de série histórica. Os dados foram tratados descritivamente por composição etária e de sexo, condição de atividade (ocupados, desocupados e não economicamente ativos) e distribuição geográfica[5].

A identificação das profissões de saúde no Censo foi feita a partir de dois critérios: (i) se o residente no país possuía graduação no curso equivalente à profissão de acordo com o último curso superior de graduação concluído; e ou (ii) se o morador residente estava ocupado no trabalho principal da semana de referência em ocupação equivalente à da profissão. Os critérios podem ser ou não coincidentes, isto é, um mesmo indivíduo pode possuir formação na profissão, mas não estar em ocupação equivalente, e vice-versa, estar ocupado na profissão

[4] Em 2000 e 2010, as amostras dos Censos Demográficos corresponderam a 10% da população brasileira. Ressalta-se que as amostras do Censo dispõem de informações mais abrangentes do que aquelas coletadas no universo da população. Nesse sentido, somente através delas que se pode identificar a provável formação e a ocupação da população residente, critérios que foram utilizados para identificar as profissões de saúde de nível superior neste estudo.

[5] Inicialmente o projeto previa a análise do Censo Demográfico de 1991, entretanto, o tipo de trabalho necessário para compatibilizar os dados daquele ano com os mais recentes, 2000 e 2010, demandaram esforços muito superiores aos esperados. Entendeu-se que a não utilização do Censo 1991 não afeta os resultados deste estudo, na medida em que os dados de formação e mercado de trabalho cobrem o período da década de 1990, permitindo analisar a tendência do período para as profissões de saúde de nível superior. Além disso, sugere-se que o processo de compatibilização ainda seja realizado no âmbito da cooperação entre EPSM, IMS e SGTES, a qual continuará nos próximos anos.

sem que tenha sido informada a graduação correspondente[6]. Em alguns casos, a identificação ocorreu apenas pelo critério ocupacional, tendo em vista a ausência do curso de formação correspondente na classificação adotada pelo IBGE. Em outros casos ainda, não foi possível identificar as profissões por nenhum dos dois critérios, já que também se verificou ausência de categoria na classificação ocupacional[7].

Os profissionais identificados tanto pelo critério de formação quanto o de ocupação, foram os Médicos, Enfermeiros, Veterinários, Cirurgiões-dentistas, Farmacêuticos, Biólogos, Psicólogos e Assistentes sociais. Já os Fisioterapeutas e Nutricionistas foram identificados apenas pelo critério ocupacional. Os Fonoaudiólogos também foram identificados apenas pelo critério ocupacional, mas somente para o ano de 2010. Os Biomédicos, Educadores físicos e Terapeutas ocupacionais não foram identificados por qualquer critério, em nenhum dos dois períodos. O Quadro 2 descreve a correspondência entre os critérios de formação e ocupação, utilizados para identificação dos profissionais no Censo Demográfico, por ano.

Após a identificação dos profissionais de saúde em questão, através dos microdados da amostra do Censo, procedeu-se à consistência dos dados. Por meio desta análise, optou-se por desconsiderar os casos em que os indivíduos não possuíam formação de nível superior, ainda que ocupado na profissão. O mesmo foi feito para aqueles com idade incompatível com a média mínima esperada para a conclusão de um curso de graduação. Assim, excluíram-se os casos de identificados como Médicos com menos de 23 anos e, nas demais profissões, com menos de 21 anos. Na Tabela 1 são apresentados os números identificados por situação de consistência, nos dois anos do Censo.

[6] No segundo caso não há inconsistência, pois a informação sobre formação se refere ao último curso superior de graduação concluído, aplicável aos entrevistados que possuíam graduação como o maior nível de formação. Nesse sentido, os ocupados na profissão sem informação de graduação equivalente são aqueles que fizeram uma segunda graduação ou que concluíram cursos mais elevados que o de graduação, isto é, mestrado e doutorado.

[7] Em trabalhos futuros, sugere-se buscar dados das profissões não identificadas no Censo, total ou parcialmente, através dos Conselhos das profissões.

Quadro 2 – Correspondência entre os critérios de ocupação e graduação, utilizados para identificação dos profissionais de saúde de nível superior no Censo Demográfico, por ano.

Profissão	Censo 2000				Censo 2010			
	Ocupação (V4452)		Graduação (V4355)		Ocupação (V6461)		Graduação (V6352)	
Médicos	2231	Médicos	721	Medicina	2211 2212	Médicos gerais Médicos especialistas	721	Medicina
Enfermeiros	2235	Enfermeiros de nível superior e afins	723	Enfermagem e Atenção Primária	2221	Profissionais de enfermagem	723	Enfermagem e Atenção Primária
Cirurgiões-dentistas	2232	Cirurgiões-dentistas	724	Odontologia	2261	Dentistas	724	Odontologia
Farmacêuticos	2234	Farmacêuticos	727	Farmácia	2262	Farmacêuticos	727	Farmácia
Veterinários	2233	Veterinários	641	Veterinária	2250	Veterinários	641	Veterinária
Psicólogos	2215	Psicólogos e psicanalistas	311	Psicologia	2634	Psicólogos	311	Psicologia
Assistentes Sociais	2516	Assistentes sociais e economistas domésticos	762	Serviço social e aconselhamento	2635	Assistentes sociais	762	Serviço social e Orientação
Biólogos	2211	Biólogos e afins	421	Biologia e Bioquímica	2264	Biólogos, botânicos, zoólogos e afins	421	Biologia e Bioquímica
Nutricionistas	2237	Nutricionistas	ND		2265	Dietistas e nutricionistas	ND	
Fisioterapeutas	2236	Fisioterapeutas e afins	ND		2264	Fisioterapeutas	ND	
Fonoaudiólogos	ND		ND		2266	Fonoaudiólogos e logopedistas	ND	
Educadores Físicos	ND		ND		ND		ND	
Terapeutas ocupacionais	ND		ND		ND		ND	
Biomédicos	ND		ND		ND		ND	

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Tabela 1 - Análise de consistência por profissão e ano.

		2000		2010	
Médicos	Inconsistentes	17.466	6,2	35.235	9,0
	Consistentes	264.945	93,8	355.583	91,0
	Total	**282.411**	100,0	**390.819**	100,0
Enfermeiros	Inconsistentes	6.255	6,4	117.768	24,9
	Consistentes	91.211	93,6	355.383	75,1
	Total	**97.466**	100,0	**473.152**	100,0
Cirurgiões-dentistas	Inconsistentes	11.529	6,1	37.811	13,5
	Consistentes	177.904	93,9	241.622	86,5
	Total	**189.433**	100,0	**279.433**	100,0
Farmacêuticos	Inconsistentes	8.023	11,6	29.081	16,1
	Consistentes	61.356	88,4	151.823	83,9
	Total	**69.379**	100,0	**180.904**	100,0
Veterinários	Inconsistentes	2.482	6,2	7.778	8,7
	Consistentes	37.656	93,8	81.142	91,3
	Total	**40.138**	100,0	**88.919**	100,0
Psicólogos	Inconsistentes	9.594	6,0	20.006	6,8
	Consistentes	151.150	94,0	273.758	93,2
	Total	**160.744**	100,0	**293.764**	100,0
Assistentes sociais	Inconsistentes	42.945	32,0	67.262	27,8
	Consistentes	91.369	68,0	174.406	72,2
	Total	**134.314**	100,0	**241.668**	100,0
Biólogos	Inconsistentes	4.080	3,3	6.961	3,4
	Consistentes	119.636	96,7	197.783	96,6
	Total	**123.716**	100,0	**204.743**	100,0
Nutricionistas	Inconsistentes	11.387	42,6	9.474	17,2
	Consistentes	15.356	57,4	45.597	82,8
	Total	**26.744**	100,0	**55.071**	100,0
Fisioterapeutas	Inconsistentes	6.508	12,7	7.566	7,5
	Consistentes	44.812	87,3	93.579	92,5
	Total	**51.321**	100,0	**101.145**	100,0
Fonoaudiólogos	Inconsistentes	-	-	7.566	7,5
	Consistentes	-	-	93.579	92,5
	Total	**-**	**-**	**101.145**	100,0

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Também foi realizada análise descritiva sobre a distribuição geográfica da força de trabalho em saúde, a partir dos critérios de análise dos Censos Demográficos, com o objetivo de identificar os desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde, isto é, a existência de áreas de escassez ou mesmo de excesso. O diagnóstico da distribuição foi feito pela análise complementar de dois indicadores:

- *Razão de profissionais por habitante:* corresponde ao quociente entre o número de profissionais e ao número de habitantes, por localidade, multiplicado por mil. É preciso destacar, que apesar de amplamente utilizada, essa razão possui limitações. Uma típica razão usa apenas três "peças" de informação: a área geográfica em que os habitantes e os profissionais se localizam, o número de habitantes e o número de profissional. Para que seja uma razão significativa metodologicamente, é necessário garantir uma contagem que vai além de saber quantos profissionais existem em determinada área. A razão então pode levar em consideração fatores como: carga horária, produtividade, trabalho não clínico, variação de níveis de atividade e o efeito possível de variáveis sociodemográficas como idade e gênero dos profissionais e da população demandante de serviços de saúde. Nesse aspecto, a razão pode superestimar o serviço de saúde produzido nas localidades. Em suma, deve-se também considerar os diferenciais de produção dos serviços, isto é, não pressupor, que cada e todo profissional equivale ao mesmo serviço prestado.
- *Coeficiente de Gini:* mede o grau de desigualdade na distribuição de uma dada população, segundo a disponibilidade de profissionais de saúde. A medida do Coeficiente de Gini está relacionada à Curva de Lorenz, uma representação gráfica da medida de desigualdade em questão. No eixo das abscissas (x), representa-se a população em estudo, ordenada do pior para o melhor valor do indicador de saúde e no eixo das ordenadas (y), representa-se os valores reais do indicador atribuído a cada elemento da população. Nesse sentido, a área da curva formada segundo o cruzamento dos eixos indica o valor do Gini. Quanto maior a desigualdade, menor será a curva, e vice-versa. Quando o Coeficiente de Gini é igual a zero e a curva não possui inclinação, representa-se ausência absoluta de desigualdade. Quando o valor é igual a um, representa-se a desigualdade completa.

2.3. Análise dos fluxos de formação

No que se refere à análise das tendências da formação de profissionais de nível superior da saúde, foi feito um estudo de tratamento dos dados da série história de 1991 a 2012 do Censo da Educação Superior do INEP. Tal análise é fundamental, pois os fluxos observados da formação afetam diretamente a disponibilidade de mão de obra. Do ponto de vista demográfico, o número de egressos corresponde aos novos entrantes na força de trabalho. Além disso, a identificação de possíveis desequilíbrios entre vagas ofertadas, número de candidatos no vestibular e número de egressos, sinalizam para situações de maior ou menor dinamismo do mercado de trabalho de dada profissão. Em outras palavras, pode-se entender que o mercado está aquecido se a procura pelo curso é alta e se o abandono ao longo do curso é baixo, o que provavelmente apontam para um cenário de escassez de mão de obra. Inversamente, a baixa procura e o alto abandono, sinalizam para um mercado com excesso de profissionais e de poucas oportunidades de emprego.

Empiricamente, a identificação dos cursos da área da saúde foi feita pela variável "classe", derivada da classificação internacional de áreas de conhecimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Realizou-se uma descrição gráfica e tabular dos dados, especificamente a evolução dos números de cursos, vagas, candidatos no vestibular, ingressos de primeiro ano do curso, estoque de matriculados e egressos. Também se investigaram o aproveitamento e a dinâmica dos cursos por meio de indicadores como taxa de preenchimento de vagas, taxa de inscritos por vaga e taxa de não concluintes:

- *Taxa de inscritos por vaga:* quociente entre o número de inscritos no vestibular, no ano *i*, e o número de vagas ofertadas no mesmo ano: Expressa a procura pelo curso, quanto maior o resultado, maior é a procura.
- *Taxa de preenchimento de vagas:* quociente entre o número de ingressos, no ano *i*, e o número de vagas no mesmo ano. Expressa a proporção de vagas ofertadas que foram efetivamente preenchidas.
- *Taxa de não concluintes:* quociente entre o número de egressos no ano *i*, e o número de egressos no ano $i - n$, onde n é o período de duração do curso em anos, menos 1. Não pode ser confundido com o número de alunos que ingressaram no ano $i - n$ e que concluíram no ano *i*. Na verdade, expressa a eficiência do curso na formação de alunos no período previsto em relação ao volume de ingressantes.

2.4. Análise de mercado de trabalho

No campo temático "mercado de trabalho", propôs-se utilizar dois recortes básicos, o recorte dos mercados setoriais de saúde e o recorte da análise dos mercados profissionais. Para tanto, foram utilizados os dados do Censo Demográfico, referentes ao trabalho principal que o profissional ocupava na semana de referência do inquérito[8] e, ainda, os dados da RAIS[9] para o período de 1991 a 2012. Apesar de possuir abrangência apenas do mercado formal, a RAIS é a melhor fonte de informação disponível para investigar os postos de trabalho no total da economia, isto é, para além da atividade econômica de prestação de serviços de saúde. Além disso, o registro é feito em conformidade com a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (MTE, 2010b), o que permite identificar a totalidade das profissões de saúde de nível superior[10].

O dimensionamento do número de profissionais em atividades econômicas de saúde, passa pela definição dessas atividades que são agrupadas no assim chamado "Macrossetor Saúde" (ZAYEN et al., 1995; NOGUEIRA; GIRARDI, 1999). O objetivo de proceder à caracterização dos profissionais em saúde através do conceito de Macrossetor, desde a ótica dos setores de atividade, é alcançar a visualização dos interesses econômicos que perpassam a área, para além daqueles diretamente envolvidos na prestação direta dos serviços de saúde às pessoas. Pode-se supor que os diversos atores econômicos aí arrolados, tenham interesse direto sobre as políticas de saúde e as estratégias de regulação pública do setor e, de fato, com graus variados de participação efetiva, interfiram na elaboração e implementação dessas políticas. Apesar de que não seja possível alcançar, na prática, uma caracterização exaustiva desses diversos segmentos de atividades, os dados disponíveis permitem uma aproximação que, quando menos, extrapola a dimensão reduzida dos serviços.

O conceito de Macrossetor, portanto, abrange além dos trabalhadores em prestação de serviços de saúde, os trabalhadores que (i) prestam serviços de saúde em estabelecimentos

[8] De acordo com o IBGE, o trabalho principal da semana de referência do Censo de 2010 (de 25 a 31 de julho de 2010) correspondeu ao trabalho que o entrevistado habitualmente dedicava maior número de horas por semana. Em caso de igualdade no número de horas, passa a ser o trabalho que habitualmente proporcionava maior rendimento mensal. Permanecendo a igualdade, passa a ser o trabalho com mais tempo de permanência (IBGE, 2013). O Censo de 2000 seguiu os mesmos critérios, mas com ordem diferente: horas, tempo e rendimento. A semana de referência foi a de 26 de julho a 1º de agosto de 2000 (IBGE, 2003).

[9] Os dados da RAIS foram complementados a partir de dados do CNES, que possui abrangência para além do mercado formal, ainda que apenas para o interior do núcleo do Macrossetor (vide o Apêndice).

[10] Pelo menos a partir de 2003, quando a classificação passou a abranger as 14 profissões reconhecidas.

cuja atividade econômica não está vinculada com a saúde (por exemplo, médicos e pessoal de enfermagem dos serviços próprios de empresas industriais e serviços de medicina do trabalho); (ii) exercem atividades não caracterizadas como prestação de serviços pessoais, mas que estão especificamente voltadas para a saúde (por exemplo, atividades de saneamento, saúde animal, ensino de saúde ou de administração da saúde pública); (iii) e dedicam-se a atividades de produção e venda de bens relacionados com a saúde (por exemplo, fabricação e venda de medicamentos e equipamentos médicos e odontológicos e comercialização de seguros e planos de saúde) (*op. cit.*).

Por outro lado, a análise dos mercados profissionais ou ocupacionais busca identificar a estrutura e a dinâmica do emprego formal, por meio da análise dos estoques de empregos e seus atributos, especialmente salários, e os fluxos de entrada e saída do mercado. Esse tipo de análise se presta ao conhecimento das formas como as profissões conservam e recriam seus mercados, dentro e fora do setor específico de atividade econômica. Em suma, propõe-se o conhecimento de aspectos relevantes do emprego e salários das profissões de saúde, no setor de serviços de saúde e nos demais setores da economia.

3. Resultados[11]

3.1. Macrossetor saúde e profissões de nível superior

As duas últimas décadas no Brasil e, sobretudo, a segunda metade da primeira década dos anos 2000, assistiram a um importante crescimento da força de trabalho. Após anos de crise do modelo produtivo fordista, que ocorreu parcialmente no Brasil durante as décadas de 1980 e 1990, uma importante recuperação do emprego formal e dos salários ocorreu como resultado da consolidação de um modelo econômico baseado, majoritariamente, em atividades do setor econômico de serviços. Foi neste contexto que as atividades da saúde e educação ampliaram sua força de trabalho ocupada a níveis muitos superiores ao do total da economia (CARDOSO JR., 2007).

De fato, o mercado de trabalho em saúde no país se desenvolveu neste período a partir de um contexto demográfico, econômico, social, político e cultural de crescentes demandas por serviços de saúde. Do ponto de vista demográfico, podem-se destacar o crescimento e o envelhecimento da população como explicativos dessa demanda (CARVALHO; GARCIA, 2003). Do ponto de vista socioeconômico, a já citada recuperação do mercado de trabalho e a ascensão social de parte significativa da população estimularam o consumo dos planos de assistência médica, gerando fortes pressões para a produção de bens, serviços e tecnologias de saúde mais diversificados e qualificados (DALPOZ; PIENRATONI; GIRARDI, 2012). Já do ponto de vista político, a própria implantação e consolidação do SUS e o avanço das políticas públicas da área, sobretudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal responsável por descentralizar o acesso à assistência básica em saúde, foram importantes demandantes de recursos humanos (GIRARDI et al., 2010).

Entre 2000 e 2010, houve aumento do número de ocupados no Macrossetor Saúde de 5,5% ao ano, frente a 2,8% ao ano de crescimento no total da economia (Tabela 2). Em 2010, a força de trabalho ocupada no Macrossetor correspondia a 7% do total de ocupados no Brasil (frente a 5,4% em 2000). Em números absolutos o número de trabalhadores quase dobrou de 3,5 para 6,0 milhões de pessoas. Entre as profissões e ocupações *strictu sensu* de saúde o aumento da força de trabalho ocupada, de 8,2% ao ano, foi ainda maior, em relação ao setor saúde como um todo. Proporcionalmente, estes trabalhadores passaram de 41,7% para 53,5% do total do Macrossetor. Apesar disso, o núcleo do setor, isto é, as atividades de assistência

[11] O detalhamento de alguns dados aqui trabalhados e informações adicionais estão disponíveis no Apêndice.

direta à saúde, perderam em participação, passando de 69,1% para 61,3%. De fato, enquanto as atividades indiretas, isto é, as de indústria, comércio, educação, saneamento, seguros, entre outras, cresceram em 7,9% ao ano, o núcleo cresceu abaixo disso, em 4,3%. Nesse sentido, os dados sugerem que o crescimento das profissões e ocupações de saúde se deu de forma mais significativa para além das atividades de assistência. O número de profissionais de saúde em outras atividades, por exemplo, passou de 110.402 para 605.307, um incremento de 18,5% ao ano[12]. Ressalta-se ainda que as atividades industriais e de financiamento, diminuíram seu peso relativo dentro do Macrossetor, sendo que as primeiras também perdeu seu peso absoluto, de 156.035 para 98.993 ocupados (queda de 4,4% ao ano).

Tabela 2 – Brasil, 2000 e 2010: População ocupada no Macrossetor Saúde, discriminada por profissões e ocupações de saúde e não saúde e Núcleo do Macrossetor e demais atividades.

Atividades	2000		2010		Inc. anual
	N	%	N	%	
Total do Macrossetor	**3.536.862**	**100**	**6.049.479**	**100**	**5,5**
I. Atividades diretas da saúde - Núcleo do setor	2.443.632	69,1	3.708.704	61,3	4,3
II. Atividades indiretas da saúde	1.093.230	30,9	2.340.775	38,7	7,9
Atividades industriais de produção de insumos	156.035	4,4	98.993	1,6	-4,4
Atividades de comercialização de produtos	402.666	11,4	786.894	13,0	6,9
Atividades de Financiamento (seguros e planos)	182.953	5,2	229.921	3,8	2,3
Atividades de saneamento	208.072	5,9	575.068	9,5	10,7
Profissionais de saúde no ensino	33.103	0,9	44.592	0,7	3,0
III. Profissionais de saúde em outras atividades	110.402	3,1	605.307	10,0	18,5
Profissões e ocupações de saúde	**1.476.226**	**41,7**	**3.236.060**	**53,5**	**8,2**
Profissões e ocupações não saúde	**2.060.637**	**58,3**	**2.813.419**	**46,5**	**3,2**
População ocupada no total da economia	**65.629.892**		**86.353.839**		**2,8**
% do Macrossetor saúde em relação ao total	**5,39**		**7,01**		

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

[12] Algumas hipóteses serão testadas no futuro buscando explicar esse crescimento para além das atividades diretas e indiretas da saúde, o que pode, inclusive, ampliar o escopo de abrangência da definição do Macrossetor Saúde. Uma delas diz respeito ao acomodamento de força de trabalho em fisioterapia, educação física e nutrição em academias e clínicas estéticas. Também deve ser verificada a ampliação das profissões de psicologia e serviço social em atividades do setor público voltadas para a prestação de serviços de assistência social. Por fim a presença de veterinários e biólogos em atividades industriais não diretas da saúde, relacionada ao consumo de alimentos, meio ambiente, entre outros.

Analisando-se o número de profissionais de saúde de nível superior, isto é, de pessoas graduadas e ou ocupadas nas profissões em questão, entre o período de 2000 e 2010, a Tabela 3 mostra que houve aumento para todas as 11 profissões identificadas no Censo do IBGE[13]. Observou-se que o maior aumento da década ocorreu entre os Enfermeiros, 14,6% ao ano (de 91.211 para 355.383 pessoas). Nutricionistas e Farmacêuticos também registraram aumentos significativos, de 11,5% e 9,5%, respectivamente. Em seguida, estão os Veterinários (8%), Fisioterapeutas (7,6%), Assistentes Sociais (6,7%), Psicólogos (6,1%) e Biólogos (5,2%). Os números de profissionais que menos cresceram na década foram os de Médicos e Cirurgiões-dentistas, 3%. Como se abordará em tópico adiante, o incremento de profissionais de saúde seguiu o intenso processo de ampliação do ensino superior assistido no Brasil durante o período, o qual ocorreu de forma diferenciada entre as categorias profissionais. Em termos absolutos, os maiores contingentes de profissionais são de Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-dentistas e Psicólogos.

Tabela 3 – Brasil, 2000 e 2010: Nº de profissionais residentes no país e incremento geométrico, por profissão de saúde de nível superior*.

	2000	2010	Incremento Geométrico
Médicos	264.945	355.583	3,0
Enfermeiros	91.211	355.383	14,6
Cirurgiões-dentistas	177.904	241.622	3,1
Farmacêuticos	61.356	151.823	9,5
Veterinários	37.656	81.142	8,0
Psicólogos	151.150	273.758	6,1
Assistentes Sociais	91.369	174.406	6,7
Biólogos	119.636	197.783	5,2
Nutricionistas	15.356	45.597	11,5
Fisioterapeutas	44.812	93.579	7,6
Fonoaudiólogos	-	22.956	-

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.
*Identificados segundo graduação e ou ocupação na profissão em questão, exceto Nutricionistas, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos, que foram identificados apena segundo a ocupação.

[13] Como se verá para os dados de formação e mercado de trabalho, mesmo entre as profissões não identificadas pelo Censo Demográfico, este crescimento também ocorreu.

A Tabela 4 descreve dados que foram colhidos em diferentes fontes de informação com o objetivo de dimensionar o tamanho da oferta de cada uma das 14 profissões de saúde de nível superior, especialmente daquela ocupada em serviços de assistência direta a saúde, no Brasil, em 2010. Os dados sobre a população total, de ocupados na profissão e a proporção de ocupados na profissão em relação à população total foram extraídos do Censo Demográfico. Para as profissões não identificadas no Censo ou que foram identificadas apenas pelo critério de ocupação, utilizou-se uma estimativa baseada nos números dos Conselhos Federais e do Censo de Educação Superior do INEP. A informação de ocupados em estabelecimentos de saúde é derivada do CNES e fornece uma aproximação, ainda que subestimada, dos ocupados em atividades de assistência direta.

Considerando a proporção de profissionais ocupados na própria profissão, no trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico de 2010, os dados mostram valores maiores entre os Nutricionistas (85,4% do total de indivíduos), Médicos (80,5%), Cirurgiões-dentistas (77,5%), Fonoaudiólogos (76,5%) e Fisioterapeutas (69,3%). Mesmo não dispondo de dados, sugere-se que Terapeutas Ocupacionais e Biomédicos também possuíam proporções altas, uma vez que, junto com as profissões já citadas, representam as categorias com maior dependência das atividades de assistência direta à saúde. A exceção é a Enfermagem, a qual provavelmente é a profissão mais dependente dos serviços diretos da saúde, mas com apenas 46,7% dos profissionais ocupados como enfermeiros. Este valor reflete uma situação crítica da categoria, pois foi a que mais ampliou sua oferta na década de 2000, sem que tivesse uma correspondência equilibrada em termos de demanda no mercado de trabalho.

Corroborando a ideia de maior dependência dessas profissões das atividades diretas da saúde, observou-se que a proporção de ocupados em estabelecimentos de saúde em relação ao total de ocupados na profissão, também foi maior para elas. Destaca-se que, os números estão subestimados, pela ausência de grande parte do setor suplementar nos registros do CNES. Em alguns casos, como entre os Nutricionistas e Fisioterapeutas, os números também são menores em função da presença substantiva desses profissionais em atividades de atividades estéticas e de condicionamento físico. A proporção de 96,6% de Médicos reflete a maior disposição dos mesmos para se ocupar em inúmeras atividades e cenários de prática, assim, por mais que os dados do CNES não cubram determinados estabelecimentos, esta maior disposição aumenta a chance de a quase totalidade dos médicos ser encontrada.

Tabela 4 – Brasil, 2010: Nº de profissionais residentes no país, de ocupados na profissão, de ocupados em estabelecimentos de saúde e de empregos formais, por profissão de saúde de nível superior*.

	População Total	Ocupados na profissão	Ocupados na profissão/ População Total (%)	Ocupados em estab. saúde	Ocupados em estab. saúde/ Ocupados na profissão (%)
Médicos	355.583	286.399	80,5	276.802	96,6
Enfermeiros	355.383	165.797	46,7	128.813	77,7
Cirurgiões-dentistas	241.622	187.172	77,5	98.989	52,9
Farmacêuticos	151.823	80.009	52,7	31.679	39,6
Veterinários	81.142	40.965	50,5	3.044	7,4
Psicólogos	273.758	120.479	44,0	34.127	28,3
Assistentes Sociais	174.406	80.721	46,3	20.915	25,9
Biólogos	197.783	34.485	17,4	8.287	24,0
Nutricionistas	53.415*	45.597	85,4	14.672	32,2
Fisioterapeutas	135.000**	93.579	69,3	43.973	47,0
Fonoaudiólogos	30.000**	22.956	76,5	13.932	60,7
Educadores Físicos	300.000**	-	-	1.640	-
Terapeutas Ocupacionais	10.000**	-	-	6.701	-
Biomédicos	18.000**	-	-	1.681	-

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE, CNES/MS, Conselhos Federais de profissões selecionadas e Censo da Educação Superior do INEP.
*Nº do Conselho Federal de Nutrição do 2º trimestre de 2010, disponível no site da instituição.
**Números estimados a partir de dados atuais disponibilizados nos sites dos Conselhos e ou pela tendência do número de egressos dos cursos de graduação das décadas de 1990 e 2000.

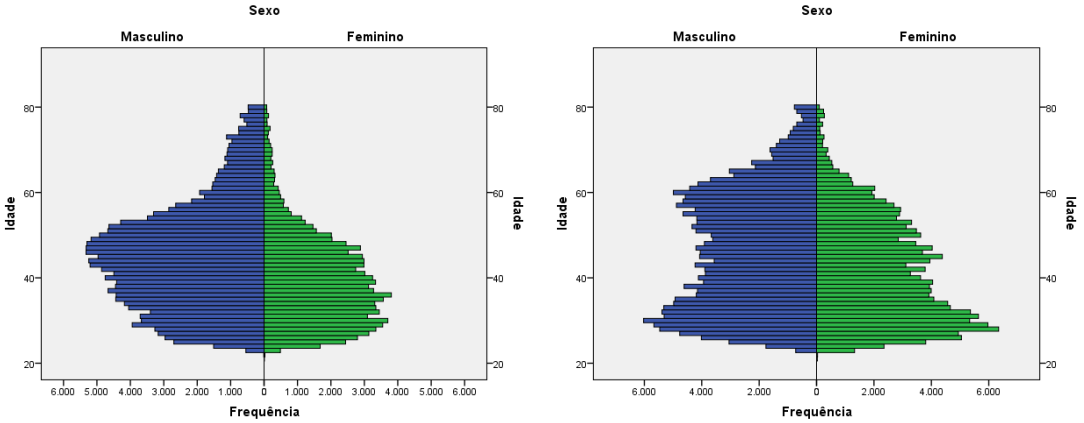
Ressalta-se, por fim, que as baixas proporções de ocupados na própria profissão entre os Biólogos (17,4%), Psicólogos (44%), Assistentes Sociais (46,3%), Veterinários (50,5%) e Farmacêuticos (52,7%) está relacionado com a maior amplitude de ocupações que os mesmos podem exercer, ainda que relacionadas com a profissão. Os Biólogos, por exemplo, ocupam-se principalmente como professores e pesquisadores, enquanto Farmacêuticos e Veterinários se ocupam em diversas funções na indústria e comércio, e ainda, os Psicólogos e Assistentes Sociais com funções na administração pública. Note-se que, pelo mesmo motivo, os mesmos também apresentam baixa participação em estabelecimentos de saúde.

3.2. Demografia da força de trabalho

A composição da força de trabalho de nível superior da saúde, no que se refere a sexo e idade foi descrita por meio de pirâmides etárias, Gráficos de 1 a 11. No cômputo geral, todas as profissões identificadas pelo Censo passaram por rejuvenescimento no período, basicamente em função do crescimento de vagas no ensino superior, o que implicou em mais profissionais jovens entrando no mercado de trabalho. Entre os Cirurgiões-dentistas ocorreu exceção quanto a este processo de rejuvenescimento, o que pode estar relacionado a um baixo crescimento de egressos, mas também a um perfil diferenciado destes, que pode ser, em média, mais velho do que o das demais profissões. As categorias que mais rejuvenesceram foram as de Enfermagem, Farmácia, Veterinária, Ciências Biológicas, Nutrição e Fisioterapia. Sugere-se que o mesmo também tenha ocorrido entre as categorias não identificadas, isto é, Fonoaudiologia, Biomedicina, Educação Física e Terapia Ocupacional. Inversamente também se observou o envelhecimento da força de trabalho, exceto entre Enfermeiros, Nutricionistas e Fisioterapeutas. As populações que mais envelheceram foram as de Médicos, Veterinários, Psicólogos e Assistentes Sociais, destacando estratégias de permanência no mercado de trabalho, mesmo num contexto de intenso crescimento da oferta de profissionais.

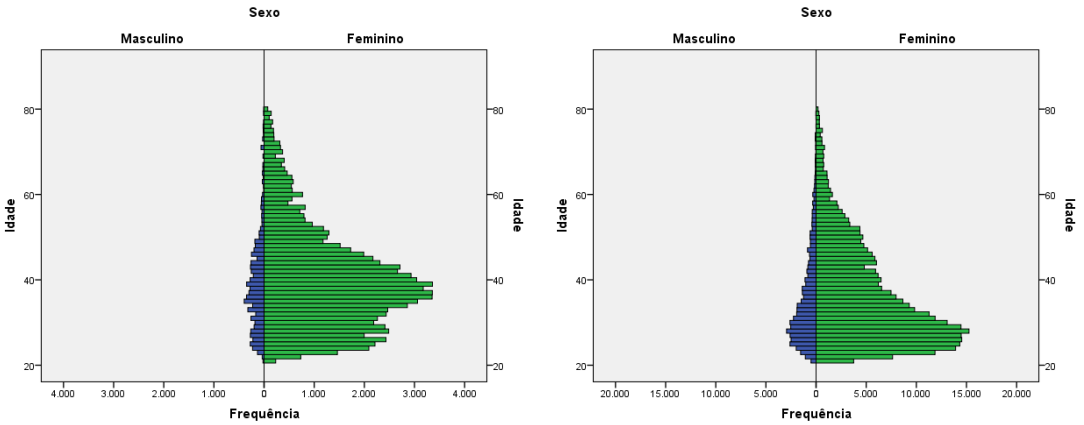
As pirâmides sugerem ainda que, entre 2000 e 2010, ocorreu ampliação da proporção de mulheres entre as profissões que eram “mais masculinas” no primeiro ano, e o inverso entre as profissões “mais femininas”. Nesse sentido, a proporção de mulheres entre Veterinários passou de 31,6% para 45%, entre Médicos, de 35,8% para 43,3%, Cirurgiões-dentistas, de 50,1% para 57,7%, e Farmacêuticos, de 64,8% para 67,2%. Ao passo que entre os Fisioterapeutas diminuiu de 86,1% para 78%, Enfermeiros, de 91,5% para 86,3%, Assistentes Sociais, de 95,9% para 92,3%, Nutricionistas, de 97,2% para 94%, Psicólogos, de 87,7% para 85,9%, e entre Biólogos, de 72,1% para 71%.

Gráfico 1 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Médicos.



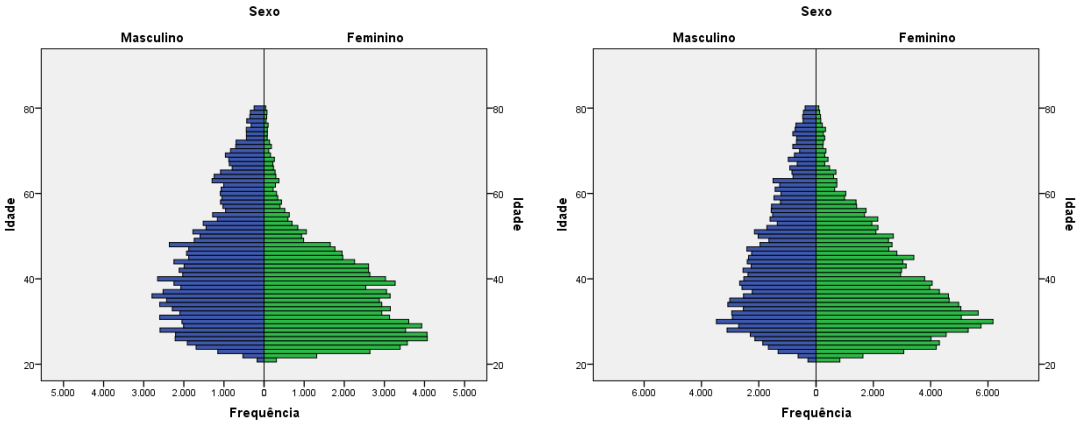
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 2 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Enfermeiros.



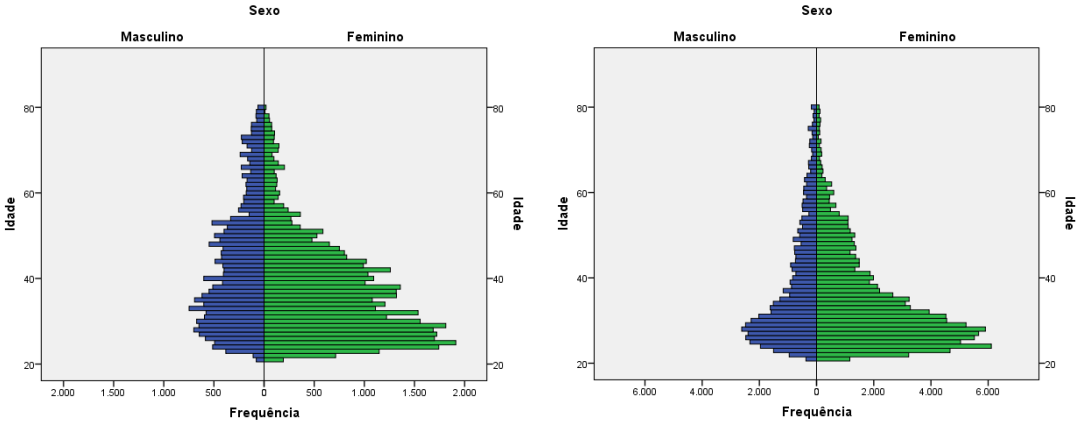
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 3 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Cirurgiões-dentistas.



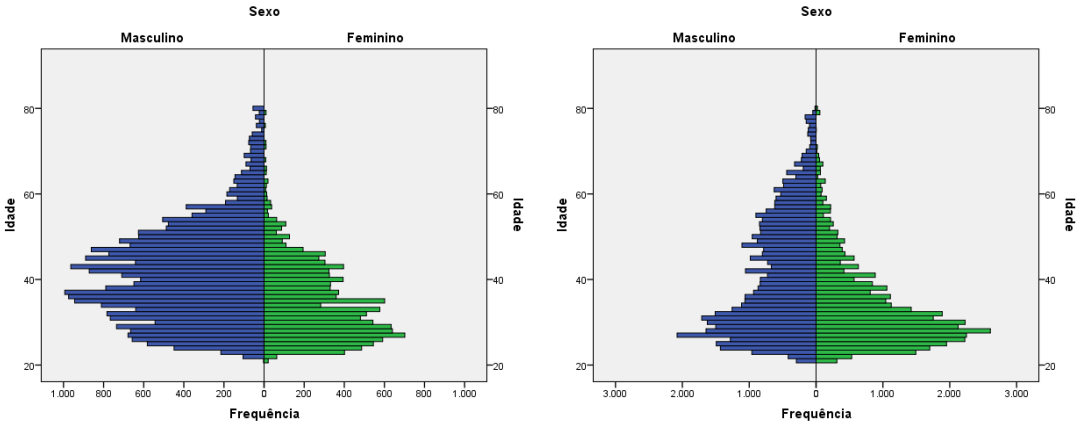
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 4 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Farmacêuticos.



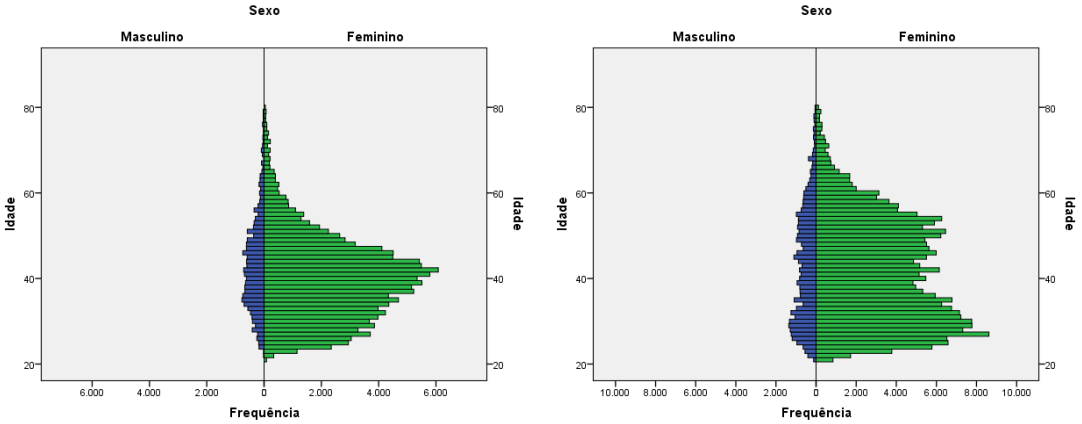
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 5 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Veterinários.



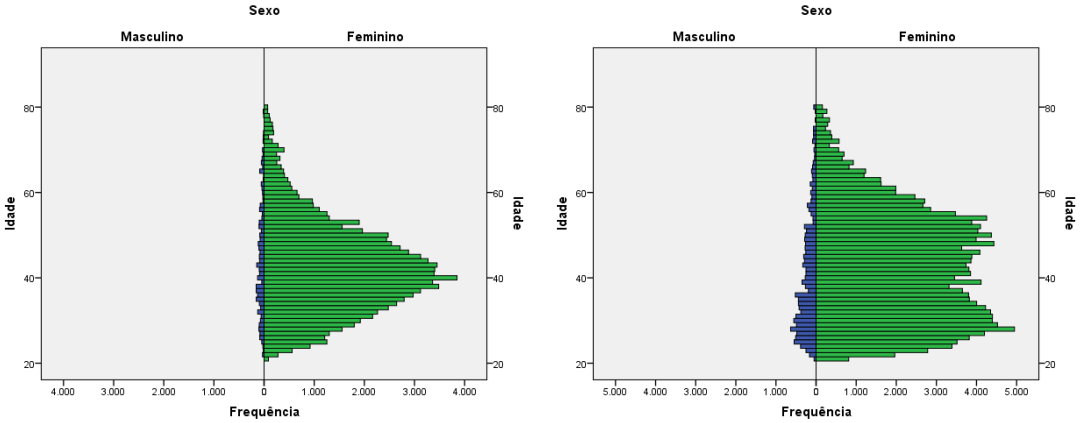
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 6 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Psicólogos.



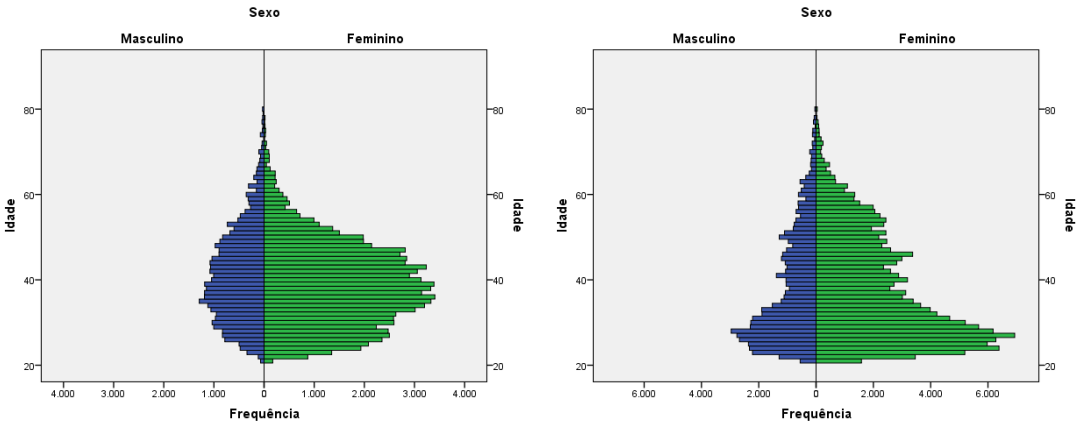
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 7 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Assistentes Sociais.



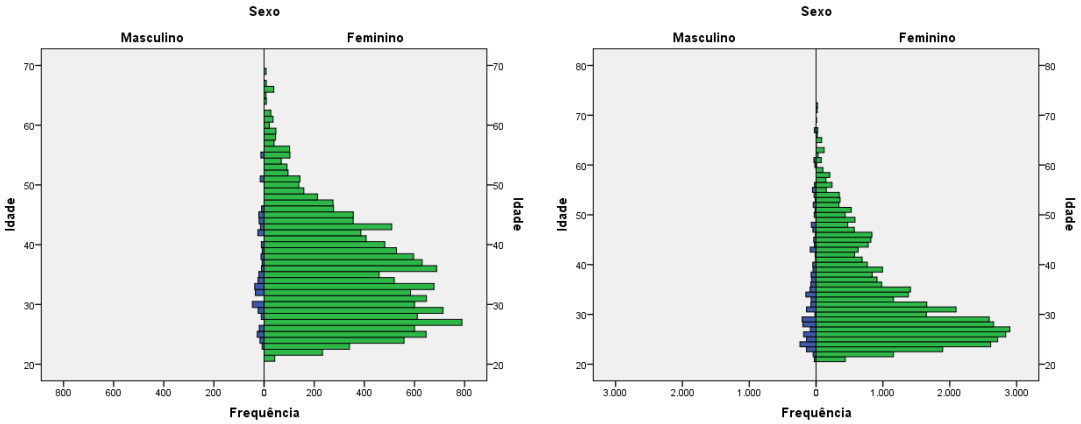
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 8 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Biólogos.



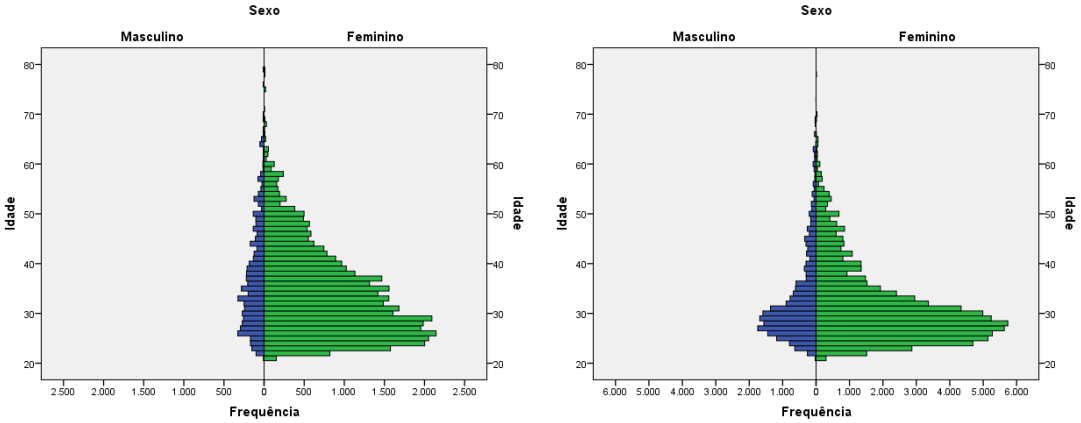
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 9 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Nutricionistas.



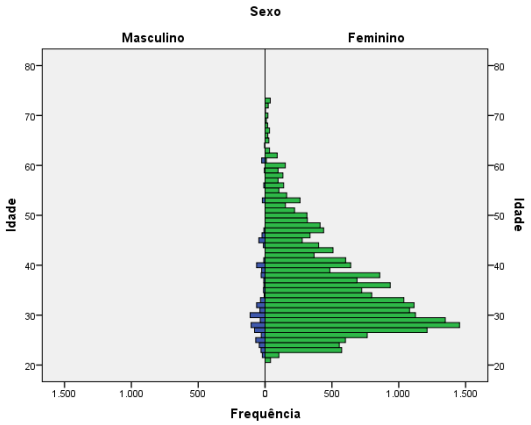
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 10 – Brasil, 2000 e 2010: Pirâmides etárias da população de Fisioterapeutas.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

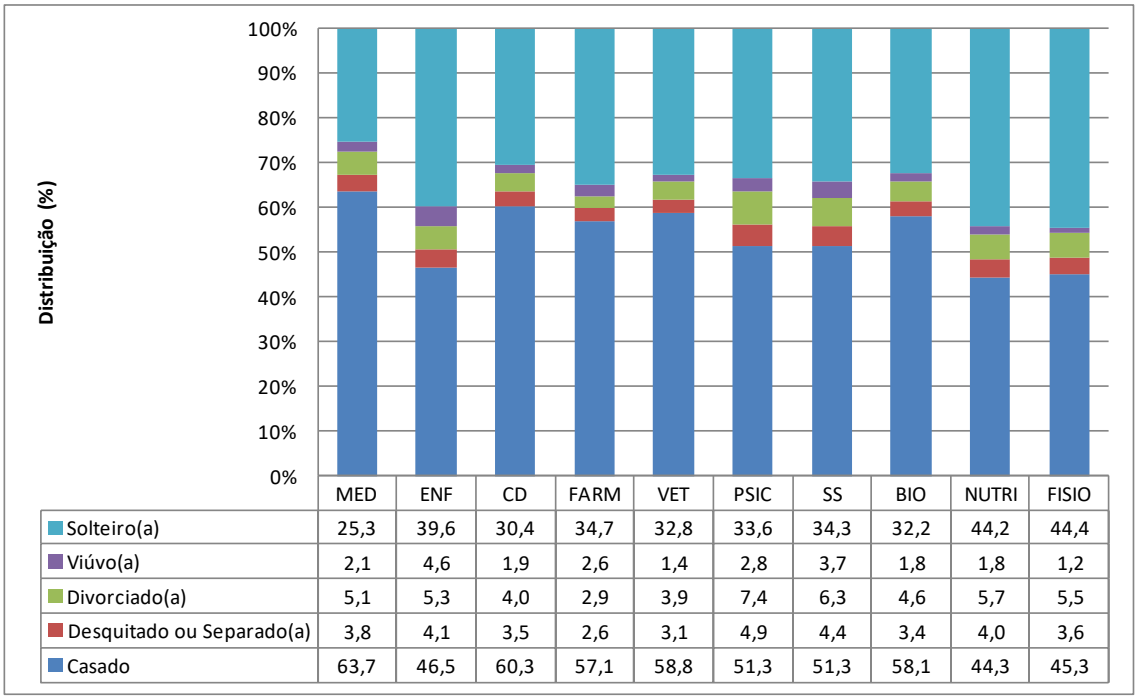
Gráfico 11 – Brasil, 2010: Pirâmide etária da população de Fonoaudiólogos.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Os Gráficos 12 e 13 apresentam a distribuição dos profissionais de saúde, em 2000 e 2010, segundo o estado civil. No primeiro ano, a proporção de profissionais casados, frente às demais categorias, era a maior em todas as profissões, com destaque para Médicos (63,7%), Cirurgiões-dentistas (60,3%), Veterinários (58,8%), Biólogos (58,1%) e Farmacêuticos (57,1%). A proporção de solteiros, porém, também se mostrou significativa, com valores superiores a 25%, com destaque para os Fisioterapeutas (44,4%) e Nutricionistas (44,2%). Os que se declararam desquitados ou separados, divorciados e viúvos representavam em torno de 10% a 15%, em relação ao total. Já em 2010, em função do processo de rejuvenescimento assistido em praticamente todas as profissões e também pela mudança no perfil da população brasileira (de ampliação da idade média ao primeiro casamento), a proporção de solteiros aumentou em todas as profissões e, consequentemente, diminuiu a de casados. Apesar disso, Médicos e Cirurgiões-dentistas permaneceram com uma maioria de casados, 58,2% e 56,4%, respectivamente (muito provavelmente por serem profissões que também envelheceram). As categorias com os maiores números de pessoas que se declararam solteiras foram Nutricionistas (53,8%) e Fisioterapeutas (56,3%).

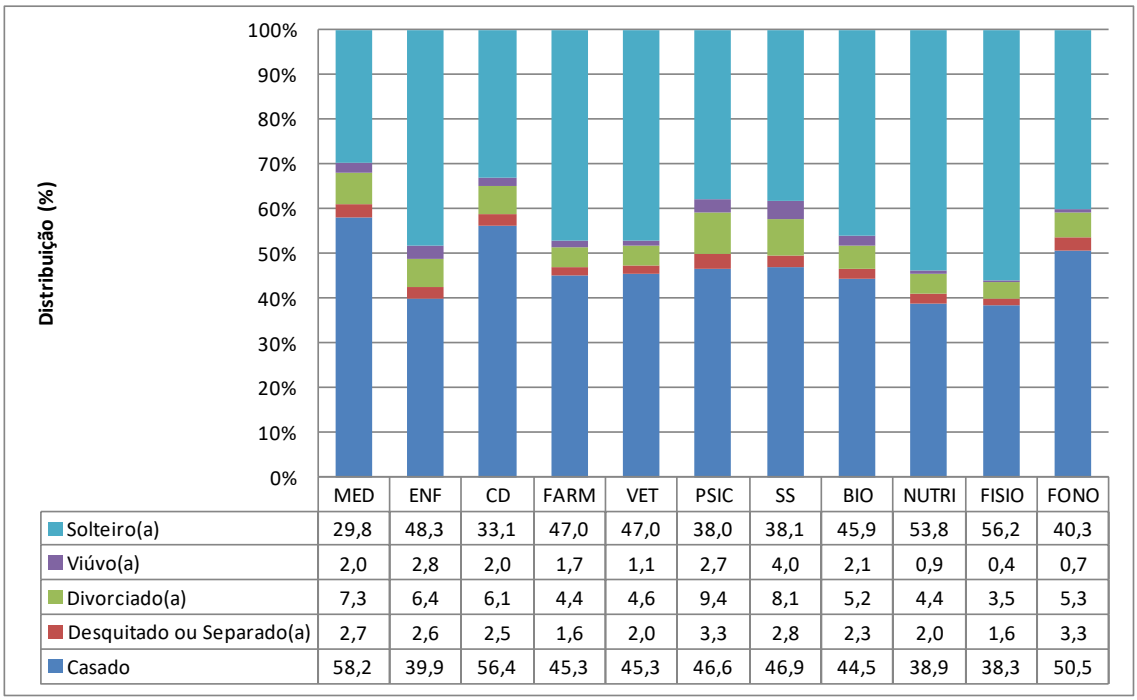
Gráfico 12 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior por estado civil e profissão.



	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUTRI	FISIO
Solteiro(a)	25,3	39,6	30,4	34,7	32,8	33,6	34,3	32,2	44,2	44,4
Viúvo(a)	2,1	4,6	1,9	2,6	1,4	2,8	3,7	1,8	1,8	1,2
Divorciado(a)	5,1	5,3	4,0	2,9	3,9	7,4	6,3	4,6	5,7	5,5
Desquitado ou Separado(a)	3,8	4,1	3,5	2,6	3,1	4,9	4,4	3,4	4,0	3,6
Casado	63,7	46,5	60,3	57,1	58,8	51,3	51,3	58,1	44,3	45,3

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 13 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior por estado civil e profissão.

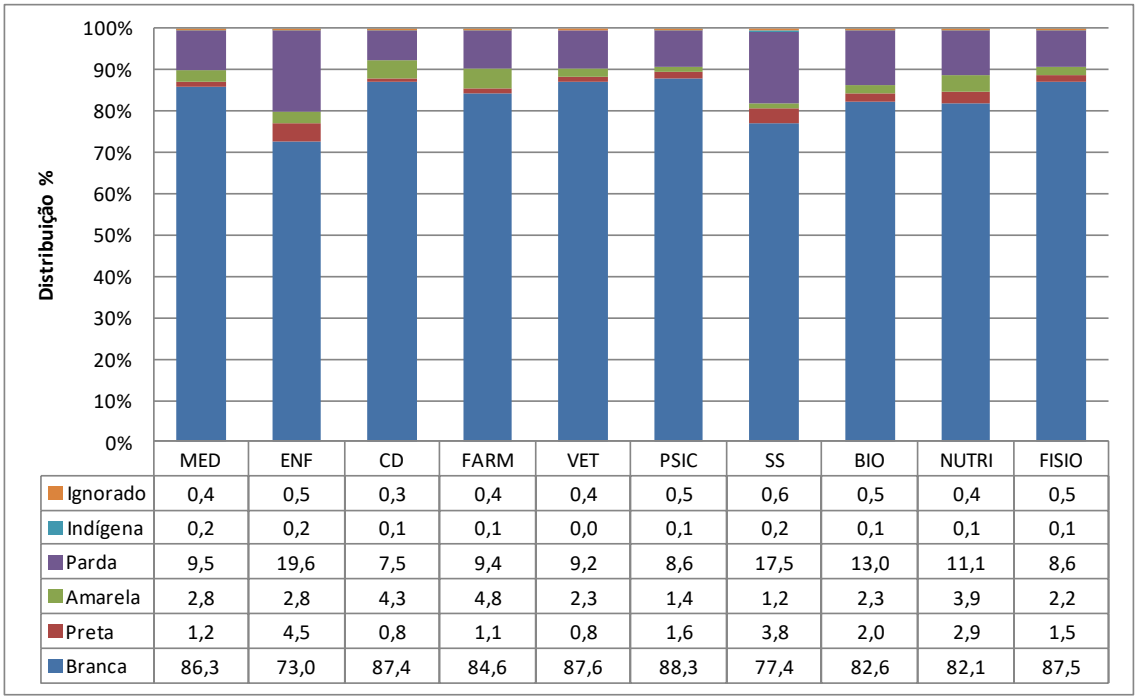


	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUTRI	FISIO	FONO
Solteiro(a)	29,8	48,3	33,1	47,0	47,0	38,0	38,1	45,9	53,8	56,2	40,3
Viúvo(a)	2,0	2,8	2,0	1,7	1,1	2,7	4,0	2,1	0,9	0,4	0,7
Divorciado(a)	7,3	6,4	6,1	4,4	4,6	9,4	8,1	5,2	4,4	3,5	5,3
Desquitado ou Separado(a)	2,7	2,6	2,5	1,6	2,0	3,3	2,8	2,3	2,0	1,6	3,3
Casado	58,2	39,9	56,4	45,3	45,3	46,6	46,9	44,5	38,9	38,3	50,5

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Os Gráficos 14 e 15 apresentam a distribuição de profissionais de saúde no Brasil, em 2000 e 2010, segundo a raça/cor da pele. Nota-se que, nos dois anos, a proporção de pessoas que se declararam brancas é a grande maioria em todas as profissões analisadas, com destaque para os Psicólogos, com 88,3%, em 2000, e 80,6%, em 2010, Veterinários, 87,6% e 82%, Cirurgiões-dentistas, 87,4% e 83,2%, e Médicos, 86,3% e 82,9%. No segundo ano, a proporção de brancos diminuiu em todas as profissões, tendo havido aumento correspondente nas categorias de preto e pardo, sobretudo nesta última. Este movimento pode estar relacionado ao que ocorreu em todo o Brasil de mais pessoas declararem sua raça/cor da pele "real", ao invés de tenderem a se declarar como brancos, mas basicamente se explica pela ampliação do acesso à universidade por parte da população preta e parda, ocorrida durante a década. As profissões que mais ampliaram o número de pardos foram os Assistentes Sociais – que já apareciam, em 2000, com a maior proporção de pessoas nesta categoria – Biólogos, Fisioterapeutas, Enfermeiros e Psicólogos. Como se discutirá adiante, estas são as profissões que mais ampliaram a oferta de vagas em cursos de graduação na área da saúde e as que menos encontraram correspondência no mercado de trabalho.

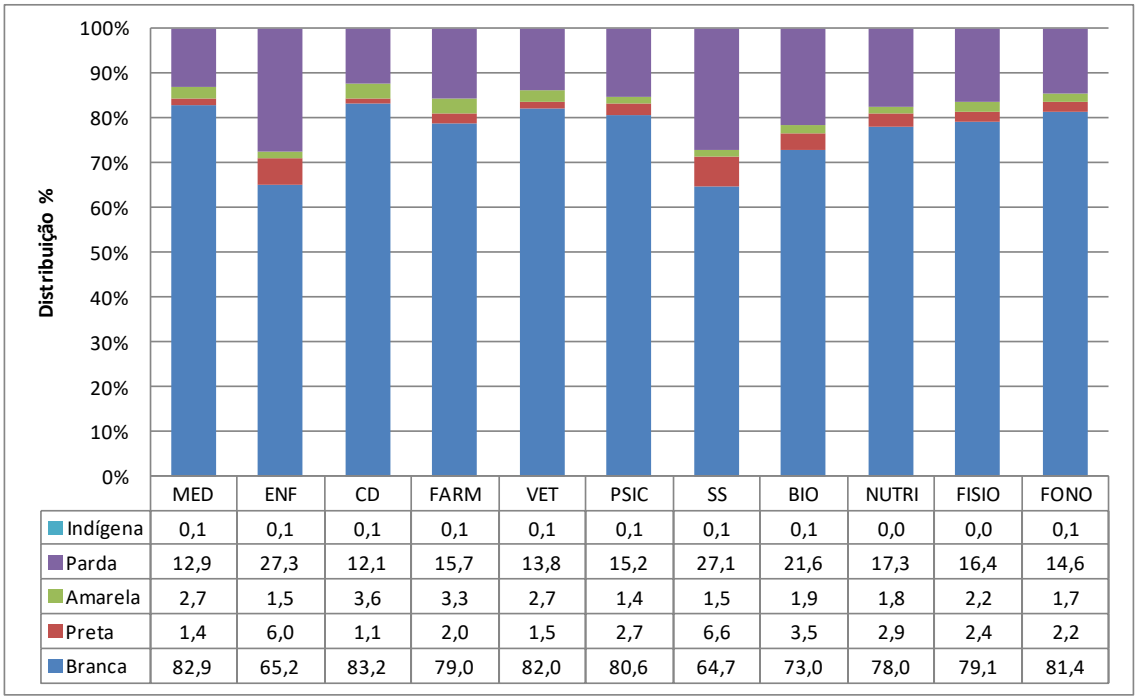
Gráfico 14 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior por raça/cor da pele e profissão.



	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUTRI	FISIO
Ignorado	0,4	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5
Indígena	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Parda	9,5	19,6	7,5	9,4	9,2	8,6	17,5	13,0	11,1	8,6
Amarela	2,8	2,8	4,3	4,8	2,3	1,4	1,2	2,3	3,9	2,2
Preta	1,2	4,5	0,8	1,1	0,8	1,6	3,8	2,0	2,9	1,5
Branca	86,3	73,0	87,4	84,6	87,6	88,3	77,4	82,6	82,1	87,5

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 15 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior por raça/cor da pele e profissão.



	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUTRI	FISIO	FONO
Indígena	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Parda	12,9	27,3	12,1	15,7	13,8	15,2	27,1	21,6	17,3	16,4	14,6
Amarela	2,7	1,5	3,6	3,3	2,7	1,4	1,5	1,9	1,8	2,2	1,7
Preta	1,4	6,0	1,1	2,0	1,5	2,7	6,6	3,5	2,9	2,4	2,2
Branca	82,9	65,2	83,2	79,0	82,0	80,6	64,7	73,0	78,0	79,1	81,4

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

3.3. Distribuição geográfica da força de trabalho

Do ponto de vista da distribuição geográfica das profissões de nível superior da saúde, os Mapas de 1 a 21 descrevem a razão de profissionais por mil habitantes de acordo com as Unidades da Federação do Brasil, nos anos de 2000 e 2010. A Tabela 5 apresenta a razão do país, além do Coeficiente de Gini, que determina a desigualdade dessa distribuição – quanto mais próximo de zero (0), menor é a desigualdade, e quanto mais próximo de um (1), maior.

Seguindo o comportamento observado em relação ao crescimento do quantitativo da força de trabalho, as razões apontam que a oferta de Enfermeiros foi a que mais cresceu no período, de 0,54 para 1,87 profissionais por mil habitantes. Apesar disso, a desigualdade entre UF, medida através do Gini, praticamente não variou, ficando em torno de 0,50, e ainda que com uma leve diminuição de 0,0050. Além dos Enfermeiros, os Médicos registraram a maior razão por habitante, igualmente 1,87, em 2010. A distribuição, porém, é mais desigual nesta categoria, já que oscilou de 0,5688 para 0,5486. As profissões com as menores razões foram Fonoaudiólogos (0,12, em 2010), Nutricionistas (0,24), Fisioterapeutas (0,49) e Veterinários (0,43). Ressalta-se, entretanto, que as três primeiras profissões foram identificadas apenas pelo critério ocupacional, nesse sentido, os valores estão subestimados. A profissão que mais ampliou sua razão, depois da Enfermagem, foi a Psicologia, que passou de 0,89 para 1,44. Já as profissões que mais recuaram em desigualdade na distribuição foram Assistentes Sociais, cujo Gini variou de 0,5263 para 0,4329, Biólogos, de 0,6097 para 0,5287, Nutricionistas, de 0,6458 para 0,5667, Fisioterapeutas, de 0,6674 para 0,5932 e Psicólogos, de 0,7083 para 0,6357. Com exceção aos Assistentes Sociais, tais categorias continuaram como uma das mais desiguais, apesar do importante decréscimo assistido no período. Destaca-se ainda a Farmácia como a única profissão que ampliou sua desigualdade distributiva, de 0,5419 para 0,5730.

Em termos dos estados, os mapas mostram que os principais movimentos distributivos ocorreram com a ampliação da participação de estados das regiões Norte e Centro-Oeste, com destaque para Mato Grosso do Sul, Rondônia, Acre, Pará e Tocantins. Além destes, também se mostraram significativos o Maranhão, Sergipe e Espírito Santo. Inversamente, os estados que menos ampliaram ou que diminuíram sua participação foram São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco[14].

[14] O Apêndice A dispõe de tabelas com a distribuição absoluta, percentual e da razão de profissionais por mil habitantes, de todas as profissões por UF, nos dois anos do Censo que foram analisados.

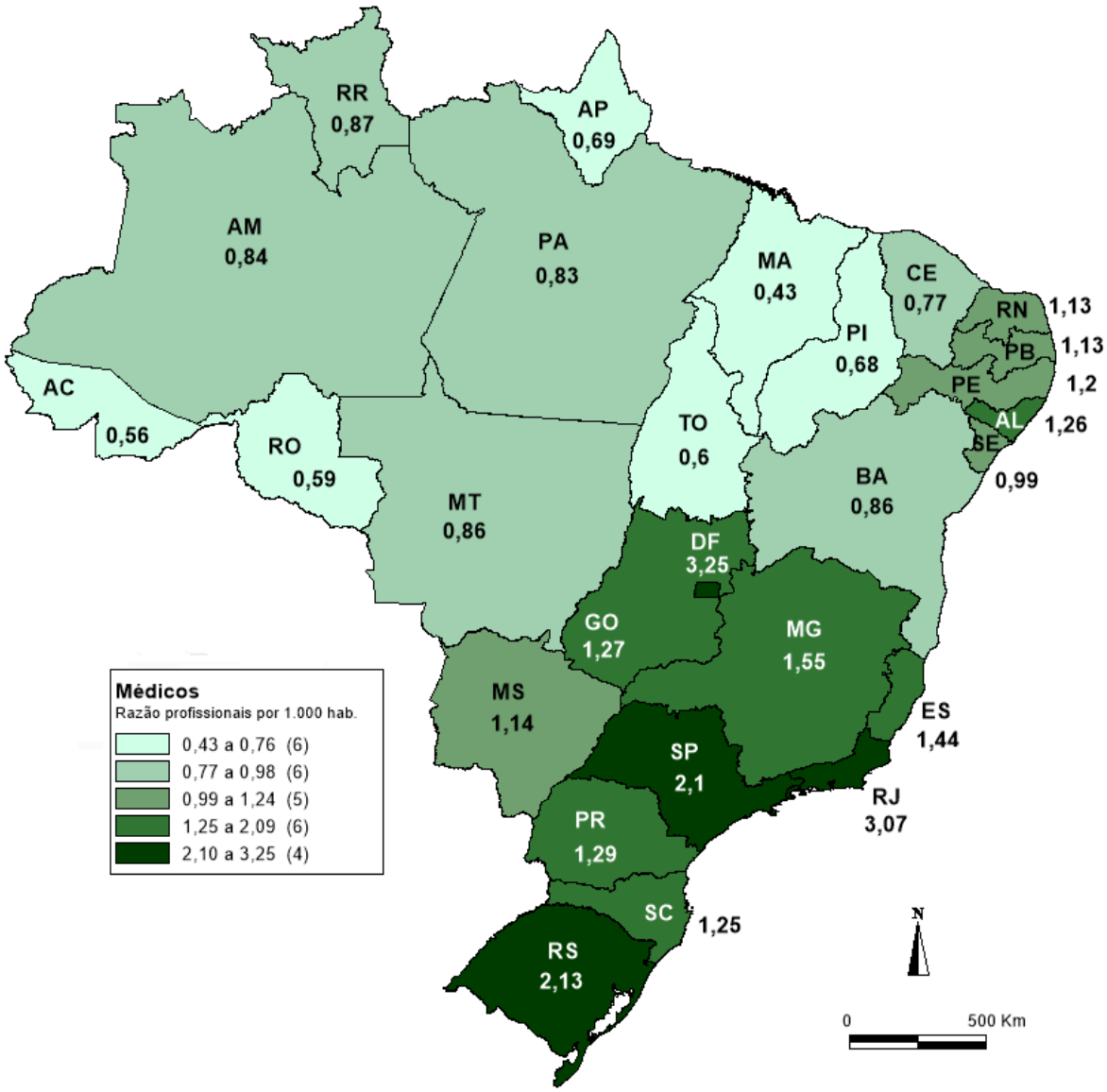
Tabela 5 – Brasil, 2000 e 2010: Razão do nº de profissionais por mil habitantes e Coeficiente de Gini*.

Profissão	Razão			Gini		
	2000	2010	Dif.	2000	2010	Dif.
Médicos	1,56	1,87	0,31	0,5688	0,5486	-0,0203
Enfermeiros	0,54	1,87	1,33	0,5033	0,4983	-0,0050
Cirurgiões-dentistas	1,05	1,27	0,22	0,6023	0,5562	-0,0461
Farmacêuticos	0,36	0,80	0,44	0,5419	0,5730	0,0312
Veterinários	0,22	0,43	0,20	0,5418	0,5355	-0,0063
Psicólogos	0,89	1,44	0,55	0,7083	0,6357	-0,0726
Assistentes Sociais	0,54	0,92	0,38	0,5263	0,4329	-0,0934
Biólogos	0,71	1,04	0,33	0,6097	0,5287	-0,0810
Nutricionistas	0,09	0,24	0,15	0,6458	0,5667	-0,0791
Fisioterapeutas	0,26	0,49	0,23	0,6674	0,5932	-0,0742
Fonoaudiólogos		0,12			0,6200	

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

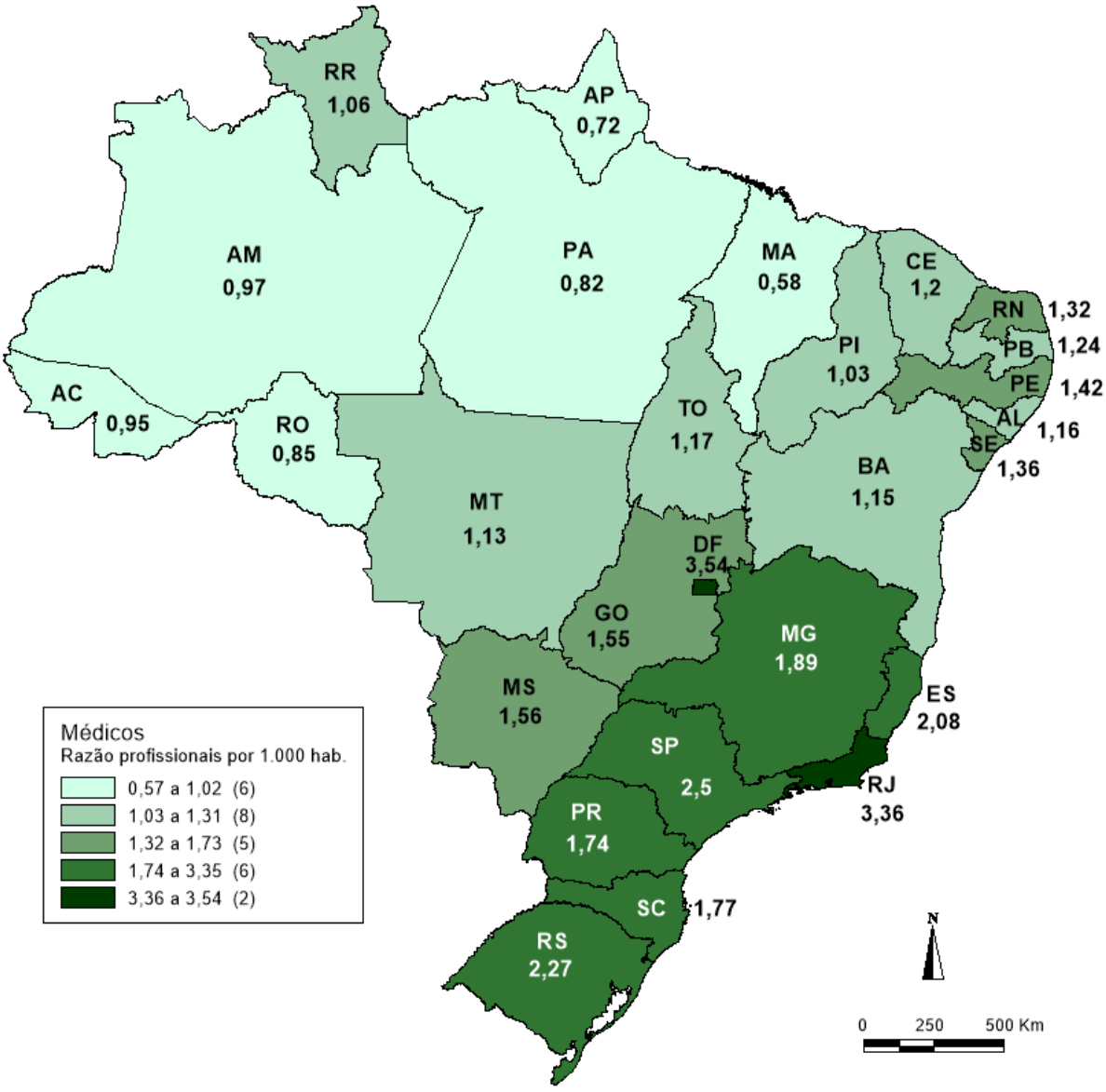
*Calculado a partir da distribuição de profissionais por Unidade da Federação.

Mapa 1 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de MÉDICOS por mil hab. por UF.



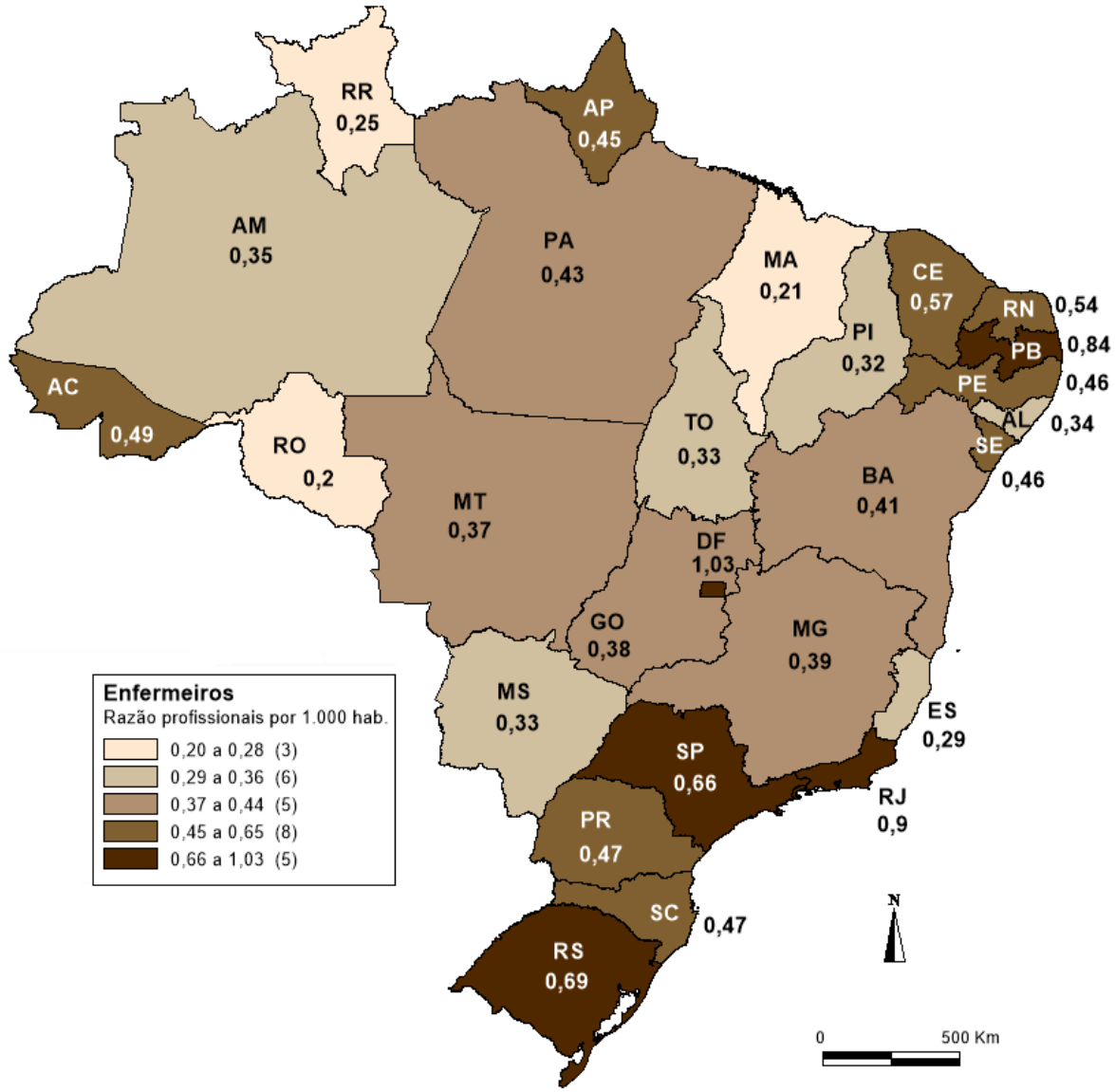
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 2 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de MÉDICOS por mil hab. por UF.



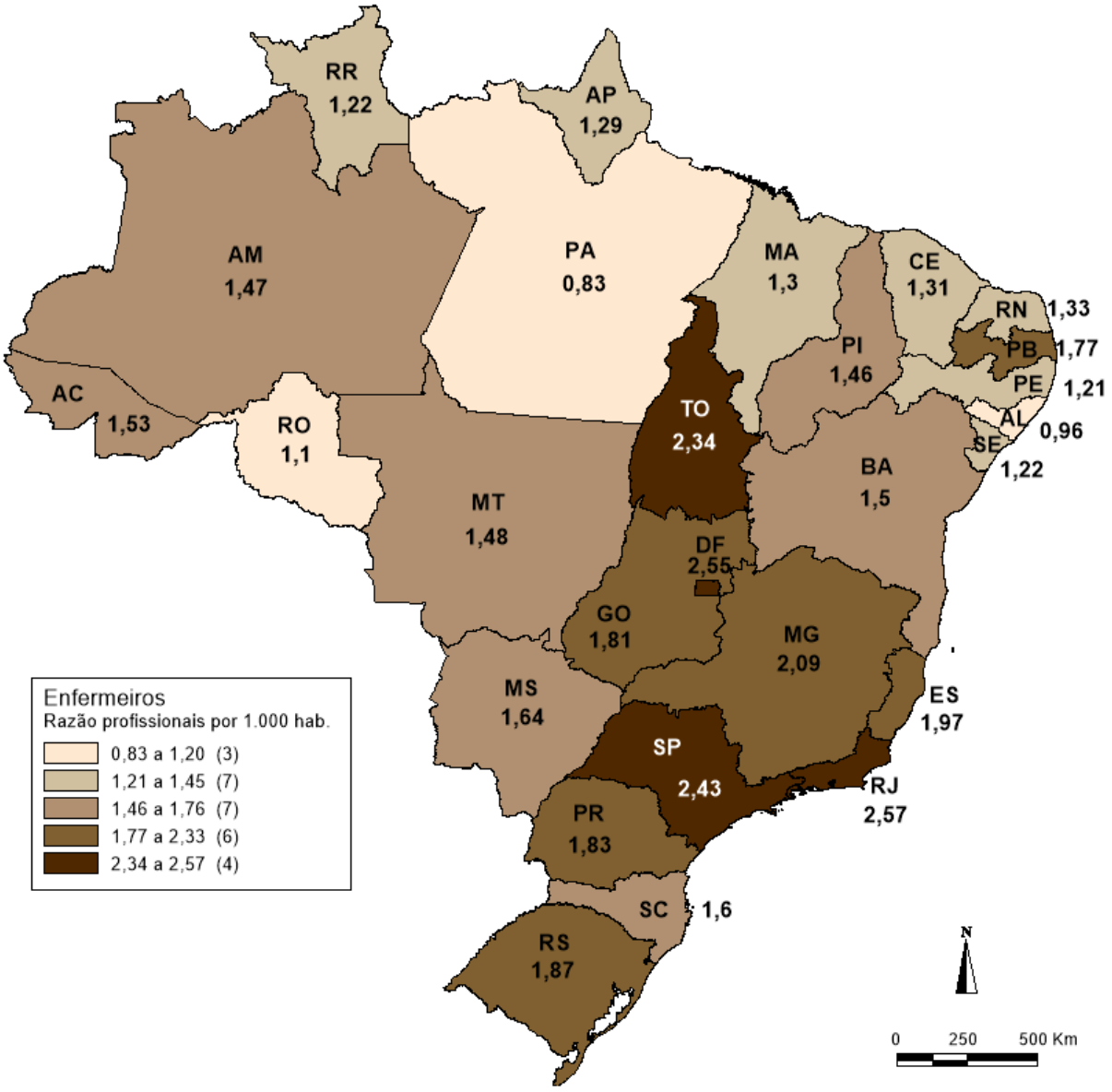
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 3 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de ENFERMEIROS por mil hab. por UF.



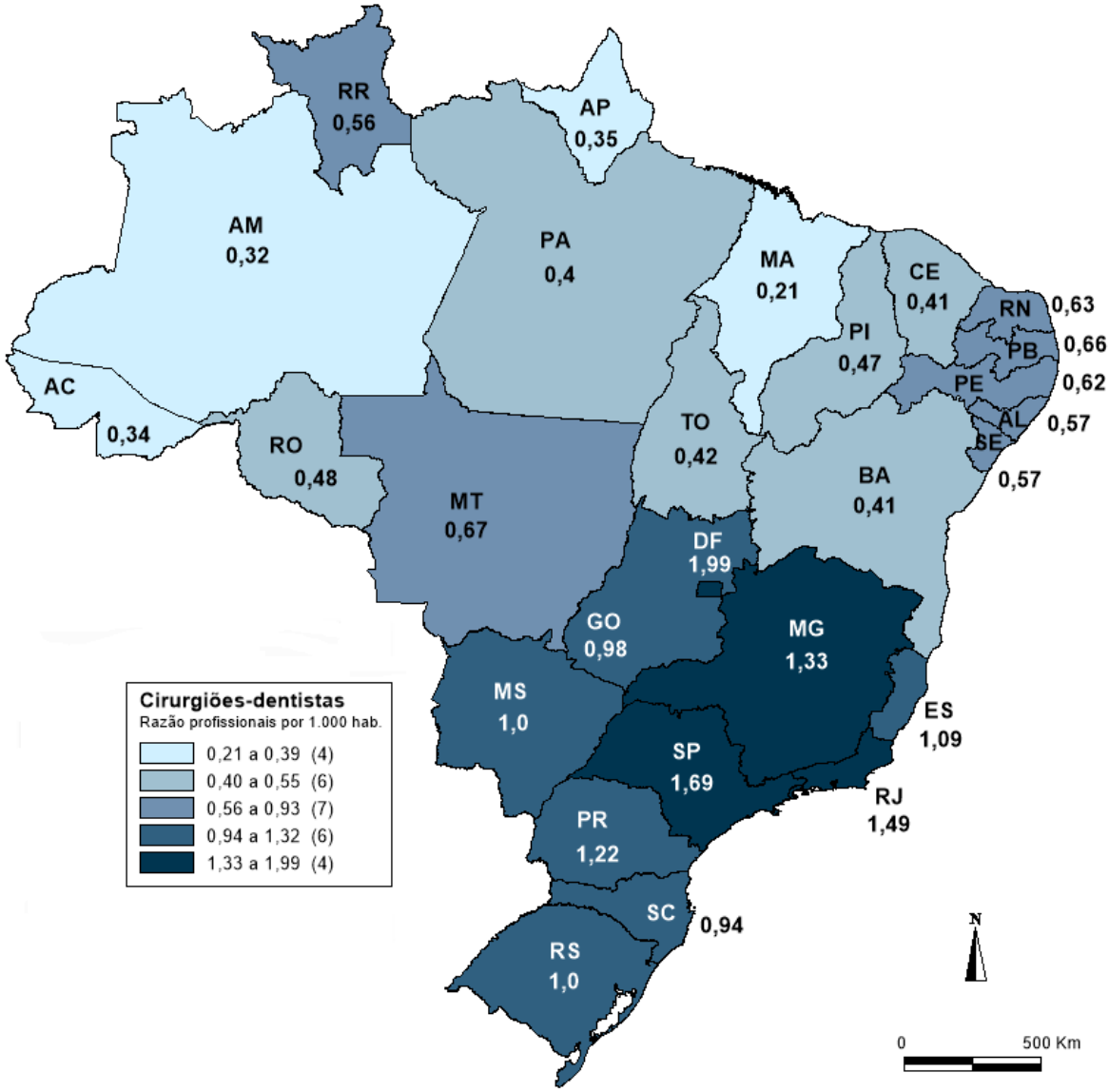
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 4 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de ENFERMEIROS por mil hab. por UF.



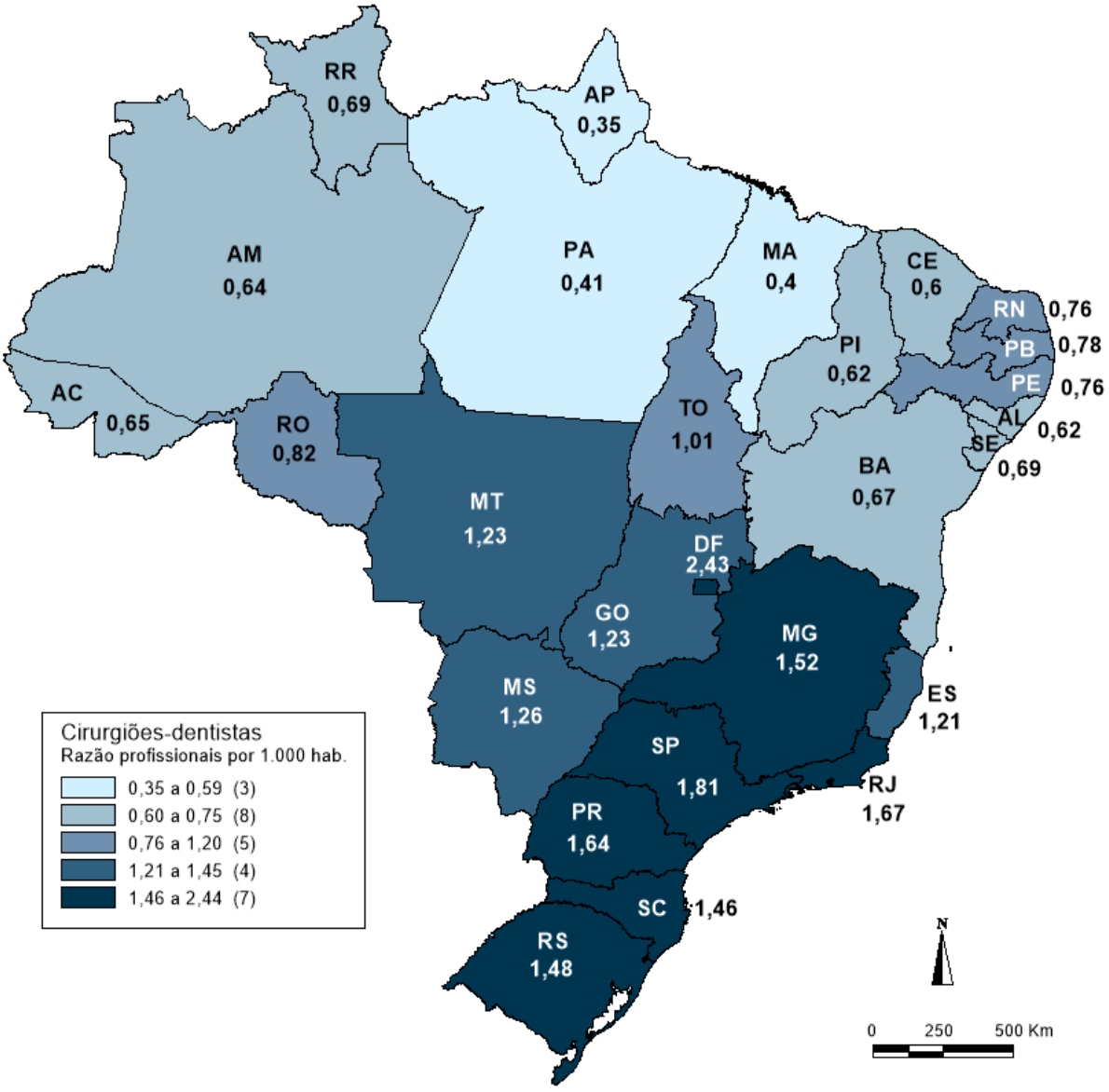
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 5 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de CIRURGIÕES-DENTISTAS por mil hab. por UF.



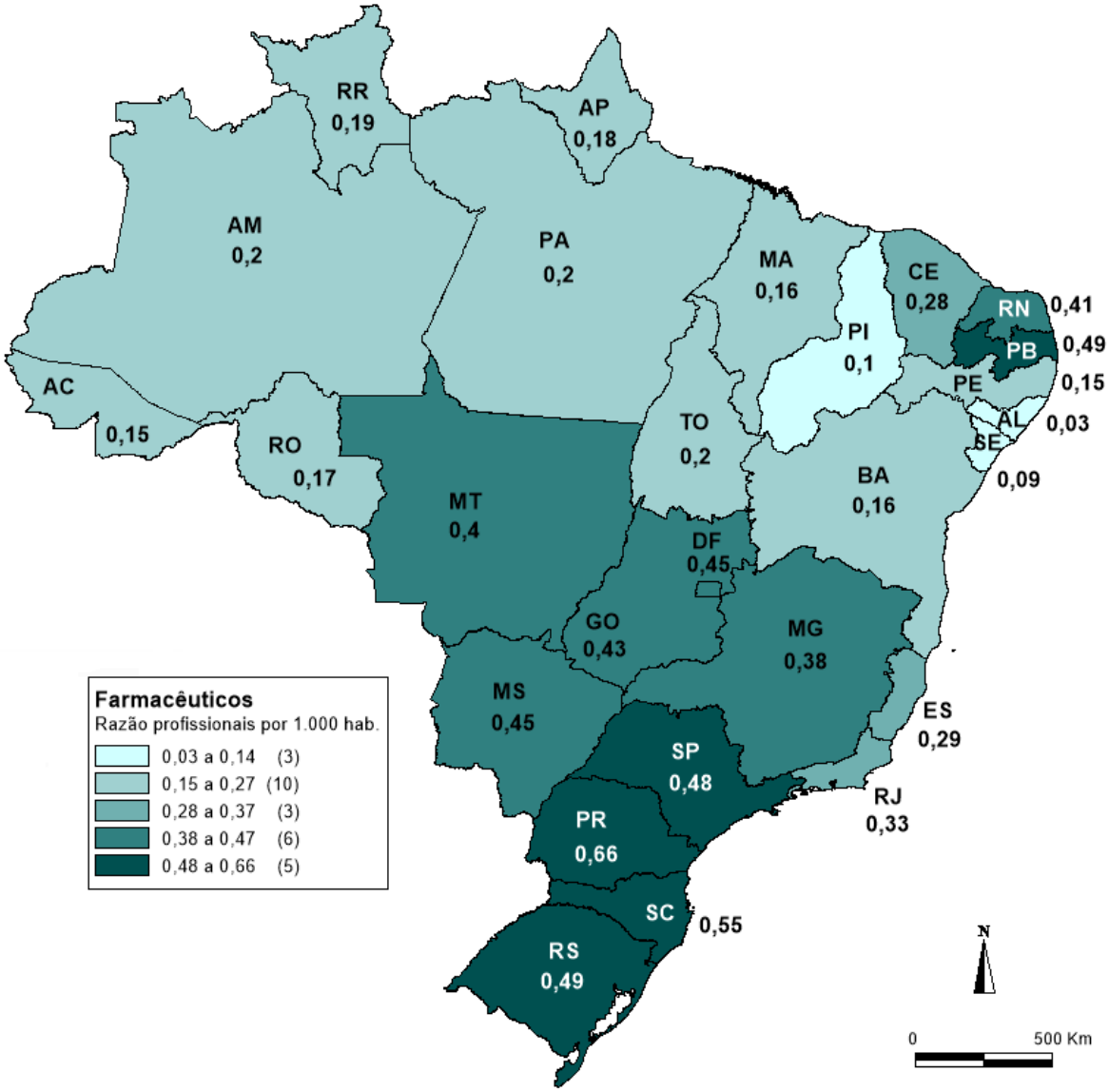
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 6 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de CIRURGIÕES-DENTISTAS por mil hab. por UF.



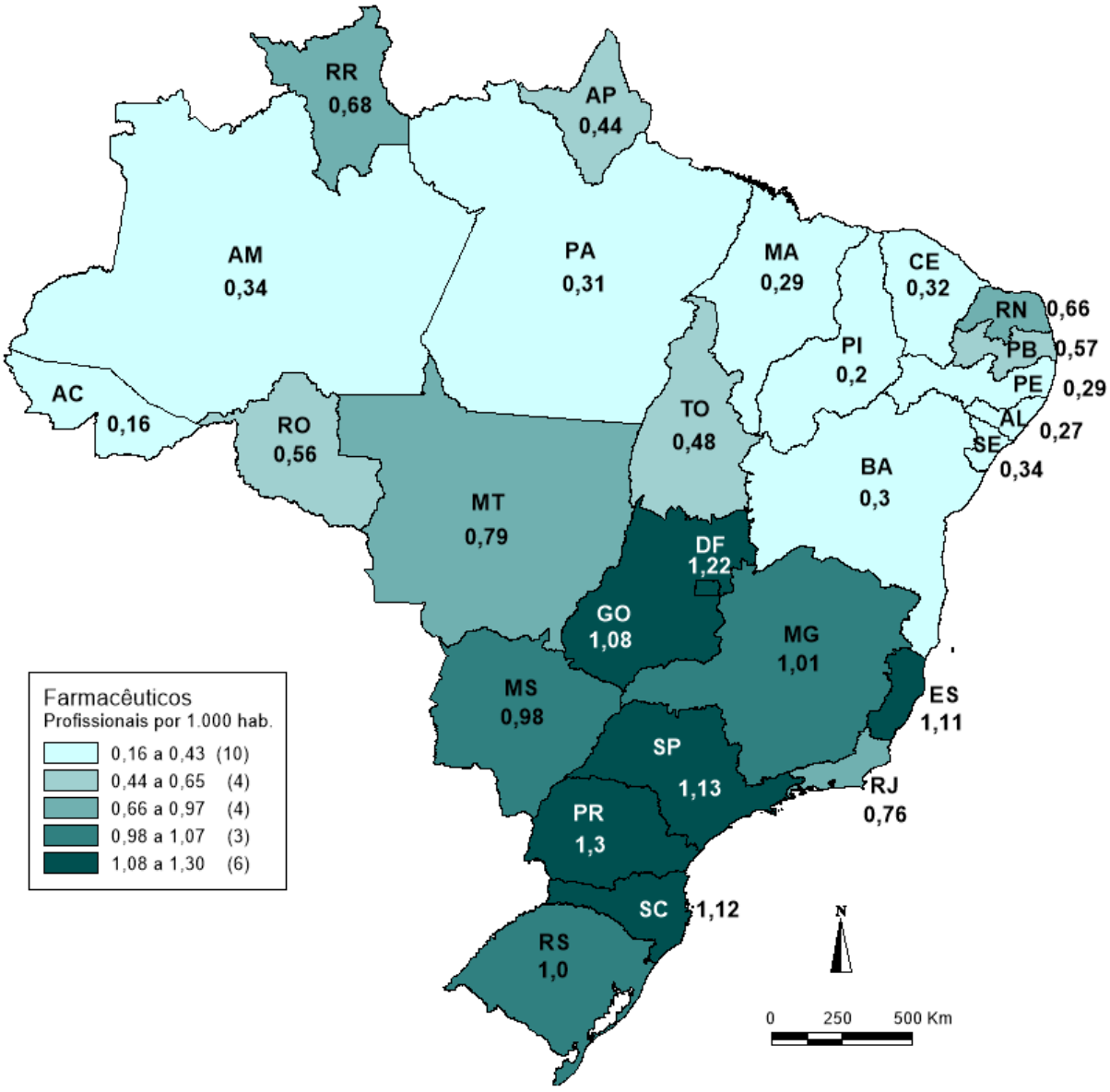
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 7 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de FARMACÊUTICOS por mil hab. por UF.



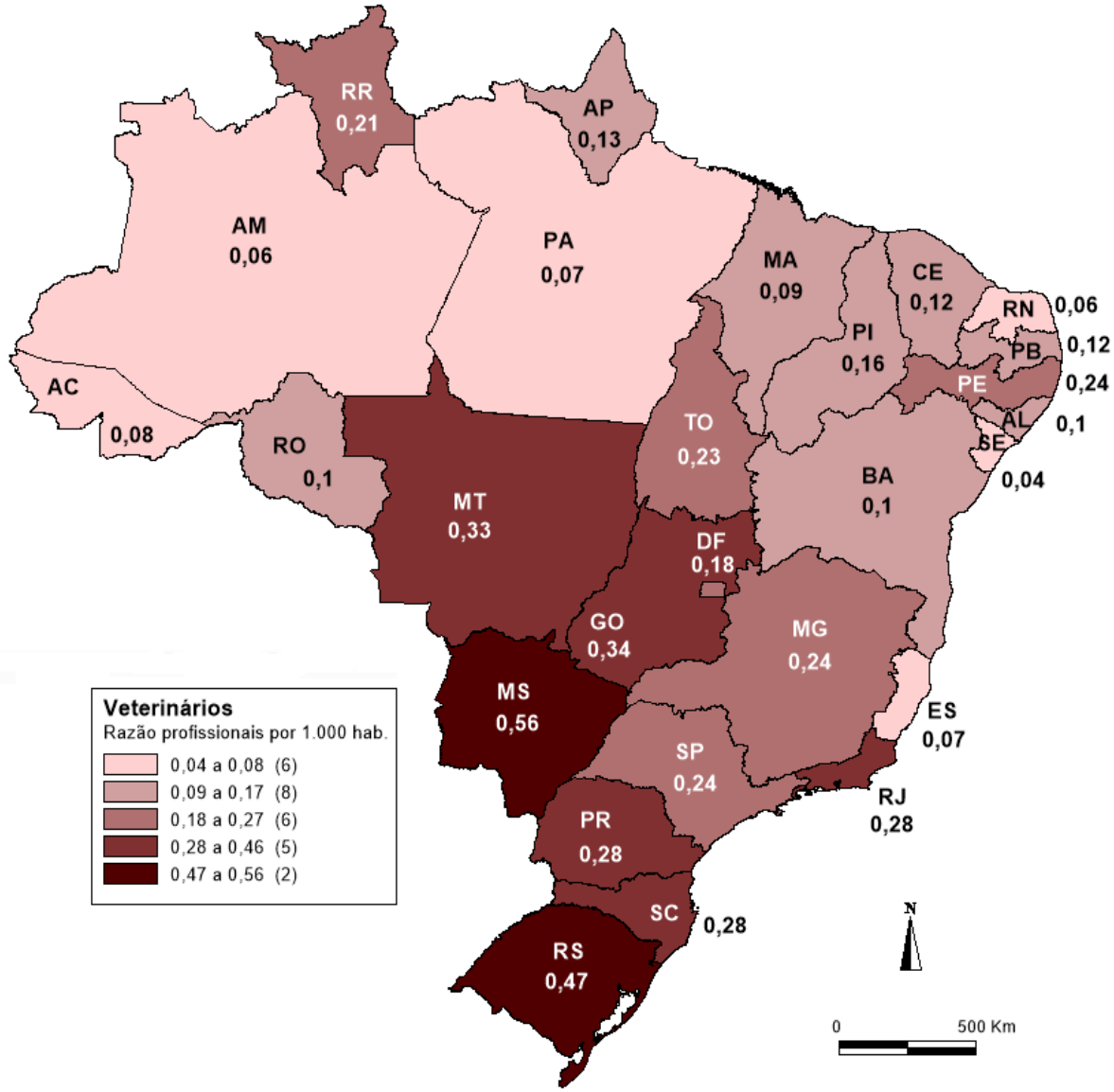
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 8 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de FARMACÊUTICOS por mil hab. por UF.



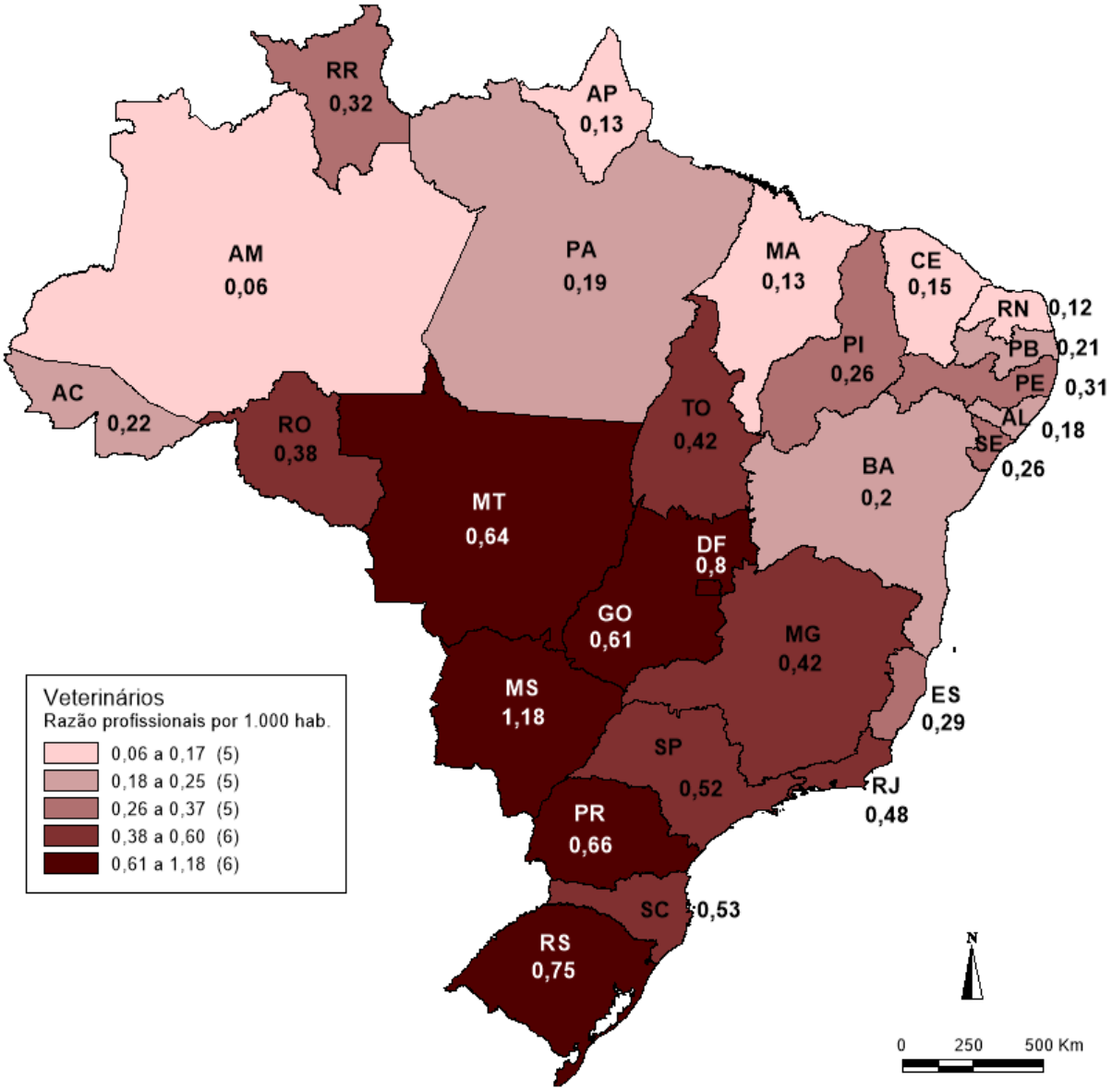
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 9 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de VETERINÁRIOS por mil hab. por UF.



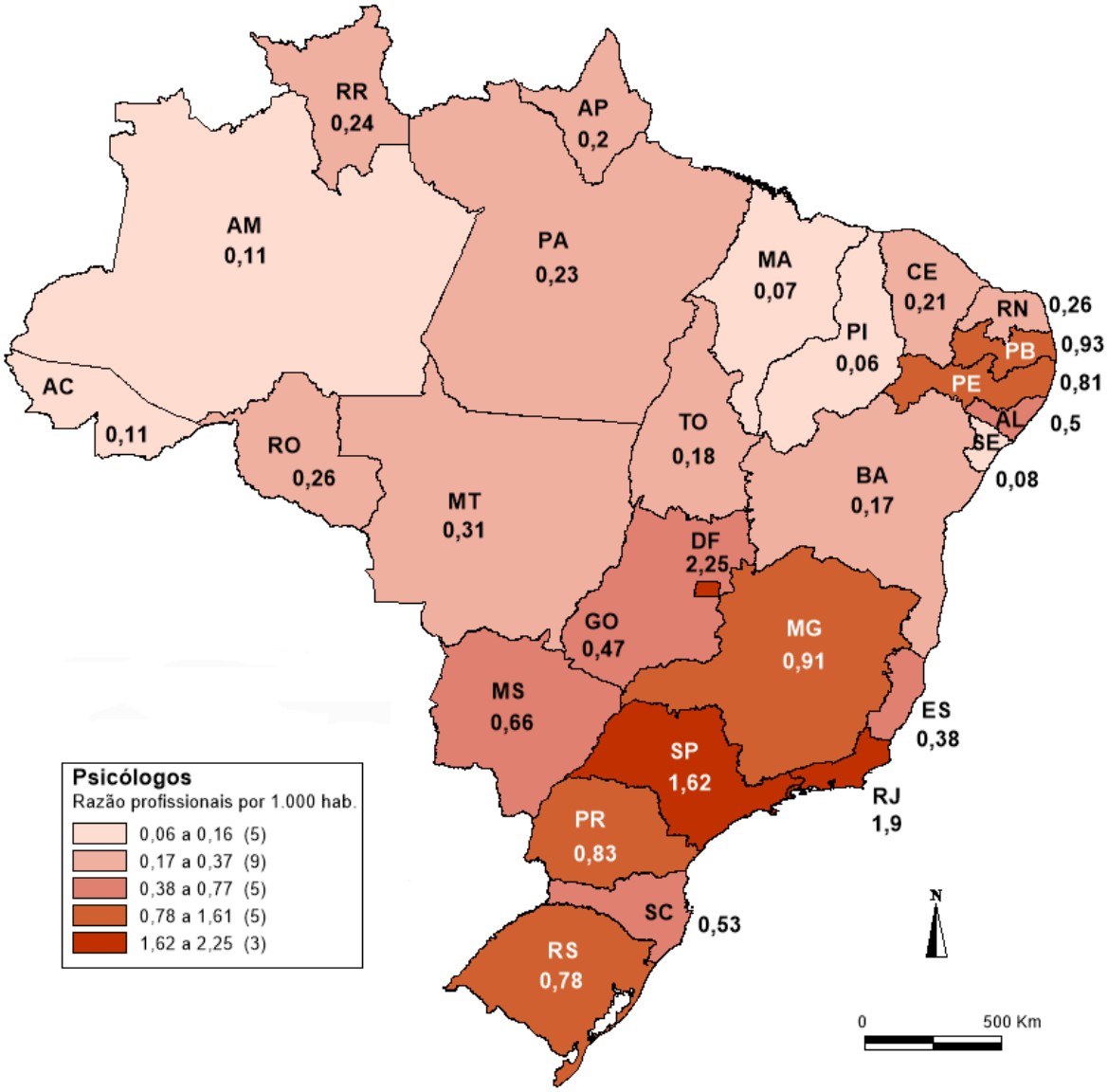
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 10 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de VETERINÁRIOS por mil hab. por UF.



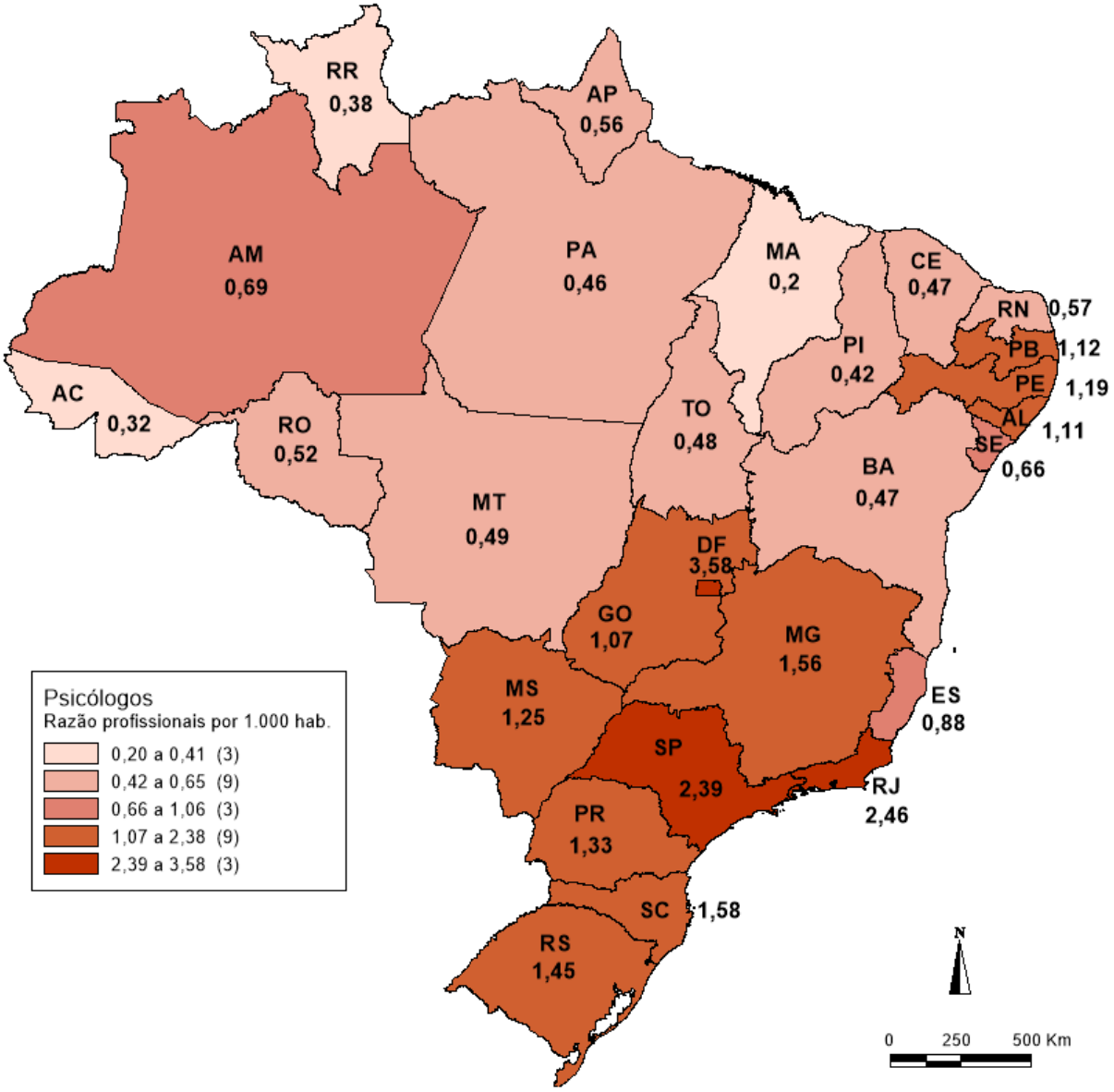
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 11 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de PSICÓLOGOS por mil hab. por UF.



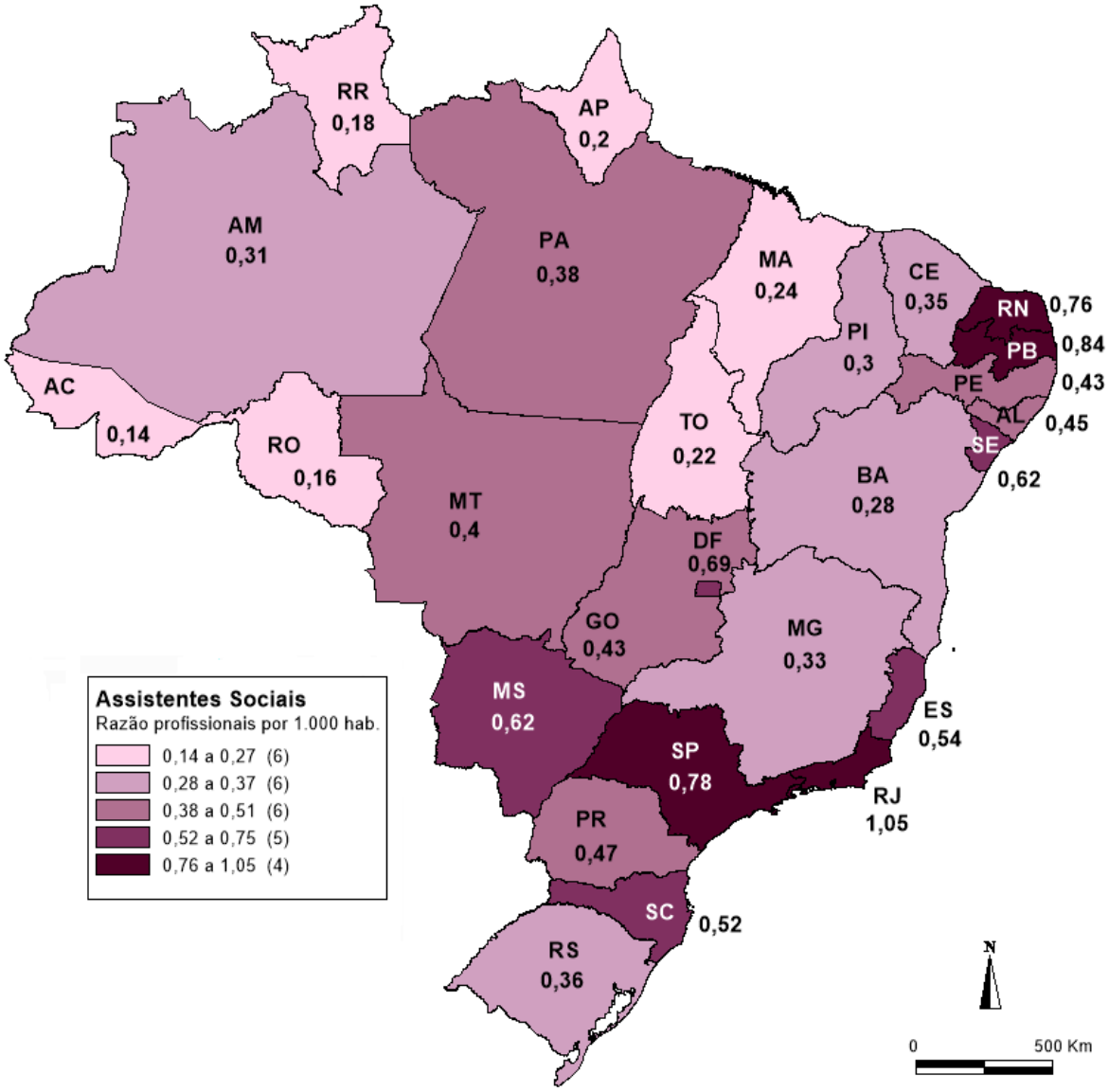
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 12 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de PSICÓLOGOS por mil hab. por UF.



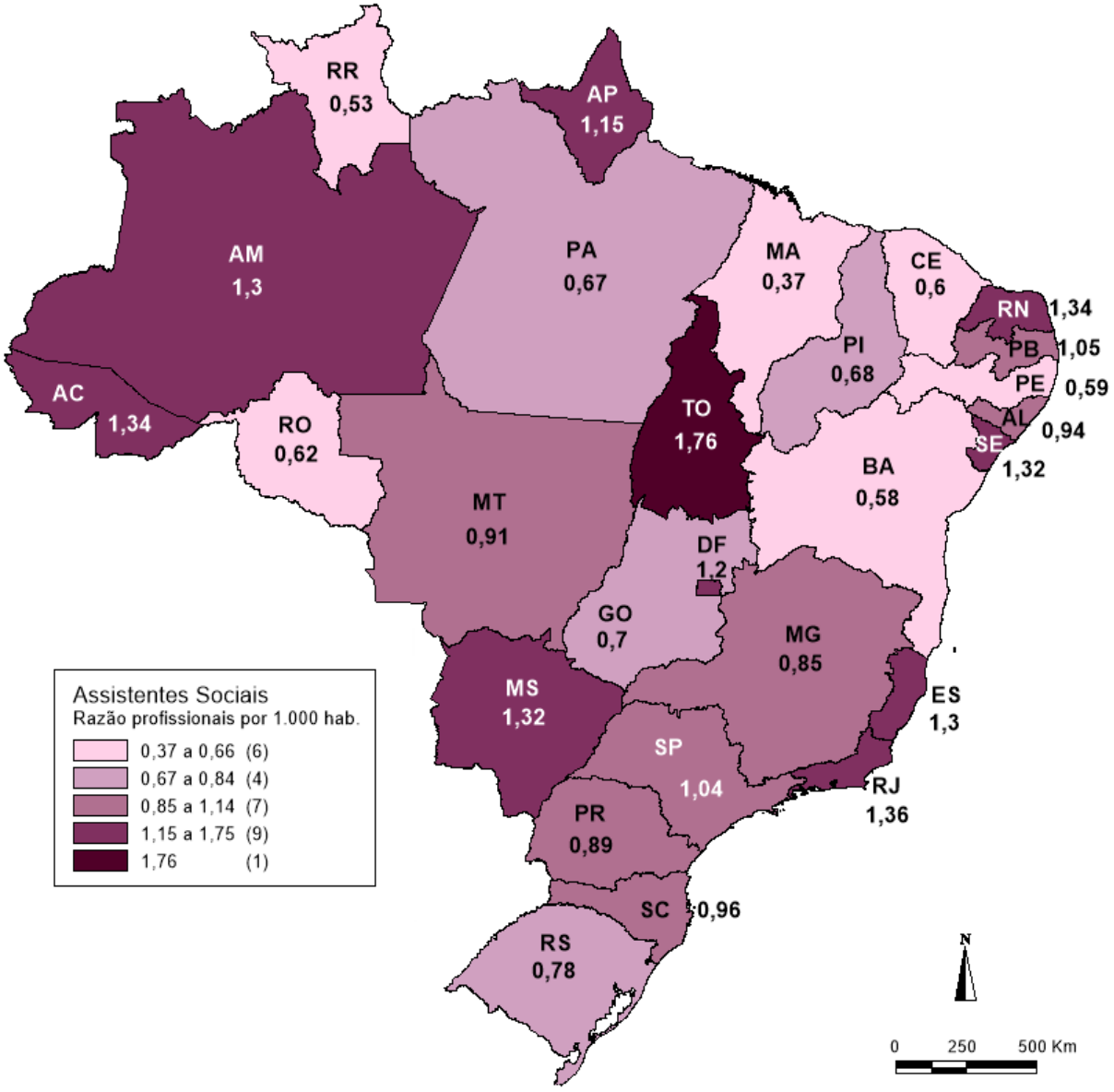
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 13 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de ASSISTENTES SOCIAIS por mil hab. por UF.



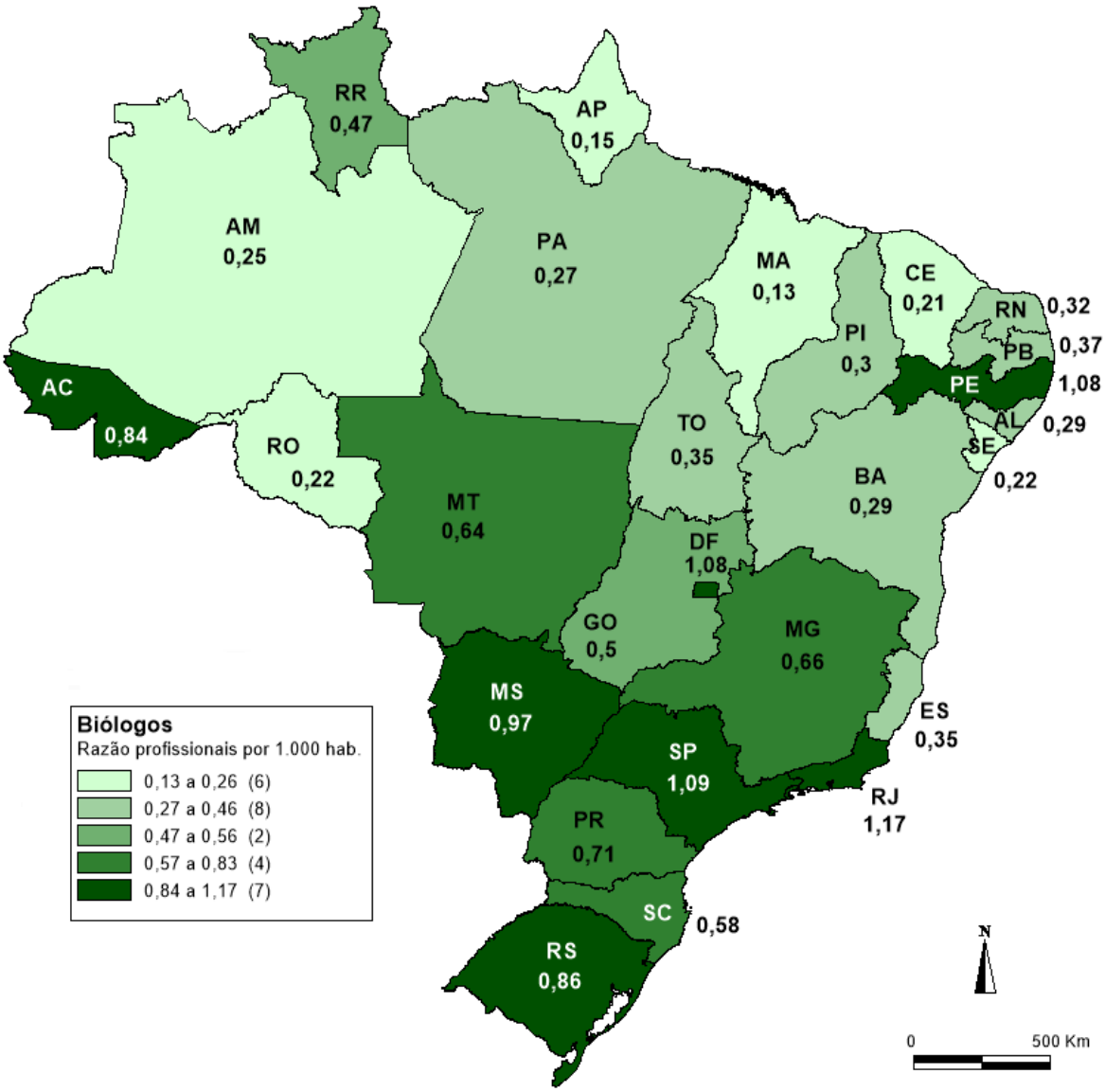
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 14 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de ASSISTENTES SOCIAIS por mil hab. por UF.



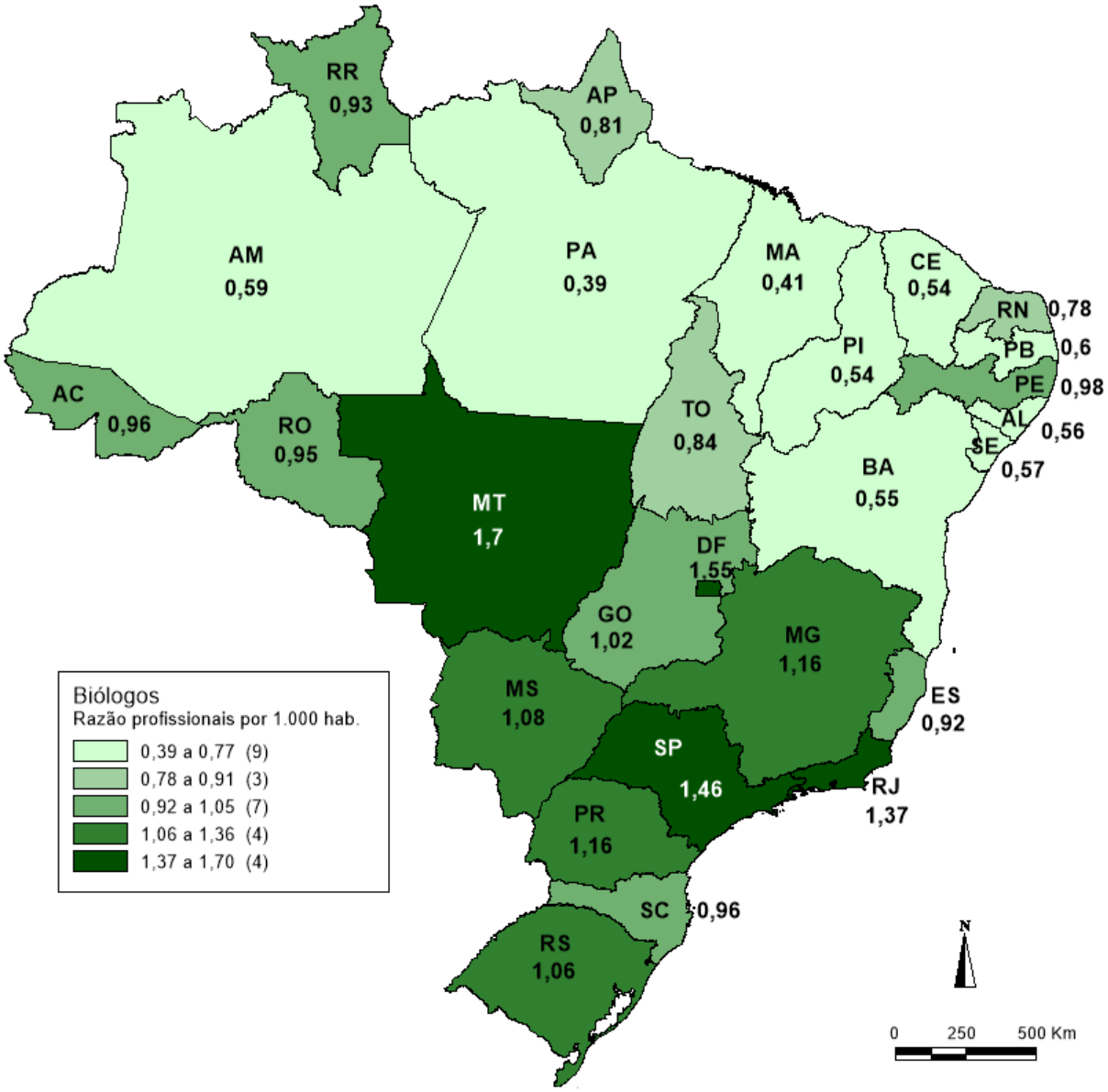
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 15 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de BIÓLOGOS por mil hab. por UF.



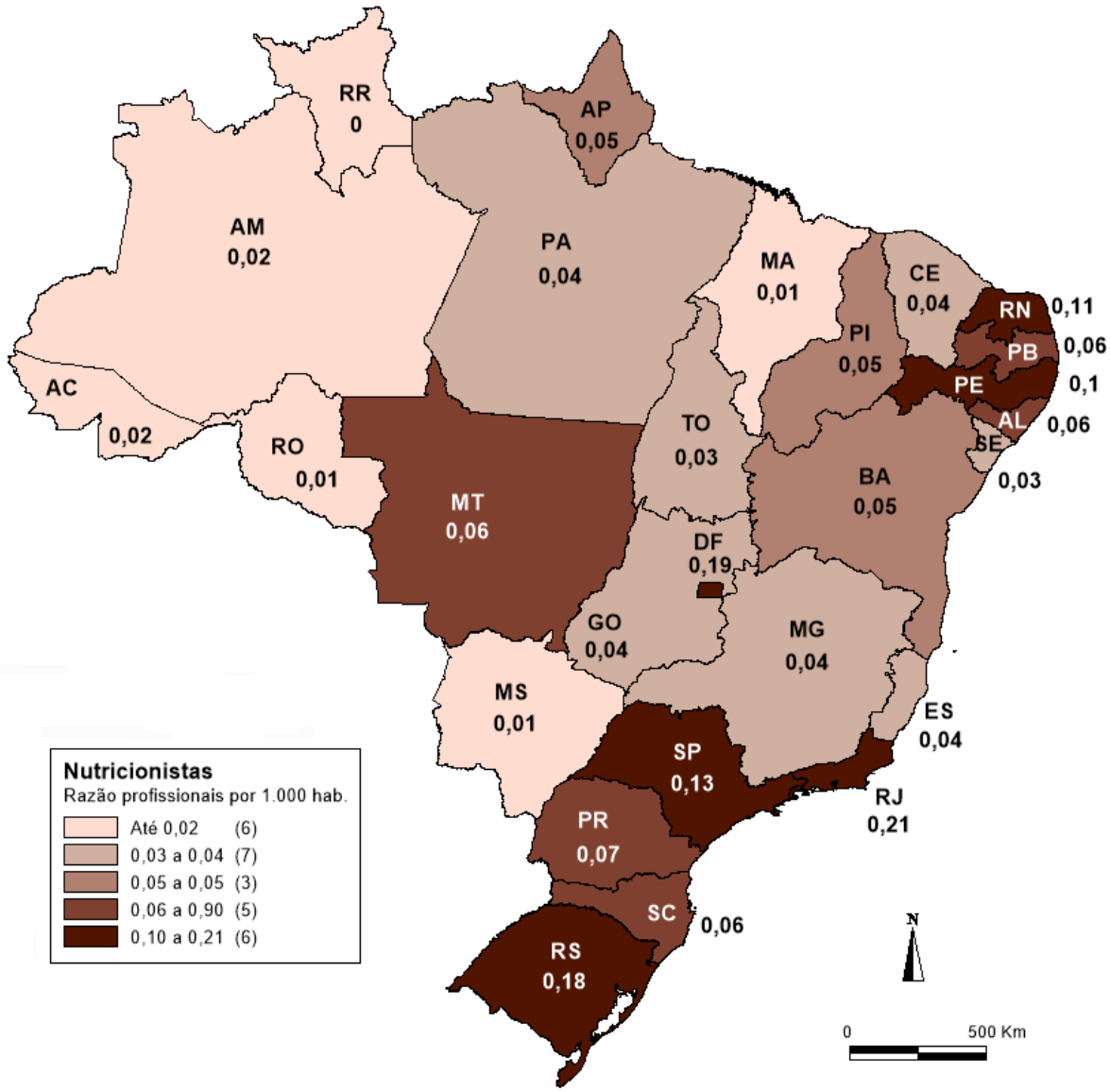
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 16 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de BIÓLOGOS por mil hab. por UF.



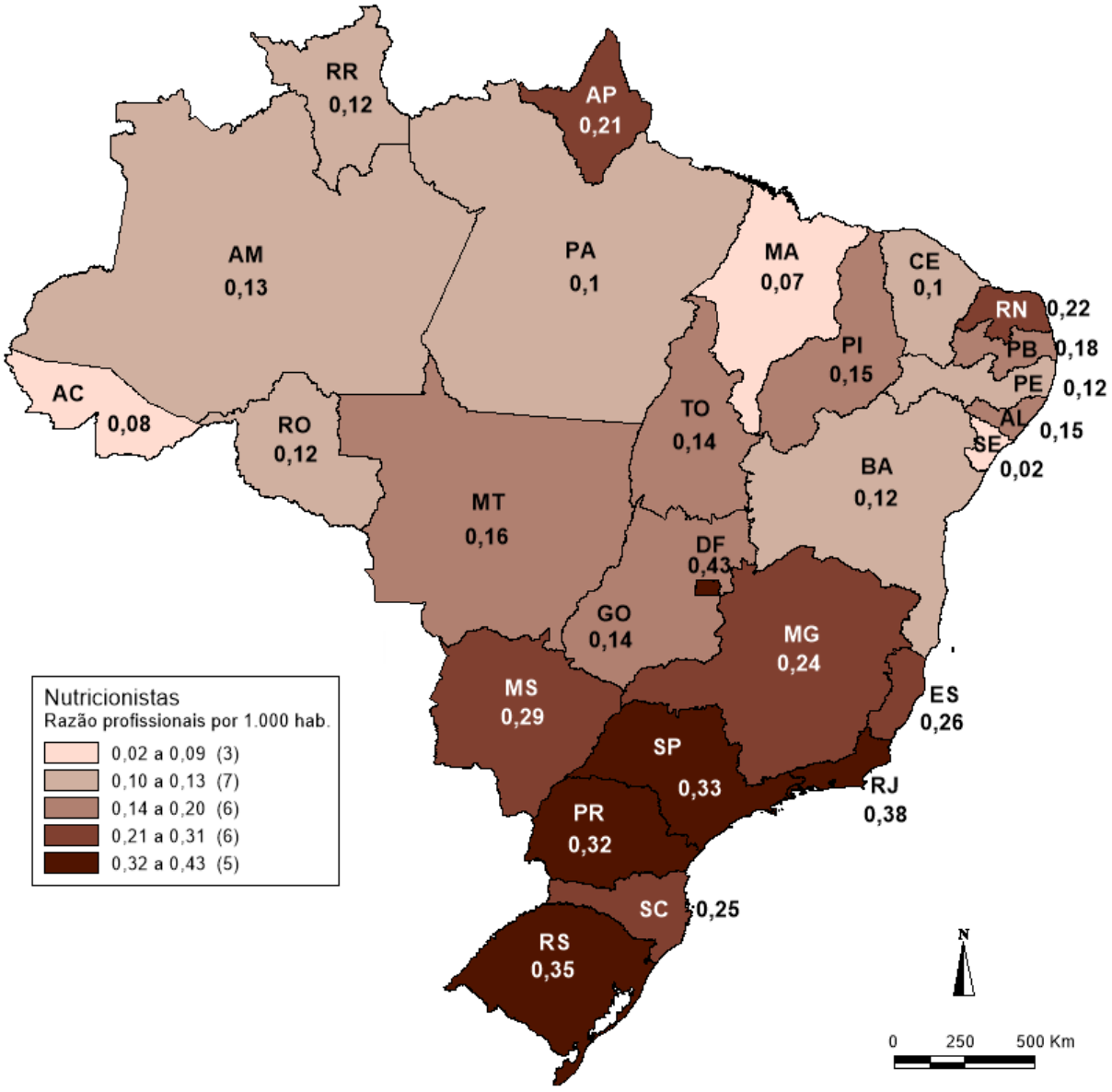
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 17 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de NUTRICIONISTAS por mil hab. por UF.



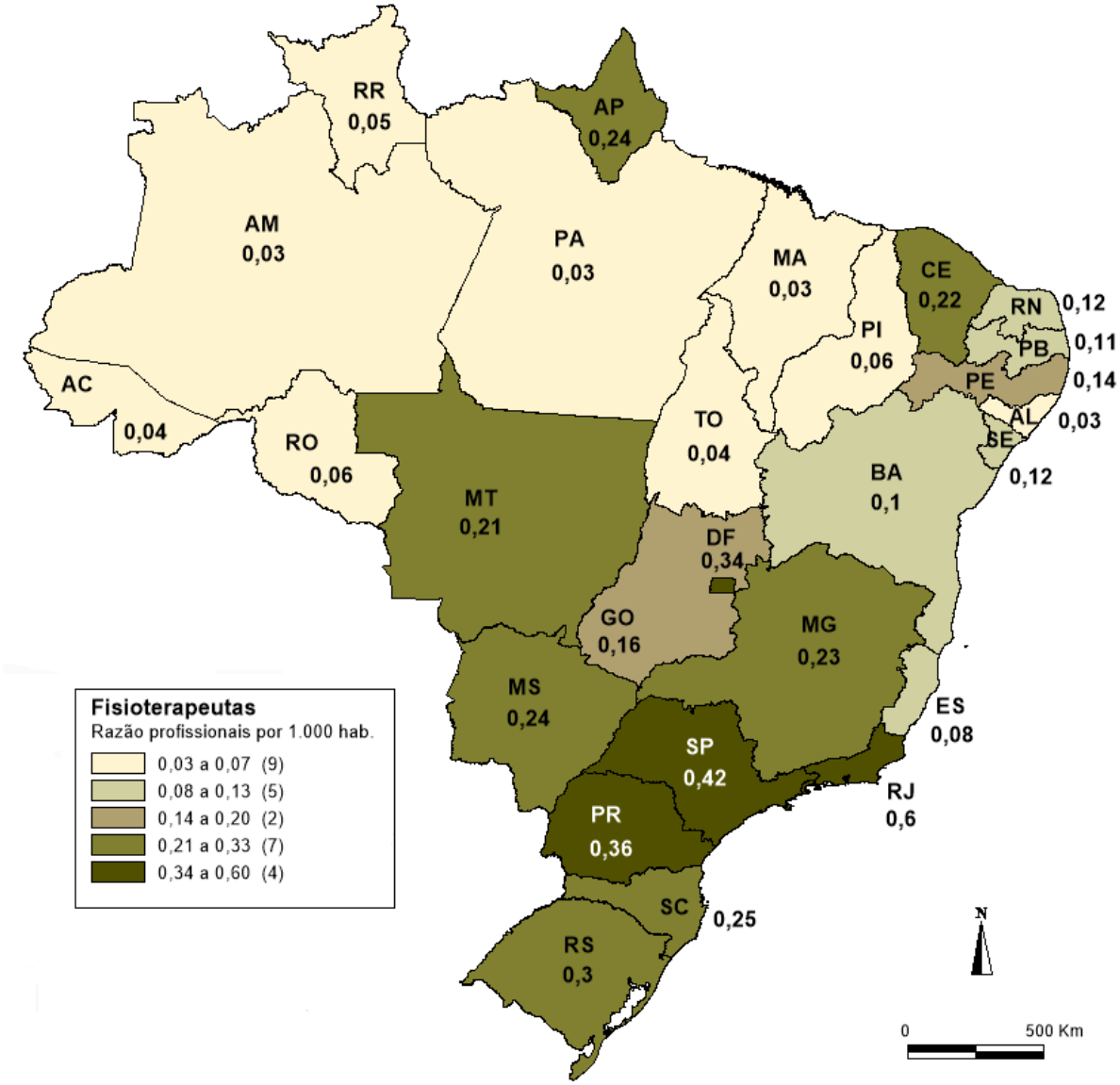
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 18 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de NUTRICIONISTAS por mil hab. por UF.



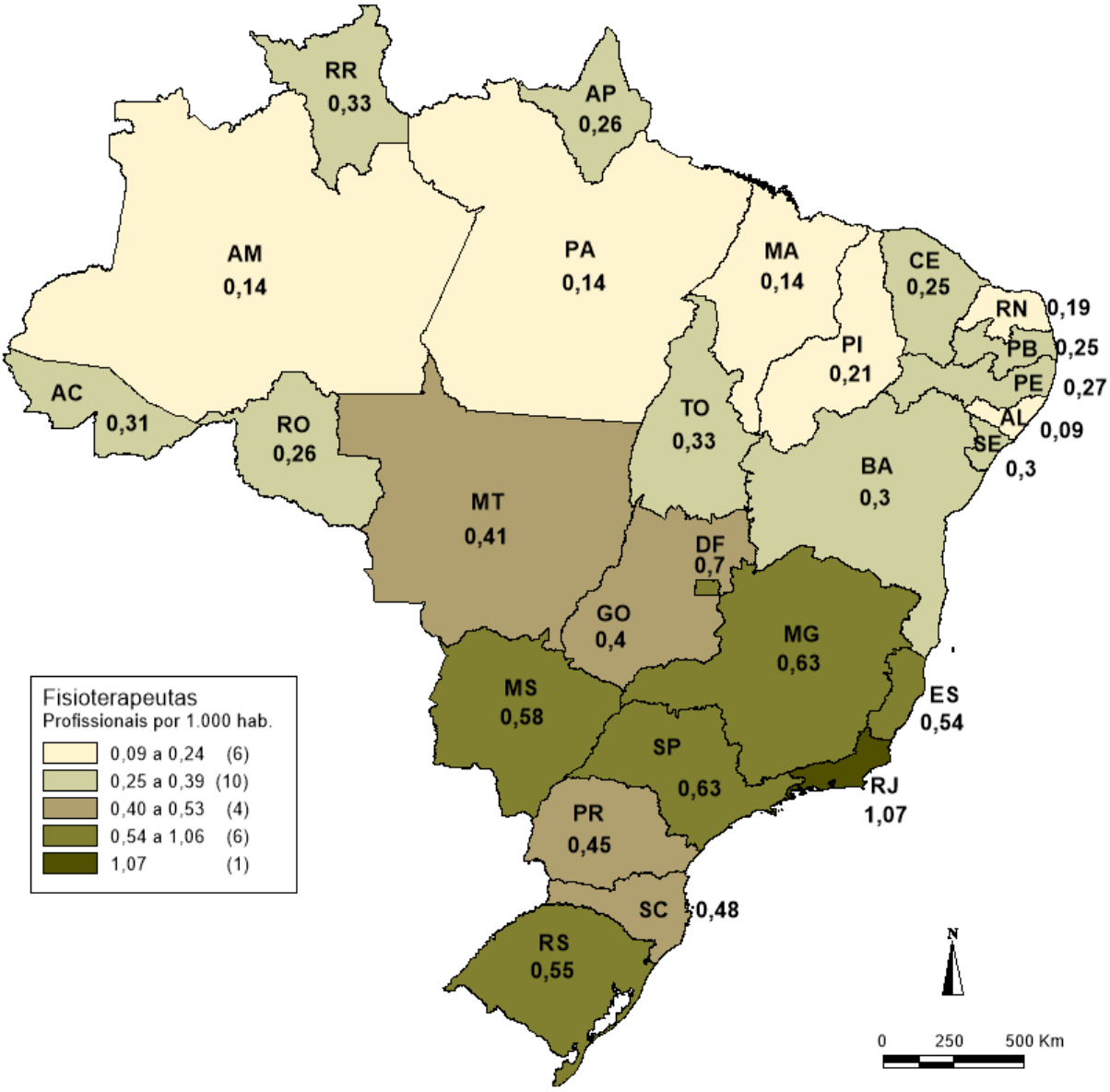
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 19 – Brasil, 2000: Distribuição da razão do nº de FISIOTERAPEUTAS por mil hab. por UF.



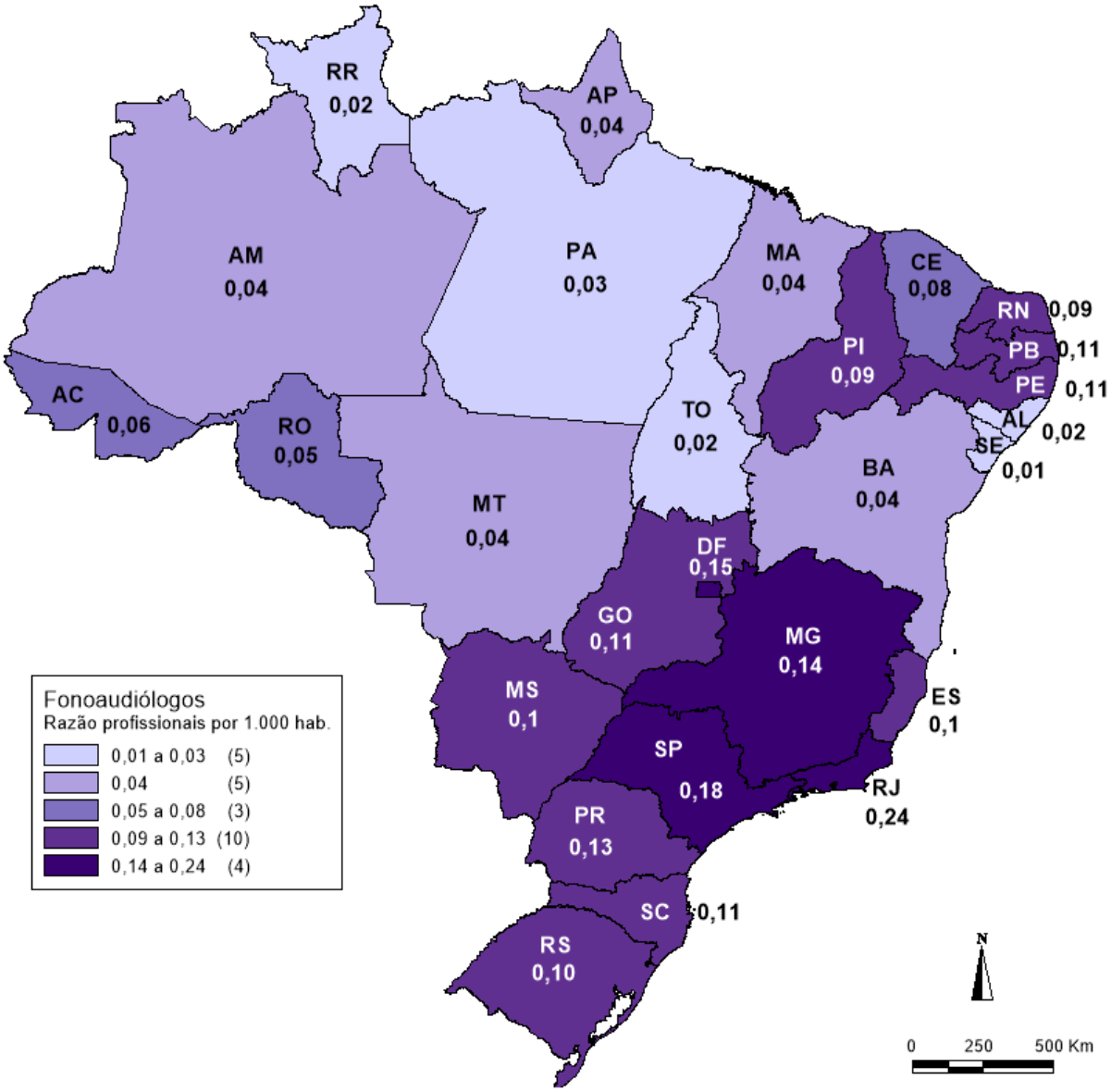
Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 20 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de FISIOTERAPEUTAS por mil hab. por UF.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Mapa 21 – Brasil, 2010: Distribuição da razão do nº de FONOAUDIÓLOGOS por mil hab. por UF.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

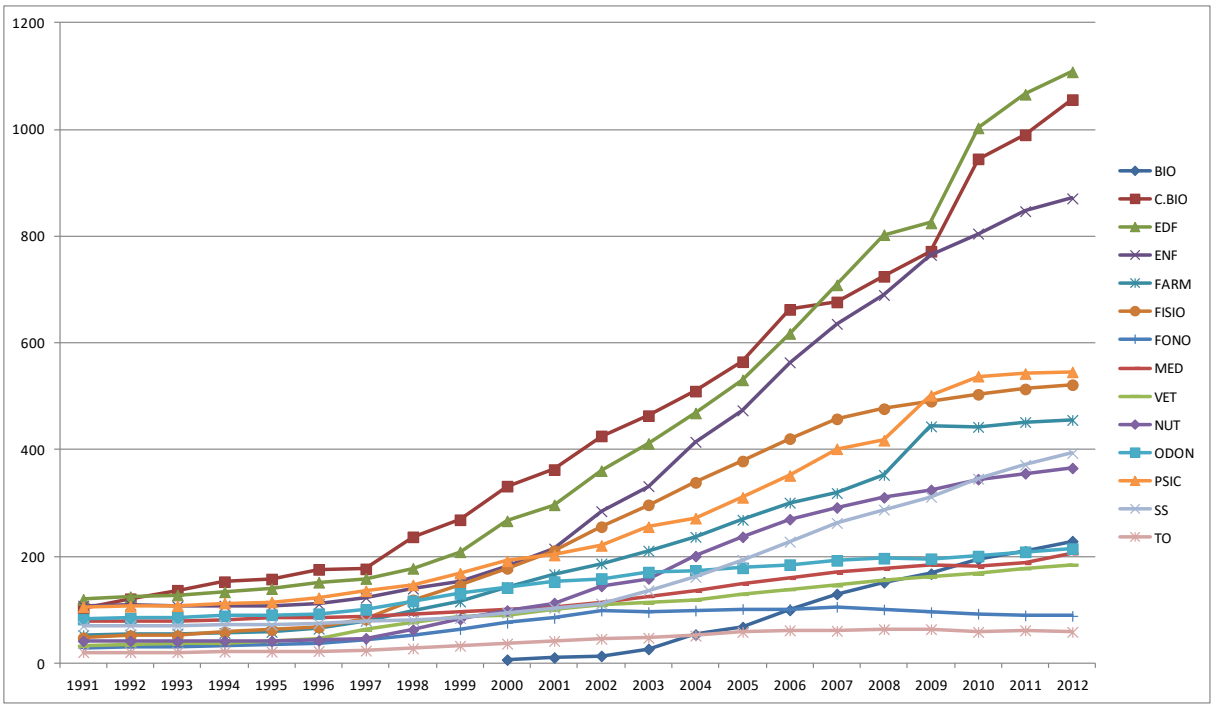
3.4. Fluxos de formação

Este tópico apresenta os principais indicadores de fluxos de formação das profissões de saúde de nível superior. Os dados foram extraídos do CES/INEP relativos ao período de 1991 a 2012. Primeiramente, apresenta-se a evolução do número de cursos, vagas, ingressos e egressos (Gráficos 16 a 19), buscando identificar as tendências observadas ao longo da série. Em seguida, investigam-se alguns indicadores, mais especificamente: (i) a razão de inscritos no vestibular por vaga, que expressa o nível de procura pelo curso; (ii) a percentual de não preenchimento de vagas, que expressa o nível do desperdício das vagas; e (iii) o percentual de não conclusão do curso no período médio esperado, que expressa o nível de não aproveitamento. Os indicadores são apresentados segundo a média observada, por profissão, em dois períodos distintos, de 1991 a 1999 e de 2000 a 2012 (Gráficos 20 a 22).

Em suma, os fluxos da formação das profissões de nível superior apresentaram duas tendências distintas, uma na década de 1990 e outra nos anos 2000. Na primeira tendência, o comportamento é de crescimento moderado de cursos e vagas, assim como de ingressos e de egressos. Assistiu-se ainda uma distância pouco significativa dos quantitativos dos indicadores, entre as profissões, ainda que com volumes menores em Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia e maiores em Ciências Biológicas, Educação Física e Psicologia. A segunda tendência, que já se inicia no final dos anos 1990, é de crescimento vigoroso dos números analisados, concomitante ao distanciamento entre profissões, especialmente para a Educação Física, Ciências Biológicas e Enfermagem, que avançaram com os maiores números de cursos e vagas. O mesmo se observou para ingressos e egressos, exceto em Ciências Biológicas.

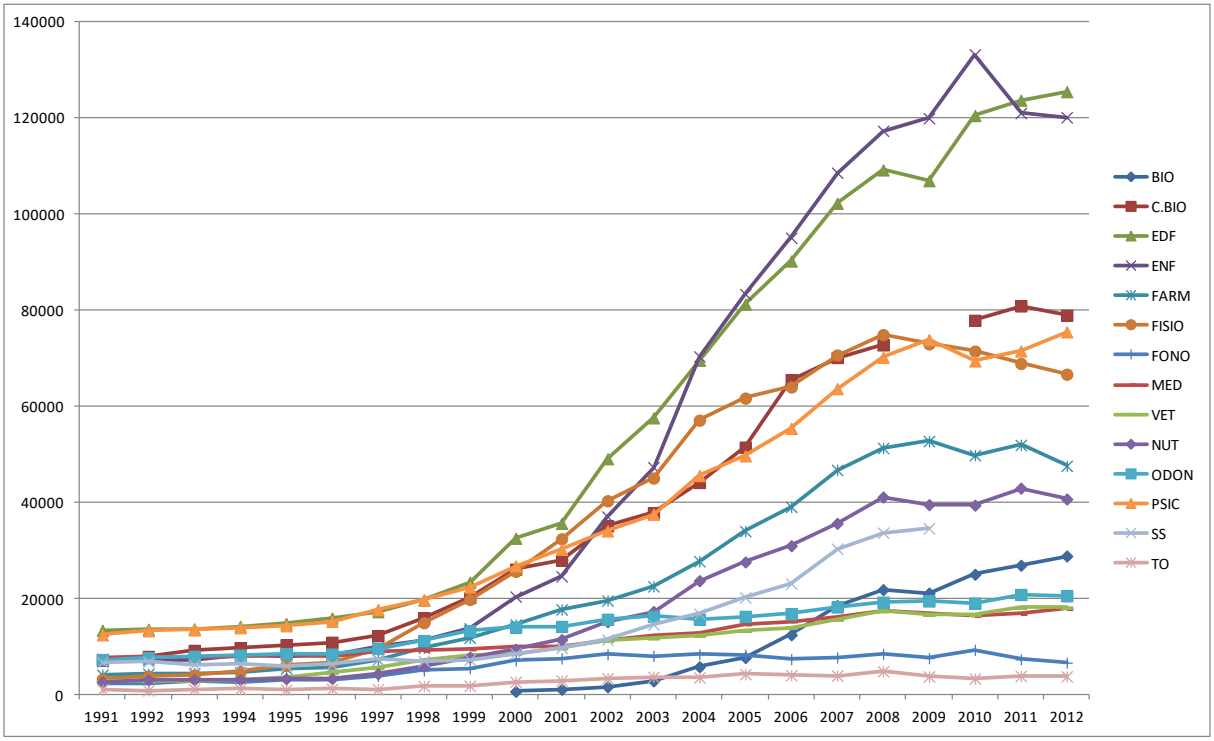
Os cursos que mais expandiram as vagas no período foram Biomedicina, que passou de 695 vagas, em 2000, para 28.872, em 2012; seguida de Fisioterapia, de 3.250, em 1991, para 66.699, no último ano da série; Enfermagem, de 7.460 para 120.180, no mesmo período; e Nutrição, de 2.653 para 40.730. Destaque ainda para Farmácia, Ciências Biológicas, Educação Física, Veterinária e Serviço Social, que também tiveram crescimentos expressivos. Os cursos com menor expansão foram os de Medicina (de 7.786 para 17.931), Odontologia (de 7.315 para 20,589), Fonoaudiologia (de 2.328 para 6.678) e Terapia Ocupacional (de 1.110 para 3.823). Em geral, os números de ingressos e egressos acompanharam os mesmos incrementos, ainda que seja possível destacar a Biomedicina e a Enfermagem como as profissões que mais se expandiram nestes quesitos.

Gráfico 16 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de cursos, por profissão.



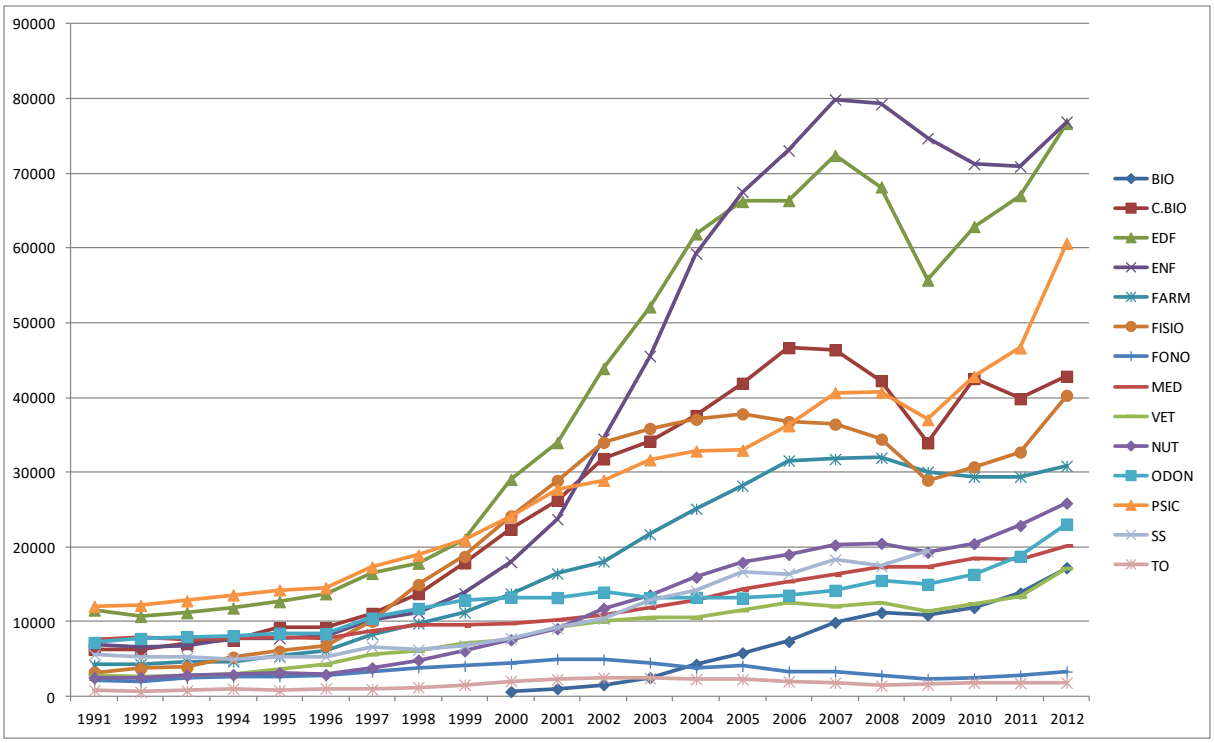
Fonte: EPSM a partir do Censo da Educação Superior do INEP.

Gráfico 17 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de vagas*, por profissão.



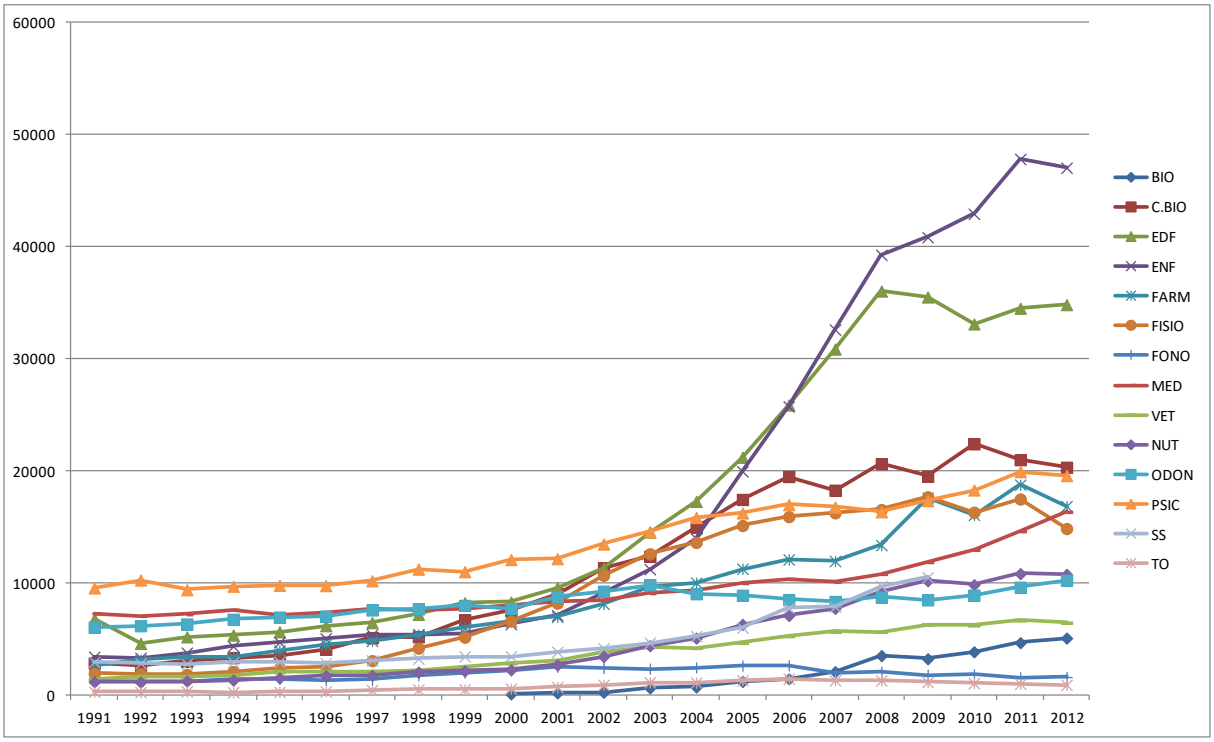
Fonte: EPSM a partir do Censo da Educação Superior do INEP. *Nos inconsistentes foram omitidos da série.

Gráfico 18 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de ingressos*, por profissão.



Fonte: EPSM a partir do Censo da Educação Superior do INEP. *Nos. inconsistentes foram omitidos da série.

Gráfico 19 – Brasil, 1991 a 2012: Evolução do número de egressos*, por profissão.

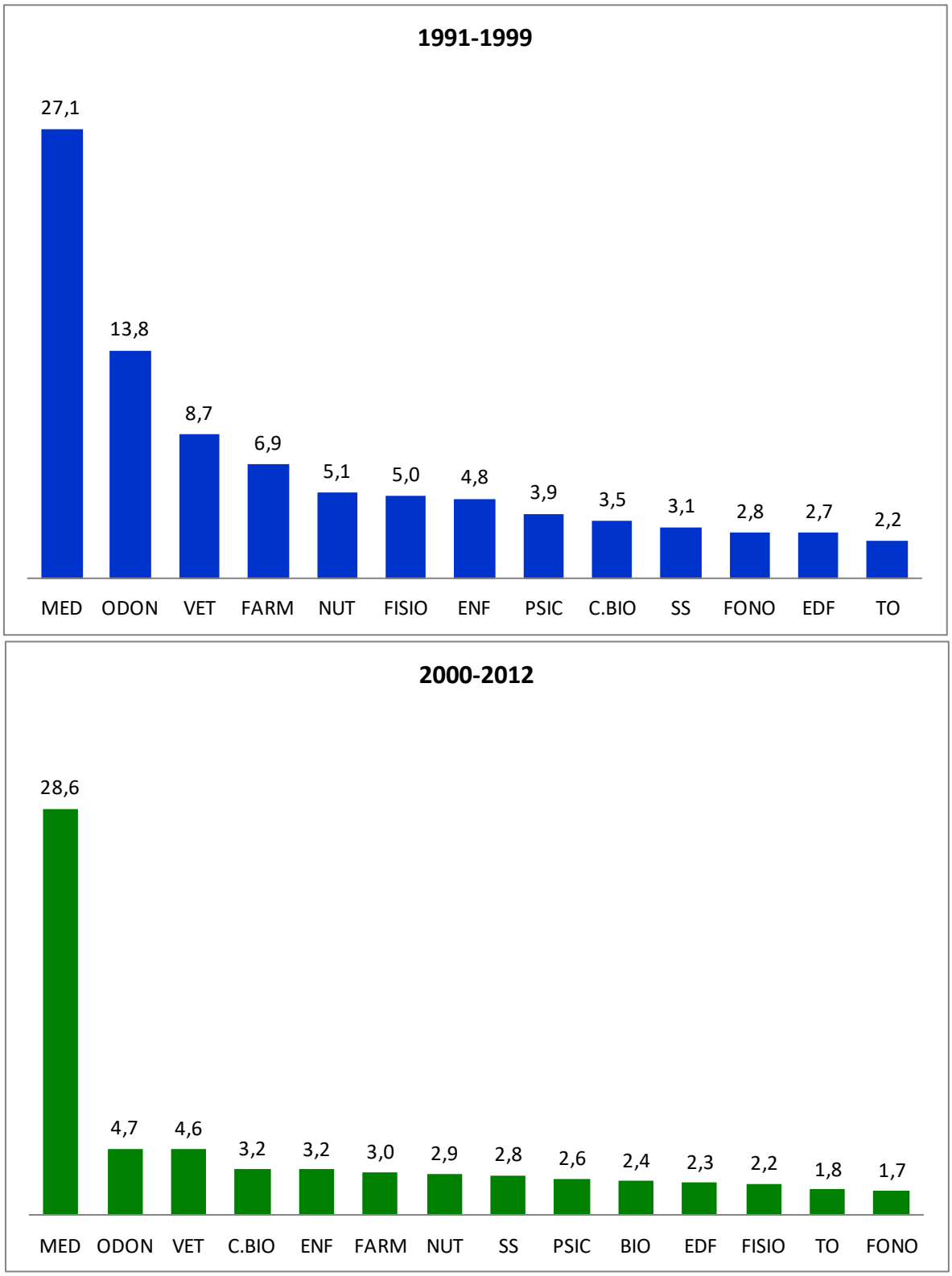


Fonte: EPSM a partir do Censo da Educação Superior do INEP. *Nos. inconsistentes foram omitidos da série.

No que se refere aos indicadores utilizados para medir a procura, o desperdício e o não aproveitamento dos cursos, os Gráficos de 20 a 22 destacam também duas tendências distintas. Na década de 1990 o curso mais procurado foi o de Medicina, 27,1 inscritos por vaga, fato que se repete na década seguinte com um pouco de elevação, 28,6. Os demais cursos apresentaram uma redução na procura, sendo que Odontologia, que variou de 13,8 para 4,7, e Veterinária, de 8,7 para 4,6, permaneceram entre os mais buscados. Os dados sugerem que o forte crescimento das vagas ocorrido durante a última década não obteve correspondência em termos demanda. Em consequência o desperdício das vagas foi sentido intensamente entre 2000 e 2012, comparando-se com o intervalo de 1991 a 1999. Com exceção da Medicina, todos os cursos ampliaram o percentual de não preenchimento de vagas. Enquanto no primeiro período os valores oscilaram entre 22,5% de vagas não preenchidas, no curso de Terapia Ocupacional, e 0,8% em Farmácia e Odontologia, no segundo ficou entre 53,4% para Fonoaudiologia e 14,3% para Odontologia. Em Medicina, na verdade, houve uma pequena redução de 1,5% para 0,9%.

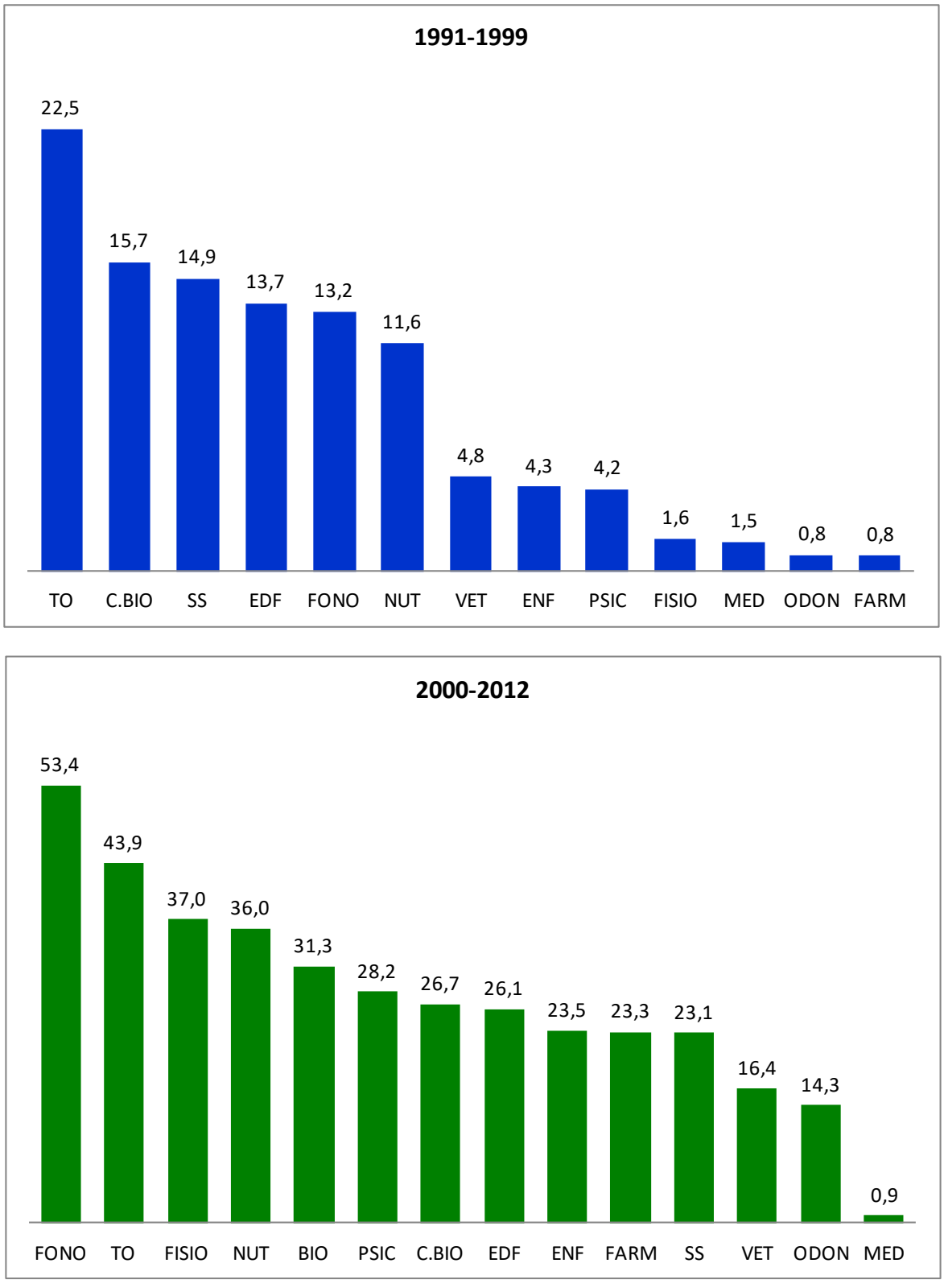
Quando considerado o não aproveitamento dos cursos, também se verificou aumento das proporções, isto é, um crescimento relativo do número de alunos que não concluíram o curso no tempo médio esperado. Mais uma vez a Medicina se diferenciou como a profissão com o melhor aproveitamento, ainda que também tenha sofrido piora do indicador, entre os períodos, passando de 9,9% para 26,8% de não concluintes. No primeiro período, os valores oscilaram entre 61,3% para o curso de Terapia Ocupacional e 23% em Odontologia – isso desconsiderando a Medicina. Já no segundo, ficou entre 75,5% em Biomedicina e 38,1% em Fonoaudiologia.

Gráfico 20 – Brasil, 1991 a 2012: Média da razão entre o nº de inscritos no vestibular e vagas, por profissão e período.



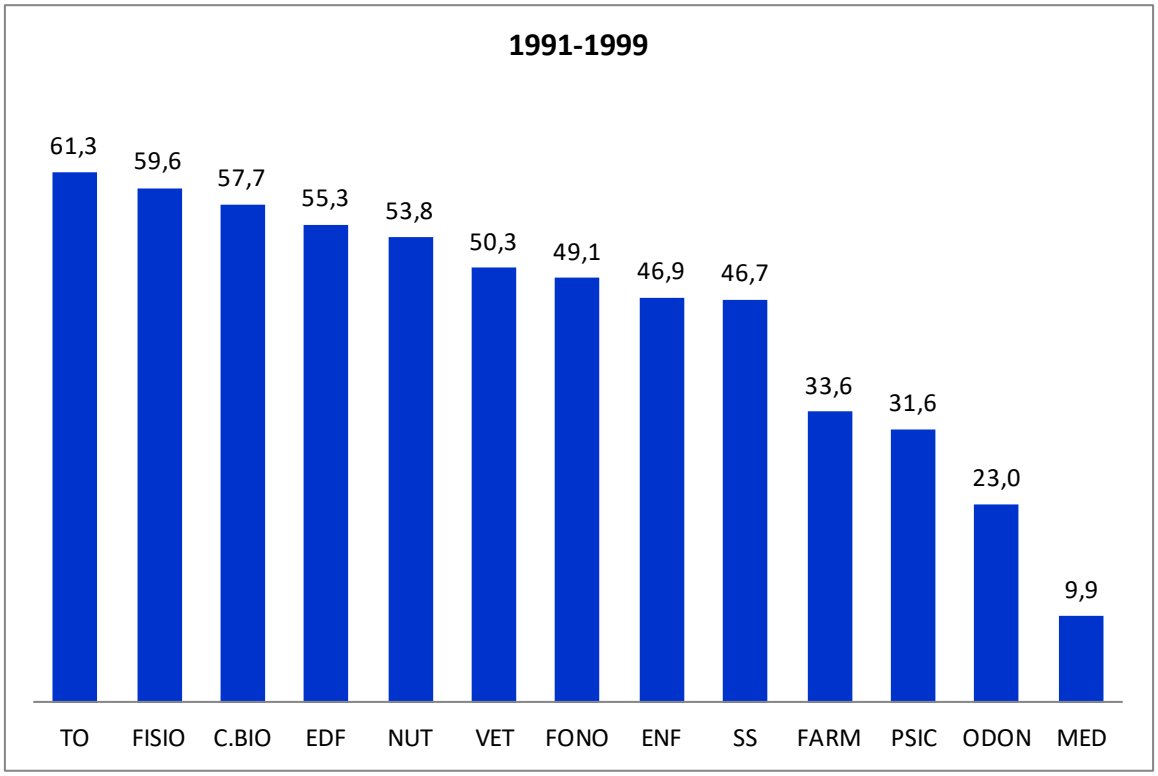
Fonte: EPSM a partir do Censo da Educação Superior do INEP.

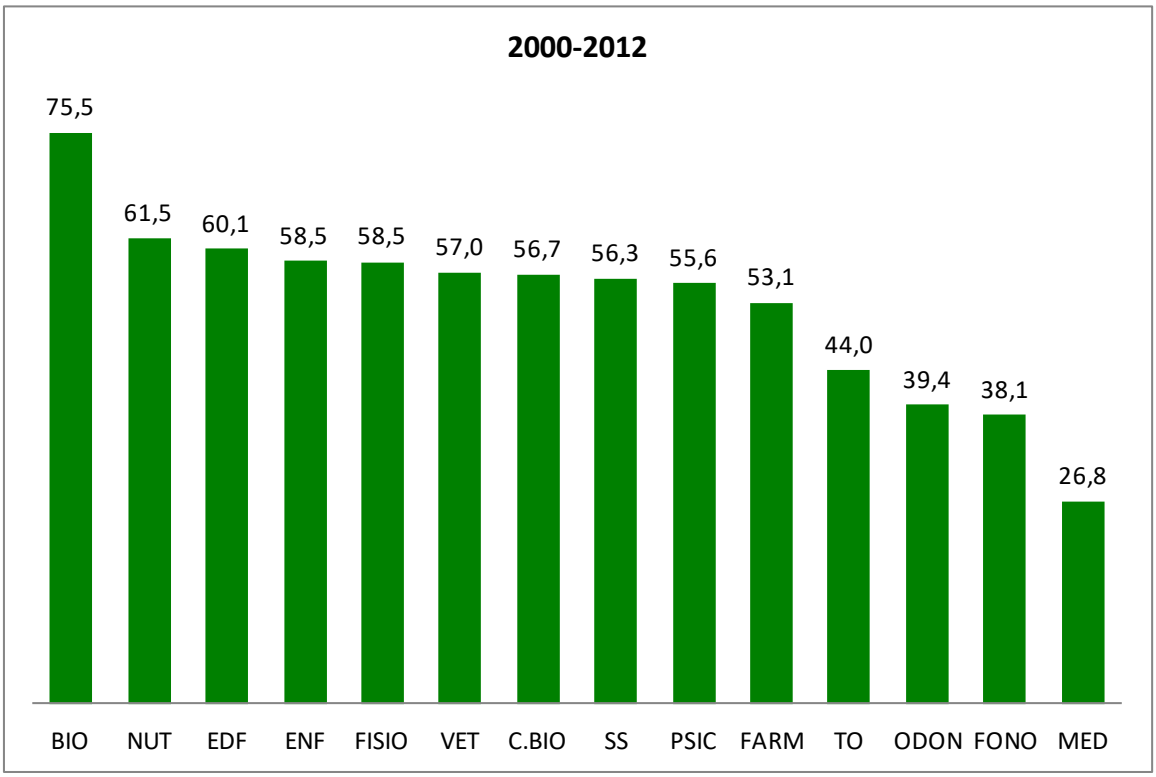
Gráfico 21 – Brasil, 1991 a 2012: Média do percentual de não preenchimento das vagas, por profissão e período.



Fonte: EPSM a partir do Censo da Educação Superior do INEP.

Gráfico 22 – Brasil, 1991 a 2012: Média do percentual de não concluintes*, por profissão e período.





Fonte: EPSM a partir do Censo da Educação Superior do INEP.

3.5. Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho

Este tópico apresenta os principais indicadores de mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior[15]. Por um lado, dimensiona-se a condição de atividade dos profissionais identificados através do Censo Demográfico nos períodos de 2000 e 2010. Dessa forma, para a população residente no país, nestes anos, classificada como pertencente às profissões de saúde de nível superior, verifica-se a proporção de ocupados na própria profissão, no trabalho principal da semana de referência, os ocupados em outra função, os desocupados e os não economicamente ativos. As profissões identificadas apenas pelo critério ocupacional (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição) não compuseram esta análise. Em seguida, para a população ocupada, investiga-se a posição na ocupação. Ainda em relação ao Censo, verifica-se a distribuição das profissões de acordo com faixas de rendimentos do trabalho principal da semana de referência.

Por outro lado, através da RAIS, descreve-se a evolução dos vínculos formais de emprego de 1991 a 2012 e dos salários médios (disponíveis apenas a partir de 2002). Tais salários também foram deflacionados de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) referente ao último ano da série, 2012. Por fim, destaca-se um exercício comparativo entre dados de admissões por primeiro emprego, derivado da RAIS, e do número de egressos no ano anterior, derivado do CES/INEP. Tal exercício aponta uma aproximação entre formação e inserção no mercado de trabalho, na medida em que destaca quantos primeiros empregos foram preenchidos em relação ao número de novos profissionais derivados do mercado educativo.

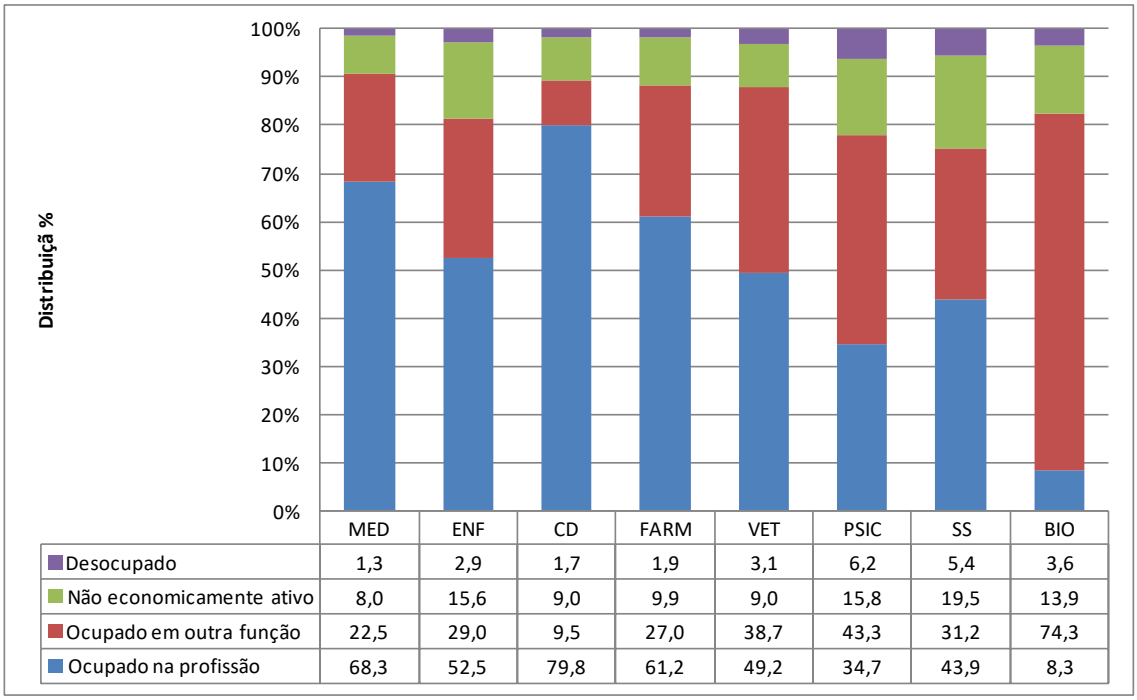
[15] O detalhamento dos dados aqui trabalhados e de informações adicionais estão disponíveis no Apêndice B.

Condição de atividade e posição na ocupação

De acordo com os Gráficos 23 e 24 mostram que a proporção de profissionais ocupados na própria profissão, diminui entre Farmacêuticos (de 61,2%, em 2000, para 52,7%, em 2010), Enfermeiros (de 52,5% para 46,7%) e Cirurgiões-dentistas (de 79,8% para 77,5%), ao passo que aumentou entre as demais, sobretudo em Medicina (de 68,3% para 80,5%), Psicologia (de 34,7% para 44%) e Biologia (de 8,3% para 17,4%). Apesar disso, esta última profissão manteve-se com os menores níveis, em função de a grande maioria se ocupar como professores e pesquisadores. Já os Médicos e Cirurgiões-dentistas, ao contrário, mantiveram-se com os maiores valores, o que destaca o caráter dessas profissões como sendo essencialmente de prestação de assistência direta à saúde. É interessante notar que as profissões com o maior número de mulheres são, em geral, as que registram os menores percentuais de ocupados na profissão e, consequentemente, maiores percentuais de ocupados em outras funções e de não economicamente ativos. Quanto à condição de desocupação, verificaram-se pequenos aumentos para os Enfermeiros (de 2,9% para 5,4%), os Farmacêuticos (de 1,9% para 2,8%) e os Biólogos (de 3,6% para 4%). Psicólogos e Assistentes Sociais, que possuíam os maiores níveis de desemprego em 2000, 6,2% e 5,4%, respectivamente, passaram para 3,5% e 3,6%, em 2010.

Considerando a posição na ocupação da população ocupada em cada uma das profissões analisadas, segundo os Gráficos 25 e 26, nota-se formalização do trabalho, considerando a soma de estatutários e empregados com carteira, entre os Médicos, Cirurgiões-dentistas, Psicólogos e Fisioterapeutas. Os Enfermeiros, Veterinários e Assistentes Sociais praticamente mantiveram o nível de trabalho formal, ainda que com pequena diminuição de estatutários. Já os Nutricionistas e Biólogos, diminuíram. Observou-se ainda, que todas as profissões reduziram a proporção de empregadores, sobretudo Médicos e Cirurgiões-dentistas – o que destaca uma tendência maior ao assalariamento.

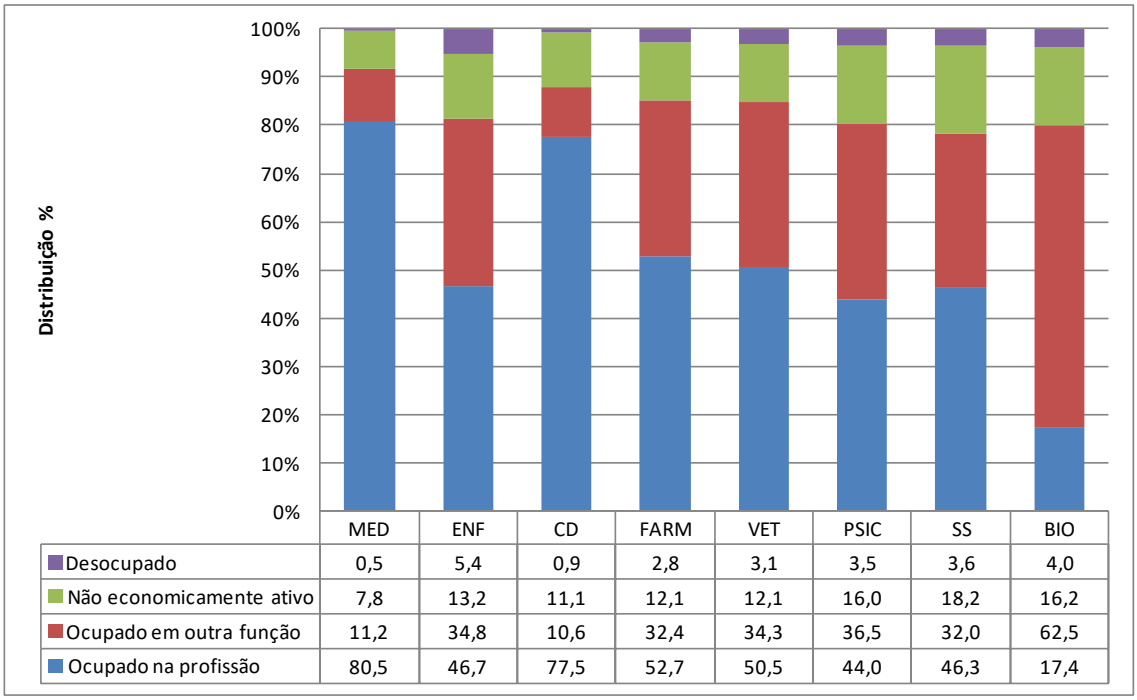
Gráfico 23 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior por condição de atividade e profissão.



	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO
Desocupado	1,3	2,9	1,7	1,9	3,1	6,2	5,4	3,6
Não economicamente ativo	8,0	15,6	9,0	9,9	9,0	15,8	19,5	13,9
Ocupado em outra função	22,5	29,0	9,5	27,0	38,7	43,3	31,2	74,3
Ocupado na profissão	68,3	52,5	79,8	61,2	49,2	34,7	43,9	8,3

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

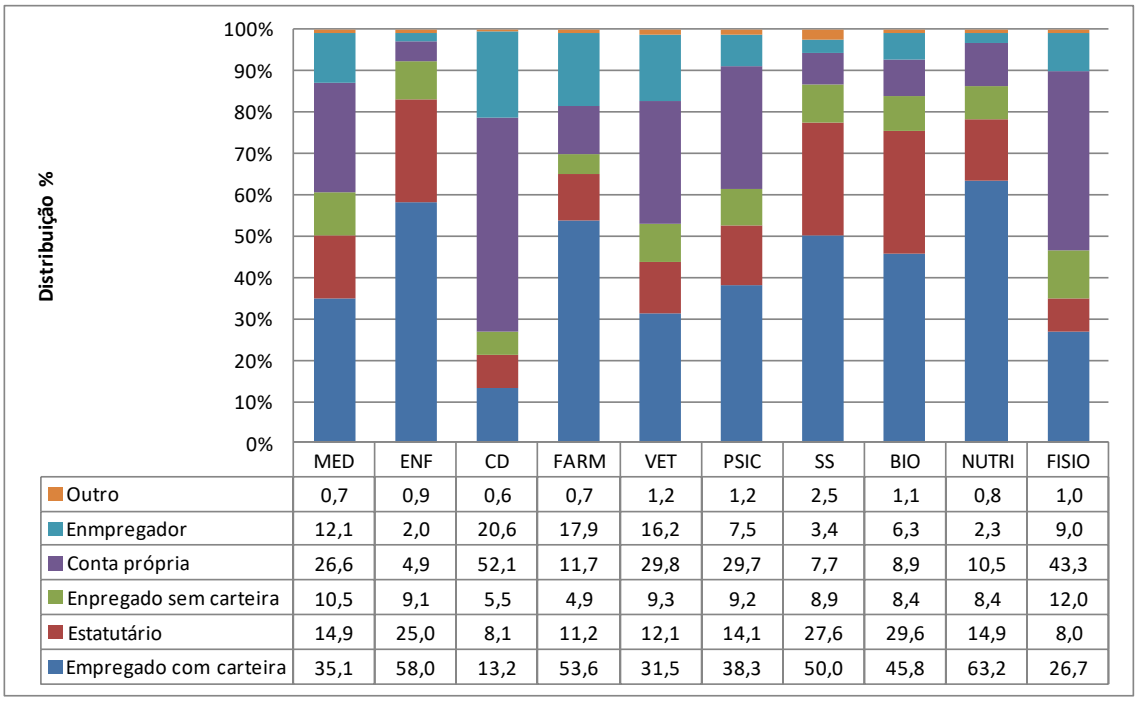
Gráfico 24 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior por condição de atividade e profissão.



	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO
Desocupado	0,5	5,4	0,9	2,8	3,1	3,5	3,6	4,0
Não economicamente ativo	7,8	13,2	11,1	12,1	12,1	16,0	18,2	16,2
Ocupado em outra função	11,2	34,8	10,6	32,4	34,3	36,5	32,0	62,5
Ocupado na profissão	80,5	46,7	77,5	52,7	50,5	44,0	46,3	17,4

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

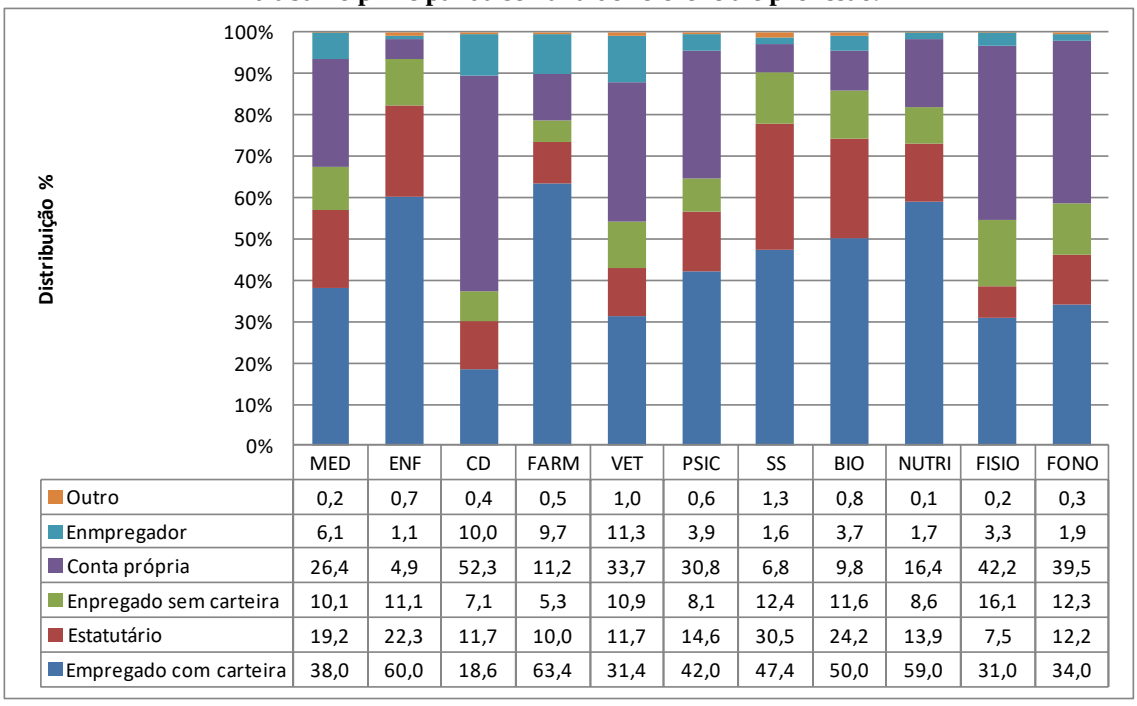
Gráfico 25 – Brasil, 2000: Profissionais da saúde de nível superior ocupados por posição na ocupação do trabalho principal da semana de referência e profissão.



	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUTRI	FISIO
Outro	0,7	0,9	0,6	0,7	1,2	1,2	2,5	1,1	0,8	1,0
Enmpregador	12,1	2,0	20,6	17,9	16,2	7,5	3,4	6,3	2,3	9,0
Conta própria	26,6	4,9	52,1	11,7	29,8	29,7	7,7	8,9	10,5	43,3
Enpregado sem carteira	10,5	9,1	5,5	4,9	9,3	9,2	8,9	8,4	8,4	12,0
Estatutário	14,9	25,0	8,1	11,2	12,1	14,1	27,6	29,6	14,9	8,0
Empregado com carteira	35,1	58,0	13,2	53,6	31,5	38,3	50,0	45,8	63,2	26,7

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 26 – Brasil, 2010: Profissionais da saúde de nível superior ocupados por posição na ocupação do trabalho principal da semana de referência e profissão.



	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUTRI	FISIO	FONO
Outro	0,2	0,7	0,4	0,5	1,0	0,6	1,3	0,8	0,1	0,2	0,3
Enmpregador	6,1	1,1	10,0	9,7	11,3	3,9	1,6	3,7	1,7	3,3	1,9
Conta própria	26,4	4,9	52,3	11,2	33,7	30,8	6,8	9,8	16,4	42,2	39,5
Enpregado sem carteira	10,1	11,1	7,1	5,3	10,9	8,1	12,4	11,6	8,6	16,1	12,3
Estatutário	19,2	22,3	11,7	10,0	11,7	14,6	30,5	24,2	13,9	7,5	12,2
Empregado com carteira	38,0	60,0	18,6	63,4	31,4	42,0	47,4	50,0	59,0	31,0	34,0

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Evolução do mercado de trabalho formal e inserção ocupacional

O mercado de trabalho formal das profissões de nível superior da saúde, assim como se observou nos aspectos de formação, apresentou duas tendências, quando comparadas as décadas de 1990 e 2000[16]. Na primeira, seguindo o período de crise do mercado de trabalho brasileiro, assistiu-se a uma tendência de baixo crescimento e, em alguns casos, de fechamento de postos de trabalho. No segundo, como também ocorreu no mercado geral, houve tendência à formalização, com um crescimento mais acentuado dos estoques de vínculos formais de emprego. Claramente, não se verificaram os mesmos padrões para todas as profissões, assim como se deu de forma diferenciada a inserção no mercado de trabalho dos novos profissionais provenientes do sistema formativo.

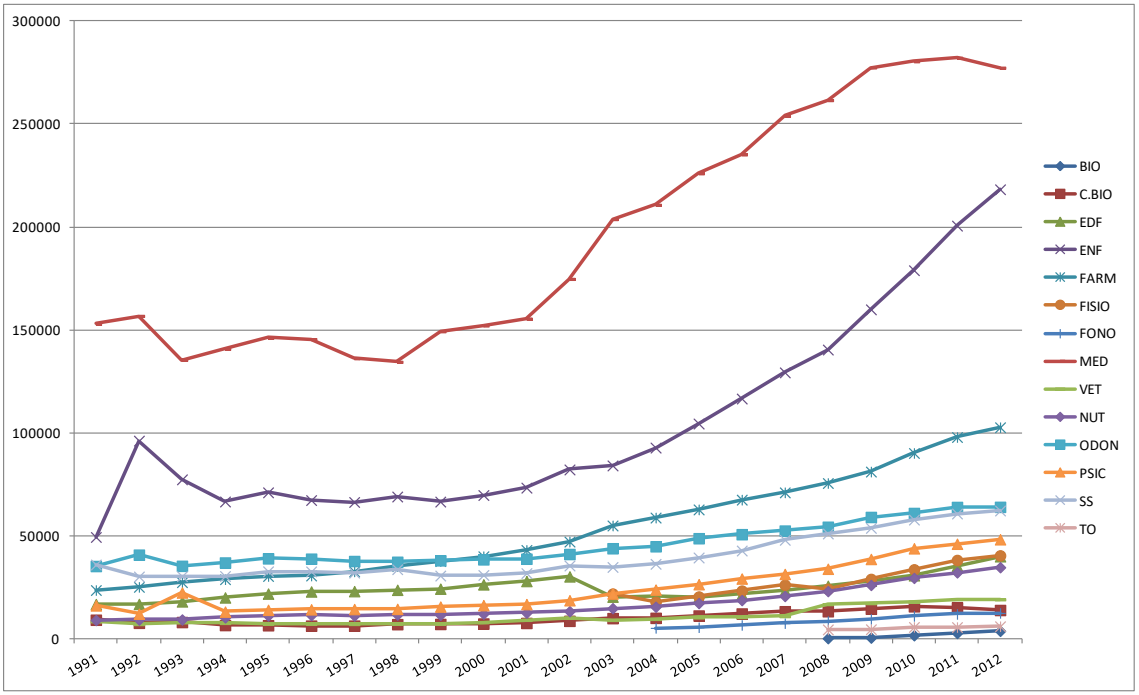
Do ponto de vista da evolução dos vínculos formais de emprego ativos, segundo Gráfico 27, Enfermagem, Farmácia e Nutrição evidenciaram os incrementos mais expressivos. Entre o período de 1991 a 2012, os estoques passaram de 49.410 para 218.255, de 23.631 para 102.694 e de 9.064 para 34.714, respectivamente. Note-se, porém, que o número de empregos de Médicos, frente às demais profissões, se manteve maior em todos os anos. Em 1991, contaram-se 152.946 empregos desta profissão, contra 49.410 de Enfermeiros, que era o segundo maior. Já em 2010, 277.309 contra 218.255. As categorias que tiveram os incrementos menos expressivos ao longo da série foram de Biólogos, Assistentes Sociais, Médicos, Cirurgiões-dentistas e Farmacêuticos.

O Gráfico 28 destaca a média da razão das admissões por primeiro emprego no ano e dos egressos dos cursos de graduação no ano anterior, como indicador de inserção no mercado de trabalho da população de novos profissionais provenientes do sistema formador. A profissão que mais ampliou a empregabilidade, entre as décadas de 1990 e 2000, foi a Medicina, que passou de uma média de 0,77 para 1,45 – note que na segunda década eram, em média, 145 empregos para cada 100 egressos, um número bastante significativo e muito acima da realidade não só de outras profissões de saúde, mas de profissões como um todo. Também ampliaram sua empregabilidade os Cirurgiões-dentistas (0,24-0,38), Psicólogos (0,07-0,16) e Veterinários (0,18-0,21). Por outro lado, sofreram redução: Enfermeiros (0,71-0,46), Assis-

[16] É importante destacar que as informações da RAIS se referem aos empregos registrados na CBO correspondente a profissão. Nesse sentido, não se referem aos empregos em outras funções.

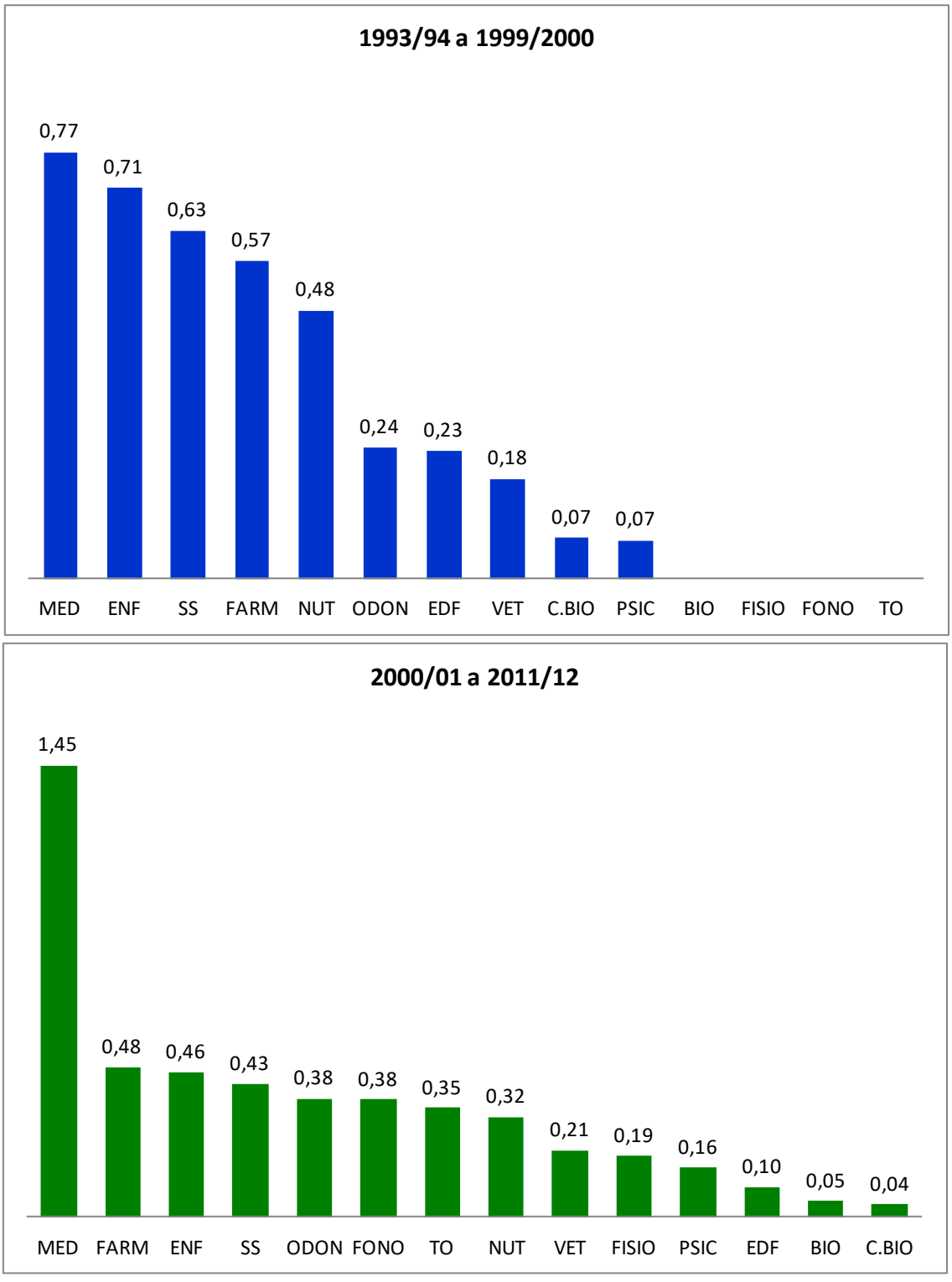
tentes Sociais (0,63-0,43), Nutricionistas (0,48-0,32), Educadores Físicos (0,23-0,10), Farmacêuticos (0,57-0,48) e Biólogos (0,07-0,04).

Gráfico 27 – Brasil, 1991-2012: Evolução do número de vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, por profissão.



Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

Gráfico 28 – Brasil, 1993/94 a 2011/12: Média da razão entre o número de admissões por primeiro emprego no ano e o número de egressos no ano anterior, por profissão* e período.



Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do Censo da Educação Superior do INEP. *Dados não disponíveis para todos os anos para Biomedicina e Terapia Ocupacional (apenas a partir de 2008), Fisioterapia (a partir de 2003) e Fonoaudiologia (a partir de 2004).

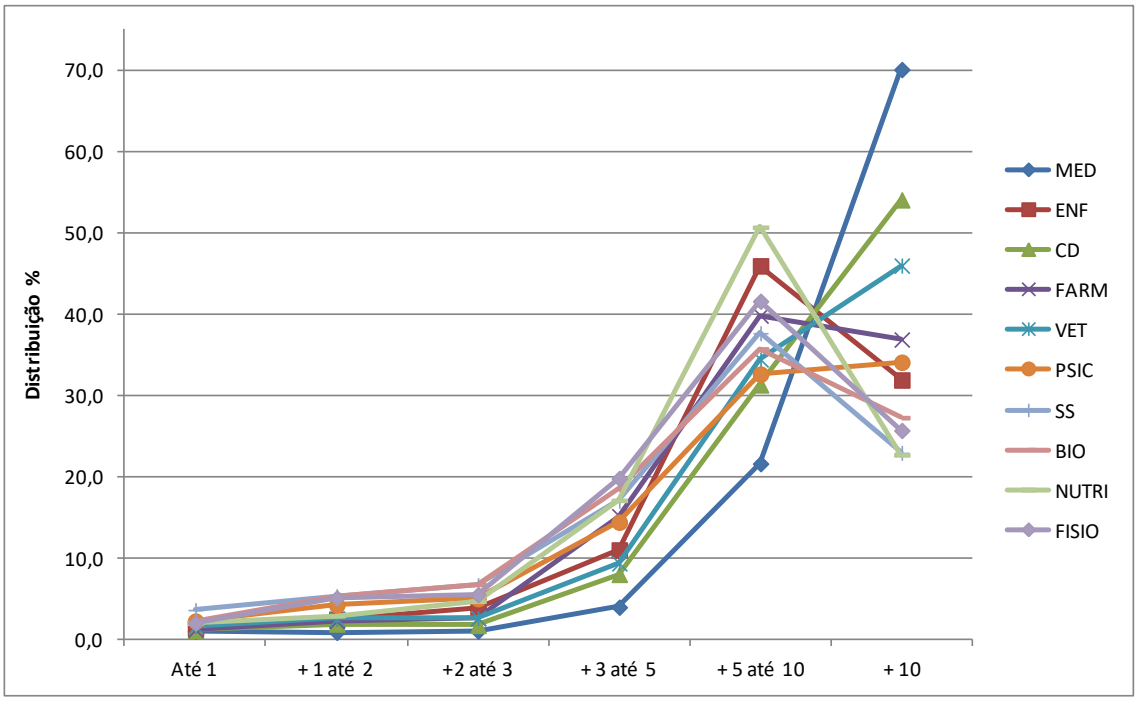
Rendimentos

Os Gráficos 29 e 30 apresentam a distribuição de profissionais de saúde no Brasil em 2000 e em 2010 segundo rendimentos, em faixas de salários mínimos, do trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico[17]. A profissão que, proporcionalmente, apresentou o maior número de profissionais recebendo mais de 10 salários mínimos, tanto em 2000 quanto em 2010, é a de Médicos. Ainda em relação à categoria de mais de 10 salários mínimos, percebe-se grande redução proporcional dos profissionais de todas as profissões quando se comparam os dois anos da série. A faixa salarial que aumentou a proporção de profissionais incluídos nela é a de 3 a 5 salários mínimos, com destaque para os Farmacêuticos, que passaram de 15,2% para 32,1%. Um importante deslocamento de rendimentos ficou a cargo dos Nutricionistas, que possuíam 73,4% de seus profissionais recebendo acima de 5 salários mínimos, em 2000, e passaram para 56% dos profissionais recebendo entre 2 e 5 salários mínimos, em 2010. Ressalta-se ainda que, nos dois anos, os melhores rendimentos foram reservados aos Médicos, Cirurgiões-dentistas e Veterinários.

Considerando apenas os salários dos vínculos formais de emprego, no período de 2002 a 2012, segundo a RAIS (Tabela 6), todas as profissões de saúde de nível superior ampliaram sua remuneração média, sendo que Médicos e Veterinários alcançaram os maiores do início ao final da série. Os Médicos passaram de R$ 2.068,02, ou R$3.653,10 considerando o salário real, para R$ 6.210,93. Os Veterinários passaram de R$ 1.866,92, ou R$ 3.297,06, para R$ 4.955,94. Note que a diferença entre as duas profissões, em 2002, era muito pequena, tendo ampliado, em 2012, para R$ 1.254,99, destacando que a Medicina ampliou sua distância para as demais profissões de saúde de nível superior – tanto que o incremento bruto de 70,02% foi o maior observado. Os menores incrementos foram entre empregos de Educadores Físicos (5,75%), Cirurgiões-dentistas (11%) e Nutricionistas (14,12%).

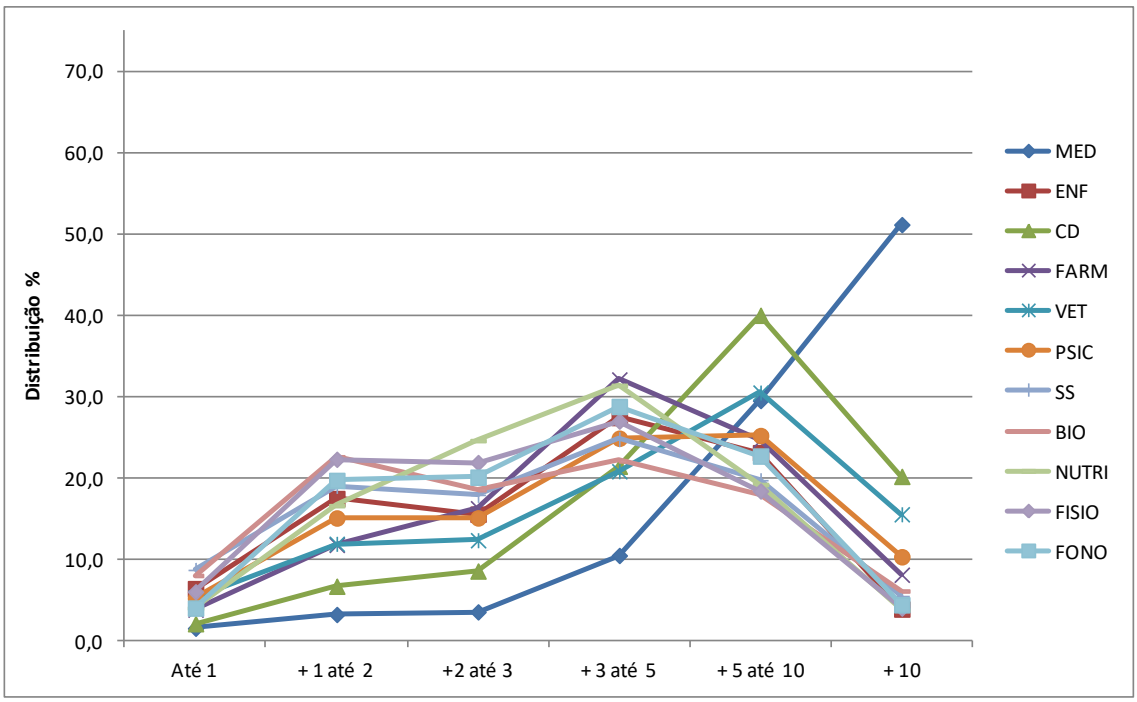
[17] Em 2000, por ocasião da semana de referência do Censo, o salário mínimo no Brasil era de R$ 151,00 e, em 2010, de R$ 510,00. A inflação observada no período foi de 101,18%, o que significa que o salário mínimo do ano 2000 valeria, em termos de 2010, a quantia de R$ 303,78.

Gráfico 29 – Brasil, 2000: Distribuição dos profissionais da saúde de nível superior segundo rendimento, em faixas de salários mínimos, do trabalho principal da semana de referência, por profissão.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Gráfico 30 – Brasil, 2010: Distribuição dos profissionais da saúde de nível superior segundo rendimento, em faixas de salários mínimos, do trabalho principal da semana de referência, por profissão.



Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Tabela 6 – Brasil, 2003 a 2012: Evolução do rendimento médio (nominal e real) dos vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, por profissão.

		BIO	C.BIO	EDF	ENF	FARM	FISIO	FONO	MED	VET	NUT	ODON	PSIC	SS	TO
Rendimento nominal	**2002**	-	1.822,21	894,45	1.628,18	1.180,82	-	-	2.068,52	1.866,92	1.244,26	1.495,37	1.410,16	1.317,42	-
	2003	-	1.952,99	950,24	1.885,68	1.342,61	1.245,90	-	2.299,16	2.347,58	1.342,94	1.647,16	1.510,44	1.600,05	-
	2004	-	2.076,08	987,8	2.055,07	1.498,83	1.381,36	1.336,10	2.493,66	2.493,00	1.465,71	1.820,47	1.640,33	1.774,22	-
	2005	-	2.205,83	1.074,51	2.216,01	1.612,95	1.466,62	1.410,19	2.792,28	2.654,16	1.562,67	1.978,73	1.717,64	1.881,31	-
	2006	-	2.374,86	1.151,56	2.367,87	1.742,83	1.569,30	1.485,76	3.116,84	2.907,55	1.662,10	2.172,17	1.808,71	2.025,47	-
	2007	-	2.483,96	1.229,55	2.482,65	1.858,96	1.648,68	1.580,10	3.416,42	3.084,53	1.758,27	2.325,52	1.929,45	2.121,72	-
	2008	1.651,30	2.739,84	1.353,27	2.654,78	1.997,39	1.754,91	1.649,34	3.874,27	3.564,63	1.824,57	2.529,99	2.040,03	2.445,09	1.786,45
	2009	1.850,86	2.962,81	1.382,72	2.834,88	2.155,62	1.860,89	1.775,47	4.379,29	3.768,34	1.958,06	2.787,11	2.177,68	2.569,32	2.024,25
	2010	2.208,67	3.265,66	1.472,89	3.055,49	2.337,66	2.004,41	1.912,18	4.984,90	4.007,06	2.131,59	3.022,13	2.316,02	2.761,91	2.312,29
	2011	2.418,14	3.684,57	1.586,84	3.254,88	2.534,55	2.188,07	2.094,21	5.600,96	4.436,54	2.317,59	3.308,21	2.541,97	3.023,88	2.409,28
	2012	2.554,90	3.996,99	1.670,52	3.547,11	2.775,35	2.398,07	2.330,48	6.210,93	4.955,94	2.507,73	3.723,31	2.764,25	3.217,55	2.641,50
Rendimento Real (a preços de 2012 – [illegible])	**2002**	-	3.218,11	1.579,64	2.875,44	2.085,38	-	-	3.653,10	3.297,06	2.197,42	2.640,89	2.490,41	2.326,62	-
	2003	-	3.155,60	1.535,38	3.046,84	2.169,36	2.013,10	-	3.714,93	3.793,17	2.169,89	2.661,44	2.440,54	2.585,33	-
	2004	-	3.117,55	1.483,33	3.086,00	2.250,72	2.074,32	2.006,36	3.744,61	3.743,62	2.200,99	2.733,71	2.463,21	2.664,26	-
	2005	-	3.134,06	1.526,67	3.148,53	2.291,69	2.083,79	2.003,61	3.967,29	3.771,05	2.220,25	2.811,40	2.440,44	2.672,98	-
	2006	-	3.271,50	1.586,33	3.261,87	2.400,84	2.161,79	2.046,71	4.293,61	4.005,30	2.289,63	2.992,28	2.491,59	2.790,19	-
	2007	-	3.275,69	1.621,45	3.273,96	2.451,48	2.174,18	2.083,74	4.505,36	4.067,68	2.318,70	3.066,75	2.544,44	2.797,99	-
	2008	2.056,3	3.411,83	1.685,18	3.305,91	2.487,28	2.185,33	2.053,87	4.824,50	4.438,91	2.272,08	3.150,51	2.540,38	3.044,79	2.224,61
	2009	2.209,6	3.537,04	1.650,71	3.384,32	2.573,41	2.221,56	2.119,58	5.228,05	4.498,69	2.337,56	3.327,29	2.599,74	3.067,29	2.416,58
	2010	2.489,6	3.681,04	1.660,24	3.444,14	2.635,00	2.259,36	2.155,40	5.618,96	4.516,74	2.402,72	3.406,53	2.610,61	3.113,21	2.606,40
	2011	2.559,4	3.899,75	1.679,51	3.444,96	2.682,57	2.315,85	2.216,51	5.928,06	4.695,63	2.452,94	3.501,41	2.690,42	3.200,47	2.549,98
	2012	2.554,9	3.996,99	1.670,52	3.547,11	2.775,35	2.398,07	2.330,48	6.210,93	4.955,94	2.507,73	3.723,31	2.764,25	3.217,55	2.641,50
	Inc.	**24,25**	**24,20**	**5,75**	**23,36**	**33,09**	**19,12**	**16,15**	**70,02**	**50,31**	**14,12**	**40,99**	**11,00**	**38,29**	**18,74**

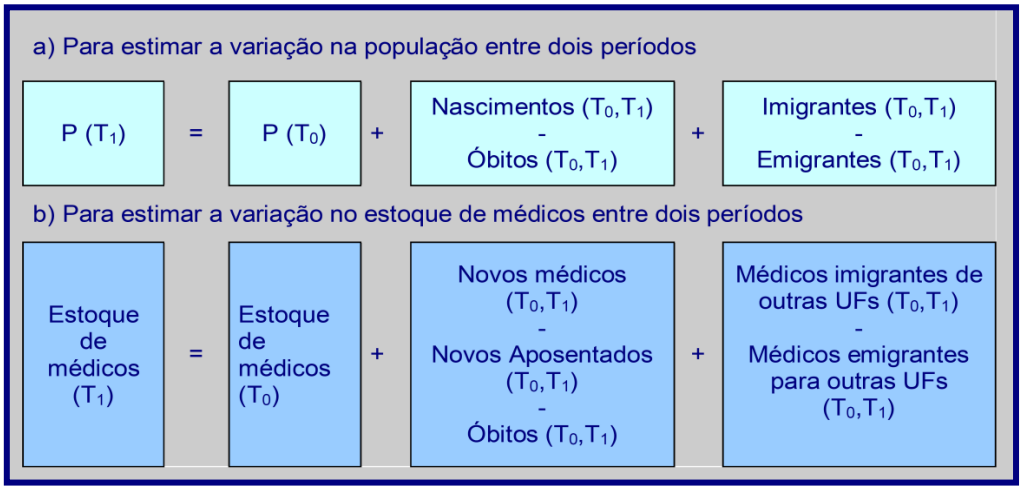
Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE.

4. Estimativas futuras do número de profissionais

4.1. Notas metodológicas

Metodologias para a realização de previsões sobre a força de trabalho qualificada em saúde são relativamente escassas nos países em desenvolvimento, como afirma Rodrigues (2008), podendo citar para o caso de 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) baseado em um modelo estatístico para a projeção de médicos, segundo especialidades, no 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 das profissões de saúde de nível superior foi definido utilizando uma adequação da metodologia de projeções de população conhecida como "método das componentes demográficas"[18], anteriormente aplicada por Girardi et al. (2012) apenas para médicos. Ela descansa no conceito da equação compensatória e seus componentes, que de forma esquemática, ilustra-se na Figura abaixo.

Quadro 1 – Equação compensatória.



Fonte: Rodrigues, 2008.

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

O painel (a) explicita o processo de estimação da população a partir de um período inicial (T_0) para um período seguinte (T_1), 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. Uma aplicação desta adequação foi feita inicialmente por Rodrigues (2008) para Minas Gerais, tendo sido aplicada também a estimativas de outros segmentos de força de trabalho qualificada (Pereira; Nascimento; Araújo, 2013). Ressalta-se ainda que, seguindo o método das componentes demográficas, o esquema foi aplicado aos dados por sexo e idade [19].

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 (GIRARDI et al., 2009). Apesar disso, exploram-se neste estudo alguns cenários nos quais os estoques futuros de profissionais são adequados de acordo com alterações nos escopos de prática.

Para estimar a força de trabalho futura de profissionais de saúde seguindo a lógica da equação compensadora do método das componentes demográficas foi necessário estimar por profissão, sexo e idade: (i) o número atual de profissionais economicamente ativos, isto é, a disponibilidade inicial, em 2010, 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 graduação 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 economicamente ativa em 2010. Neste estudo, o Censo Demográfico do IBGE foi utilizado para calcular o estoque inici-

[19] Detalhes sobre a aplicação do método podem ser vistos em Rodrigues (2008).

al das profissões de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, veterinários, psicólogos, assistentes sociais e biólogos. Para nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos o dado do Censo só identifica os ocupados na profissão, não contemplando os ocupados em outras funções e os desocupados[20], os quais também são economicamente ativos. Nestes casos, foi aplicado um fator de ajuste corresponde à diferença entre o valor estimado de profissionais ativos nos respectivos conselhos profissionais e o valor encontrado no Censo. O fator de ajuste foi redistribuído entre as categorias de sexo e faixa etária obedecendo a mesma distribuição proporcional. Não foram realizadas projeções para os biomédicos, educadores físicos e terapeutas ocupacionais, os quais não podem ser identificados nas classificações do Censo.

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. 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 $\boldsymbol{i}$ e de egressos no ano $\boldsymbol{i + n}$, sendo $\boldsymbol{n}$ 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 médi-

[20] O Censo Demográfico do IBGE se destaca, *a priori*, como a fonte que fornece os profissionais de nível superior da saúde, estejam eles ocupados, desocupados ou não economicamente ativos. Neste caso, contam-se as pessoas que declararam possuir graduação na área ou que estavam ocupados no trabalho principal da semana de referência na profissão, sendo as duas condições não excludentes. Para estas três profissões, não há correspondência na classificação de cursos de graduação, sendo possível identificar os profissionais apenas pela ocupação do trabalho principal.

cos 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, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e o restante dos trabalhadores, cada um em seu momento, através da RAIS. O mesmo diferencial 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 Modelo[21] [22].

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). Em função das diferenças demográficas e de oferta e demanda de cada profissão, procedeu-se a um modelo para cada caso com pressupostos e cenários distintos, os quais são apresentados a seguir.

4.2. Cenários para 2030

Neste exercício de estimativa para os anos de 2010 a 2030, os seguintes pressupostos foram considerados nas projeções de todas as profissões:

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 num número de egressos, aí descontados as vagas desperdiçadas por não preenchimento e desistência.

[21] 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)
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).
[22] A população total do Brasil estimada, para os períodos considerados, salvo especificação contrária, foi a definida pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG (CEDEPLAR, 2012).

2. O volume de profissionais no Brasil para o futuro imediato, isto é, entre 2010 e 2015 (quinquênio referente ao estoque inicial dado pelo Censo), está praticamente definido: ele é função principalmente da formação dos estudantes que se matricularam entre 2003/04 e 2009/10, no caso da medicina, e entre 2004/05 a 2009/10, no caso das demais profissões. 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 2015, o volume variará caso venha a se registrar variação do número de vagas que as universidades oferecerão para os anos posteriores a 2010, o que foi definido através de cenários hipotéticos que serão discutidos a frente;
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 e cirurgiões-dentistas, respeitando os diferenciais encontrados na RAIS, teriam uma esperança de vida superior em aproximadamente 4 anos, com ligeira vantagem para o sexo feminino; e as demais profissões teriam uma esperança de vida similar ao total da economia, também respeitando a análise realizada a partir da RAIS. 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.
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. A validade desta decisão será revisada, evidentemente, à luz dos próximos Censos Demográficos.

Médicos

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 conforme os seguintes cenários:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que as escolas de Medicina do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de 3,4%, ocorrido entre os anos de 1991 e 2012, não será sustentado. De fato, no último quadriênio, entre 2009 e 2012, as vagas cresceram a um patamar menor, de 2,4% ao ano. Assume-se neste cenário que as vagas manterão esse ritmo menor de crescimento e passarão de 17.641 em 2012 para 24.161 em 2024. O volume de novos médicos até 2030, portanto, aumentará a partir dessa tendência. Além disso, em média, a Taxa de Eficiência Terminal do curso será de 84% e a razão de ingresso por vaga será de 1,0, valores que também foram observados para o último quadriênio.
b) *Cenário "Mais Médicos"*: o segundo cenário é baseado na oferta de novas vagas previstas no Programa Mais Médicos, do Governo Federal, num total de 12.761 entre 2013 e 2017 (sendo 1.762 em 2013, 2.912 em 2014, 4.242 em 2015, 3.619 em 2016 e 226 em 2017)[23]. A partir de 2018, o cenário prevê que o número total de vagas resultante, que passará de 17.641 para 30.402, permanecerá constante sem a intervenção do Programa. E ainda, a eficiência terminal e a razão de ingressos por vaga será aquela observada entre os anos 2003 e 2012, isto é, Taxa e Eficiência Terminal de 87% e razão de preenchimento de 1 ingresso por vaga.
c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando entre 552,9 e 668,7 mil profissionais médicos para Brasil (tabela 7). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual RMH, de 1,72 médicos por cada mil habitantes em 2010, passasse para 2,57 em 2030. A razão ficaria em 2,46 no cenário de crescimento zero do número de

[23] Dados do Departamento de Gestão da Educação em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/Ministério da Saúde.

vagas em 2,98 no cenário do Programa Mais Médicos. 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 7 – Brasil 2010-2030: Nº de médicos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Médicos					
Cenário 1 (Tendencial)	328.006	383.652	440.021	505.897	577.707
Cenário 2 ("Mais médicos")	328.006	384.681	444.477	553.692	668.767
Cenário 3 (S/ crescimento)	328.006	385.922	443.850	501.287	552.983
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	11.129	11.274	13.175	14.362	
Cenário 2 ("Mais médicos")	11.335	11.959	21.843	23.015	
Cenário 3 (S/ crescimento)	11.583	11.586	11.487	10.339	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	1,72	1,88	2,07	2,30	2,57
Cenário 2 ("Mais médicos")	1,72	1,89	2,09	2,52	2,98
Cenário 3 (S/ crescimento)	1,72	1,89	2,09	2,28	2,46

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Enfermeiros

Os cenários desenhados para enfermeiros são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que as escolas de Enfermagem do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de 13,7% ao ano observado entre 1991 e 2012 não será sustentado. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas decresceram a 2,1% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo de fechamento e passarão de 111.175 em 2012 para 83.962 em 2025. O número de novos enfermeiros, portanto, acompanhará tal tendência desacelerando seu crescimento até 2030. Além disso, em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 64% e a razão de ingresso por vaga de 0,63, valores que também foram observados para o último quadriênio.

b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de fechamento de vagas nos cursos de enfermagem buscando estabelecer volumes de profis-

sionais que no futuro possam cobrir um escopo de prática ampliado da profissão. O cenário prevê a mesma tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento de vagas de 9,1% ao ano até 2017 (passando de 111.175 para 171.559), eficiência terminal de 86% e razão de ingressos por vaga de 0,75.

c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 1,073 a 1,970 milhões de enfermeiros para Brasil (tabela 8). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão de 1,59 enfermeiros por cada mil habitantes em 2010, passasse para 4,78 em 2030. A razão ficaria em torno de 5,61 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 8,77 no cenário regulatório.

Tabela 8 – Brasil 2010-2030: Número de enfermeiros, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Enfermeiros					
Cenário 1 (Tendencial)	308.429	492.630	713.892	907.186	1.073.915
Cenário 2 (Regulatório)	308.429	588.531	954.632	1.440.372	1.970.500
Cenário 3 (S/ crescimento)	308.429	557.773	843.510	1.054.183	1.258.893
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	36.840	44.252	38.659	33.346	
Cenário 2 (Regulatório)	56.021	73.220	97.148	106.026	
Cenário 3 (S/ crescimento)	49.869	57.147	42.135	40.942	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	1,59	2,42	3,36	4,13	4,78
Cenário 2 (Regulatório)	1,59	2,89	4,49	6,56	8,77
Cenário 3 (S/ crescimento)	1,59	2,74	3,97	4,80	5,61

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Cirurgiões-dentistas

Os cenários desenhados para cirurgiões-dentistas são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que os cursos de Odontologia do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de 5,1% ao ano observado entre 1991 e 2012 não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas cresceram a 2,0% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo menor de crescimento e passarão de 20.589 em 2012 para 26.500 em 2025. O número de novos cirurgiões-dentistas, portanto, acompanhará tal tendência. Além disso, em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 69% e a razão de ingresso por vaga de 0,91, valores que também foram observados para o último quadriênio.
b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de desaceleração do crescimento de vagas com vistas a estabelecer volumes de profissionais que no futuro possam cobrir uma demanda reprimida na área de saúde bucal no SUS. O cenário prevê a mesma tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento de vagas de 2,3% ao ano (passando de 20.589, em 2012, para 27.821, em 2025), taxa de eficiência terminal média de 68,9% e razão de ingresso por vaga de 0,85.
c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 439.098 a 426.000 cirurgiões-dentistas para Brasil (tabela 9). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 1,11 cirurgiões-dentistas por cada mil habitantes em 2010, passasse para 1,96 em 2030. A razão ficaria em torno de 1,88 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 1,90 no cenário regulatório.

Tabela 9 – Brasil 2010-2030: Número de cirurgiões-dentistas, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Cirurgiões-dentistas					
Cenário 1 (Tendencial)	214.909	263.299	317.203	376.449	439.098
Cenário 2 (Regulatório)	214.909	260.954	310.591	366.090	426.000
Cenário 3 (S/ crescimento)	214.909	263.191	316.741	370.762	421.105
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	9.678	10.781	11.849	12.530	
Cenário 2 (Regulatório)	9.209	9.927	11.100	11.982	
Cenário 3 (S/ crescimento)	9.656	10.710	10.804	10.069	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	1,11	1,29	1,49	1,71	1,96
Cenário 2 (Regulatório)	1,11	1,28	1,46	1,67	1,90
Cenário 3 (S/ crescimento)	1,11	1,29	1,49	1,69	1,88

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Farmacêuticos

Os cenários desenhados para farmacêuticos são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que os cursos de Farmácia do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de observado entre 1991 e 2012 de 12,3%, não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas decresceram a 3,1% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo de fechamento e passarão de 47.548, em 2012, para 31.693, em 2025. O número de novos farmacêuticos, portanto, acompanhará tal tendência desacelerando seu crescimento até 2030. Em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 59,8% e a razão de ingresso por vaga de 0,59, valores que também foram observados para o último quadriênio.

b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de fechamento de vagas nos cursos de farmácia com vistas a estabelecer volumes de profissionais que no futuro possam cobrir um escopo de prática ampliado da profissão. O cenário prevê a mesma tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento de vagas de 7,9% ao ano (passando de 47.548, em 2012, para 69.503, em 2017), eficiência terminal média de 71,1% e razão de ingresso por vaga de 0,72.

c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 406.666 a 669.193 farmacêuticos para Brasil (tabela 10). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 0,69 farmacêuticos por cada mil habitantes em 2010, passasse para 1,81 em 2030. A razão ficaria em torno de 2,06 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 2,98 no cenário regulatório.

Tabela 10 – Brasil 2010-2030: Número de farmacêuticos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Farmacêuticos					
Cenário 1 (Tendencial)	133.422	199.807	282.417	350.972	406.666
Cenário 2 (Regulatório)	133.422	221.937	345.509	501.304	669.193
Cenário 3 (S/ crescimento)	133.422	212.860	309.262	387.357	463.180
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	13.277	16.522	13.711	11.139	
Cenário 2 (Regulatório)	17.703	24.714	31.159	33.578	
Cenário 3 (S/ crescimento)	15.887	19.280	15.619	15.165	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	0,69	0,98	1,33	1,60	1,81
Cenário 2 (Regulatório)	0,69	1,09	1,62	2,28	2,98
Cenário 3 (S/ crescimento)	0,69	1,04	1,45	1,76	2,06

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Veterinários

Os cenários desenhados para veterinários são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que os cursos de Medicina Veterinária do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento 9,3% ao ano observado entre 1991 e 2012 não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas cresceram a 3% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo menor de crescimento e passarão de 18.133, em 2012, para 26.749, em 2025. O número de novos veterinários, portanto, acompanhará tal tendência. Além disso, em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 55% e a razão de ingresso por vaga de 0,78, valores que também foram observados para o último quadriênio.
b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de desaceleração do crescimento de vagas com vistas a estabelecer volumes de profissionais que no futuro possam cobrir uma demanda reprimida na área. O cenário prevê a mesma tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento de vagas de 4,5% ao ano (passando de 18.133, em 2012, para 32.072 em 2025). A eficiência terminal média no cenário é de 57,9% e a razão de ingresso por vaga de 0,81.
c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 220.798 a 245.316 veterinários para Brasil (tabela 11). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 0,37 veterinários por cada mil habitantes em 2010, passasse para 0,98 em 2030. A razão ficaria em torno de 0,92 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 1,09 no cenário regulatório.

Tabela 11 – Brasil 2010-2030: Número de veterinários, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Veterinários					
Cenário 1 (Tendencial)	71.348	100.288	135.036	174.989	220.798
Cenário 2 (Regulatório)	71.348	101.902	140.349	187.230	245.316
Cenário 3 (S/ crescimento)	71.348	101.830	137.809	172.779	206.568
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	5.788	6.949	7.991	9.162	
Cenário 2 (Regulatório)	6.111	7.689	9.376	11.617	
Cenário 3 (S/ crescimento)	6.096	7.196	6.994	6.758	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	0,37	0,49	0,63	0,80	0,98
Cenário 2 (Regulatório)	0,37	0,50	0,66	0,85	1,09
Cenário 3 (S/ crescimento)	0,37	0,50	0,65	0,79	0,92

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Psicólogos

Os cenários desenhados para psicólogos são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que os cursos de Psicologia do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de 9% ao ano observado entre 1991 e 2012 não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas cresceram a 7,7% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo menor de crescimento e passarão de 75.515, em 2012, para 198.016, em 2025. O número de novos psicólogos, portanto, acompanhará tal tendência. Além disso, em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 50% e a razão de ingresso por vaga de 0,64, valores que também foram observados para o último quadriênio.

b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de desaceleração do crescimento de vagas com vistas a estabelecer volumes de profissionais que no futuro possam cobrir um escopo de prática ampliado da profissão para atuação na área de saúde mental. O cenário prevê a mesma tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento de vagas de 8% ao ano (passando de 75.515, em 2012, para 204.680, em 2025). A eficiência terminal média no cenário é de 61% e a razão de ingresso por vaga de 0,66.

c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 779.418 a 952.173 de psicólogos para Brasil (tabela 12). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 1,19 psicólogos por cada mil habitantes em 2010, passasse para 3,47 em 2030. A razão ficaria em torno de 2,94 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 4,24 no cenário regulatório.

Tabela 12 – Brasil 2010-2030: Número de psicólogos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Psicólogos					
Cenário 1 (Tendencial)	229.857	310.762	414.940	564.091	779.418
Cenário 2 (Regulatório)	229.857	331.426	467.461	664.105	952.173
Cenário 3 (S/ crescimento)	229.857	330.728	453.020	560.047	660.953
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	16.181	20.836	29.830	43.065	
Cenário 2 (Regulatório)	20.314	27.207	39.329	57.614	
Cenário 3 (S/ crescimento)	20.174	24.459	21.405	20.181	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	1,19	1,52	1,95	2,57	3,47
Cenário 2 (Regulatório)	1,19	1,63	2,20	3,03	4,24
Cenário 3 (S/ crescimento)	1,19	1,62	2,13	2,55	2,94

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Assistentes Sociais

Os cenários desenhados para assistentes sociais são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que as escolas de Serviço Social do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de 9,3% ao ano observado entre 1991 e 2012 não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas cresceram a 8,8% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo menor de crescimento e passarão de 44.137, em 2012, para 131.842, em 2025. O número de novos assistentes sociais, portanto, acompanhará tal tendência. Além dis-

so, em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 67% e a razão de ingresso por vaga de 0,60, valores que também foram observados para o último quadriênio.

b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de desaceleração do crescimento de vagas com vistas a estabelecer volumes de profissionais que no futuro possam cobrir um escopo de prática ampliado da profissão para atuação na área de saúde mental. O cenário prevê a mesma tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento de vagas de 11,7% ao ano (passando de 44.137, em 2012, para 186.062, em 2025). A eficiência terminal média no cenário é de 73% e a razão de ingresso por vaga de 0,70.

c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 562.758 a 770.448 de assistentes sociais para Brasil (tabela 13). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 0,74 assistentes sociais por cada mil habitantes em 2010, passasse para 2,51 em 2030. A razão ficaria em torno de 1,93 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 3,43 no cenário regulatório.

Tabela 13 – Brasil 2010-2030: Número de assistentes sociais, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Assistentes Sociais					
Cenário 1 (Tendencial)	142.715	189.403	265.573	383.562	562.758
Cenário 2 (Regulatório)	142.715	202.071	301.086	472.106	770.448
Cenário 3 (S/ crescimento)	142.715	194.248	274.811	356.452	433.743
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	9.338	15.234	23.598	35.839	
Cenário 2 (Regulatório)	11.871	19.803	34.204	59.668	
Cenário 3 (S/ crescimento)	10.307	16.113	16.328	15.458	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	0,74	0,93	1,25	1,75	2,51
Cenário 2 (Regulatório)	0,74	0,99	1,42	2,15	3,43
Cenário 3 (S/ crescimento)	0,74	0,95	1,29	1,62	1,93

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Biólogos

Os cenários desenhados para biólogos são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que os cursos de Ciências Biológicas do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de observado entre 1991 e 2012 de 5,8%, não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas decresceram a 8,9% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo de fechamento e passarão de 23.653, em 2012, para 14.842 em 2017. O número de novos biólogos, portanto, acompanhará tal tendência desacelerando seu crescimento até 2030. Em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 33% e a razão de ingresso por vaga de 0,53, valores que também foram observados para o último quadriênio.

d) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de desaceleração do crescimento de vagas com vistas a estabelecer números de profissionais que no futuro possam cobrir a demanda da área. O cenário seguirá a tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento das vagas de 1,7% ao ano (passando de 23.653 em 2012 para 29.331 em 2025). A eficiência terminal média no cenário será de 52% e a razão de ingresso por vaga de 0,69.

b) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 210.278 a 318.261 de biólogos para Brasil (tabela 14). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 0,86 biólogos por cada mil habitantes em 2010, passasse para 0,94 em 2030. A razão ficaria em torno de 1,12 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 1,42 no cenário regulatório.

Tabela 14 – Brasil 2010-2030: Número de biólogos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Biólogos					
Cenário 1 (Tendencial)	165.849	185.725	201.989	210.473	214.456
Cenário 2 (Regulatório)	165.849	202.441	241.014	279.246	318.261
Cenário 3 (S/ crescimento)	165.849	198.927	225.252	239.633	251.071
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	3.975	3.253	1.697	797	
Cenário 2 (Regulatório)	7.318	7.715	7.646	7.803	
Cenário 3 (S/ crescimento)	6.616	5.265	2.876	2.287	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	0,86	0,91	0,95	0,96	0,95
Cenário 2 (Regulatório)	0,86	0,99	1,13	1,27	1,42
Cenário 3 (S/ crescimento)	0,86	0,98	1,06	1,09	1,12

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Nutricionistas

Os cenários desenhados para nutricionistas são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que as escolas de Nutrição do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de 13,9% ao ano observado entre 1991 e 2012 não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas cresceram a 1,0% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo menor de crescimento e passarão de 40.730, em 2012, para 46.259, em 2025. O número de novos nutricionistas, portanto, acompanhará tal tendência. Além disso, em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 58% e a razão de ingresso por vaga de 0,54, valores que também foram observados para o último quadriênio.

b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de desaceleração do crescimento de vagas com vistas a estabelecer volumes de profissionais que no futuro possam cobrir um escopo de prática ampliado da profissão. O cenário prevê a mesma tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento de 8,9% ao ano (passando de 40.730, em 2012, para 123.838, em 2025). A eficiência terminal média no cenário será de 70% e a razão de ingresso por vaga de 0,60.

c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 295.325 a 501.398 de nutricionistas para Brasil (tabela 15). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 0,28 nutricionistas por cada mil habitantes em 2010, passasse para 1,32 em 2030. A razão ficaria em torno de 1,37 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 2,23 no cenário regulatório.

Tabela 15 – Brasil 2010-2030: Número de nutricionistas, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Nutricionistas					
Cenário 1 (Tendencial)	53.415	102.160	164.509	228.686	295.325
Cenário 2 (Regulatório)	53.415	117.664	202.453	320.447	501.398
Cenário 3 (S/ crescimento)	53.415	112.864	186.003	247.526	308.173
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	9.749	12.470	12.835	13.328	
Cenário 2 (Regulatório)	12.850	16.958	23.599	36.190	
Cenário 3 (S/ crescimento)	11.890	14.628	12.305	12.130	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	0,28	0,50	0,77	1,04	1,32
Cenário 2 (Regulatório)	0,28	0,58	0,95	1,46	2,23
Cenário 3 (S/ crescimento)	0,28	0,55	0,87	1,13	1,37

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Fisioterapeutas

Os cenários desenhados para fisioterapeutas são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que os cursos de Fisioterapia do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de observado entre 1991 e 2012 de 15,5% ao ano, não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas decresceram a 3,1% ao ano. Assume-se que as vagas manterão esse ritmo de fechamento e passarão de 66.399, em 2012, para 44.009, em 2025. O número de novos fisioterapeutas, portanto, acompanhará tal tendência desacelerando seu crescimento até 2030. Em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 45% e a razão de ingresso por vaga de 0,48, valores que também foram observados para o último quadriênio.
b) *Cenário regulatório*: é baseado na reversão do quadro atual de fechamento de vagas com vistas a estabelecer quantitativos de profissionais que no futuro possam cobrir um escopo de prática ampliado da profissão. O cenário seguirá a tendência observada entre 2003 e 2012, isto é, crescimento das vagas de 4% (passando de 66.399, em 2012, para 110.757, em 2025). A eficiência terminal média no cenário é de 54,9% e a razão de ingresso por vaga de 0,55.
c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 380.339 a 578.445 de fisioterapeutas para Brasil (tabela 16). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 0,70 fisioterapeutas por cada mil habitantes em 2010, passasse para 1,69 em 2030. A razão ficaria em torno de 1,94 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 2,58 no cenário regulatório.

Tabela 16 – Brasil 2010-2030: Número de fisioterapeutas, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Fisioterapeutas					
Cenário 1 (Tendencial)	135.000	203.080	273.721	332.366	380.339
Cenário 2 (Regulatório)	135.000	225.781	328.184	441.472	578.445
Cenário 3 (S/ crescimento)	135.000	218.847	303.269	370.038	435.169
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	13.616	14.128	11.729	9.595	
Cenário 2 (Regulatório)	18.156	20.481	22.657	27.395	
Cenário 3 (S/ crescimento)	16.769	16.885	13.354	13.026	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	0,70	1,00	1,29	1,51	1,69
Cenário 2 (Regulatório)	0,70	1,11	1,54	2,01	2,58
Cenário 3 (S/ crescimento)	0,70	1,07	1,43	1,69	1,94

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

Fonoaudiólogos

Os cenários desenhados para fonoaudiólogos são os seguintes:

a) *Cenário tendencial*: com base no comportamento que os cursos de Fonoaudiologia do país têm apresentado, em relação ao número anual de vagas, assume-se que o crescimento de observado entre 1991 e 2012 de 5,1% ao ano, não se sustentará. De fato, no último quadriênio (2009 a 2012), as vagas decresceram a 4,3% ao ano. Assim, assume-se que as vagas manterão esse ritmo de fechamento e passarão de 6.678 vagas, em 2012, para 3.765, em 2025. Portanto, o número de novos fonoaudiólogos acompanhará tal tendência desacelerando seu crescimento até 2030. Em média, a Taxa de Eficiência Terminal será de 47% e a razão de ingresso por vaga de 0,36, valores que também foram observados para o último quadriênio.

b) *Cenário regulatório*: é baseado na redução do ritmo atual de fechamento de vagas com vistas a estabelecer quantitativos de profissionais que no futuro possam cobrir a demanda da área. O cenário seguirá a tendência observada entre 2003 e 2012 e, nesse sentido, terá um decréscimo de vagas menor, de apenas 1,8% ao ano (passando de 6.678, em 2012, para 5.299, em 2025). A eficiência terminal média no cenário será de 51,5% e a razão de ingresso por vaga de 0,42.

c) *Cenário sem crescimento:* como comparação, um terceiro cenário implicará em manter o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 constante até 2030, isto é incremento 0,0 e eficiência terminal e preenchimento de vagas como observado no último quadriênio.

Estes cenários resultam, para 2030, em estoques oscilando de 48.623 a 56.211de fonoaudiólogos para Brasil (tabela 17). No caso do cenário *tendencial*, esperar-se-ia que a atual razão, de 0,15 fonoaudiólogos por cada mil habitantes em 2010, passasse para 0,22 em 2030. A razão ficaria em torno de 0,23 no cenário de crescimento zero do número de vagas e 0,25 no cenário regulatório.

Tabela 17 – Brasil 2010-2030: Número de fonoaudiólogos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

Cenários	2010	2015	2020	2025	2030
a) Fonoaudiólogos					
Cenário 1 (Tendencial)	30.000	36.429	42.107	46.028	48.623
Cenário 2 (Regulatório)	30.000	38.130	45.523	51.350	56.211
Cenário 3 (S/ crescimento)	30.000	37.094	43.327	48.147	52.579
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais					
Cenário 1 (Tendencial)	1.286	1.136	784	519	
Cenário 2 (Regulatório)	1.626	1.478	1.165	972	
Cenário 3 (S/ crescimento)	1.419	1.247	964	886	
c) Nº de profissionais por mil habitantes					
Cenário 1 (Tendencial)	0,15	0,18	0,20	0,21	0,22
Cenário 2 (Regulatório)	0,15	0,19	0,21	0,23	0,25
Cenário 3 (S/ crescimento)	0,15	0,18	0,20	0,22	0,23

Fonte: os autores a partir de metodologia específica.

5. Conclusão

O presente relatório teve como objetivo geral descrever e analisar a composição, estrutura, tendências e perspectivas da força de trabalho e dos mercados das profissões de nível superior da saúde, no Brasil, nas décadas de 1990 e 2000. No cômputo geral, duas tendências foram observadas, uma para cada década. Durante o período de 1991 a 1999, a força de trabalho em saúde foi determinada basicamente por crescimento pouco expressivo dos mercados formativo e de trabalho em um contexto de crise do trabalho, vivenciada pelo país à época. Já no período de 2000 a 2010, assistiu-se a um vigoroso processo de expansão do mercado formativo, o que ampliou significativamente a oferta de novos profissionais. Além disso, também se verificou um processo de crescimento e formalização no mercado de trabalho, evidenciado pela ampliação das atividades do Macrossetor Saúde, em relação ao total da economia. Do ponto de vista ocupacional, estes processos foram sentidos de forma diferenciada, sendo possível destacar pelos menos três padrões.

O primeiro padrão é o da Medicina, a qual se distancia das outras profissões em função de um crescimento mais restritivo da oferta de vagas na graduação e por mostrar um mercado de trabalho mais dinâmico em termos de disponibilidade de empregos para os novos Médicos e de melhorias mais significativas nos níveis salariais. Note-se ainda que, apesar de ter passado por rejuvenescimento da força de trabalho, o que aconteceu em quase todas as profissões, também ocorreu envelhecimento, destacando um tempo médio de empregabilidade ou de permanência no mercado de trabalho maior. Além disso, a ampliação da participação feminina entre Médicos, ainda que tenha sido expressiva, não foi suficiente para que os homens deixassem de ser a maioria, o que, em geral, condiciona melhores posições laborais.

O segundo padrão é descrito pela Odontologia e Veterinária, as quais mostraram um crescimento da formação um pouco superior ao da Medicina. Além disso, evidenciou-se que as mesmas enfrentaram restrições de empregabilidade no mercado de trabalho, em função da não correspondência entre o volume de novos profissionais e a demanda dos mercados, mas mantiveram um padrão elevado de formalidade e salários. Do ponto de vista demográfico, é importante notar que estas profissões também mantiveram ala participação masculina, mesmo que esta não representasse a maioria. Cita-se ainda, que tais profissões, junto com a Medicina, são as que menos diminuíram sua desigualdade distributiva no território brasileiro.

Por fim, o terceiro padrão pode ser definido em torno das outras profissões, a saber, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Educação Física, Terapia Ocupacional e Biomedicina. Ainda que existam diferenças entre os profissionais destas categorias, é possível afirmar que as estas foram as que mais ampliaram sua participação no mercado formativo e de trabalho, em termos relativos – e na Enfermagem em termos absolutos. Assim, são as profissões que mais sentiram o impacto do processo de ampliação do ensino superior assistido na década de 2000, o qual também trouxe maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Ressalta-se que são categorias amplamente compostas por mulheres e com as maiores proporções de pessoas que se declararam pardas. Ressalta-se ainda que Farmacêuticos e Psicólogos, por serem profissões mais consolidadas, se aproximam do segundo padrão, em determinadas situações, sobretudo em relação ao mercado de trabalho.

Cabe mencionar ainda que o estudo aqui proposto avançou no sentido de aprimorar o conhecimento em coleta, tratamento e análise de dados que forneçam sinais das profissões de saúde de nível superior, o qual tem sido a missão da EPSM desde sua fundação. Entretanto, ainda há muito a ser feito, sobretudo em termos de integração entre as fontes de dados aqui trabalhadas e também com outras fontes, o que irá permitir realizar análises aprofundadas, baseadas em técnicas estatísticas avançadas, especialmente com o objetivo de investigar as relações entre formação e inserção no mercado de trabalho e seus impactos sobre o sistema de saúde brasileiro.

No que se refere especificamente à projeção, entendemos que a metodologia utilizada, quando aplicada à população de profissionais de nível superior da saúde tem dado resultados robustos. Técnicas mais sofisticadas poderiam ter sido usadas, no entanto, a grande oportunidade que dão os censos de população aliado à precariedade de outros sistemas estatísticos, justificam muito o uso da metodologia demográfica aqui adaptada. Além disso, a flexibilidade de se desenharem cenários hipotéticos permite considerar aspectos relativos à demanda futura por Recursos Humanos de Saúde, elemento que não é explorado diretamente nos modelos. Assume-se que em estudos futuros os resultados deverão ser revistos à luz de novas evidências.

Referências

CARDOSO JR., J. C. De volta para o futuro? As fontes de recuperação do emprego formal no Brasil e as condições para sua sustentabilidade temporal. **Texto para Discussão nº1310**, IPEA: Brasília, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733, mai./jun. 2003.

DALPOZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. N. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil, In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Volume 3: Organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p. 187-235, 2013.

GIRARDI, S. N. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia de Saúde da Família. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.45, p. 11-23, maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Metodologia do Censo Demográfico 2010**. Série relatórios metodológicos. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** Síntese de Indicadores 2013. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2013b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde**: Assistência Médico-Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Populações e Indicadores Sociais, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da Educação Superior 2012:** Resumo Técnico. Brasília: INEP, 2014.

MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro, ENSP, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, 2006.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Manual de Orientação da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS): ano-base 2013**. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2014.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Manual de Instruções do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados**. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2010a.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações:** CBO - 2010 - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010b.

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabajo en salud: conceptos y medidas. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 20, n.4, p. 524-534, 1996

NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O perfil do emprego na Função Saúde**. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999 (mimeo).

ZAEYEN, A. et. al. Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. **Texto para Discussão nº 370**, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995.

Apêndice A – Distribuição Geográfica

Tabela 18 – Brasil, 2000: População de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão.

UF	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUT	FISIO
RO	818	272	658	231	134	357	223	310	17	80
AC	314	272	187	84	44	63	80	470	10	20
AM	2.385	985	904	579	160	311	894	705	52	72
RR	283	82	181	62	68	77	58	152	0	16
PA	5.117	2.657	2.476	1.227	455	1.431	2.376	1.661	259	181
AP	328	216	165	87	62	93	97	72	25	112
TO	691	377	485	232	265	211	251	404	37	46
MA	2.448	1.187	1.164	877	529	391	1.350	711	57	150
PI	1.939	913	1.329	283	446	180	839	840	131	176
CE	5.683	4.245	3.027	2.059	903	1.573	2.610	1.591	306	1.668
RN	3.121	1.497	1.756	1.142	178	725	2.093	877	312	334
PB	3.890	2.884	2.285	1.691	404	3.194	2.879	1.276	211	385
PE	9.462	3.674	4.900	1.176	1.902	6.413	3.364	8.573	809	1.097
AL	3.545	972	1.595	92	293	1.416	1.279	823	162	85
SE	1.767	820	1.014	151	79	145	1.106	391	61	216
BA	11.249	5.328	5.407	2.104	1.268	2.192	3.693	3.774	667	1.338
MG	27.686	6.920	23.740	6.793	4.322	16.280	5.815	11.809	773	4.096
ES	4.466	906	3.375	887	221	1.186	1.668	1.067	126	242
RJ	44.110	12.967	21.417	4.742	4.017	27.250	15.046	16.865	3.059	8.623
SP	77.471	24.474	62.392	17.620	8.858	59.831	28.812	40.238	4.756	15.544
PR	12.311	4.449	11.622	6.280	2.698	7.935	4.505	6.816	672	3.394
SC	6.685	2.508	4.990	2.936	1.513	2.834	2.800	3.105	319	1.329
RS	21.665	6.980	10.154	5.036	4.796	7.973	3.706	8.780	1.783	3.091
MS	2.376	686	2.072	930	1.160	1.375	1.281	2.019	20	492
MT	2.154	934	1.676	990	834	765	1.003	1.590	160	521
GO	6.346	1.910	4.878	2.142	1.674	2.348	2.131	2.515	190	801
DF	6.635	2.096	4.056	923	374	4.603	1.409	2.202	381	701
BRASIL	264.945	91.211	177.904	61.356	37.656	151.150	91.369	119.636	15.356	44.812

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Tabela 19 – Brasil, 2010: População de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão.

UF	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUT	FISIO	FONO
RO	1.333	1.711	1.282	873	591	815	961	1.487	186	399	78
AC	700	1.119	474	120	161	237	984	704	59	229	40
AM	3.388	5.119	2.214	1.179	217	2.402	4.527	2.056	460	473	150
RR	478	553	312	308	143	172	237	420	53	149	9
PA	6.224	6.296	3.130	2.340	1.454	3.463	5.098	2.935	731	1.025	261
AP	483	860	234	294	87	373	769	541	143	171	29
TO	1.616	3.236	1.391	663	576	661	2.436	1.159	193	454	31
MA	3.781	8.526	2.645	1.873	886	1.298	2.413	2.719	472	952	230
PI	3.218	4.565	1.930	612	816	1.317	2.136	1.673	471	662	292
CE	10.135	11.050	5.054	2.734	1.260	3.994	5.088	4.560	873	2.144	668
RN	4.187	4.227	2.397	2.100	391	1.799	4.252	2.470	686	616	283
PB	4.687	6.661	2.937	2.151	777	4.237	3.953	2.277	674	929	398
PE	12.462	10.655	6.712	2.565	2.702	10.497	5.161	8.649	1.031	2.345	948
AL	3.613	3.006	1.944	833	547	3.457	2.923	1.751	471	286	63
SE	2.817	2.521	1.427	694	532	1.367	2.740	1.185	50	619	29
BA	16.112	21.059	9.457	4.238	2.799	6.593	8.173	7.781	1.729	4.259	622
MG	36.971	40.944	29.825	19.859	8.150	30.634	16.619	22.809	4.730	12.325	2.682
ES	7.310	6.924	4.240	3.909	1.020	3.080	4.550	3.226	897	1.911	366
RJ	53.750	41.077	26.751	12.192	7.681	39.388	21.737	21.882	6.071	17.061	3.823
SP	103.113	100.307	74.793	46.562	21.571	98.574	42.742	60.133	13.810	26.038	7.473
PR	18.189	19.090	17.146	13.591	6.913	13.861	9.245	12.100	3.327	4.712	1.335
SC	11.046	9.972	9.116	7.018	3.283	9.888	6.005	5.977	1.579	3.017	666
RS	24.317	19.979	15.783	10.684	8.055	15.517	8.376	11.376	3.794	5.932	1.039
MS	3.823	4.027	3.094	2.407	2.895	3.070	3.240	2.634	704	1.427	245
MT	3.437	4.498	3.717	2.397	1.940	1.484	2.747	5.168	481	1.235	132
GO	9.311	10.876	7.402	6.509	3.655	6.406	4.230	6.139	829	2.403	690
DF	9.083	6.524	6.215	3.118	2.039	9.174	3.066	3.971	1.093	1.805	376
BRASIL	355.583	355.383	241.622	151.823	81.142	273.758	174.408	197.783	45.597	93.579	22.956

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Tabela 20 – Brasil, 2000: Distribuição % da população de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão.

UF	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUT	FISIO
RO	0,31	0,30	0,37	0,38	0,36	0,24	0,24	0,26	0,11	0,18
AC	0,12	0,30	0,11	0,14	0,12	0,04	0,09	0,39	0,07	0,04
AM	0,90	1,08	0,51	0,94	0,42	0,21	0,98	0,59	0,34	0,16
RR	0,11	0,09	0,10	0,10	0,18	0,05	0,06	0,13	0,00	0,04
PA	1,93	2,91	1,39	2,00	1,21	0,95	2,60	1,39	1,69	0,40
AP	0,12	0,24	0,09	0,14	0,17	0,06	0,11	0,06	0,17	0,25
TO	0,26	0,41	0,27	0,38	0,70	0,14	0,27	0,34	0,24	0,10
MA	0,92	1,30	0,65	1,43	1,41	0,26	1,48	0,59	0,37	0,34
PI	0,73	1,00	0,75	0,46	1,19	0,12	0,92	0,70	0,85	0,39
CE	2,15	4,65	1,70	3,36	2,40	1,04	2,86	1,33	1,99	3,72
RN	1,18	1,64	0,99	1,86	0,47	0,48	2,29	0,73	2,03	0,75
PB	1,47	3,16	1,28	2,76	1,07	2,11	3,15	1,07	1,37	0,86
PE	3,57	4,03	2,75	1,92	5,05	4,24	3,68	7,17	5,27	2,45
AL	1,34	1,07	0,90	0,15	0,78	0,94	1,40	0,69	1,06	0,19
SE	0,67	0,90	0,57	0,25	0,21	0,10	1,21	0,33	0,40	0,48
BA	4,25	5,84	3,04	3,43	3,37	1,45	4,04	3,15	4,34	2,99
MG	10,45	7,59	13,34	11,07	11,48	10,77	6,36	9,87	5,03	9,14
ES	1,69	0,99	1,90	1,45	0,59	0,78	1,83	0,89	0,82	0,54
RJ	16,65	14,22	12,04	7,73	10,67	18,03	16,47	14,10	19,92	19,24
SP	29,24	26,83	35,07	28,72	23,52	39,58	31,53	33,63	30,97	34,69
PR	4,65	4,88	6,53	10,23	7,16	5,25	4,93	5,70	4,38	7,57
SC	2,52	2,75	2,80	4,79	4,02	1,87	3,06	2,60	2,08	2,97
RS	8,18	7,65	5,71	8,21	12,74	5,27	4,06	7,34	11,61	6,90
MS	0,90	0,75	1,16	1,52	3,08	0,91	1,40	1,69	0,13	1,10
MT	0,81	1,02	0,94	1,61	2,21	0,51	1,10	1,33	1,04	1,16
GO	2,40	2,09	2,74	3,49	4,45	1,55	2,33	2,10	1,24	1,79
DF	2,50	2,30	2,28	1,50	0,99	3,05	1,54	1,84	2,48	1,56
BRASIL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Tabela 21 – Brasil, 2010: Distribuição % da população de profissionais de nível superior da saúde, por UF e profissão.

UF	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUT	FISIO	FONO
RO	0,37	0,48	0,53	0,58	0,73	0,30	0,55	0,75	0,41	0,43	0,34
AC	0,20	0,31	0,20	0,08	0,20	0,09	0,56	0,36	0,13	0,25	0,18
AM	0,95	1,44	0,92	0,78	0,27	0,88	2,60	1,04	1,01	0,51	0,65
RR	0,13	0,16	0,13	0,20	0,18	0,06	0,14	0,21	0,12	0,16	0,04
PA	1,75	1,77	1,30	1,54	1,79	1,26	2,92	1,48	1,60	1,10	1,14
AP	0,14	0,24	0,10	0,19	0,11	0,14	0,44	0,27	0,31	0,18	0,13
TO	0,45	0,91	0,58	0,44	0,71	0,24	1,40	0,59	0,42	0,49	0,14
MA	1,06	2,40	1,09	1,23	1,09	0,47	1,38	1,37	1,03	1,02	1,00
PI	0,91	1,28	0,80	0,40	1,01	0,48	1,22	0,85	1,03	0,71	1,27
CE	2,85	3,11	2,09	1,80	1,55	1,46	2,92	2,31	1,92	2,29	2,91
RN	1,18	1,19	0,99	1,38	0,48	0,66	2,44	1,25	1,51	0,66	1,23
PB	1,32	1,87	1,22	1,42	0,96	1,55	2,27	1,15	1,48	0,99	1,73
PE	3,50	3,00	2,78	1,69	3,33	3,83	2,96	4,37	2,26	2,51	4,13
AL	1,02	0,85	0,80	0,55	0,67	1,26	1,68	0,89	1,03	0,31	0,27
SE	0,79	0,71	0,59	0,46	0,66	0,50	1,57	0,60	0,11	0,66	0,13
BA	4,53	5,93	3,91	2,79	3,45	2,41	4,69	3,93	3,79	4,55	2,71
MG	10,40	11,52	12,34	13,08	10,04	11,19	9,53	11,53	10,37	13,17	11,68
ES	2,06	1,95	1,75	2,57	1,26	1,12	2,61	1,63	1,97	2,04	1,59
RJ	15,12	11,56	11,07	8,03	9,47	14,39	12,46	11,06	13,31	18,23	16,65
SP	29,00	28,22	30,95	30,67	26,58	36,01	24,51	30,40	30,29	27,83	32,55
PR	5,12	5,37	7,10	8,95	8,52	5,06	5,30	6,12	7,30	5,03	5,81
SC	3,11	2,81	3,77	4,62	4,05	3,61	3,44	3,02	3,46	3,22	2,90
RS	6,84	5,62	6,53	7,04	9,93	5,67	4,80	5,75	8,32	6,34	4,52
MS	1,08	1,13	1,28	1,59	3,57	1,12	1,86	1,33	1,54	1,52	1,07
MT	0,97	1,27	1,54	1,58	2,39	0,54	1,58	2,61	1,06	1,32	0,57
GO	2,62	3,06	3,06	4,29	4,50	2,34	2,43	3,10	1,82	2,57	3,01
DF	2,55	1,84	2,57	2,05	2,51	3,35	1,76	2,01	2,40	1,93	1,64
BRASIL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Tabela 22 – Brasil, 2000: Razão do número de profissionais por mil habitantes, por UF e profissão.

UF	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUT	FISIO
RO	0,59	0,20	0,48	0,17	0,10	0,26	0,16	0,22	0,01	0,06
AC	0,56	0,49	0,34	0,15	0,08	0,11	0,14	0,84	0,02	0,04
AM	0,84	0,35	0,32	0,20	0,06	0,11	0,31	0,25	0,02	0,03
RR	0,87	0,25	0,56	0,19	0,21	0,24	0,18	0,47	0,00	0,05
PA	0,83	0,43	0,40	0,20	0,07	0,23	0,38	0,27	0,04	0,03
AP	0,69	0,45	0,35	0,18	0,13	0,20	0,20	0,15	0,05	0,24
TO	0,60	0,33	0,42	0,20	0,23	0,18	0,22	0,35	0,03	0,04
MA	0,43	0,21	0,21	0,16	0,09	0,07	0,24	0,13	0,01	0,03
PI	0,68	0,32	0,47	0,10	0,16	0,06	0,30	0,30	0,05	0,06
CE	0,77	0,57	0,41	0,28	0,12	0,21	0,35	0,21	0,04	0,22
RN	1,13	0,54	0,63	0,41	0,06	0,26	0,76	0,32	0,11	0,12
PB	1,13	0,84	0,66	0,49	0,12	0,93	0,84	0,37	0,06	0,11
PE	1,20	0,46	0,62	0,15	0,24	0,81	0,43	1,08	0,10	0,14
AL	1,26	0,34	0,57	0,03	0,10	0,50	0,45	0,29	0,06	0,03
SE	0,99	0,46	0,57	0,09	0,04	0,08	0,62	0,22	0,03	0,12
BA	0,86	0,41	0,41	0,16	0,10	0,17	0,28	0,29	0,05	0,10
MG	1,55	0,39	1,33	0,38	0,24	0,91	0,33	0,66	0,04	0,23
ES	1,44	0,29	1,09	0,29	0,07	0,38	0,54	0,35	0,04	0,08
RJ	3,07	0,90	1,49	0,33	0,28	1,90	1,05	1,17	0,21	0,60
SP	2,10	0,66	1,69	0,48	0,24	1,62	0,78	1,09	0,13	0,42
PR	1,29	0,47	1,22	0,66	0,28	0,83	0,47	0,71	0,07	0,36
SC	1,25	0,47	0,94	0,55	0,28	0,53	0,52	0,58	0,06	0,25
RS	2,13	0,69	1,00	0,49	0,47	0,78	0,36	0,86	0,18	0,30
MS	1,14	0,33	1,00	0,45	0,56	0,66	0,62	0,97	0,01	0,24
MT	0,86	0,37	0,67	0,40	0,33	0,31	0,40	0,64	0,06	0,21
GO	1,27	0,38	0,98	0,43	0,34	0,47	0,43	0,50	0,04	0,16
DF	3,25	1,03	1,99	0,45	0,18	2,25	0,69	1,08	0,19	0,34
BRASIL	1,56	0,54	1,05	0,36	0,22	0,89	0,54	0,71	0,09	0,26

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Tabela 23 – Brasil, 2010: Razão do número de profissionais por mil habitantes, por UF e profissão.

UF	MED	ENF	CD	FARM	VET	PSIC	SS	BIO	NUT	FISIO	FONO
RO	0,85	1,10	0,82	0,56	0,38	0,52	0,62	0,95	0,12	0,26	0,05
AC	0,95	1,53	0,65	0,16	0,22	0,32	1,34	0,96	0,08	0,31	0,06
AM	0,97	1,47	0,64	0,34	0,06	0,69	1,30	0,59	0,13	0,14	0,04
RR	1,06	1,22	0,69	0,68	0,32	0,38	0,53	0,93	0,12	0,33	0,02
PA	0,82	0,83	0,41	0,31	0,19	0,46	0,67	0,39	0,10	0,14	0,03
AP	0,72	1,29	0,35	0,44	0,13	0,56	1,15	0,81	0,21	0,26	0,04
TO	1,17	2,34	1,01	0,48	0,42	0,48	1,76	0,84	0,14	0,33	0,02
MA	0,58	1,30	0,40	0,29	0,13	0,20	0,37	0,41	0,07	0,14	0,04
PI	1,03	1,46	0,62	0,20	0,26	0,42	0,68	0,54	0,15	0,21	0,09
CE	1,20	1,31	0,60	0,32	0,15	0,47	0,60	0,54	0,10	0,25	0,08
RN	1,32	1,33	0,76	0,66	0,12	0,57	1,34	0,78	0,22	0,19	0,09
PB	1,24	1,77	0,78	0,57	0,21	1,12	1,05	0,60	0,18	0,25	0,11
PE	1,42	1,21	0,76	0,29	0,31	1,19	0,59	0,98	0,12	0,27	0,11
AL	1,16	0,96	0,62	0,27	0,18	1,11	0,94	0,56	0,15	0,09	0,02
SE	1,36	1,22	0,69	0,34	0,26	0,66	1,32	0,57	0,02	0,30	0,01
BA	1,15	1,50	0,67	0,30	0,20	0,47	0,58	0,55	0,12	0,30	0,04
MG	1,89	2,09	1,52	1,01	0,42	1,56	0,85	1,16	0,24	0,63	0,14
ES	2,08	1,97	1,21	1,11	0,29	0,88	1,30	0,92	0,26	0,54	0,10
RJ	3,36	2,57	1,67	0,76	0,48	2,46	1,36	1,37	0,38	1,07	0,24
SP	2,50	2,43	1,81	1,13	0,52	2,39	1,04	1,46	0,33	0,63	0,18
PR	1,74	1,83	1,64	1,30	0,66	1,33	0,89	1,16	0,32	0,45	0,13
SC	1,77	1,60	1,46	1,12	0,53	1,58	0,96	0,96	0,25	0,48	0,11
RS	2,27	1,87	1,48	1,00	0,75	1,45	0,78	1,06	0,35	0,55	0,10
MS	1,56	1,64	1,26	0,98	1,18	1,25	1,32	1,08	0,29	0,58	0,10
MT	1,13	1,48	1,23	0,79	0,64	0,49	0,91	1,70	0,16	0,41	0,04
GO	1,55	1,81	1,23	1,08	0,61	1,07	0,70	1,02	0,14	0,40	0,11
DF	3,54	2,55	2,43	1,22	0,80	3,58	1,20	1,55	0,43	0,70	0,15
BRASIL	1,87	1,87	1,27	0,8	0,43	1,44	0,92	1,04	0,24	0,49	0,12

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

Apêndice B – Indicadores de demanda e oferta

Quadro 3 – Listagem e descrição dos indicadores de oferta e demanda.

Indicadores	Descrição
DEMANDA - Empregos formais (Fonte: Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS/MTE)	
Admitidos	Número de admissões no ano
Desligados	Número de desligamentos no ano
Saldo	Saldo de admissões e desligamentos
1º Emprego	Número de admissões por primeiro emprego
Vínculos Ativos	Número de vínculos ativos em 31 de dezembro
Rem. Nominal	Média da remuneração mensal durante o ano
Rem. Real	Cálculo da média da remuneração durante o ano a preços de 2012 - IPCA
OFERTA - Cursos de formação (Fonte: Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - CES/INEP)	
Núm. De Cursos	Número de cursos de ensino superior
Matriculados	Número de matriculados no ano
Inscritos	Número de inscritos no vestibular no ano
Vagas	Número de vagas ofertadas no ano
Ingressos	Número de ingressos no 1º ano
Egressos	Número de concluintes no ano

Fonte: EPSM.

Tabela 24 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em MEDICINA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	25.546	22.951	2.595	-	152.946	-	-	80	46.881	170.151	7.786	7.667	7.315
1992	26.901	22.783	4.118	-	156.782	-	-	80	47.753	174.128	7.864	7.875	7.074
1993	28.085	22.387	5.698	-	135.465	-	-	80	47.386	198.657	7.800	7.683	7.228
1994	30.605	27.440	3.165	5.482	140.866	-	-	81	47.919	201.218	7.979	7.820	7.622
1995	30.191	27.678	2.513	6.532	146.141	-	-	85	47.934	241.503	8.247	7.888	7.194
1996	29.397	26.775	2.622	5.960	145.454	-	-	86	48.667	250.944	7.946	7.845	7.347
1997	26.603	25.168	1.435	5.013	136.206	-	-	88	48.601	261.620	9.001	8.764	7.705
1998	26.170	23.289	2.881	5.451	134.456	-	-	92	50.879	263.384	9.202	9.566	7.616
1999	26.398	22.513	3.885	5.345	149.313	-	-	97	52.304	288.571	9.469	9.500	7.758
2000	31.647	25.835	5.812	6.708	152.119	-	-	100	55.486	323.397	9.906	9.820	8.004
2001	36.103	27.766	8.337	7.532	155.475	-	-	106	57.930	282.065	10.089	10.313	8.363
2002	39.318	30.725	8.593	8.359	174.735	2.068,52	3.653,10	115	59.755	326.482	11.243	10.830	8.498
2003	39.461	30.496	8.965	10.650	203.787	2.299,16	3.714,93	126	60.912	321.532	12.281	11.898	9.113
2004	43.969	34.987	8.982	12.050	210.733	2.493,66	3.744,61	136	64.965	334.431	12.824	12.894	9.339
2005	55.944	39.757	16.187	15.345	226.021	2.792,28	3.967,29	149	68.834	313.683	14.661	14.283	10.004
2006	59.019	45.290	13.729	15.943	235.191	3.116,84	4.293,61	160	74.034	303.076	15.278	15.424	10.381
2007	61.639	49.057	12.582	15.286	254.056	3.416,42	4.505,36	170	79.246	364.108	16.241	16.267	10.133
2008	67.749	57.389	10.360	17.865	261.558	3.874,27	4.824,50	177	85.567	379.590	17.504	17.298	10.825
2009	74.454	59.818	14.636	21.645	277.440	4.379,29	5.228,05	185	97.994	390.774	16.876	17.339	11.881
2010	75.070	59.360	15.710	19.361	280.426	4.984,90	5.618,96	181	103.312	542.007	16.468	18.473	12.982
2011	71.625	63.134	8.491	18.722	282.127	5.600,96	5.928,06	188	108.142	695.964	16.852	18.253	14.634
2012	72.702	66.630	6.072	20.213	277.309	6.210,93	6.210,93	206	111.530	850.674	17.931	20.203	16.354

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 25 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em ENFERMAGEM.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	12.914	10.807	2.107	-	49.410	-	-	108	22.237	28.995	7.460	6.889	3.434
1992	21.815	17.202	4.613	-	96.184	-	-	110	22.873	27.517	7.311	6.588	3.340
1993	18.401	15.453	2.948	-	77.412	-	-	107	24.470	32.789	7.334	6.769	3.795
1994	17.603	17.156	447	3.504	66.642	-	-	108	26.040	35.722	8.252	7.759	4.373
1995	19.772	18.092	1.680	3.788	71.097	-	-	108	27.477	43.800	8.068	7.806	4.733
1996	18.008	15.773	2.235	3.637	67.332	-	-	111	29.414	43.990	8.283	8.059	5.065
1997	16.655	14.538	2.117	2.856	66.406	-	-	123	31.873	53.287	9.905	10.238	5.411
1998	18.186	14.237	3.949	3.496	69.051	-	-	140	33.543	59.728	11.376	11.215	5.447
1999	16.347	13.334	3.013	2.749	66.590	-	-	153	37.179	76.951	13.781	13.789	5.522
2000	20.617	15.513	5.104	3.707	69.774	-	-	183	45.342	102.974	20.417	17.996	6.355
2001	24.797	18.432	6.365	4.460	73.353	-	-	215	53.179	122.337	24.646	23.723	7.139
2002	27.221	20.300	6.921	4.986	82.201	1.628,18	2.875,44	285	71.475	186.823	37.061	34.475	9.102
2003	25.089	18.744	6.345	5.837	84.159	1.885,68	3.046,84	332	92.134	201.621	47.347	45.558	11.252
2004	27.793	20.515	7.278	6.504	92.809	2.055,07	3.086,00	415	120.851	230.680	70.400	59.253	13.965
2005	34.257	23.243	11.014	8.287	104.484	2.216,01	3.148,53	474	153.359	223.497	83.367	67.508	19.968
2006	36.531	24.616	11.915	8.897	116.628	2.367,87	3.261,87	564	186.955	242.386	95.080	73.036	25.755
2007	37.007	26.283	10.724	8.536	129.350	2.482,65	3.273,96	636	213.237	238.552	108.629	79.878	32.616
2008	45.368	33.111	12.257	10.973	140.425	2.654,78	3.305,91	690	224.742	234.738	117.340	79.263	39.276
2009	54.455	35.144	19.311	14.509	159.963	2.834,88	3.384,32	765	235.281	259.042	119.966	74.699	40.853
2010	55.988	39.444	16.544	12.433	178.942	3.055,49	3.444,14	805	245.462	258.337	133.243	71.244	42.940
2011	63.544	43.701	19.843	12.704	200.586	3.254,88	3.444,96	847	246.876	298.188	121.051	70.903	47.830
2012	67.855	50.821	17.034	13.121	218.255	3.547,11	3.547,11	871	236.713	341.761	120.180	76.891	47.050

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 26 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em ODONTOLOGIA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	5.717	5.180	537	-	35.295	-	-	83	30.702	118.162	7.315	7.230	6.089
1992	5.870	4.540	1.330	-	40.805	-	-	85	31.950	116.191	7.691	7.758	6.203
1993	5.721	5.081	640	-	35.386	-	-	86	33.388	107.738	7.996	8.006	6.355
1994	5.848	5.241	607	1.924	37.008	-	-	89	35.101	116.476	8.253	8.126	6.773
1995	5.971	5.514	457	1.960	39.023	-	-	91	35.999	136.927	8.521	8.461	6.964
1996	5.144	5.081	63	1.641	38.850	-	-	93	37.303	141.556	8.476	8.396	7.050
1997	5.158	4.802	356	1.542	37.721	-	-	101	38.631	132.918	9.643	10.488	7.613
1998	4.877	5.360	-483	1.660	37.354	-	-	117	41.093	116.243	11.267	11.777	7.710
1999	4.152	4.400	-248	1.352	38.064	-	-	131	43.815	108.820	13.304	12.908	8.011
2000	5.487	4.890	597	1.687	38.533	-	-	142	46.324	97.533	14.051	13.285	7.742
2001	5.665	4.437	1.228	2.128	38.839	-	-	153	46.834	80.006	14.209	13.236	8.765
2002	5.649	4.430	1.219	1.971	41.131	1.495,37	2.640,89	159	47.753	84.617	15.701	13.961	9.281
2003	5.505	4.243	1.262	2.062	43.927	1.647,16	2.661,44	171	46.915	71.455	16.333	13.195	9.848
2004	6.526	4.763	1.763	2.493	44.887	1.820,47	2.733,71	174	46.039	69.517	15.733	13.270	9.056
2005	8.583	5.231	3.352	3.216	48.799	1.978,73	2.811,40	179	46.731	66.919	16.301	13.170	8.919
2006	8.427	5.715	2.712	3.322	50.753	2.172,17	2.992,28	185	46.693	64.007	16.841	13.550	8.533
2007	8.522	6.045	2.477	3.254	52.497	2.325,52	3.066,75	193	46.723	63.621	18.266	14.198	8.366
2008	10.923	8.065	2.858	4.350	54.361	2.529,99	3.150,51	197	48.752	67.258	19.257	15.523	8.754
2009	11.520	7.793	3.727	4.373	59.119	2.787,11	3.327,29	196	53.586	63.770	19.514	15.001	8.510
2010	10.555	8.077	2.478	4.350	61.062	3.022,13	3.406,53	201	57.603	81.893	19.069	16.338	8.930
2011	11.157	8.507	2.650	4.359	63.973	3.308,21	3.501,41	209	63.590	102.963	20.861	18.753	9.637
2012	10.922	10.009	913	4.443	64.027	3.723,31	3.723,31	215	70.293	134.670	20.589	23.057	10.269

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 27 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em FARMÁCIA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	6.141	5.253	888	-	23.631	-	-	53	16.923	26.180	4.153	4.225	2.701
1992	7.138	5.433	1.705	-	25.175	-	-	54	17.822	26.684	4.348	4.319	3.154
1993	7.874	5.721	2.153	-	27.430	-	-	56	18.979	31.311	4.507	4.658	3.418
1994	9.191	7.113	2.078	2.106	28.874	-	-	57	20.104	37.580	4.673	4.712	3.428
1995	9.910	9.262	648	2.297	30.447	-	-	59	21.787	49.112	5.461	5.403	3.996
1996	9.983	8.444	1.539	2.185	30.688	-	-	65	23.552	45.038	5.760	6.158	4.537
1997	11.456	8.794	2.662	2.379	32.715	-	-	80	25.183	50.349	7.280	8.339	4.850
1998	15.049	11.738	3.311	2.833	35.257	-	-	98	28.865	51.922	9.779	9.768	5.422
1999	15.601	12.513	3.088	2.984	37.685	-	-	116	32.559	61.971	11.861	11.243	6.020
2000	17.310	14.214	3.096	3.144	40.040	-	-	143	37.594	76.003	14.593	13.773	6.580
2001	21.010	16.759	4.251	3.484	43.119	-	-	167	42.365	74.497	17.752	16.455	6.994
2002	21.313	17.207	4.106	3.492	47.173	1.180,82	2.085,38	187	48.755	84.454	19.599	18.068	8.151
2003	23.964	20.270	3.694	4454	54.990	1.342,61	2.169,36	211	54.297	76.747	22.553	21.704	9.703
2004	26.542	22.273	4.269	4974	58.825	1.498,83	2.250,72	237	61.277	87.267	27.769	25.116	10.037
2005	29.035	23.972	5.063	5176	62.793	1.612,95	2.291,69	269	70.142	94.505	34.046	28.182	11.276
2006	31.387	26.148	5.239	5658	67.526	1.742,83	2.400,84	301	79.805	96.208	39.087	31.568	12.114
2007	33.290	29.145	4.145	5492	71.079	1.858,96	2.451,48	319	86.737	95.922	46.770	31.766	11.974
2008	37.090	31.770	5.320	6210	75.605	1.997,39	2.487,28	353	94.342	96.082	51.341	31.940	13.394
2009	39.501	33.276	6.225	6544	81.164	2.155,62	2.573,41	444	99.896	99.050	52.790	30.047	17.617
2010	45.786	37.565	8.221	7648	90.205	2.337,66	2.635,00	443	101.969	103.197	49.855	29.408	16.091
2011	48.673	39.965	8.708	6809	97.928	2.534,55	2.682,57	452	103.311	129.934	51.979	29.404	18.779
2012	50.395	43.495	6.900	6251	102.694	2.775,35	2.775,35	456	100.048	130.237	47.632	30.854	16.876

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 28 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em MEDICINA VETERINÁRIA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	1.304	1.474	-170	-	8.450	-	-	33	12.076	25.478	2.796	2.863	1.435
1992	1.179	1.099	80	-	7.094	-	-	35	12.571	26.654	2.777	2.671	1.644
1993	1.474	1.102	372	-	8.053	-	-	37	12.954	27.270	2.840	2.801	1.656
1994	1.318	1.456	-138	315	7.634	-	-	38	13.590	31.245	3.050	2.992	1.779
1995	1.370	1.344	26	438	7.294	-	-	41	14.836	39.048	3.670	3.571	2.049
1996	1.245	1.272	-27	345	7.227	-	-	47	16.068	38.700	4.515	4.232	2.062
1997	1.291	1.245	46	322	7.132	-	-	63	17.982	45.135	5.565	5.642	2.154
1998	1.355	1.326	29	338	7.206	-	-	77	20.701	44.384	7.110	6.127	2.258
1999	1.232	1.095	137	331	7.353	-	-	87	23.029	47.804	8.247	7.156	2.584
2000	1.590	1.364	226	510	8.005	-	-	90	25.231	51.041	8.530	7.547	2.847
2001	2.837	1.330	1.507	739	9.123	-	-	100	28.194	58.682	9.662	9.259	3.143
2002	2.349	1.521	828	703	10.279	1.866,92	3.297,06	109	30.751	52.806	11.261	10.027	3.868
2003	2.137	1.478	659	793	9.086	2.347,58	3.793,17	114	33.424	56.493	11.734	10.508	4.303
2004	1.954	1.637	317	750	9.583	2.493,00	3.743,62	119	34.657	57.679	12.284	10.539	4.223
2005	2.407	1.743	664	901	10.328	2.654,16	3.771,05	130	37.742	55.409	13.311	11.532	4.690
2006	2.625	2.070	555	834	10.517	2.907,55	4.005,30	139	39.928	54.829	13.984	12.584	5.276
2007	2.591	1.990	601	955	10.937	3.084,53	4.067,68	146	41.891	54.260	15.615	12.056	5.673
2008	3.175	2.357	818	1329	16.776	3.564,63	4.438,91	156	43.372	56.991	17.366	12.525	5.668
2009	3.543	2.576	967	1401	17.259	3.768,34	4.498,69	162	44.267	53.684	16.642	11.468	6.315
2010	3.370	2.532	838	1262	18.065	4.007,06	4.516,74	168	46.530	69.362	16.657	12.452	6.229
2011	3.626	2.631	995	1335	19.229	4.436,54	4.695,63	178	49.954	95.934	18.147	13.351	6.675
2012	3.876	3.317	559	1493	19.128	4.955,94	4.955,94	185	53.939	118.744	18.133	17.158	6.474

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 29 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em PSICOLOGIA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	3.629	3.351	278	-	16.180	-	-	106	50.104	51.817	12.475	12.072	9.576
1992	2.646	2.333	313	-	12.127	-	-	107	48.207	44.211	13.306	12.182	10.281
1993	3.518	2.815	703	-	22.449	-	-	108	48.242	43.862	13.501	12.801	9.415
1994	3.275	3.001	274	682	13.152	-	-	113	50.055	48.232	13.944	13.595	9.730
1995	3.674	3.143	531	877	14.032	-	-	115	52.587	65.280	14.355	14.262	9.799
1996	3.234	2.802	432	748	14.265	-	-	123	55.692	67.516	15.272	14.542	9.781
1997	3.095	2.764	331	543	14.406	-	-	136	59.356	76.156	17.745	17.329	10.208
1998	2.966	2.569	397	634	14.485	-	-	147	61.103	79.835	19.711	18.921	11.253
1999	2.714	2.443	271	580	15.609	-	-	169	65.851	84.436	22.393	20.925	11.024
2000	3.544	2.791	753	867	16.292	-	-	192	73.033	99.829	26.823	24.108	12.106
2001	4.145	3.273	872	971	16.817	-	-	203	79.910	107.612	30.268	27.736	12.185
2002	4.937	3.461	1.476	1.135	18.679	1.410,16	2.490,41	221	84.283	105.596	34.095	28.928	13.487
2003	4.991	3.602	1.389	1366	21.974	1.510,44	2.440,54	256	90.332	104.923	37.570	31.671	14.581
2004	5.670	4.061	1.609	1531	23.855	1.640,33	2.463,21	272	94.501	103.654	45.603	32.848	15.856
2005	7.581	4.933	2.648	2133	26.473	1.717,64	2.440,44	311	98.652	98.611	49.720	32.958	16.261
2006	8.433	5.766	2.667	2382	29.231	1.808,71	2.491,59	352	105.373	104.455	55.436	36.219	17.002
2007	8.968	6.508	2.460	2393	31.446	1.929,45	2.544,44	402	111.124	113.746	63.703	40.652	16.778
2008	10.915	8.157	2.758	3154	33.965	2.040,03	2.540,38	418	117.779	124.909	70.242	40.731	16.363
2009	12.651	8.407	4.244	3510	38.727	2.177,68	2.599,74	502	125.023	131.497	73.903	37.044	17.362
2010	15.288	10.139	5.149	4374	43.899	2.316,02	2.610,61	538	136.420	159.126	69.465	42.830	18.311
2011	15.359	11.232	4.127	4164	46.117	2.541,97	2.690,42	543	147.270	195.478	71.550	46.636	19.944
2012	15.326	12.421	2.905	4254	48.284	2.764,25	2.764,25	546	162.280	276.873	75.515	60.639	19.596

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 30 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em SERVIÇO SOCIAL.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	7.871	7.571	300	-	36.039	-	-	70	19.156	19.728	6.786	5.590	2.973
1992	5.768	5.359	409	-	30.213	-	-	71	18.137	15.345	6.845	5.223	2.851
1993	7.191	5.717	1.474	-	30.390	-	-	71	18.556	16.405	6.272	5.222	2.804
1994	7.836	8.110	-274	3.093	30.459	-	-	72	18.835	18.851	6.405	4.982	2.948
1995	8.317	6.566	1.751	1.923	32.740	-	-	72	19.027	23.362	6.000	5.278	2.981
1996	8.124	6.681	1.443	1.525	32.683	-	-	75	19.237	17.816	6.330	5.347	2.858
1997	7.086	5.964	1.122	1.752	32.095	-	-	80	20.152	22.341	7.340	6.677	3.105
1998	7.698	4.915	2.783	2.327	33.738	-	-	81	20.928	24.136	7.031	6.259	3.256
1999	5.548	3.952	1.596	1.138	30.658	-	-	85	22.121	27.367	7.293	6.826	3.471
2000	5.832	4.914	918	1.444	30.956	-	-	95	23.262	33.083	8.608	7.782	3.473
2001	7.092	5.091	2.001	1.751	31.863	-	-	104	25.599	36.799	9.757	9.171	3.866
2002	8.241	5.701	2.540	1.995	35.557	1.317,42	2.326,62	112	28.266	38.880	11.475	10.419	4.183
2003	6.448	4.863	1.585	1.635	34.845	1.600,05	2.585,33	137	31.986	46.817	14.623	12.859	4.679
2004	7.212	5.598	1.614	1.970	36.373	1.774,22	2.664,26	162	36.125	50.692	16.853	14.121	5.278
2005	9.106	5.688	3.418	2.278	39.442	1.881,31	2.672,98	194	42.164	52.335	20.240	16.699	6.035
2006	10.127	7.015	3.112	2.310	42.818	2.025,47	2.790,19	228	47.867	60.812	23.124	16.415	7.789
2007	11.366	8.385	2.981	2.571	48.014	2.121,72	2.797,99	263	52.868	58.578	30.361	18.312	7.899
2008	13.594	10.177	3.417	3.652	51.088	2.445,09	3.044,79	288	57.731	59.537	33.703	17.423	9.732
2009	16.047	10.747	5.300	4.028	53.819	2.569,32	3.067,29	312	62.681	66.540	34.637	19.444	10.524
2010	16.752	12.130	4.622	4.319	57.848	2.761,91	3.113,21	-	-	-	-	-	-
2011	17.811	12.548	5.263	4.017	60.788	3.023,88	3.200,47	-	-	-	-	-	-
2012	18.164	14.934	3.230	4.504	62.253	3.217,55	3.217,55	-	-	-	-	-	-

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 31 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em CIÊNCIAS BIOLÓGICAS.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	3.568	3.050	518	-	9.205	-	-	104	20.973	24.865	7.226	6.356	2.879
1992	2.277	1.595	682	-	7.722	-	-	121	20.590	25.615	7.969	6.294	2.683
1993	1.983	1.510	473	-	8.095	-	-	137	22.184	27.025	9.223	7.078	3.056
1994	1.640	1.257	383	384	6.629	-	-	153	24.252	30.562	9.784	7.538	3.357
1995	1.407	1.256	151	313	6.536	-	-	158	27.307	39.329	10.375	9.215	3.566
1996	1.237	1.107	130	254	6.345	-	-	176	29.056	38.469	10.914	9.171	4.123
1997	1.314	1.139	175	231	6.341	-	-	177	31.779	47.748	12.302	11.115	5.123
1998	1.249	1.065	184	290	7.059	-	-	237	36.789	56.595	15.991	13.771	5.219
1999	1.187	1.073	114	303	7.160	-	-	269	44.586	78.392	20.232	17.879	6.740
2000	1.322	973	349	334	7.374	-	-	332	57.445	99.880	26.120	22.387	7.556
2001	1.464	1.222	242	298	7.649	-	-	363	65.218	115.873	27.977	26.256	9.073
2002	1.840	1.300	540	526	8.684	1.822,21	3.218,11	426	75.369	141.072	35.178	31.796	11.360
2003	1.469	1.215	254	308	9.985	1.952,99	3.155,60	464	84.016	141.325	37.875	34.166	12.387
2004	1.747	1.295	452	515	10.129	2.076,08	3.117,55	510	92.329	152.681	44.180	37.587	14.998
2005	2.268	1.581	687	543	11.264	2.205,83	3.134,06	565	100.698	163.071	51.520	41.903	17.464
2006	2.620	1.656	964	649	12.244	2.374,86	3.271,50	663	111.446	170.636	65.562	46.674	19.510
2007	2.801	1.998	803	714	13.336	2.483,96	3.275,69	677	113.484	164.420	70.173	46.379	18.284
2008	3.615	2.565	1.050	979	13.342	2.739,84	3.411,83	725	120.962	156.704	72.804	42.256	20.650
2009	3.637	2.575	1.062	696	14.577	2.962,81	3.537,04	772	107.380	241.195	61.503	33.938	19.537
2010	4.009	2.887	1.122	900	15.735	3.265,66	3.681,04	945	130.421	194.519	77.919	42.541	22.426
2011	4.031	3.020	1.011	709	15.182	3.684,57	3.899,75	990	129.952	235.758	80.922	39.842	21.013
2012	3.516	2.827	689	630	13.938	3.996,99	3.996,99	1.056	126.712	278.807	78.959	42.836	20.335

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 32 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em NUTRIÇÃO.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	3.363	3.344	19	-	9.064	-	-	42	8.473	12.224	2.653	2.506	1.194
1992	3.136	3.015	121	-	9.280	-	-	42	9.415	12.679	3.062	2.559	1.169
1993	3.509	3.132	377	-	9.331	-	-	41	9.254	14.266	3.100	2.839	1.269
1994	3.752	3.654	98	744	10.362	-	-	42	9.883	18.132	3.135	2.921	1.351
1995	4.580	4.206	374	939	11.242	-	-	42	10.895	21.543	3.326	3.189	1.543
1996	4.167	3.617	550	876	11.466	-	-	43	11.346	20.814	3.331	2.941	1.731
1997	3.974	3.774	200	720	11.238	-	-	47	12.018	24.244	4.367	3.836	1.781
1998	4.083	3.666	417	746	11.722	-	-	63	13.273	27.233	5.899	4.872	2.066
1999	3.977	3.570	407	695	11.611	-	-	83	15.405	33.489	7.806	6.096	2.177
2000	4.712	3.921	791	815	12.167	-	-	99	18.349	46.895	9.475	7.588	2.270
2001	5.307	4.458	849	1.017	12.641	-	-	113	22.147	49.787	11.478	9.074	2.705
2002	5.365	4.511	854	916	13.349	1.244,26	2.197,42	145	27.225	53.096	15.193	11.793	3.460
2003	6.079	4.974	1.105	1355	14.800	1.342,94	2.169,89	159	32.556	59.326	17.315	13.565	4.418
2004	6.339	5.047	1.292	1324	15.516	1.465,71	2.200,99	201	38.929	60.893	23.734	15.966	5.096
2005	7.654	5.828	1.826	1525	17.295	1.562,67	2.220,25	237	45.041	65.656	27.624	17.931	6.317
2006	8.533	6.538	1.995	1834	18.736	1.662,10	2.289,63	270	51.024	67.098	31.005	19.004	7.118
2007	9.609	7.329	2.280	1915	20.722	1.758,27	2.318,70	292	55.641	64.287	35.661	20.266	7.746
2008	12.474	9.633	2.841	2482	23.109	1.824,57	2.272,08	311	58.212	69.883	41.144	20.492	9.282
2009	12.706	9.622	3.084	2783	26.094	1.958,06	2.337,56	325	59.955	83.722	39.551	19.286	10.209
2010	14.731	11.225	3.506	3124	29.516	2.131,59	2.402,72	345	64.090	86.962	39.435	20.441	9.860
2011	16.496	12.735	3.761	2970	32.204	2.317,59	2.452,94	356	68.150	124.136	42.987	22.868	10.848
2012	17.116	14.124	2.992	3027	34.714	2.507,73	2.507,73	366	71.684	149.979	40.730	25.872	10.781

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 33 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em FISIOTERAPIA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	-	-	-	-	-	-	-	48	11.379	16.820	3.250	3.221	1.951
1992	-	-	-	-	-	-	-	52	12.060	15.996	3.860	3.732	1.914
1993	-	-	-	-	-	-	-	52	13.125	18.099	4.090	3.912	1.865
1994	-	-	-	-	-	-	-	59	14.957	23.836	4.795	5.265	2.114
1995	-	-	-	-	-	-	-	63	18.150	34.961	6.098	6.060	2.422
1996	-	-	-	-	-	-	-	68	21.346	40.556	6.779	6.798	2.580
1997	-	-	-	-	-	-	-	83	25.748	56.248	9.591	10.076	3.087
1998	-	-	-	-	-	-	-	119	34.383	65.272	14.986	14.973	4.202
1999	-	-	-	-	-	-	-	146	44.582	82.251	19.832	18.736	5.181
2000	-	-	-	-	-	-	-	178	56.575	104.245	25.675	24.162	6.629
2001	-	-	-	-	-	-	-	211	66.599	104.301	32.441	28.895	8.217
2002	-	-	-	-	-	-	-	256	79.449	113.971	40.361	33.998	10.698
2003	6.049	3.923	2.126	2254	21.894	1.245,90	2.013,10	297	88.508	113.777	45.092	35.864	12.615
2004	4.868	3.351	1.517	1828	17.868	1.381,36	2.074,32	339	95.749	116.778	57.133	37.089	13.631
2005	6.745	3.970	2.775	2432	20.465	1.466,62	2.083,79	379	102.150	108.134	61.721	37.811	15.136
2006	6.346	4.736	1.610	2726	23.344	1.569,30	2.161,79	421	105.868	102.377	64.045	36.783	15.930
2007	8.164	5.085	3.079	2717	26.203	1.648,68	2.174,18	458	106.930	104.381	70.688	36.436	16.273
2008	8.675	5.560	3.115	3067	24.236	1.754,91	2.185,33	477	105.529	102.705	74.935	34.428	16.560
2009	10.763	6.154	4.609	3602	29.021	1.860,89	2.221,56	491	98.218	104.590	73.010	28.943	17.699
2010	11.759	7.809	3.950	3657	33.675	2.004,41	2.259,36	504	99.285	111.498	71.502	30.721	16.325
2011	13.098	8.266	4.832	3814	38.226	2.188,07	2.315,85	514	101.208	137.102	68.939	32.699	17.501
2012	13.157	9.830	3.327	3687	40.456	2.398,07	2.398,07	522	102.656	167.797	66.699	40.291	14.868

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 34 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em FONOAUDIOLOGIA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	-	-	-	-	-	-	-	29	6.807	6.891	2.328	2.205	1.251
1992	-	-	-	-	-	-	-	30	6.796	6.386	2.368	2.048	1.168
1993	-	-	-	-	-	-	-	31	7.254	6.384	2.758	2.470	1.231
1994	-	-	-	-	-	-	-	33	7.603	6.918	2.618	2.649	1.388
1995	-	-	-	-	-	-	-	35	8.354	9.675	3.157	2.715	1.483
1996	-	-	-	-	-	-	-	38	9.244	10.358	3.168	2.779	1.378
1997	-	-	-	-	-	-	-	44	10.124	12.249	3.923	3.350	1.439
1998	-	-	-	-	-	-	-	53	12.006	10.886	5.050	3.890	1.797
1999	-	-	-	-	-	-	-	64	12.051	14.550	5.505	4.100	2.016
2000	-	-	-	-	-	-	-	76	12.831	14.560	7.147	4.414	2.247
2001	-	-	-	-	-	-	-	85	13.578	14.425	7.562	5.019	2.545
2002	-	-	-	-	-	-	-	99	14.337	16.908	8.433	4.952	2.440
2003	-	-	-	-	-	-	-	96	13.963	13.845	8.098	4.528	2.372
2004	1.338	869	469	455	5.255	1.336,10	2.006,36	99	13.123	13.890	8.432	3.865	2.481
2005	1.516	895	621	510	5.545	1.410,19	2.003,61	102	12.746	11.707	8.309	4.096	2.652
2006	1.895	1.142	753	624	6.675	1.485,76	2.046,71	102	11.577	10.806	7.423	3.348	2.682
2007	2.090	1.333	757	635	7.529	1.580,10	2.083,74	106	10.406	10.219	7.753	3.384	2.042
2008	2.699	1.839	860	826	8.561	1.649,34	2.053,87	101	9.464	8.314	8.490	2.865	2.085
2009	2.954	2.000	954	947	9.617	1.775,47	2.119,58	96	8.767	9.119	7.622	2.355	1.820
2010	3.465	2.404	1.061	985	11.060	1.912,18	2.155,40	93	8.735	11.571	9.338	2.438	1.851
2011	3.601	2.636	965	948	12.020	2.094,21	2.216,51	90	8.812	17.265	7.354	2.795	1.599
2012	3.823	3.049	774	970	12.520	2.330,48	2.330,48	89	9.366	17.793	6.678	3.343	1.618

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 35 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em EDUCAÇÃO FÍSICA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	5.242	4.664	578	nd	16.826	-	-	120	34.703	32.850	13.409	11.570	6.817
1992	4.697	4.457	240	nd	16.890	-	-	125	33.523	30.210	13.637	10.719	4.624
1993	5.731	4.880	851	nd	18.132	-	-	128	36.190	33.779	13.709	11.216	5.210
1994	6.480	5.449	1.031	1.398	20.051	-	-	134	38.512	37.371	14.229	11.840	5.375
1995	7.885	6.376	1.509	1.661	21.920	-	-	140	40.484	43.136	14.838	12.689	5.662
1996	6.810	5.951	859	1.480	22.950	-	-	152	44.785	43.788	15.956	13.749	6.206
1997	7.415	6.404	1.011	1.485	23.100	-	-	159	45.244	49.535	17.272	16.470	6.480
1998	6.753	5.805	948	1.302	23.755	-	-	178	50.468	62.143	19.711	17.843	7.213
1999	6.838	5.988	850	1.133	24.301	-	-	209	57.639	73.759	23.443	20.999	8.249
2000	8.112	7.119	993	1.423	26.393	-	-	267	69.593	107.202	32.561	29.033	8.316
2001	8.716	7.164	1.552	1.801	28.016	-	-	297	79.949	117.862	35.663	33.967	9.619
2002	10.158	7.564	2.594	1.666	30.267	894,45	1.579,64	361	97.177	134.538	49.106	43.876	11.320
2003	7.170	5.664	1.506	1.217	20.425	950,24	1.535,38	412	116.621	151.704	57.625	52.121	14.560
2004	7.194	6.216	978	1.212	20.774	987,8	1.483,33	469	136.605	178.785	69.603	61.885	17.290
2005	7.798	7.455	343	1.478	20.276	1.074,51	1.526,67	531	159.484	173.534	81.287	66.223	21.228
2006	nd	6.891	21.575	1.505	21.576	1.151,56	1.586,33	618	172.369	173.623	90.261	66.349	25.888
2007	8.932	7.360	1.572	1.485	23.351	1.229,55	1.621,45	709	184.213	185.310	102.275	72.384	30.879
2008	10.296	8.445	1.851	1.997	25.706	1.353,27	1.685,18	803	187.285	187.238	109.215	68.172	36.054
2009	11.693	8.521	3.172	2.254	28.194	1.382,72	1.650,71	825	163.528	165.745	106.970	55.710	35.523
2010	12.873	9.658	3.215	2.309	30.799	1.472,89	1.660,24	1.003	175.877	188.389	120.534	62.882	33.119
2011	15.803	11.172	4.631	2.636	35.409	1.586,84	1.679,51	1.066	181.803	236.900	123.733	67.009	34.522
2012	17.753	13.375	4.378	2.674	40.035	1.670,52	1.670,52	1.108	186.668	288.825	125.495	76.663	34.842

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 36 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em TERAPIA OCUPACIONAL.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	-	-	-	-	-	-	-	21	2.491	2.372	1.110	852	313
1992	-	-	-	-	-	-	-	21	2.303	1.987	905	604	286
1993	-	-	-	-	-	-	-	21	2.341	2.372	1.159	777	352
1994	-	-	-	-	-	-	-	22	2.367	2.802	1.195	1.042	268
1995	-	-	-	-	-	-	-	22	2.752	3.075	1.037	801	299
1996	-	-	-	-	-	-	-	23	2.898	4.684	1.218	1.082	342
1997	-	-	-	-	-	-	-	24	2.874	4.147	1.168	938	466
1998	-	-	-	-	-	-	-	28	3.235	5.482	1.813	1.250	514
1999	-	-	-	-	-	-	-	33	4.002	5.229	1.854	1.569	520
2000	-	-	-	-	-	-	-	37	5.276	6.812	2.680	2.071	588
2001	-	-	-	-	-	-	-	42	5.961	9.345	2.943	2.293	735
2002	-	-	-	-	-	-	-	46	6.928	8.809	3.450	2.514	926
2003	-	-	-	-	-	-	-	48	7.225	9.307	3.703	2.472	1.157
2004	-	-	-	-	-	-	-	52	7.216	7.465	3.591	2.319	1.134
2005	-	-	-	-	-	-	-	59	7.577	7.477	4.287	2.306	1.334
2006	-	-	-	-	-	-	-	62	7.396	6.582	4.070	2.024	1.466
2007	-	-	-	-	-	-	-	61	6.803	5.696	3.976	1.844	1.330
2008	1.438	1.023	415	383	4.520	1.786,45	2.224,61	64	6.073	5.810	4.883	1.435	1.319
2009	1.241	860	381	374	4.599	2.024,25	2.416,58	64	5.867	6.802	3.814	1.597	1.180
2010	1.698	1.031	667	474	5.714	2.312,29	2.606,40	59	5.964	9.492	3.361	1.831	1.082
2011	1.627	1.077	550	401	5.656	2.409,28	2.549,98	62	6.109	10.937	3.898	1.789	1.024
2012	1.806	1.392	414	414	6.054	2.641,50	2.641,50	59	6.220	13.891	3.823	1.858	928

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.

Tabela 37 – Brasil, 1991 a 2012: Dados de mercado de trabalho e de formação em BIOMEDICINA.

Ano	Admitidos	Desligados	Saldo	1º Emprego	Vínculos Ativos	Rem. Nominal	Rem. Real	Nº Cursos	Matriculados	Inscritos	Vagas	Ingressos	Egressos
1991	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2000	-	-	-	-	-	-	-	7	1.146	2.830	695	661	124
2001	-	-	-	-	-	-	-	11	2.098	4.270	1.141	1.050	211
2002	-	-	-	-	-	-	-	14	3.109	5.551	1.666	1.579	267
2003	-	-	-	-	-	-	-	27	5.281	9.443	2.875	2.521	658
2004	-	-	-	-	-	-	-	54	6.711	12.308	5.821	4.295	738
2005	-	-	-	-	-	-	-	68	12.075	17.107	7.734	5.841	1.228
2006	-	-	-	-	-	-	-	100	15.342	19.416	12.473	7.359	1.467
2007	-	-	-	-	-	-	-	130	20.091	24.957	18.554	9.917	2.104
2008	100	54	46	32	250	1.651,30	2.056,3	152	23.422	28.685	21.873	11.236	3.536
2009	210	95	115	73	515	1.850,86	2.209,6	168	25.824	34.610	21.152	10.907	3.256
2010	1.047	502	545	253	1.667	2.208,67	2.489,6	195	30.333	43.949	25.060	11.904	3.875
2011	1.350	734	616	267	2.761	2.418,14	2.559,4	210	34.375	54.931	26.940	13.830	4.690
2012	1.900	1.307	593	326	3.798	2.554,90	2.554,9	229	38.302	65.299	28.872	17.228	5.099

Fonte: EPSM a partir da RAIS/MTE e do CES do INEP/MEC.



http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br

epsm@nescon.medicina.ufmg.br

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

RELATÓRIO FINAL (APÊNDICE C):

DEMOGRAFIA, MERCADO DE TRABALHO E PROJEÇÃO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL DE 2010 A 2030

Belo Horizonte,

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde

Relatório Final (Apêndice C)

DEMOGRAFIA, MERCADO DE TRABALHO E PROJEÇÃO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL DE 2010 A 2030

Belo Horizonte, fevereiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

Equipe de estagiários
Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos
Henrique Campos Araújo Klein

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

Sumário

Introdução 2

1. Metodologia 3

1.1. Fontes de informação sobre especialidades médicas 3

1.1.1. Fontes e cadastros sobre titulados em especialidades médicas 5

1.1.2. Fontes de informação sobre exercício de especialidades médicas 7

1.2. Definição da base de dados utilizada na pesquisa 11

1.3. Customização da base de dados do projeto 12

2. Dimensionamento do número de especialistas 19

2.1. Força de trabalho médica 19

2.2. Estoque geral de especialidades 21

2.3. Composição demográfica das especialidades 24

2.4. Composição do exercício da especialidade 26

2.5. Oferta geográfica de especialidades médicas 29

3. Análise dos padrões da oferta de especialidades médicas 30

3.1. O método e os modelos 30

3.2. Modelo 1 – Padrões do exercício das especialidades médicas 32

3.3. Modelo 2 – Padrões geográficos da oferta de especialidades médicas 37

4. Estimativas futuras de especialidades médicas em 2030 43

5. Resultados do survey telefônico sobre dificuldade de contratação de especialistas 63

5.1. Escopo, universo e amostra 63

5.2. Dificuldade de contratação de especialistas 65

5.3. Revisão das projeções considerando o parâmetro da ETAC 80

6. Considerações Finais 86

Referências 87

Apêndices 89

A – Tabelas descritivas por especialidades 89

B – Mapas da oferta de especialidades médicas por UF 119

C – Questionário da ETAC 170

D – Resultados detalhados da ETAC por estrato da amostra 175

Introdução

Este relatório apresenta os resultados da análise sobre demografia, mercado de trabalho e projeção das especialidades médicas no Brasil no período entre 2010 e 2030. Tal análise é parte do **Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde**, estabelecido a partir de termo de cooperação entre a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS). No âmbito do projeto, corresponde às atividades sobre especialidades médicas que estão previstas nas ações 1 e 2, de análise da força de trabalho em saúde e desenvolvimento de metodologias de projeção para o planejamento da força de trabalho em saúde.

A análise sobre especialidades médicas se justifica pela importância, especificidade e complexidade da força de trabalho médica, bem como pela necessidade de fornecer informações específicas para as políticas de saúde atuais no país. Assim, propôs-se desenvolver um diagnóstico sobre demografia, mercado de trabalho e projeção das especialidades médicas no Brasil a partir dos seguintes objetivos: (i) estimar os estoques e fluxos de profissionais e postos de trabalho de médicos, segundo especialidade de exercício; (ii) investigar os padrões da oferta geográfica de especialidades; (iii) investigar os padrões da distribuição de exercício profissional de especialidades entre os médicos; e (iv) estimar os estoques futuros de especialidades para o curto e médio prazo**.**

O relatório está dividido em cinco partes, além desta introdução. A primeira trata dos aspectos metodológicos de identificação da base de dados trabalhada na pesquisa e seu tratamento. A segunda dimensiona os estoques de médicos no país de acordo com o exercício de especialidades e a terceira parte apresenta a distribuição geográfica desses estoques. A quarta parte descreve os resultados da aplicação de estatística multivariada que buscou investigar os padrões da oferta geográfica de especialidades entre municípios e da distribuição do exercício profissional das especialidades entre médicos. A última parte apresenta estimativas para as especialidades médicas até 2030.

1. Metodologia

A metodologia deste trabalho está assentada na produção de estatísticas descritivas sobre a oferta de especialidades médicas no Brasil. Para tanto, foram identificadas as principais bases de dados disponíveis sobre o tema e uma avaliação sobre o acesso e a viabilidade de uso das mesmas[1]. Como será explicado, foi escolhido o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual permitiu estimar os estoques atuais e futuros das especialidades médicas, assim como seus padrões geográficos e de exercício. Neste tópico metodológico apresentamos apenas a discussão sobre a escolha e customização da base de dados. As técnicas utilizadas para análise dos padrões de oferta e para projeção das especialidades estão descritas nos capítulos 4 e 5, respectivamente, junto com a apresentação dos resultados.

1.1. Fontes de informação sobre especialidades médicas

No Brasil não existem fontes de informação produzidas de forma periódica e por meio das instituições públicas que sejam específicas para coleta de informações sobre os Recursos Humanos em Saúde (RHS). Entretanto, inúmeras fontes, com objetivos distintos, dispõem de bases de dados que podem ser recortadas analiticamente a este respeito. 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 exercício da especialidade no mercado de trabalho, 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

[1] Até o momento de definição sobre a base de dados que seria utilizada nesta pesquisa ainda não havia sido criado o Cadastro Nacional de Especialistas (CNE) do Ministério da Saúde, o qual reúne um conjunto de fontes de informação sobre médicos especialistas no Brasil. Futuramente, a avaliação sobre o acesso e utilização do CNE será feita em outros estudos que a EPSM desenvolve em cooperação com o Ministério da Saúde.

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 congregar as bases de dados das duas fontes de concessão de títulos no país, a Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). Pelo lado do exercício das 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.

No cômputo geral, as principais bases de dados secundárias que possuem informações sobre as especialidades médicas no Brasil são:

Fontes e cadastros sobre titulados em especialidades médicas:

(i) Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM): egressos de Programas de Residência Médica, por especialidade;

(ii) Associação Médica Brasileira (AMB): médicos titulados a partir dos exames das Sociedades de Especialistas, por especialidade;

(iii) Conselho Federal de Medicina (CFM): médicos especialistas de acordo com o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE), por especialidade;

Fontes e cadastros sobre exercício de especialidades médicas:

(i) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES-MS): médicos vinculados a estabelecimentos de assistência à saúde, por especialidade relativa ao posto de trabalho, ou procedimento, ou titulação;

(ii) Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS-MTE): médicos com vínculos de emprego formal no total da economia, por especialidade relativa ao posto de trabalho;

(iii) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): médicos cadastrados, por especialidade de atendimento.

A seguir, cada fonte de informação e cadastro é apresentada em detalhe.

1.1.1. Fontes e cadastros sobre titulados em especialidades médicas

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. Nesse sentido, o sistema de informação da CNRM dispõe de dados sobre os certificados concedidos pelos programas credenciados e o registro do profissional é automático a partir de sua matrícula em um curso de residência.

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*[2], 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 de dados para uma contagem mais aproximada do estoque de especialistas, segundo o critério de titulação. Outro limite que se 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

[2] http://siscnrm.mec.gov.br/certificados

Resoluções do CFM que reconhecem as especialidades médicas, é necessário proceder à limpeza e posterior categorização ou padronização dos mesmos.

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*[3], 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 complementariedade 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.

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 se-

[3] http://www.sistemas.amb.org.br/CONSULTA-PUBLICA/

cundária; ativa ou desligada) e atributos como sexo e idade. No que se refere ao registro de especialidades, há um campo específico que informa o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE), o qual é preenchido para o médico que comprova 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 e nenhuma regulação das entidades médicas, de fato, proíbe o exercício de especialidades não declaradas (seja por titulados ou por não titulados).

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*[4], 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.

1.1.2. Fontes de informação sobre exercício de especialidades médicas

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

[4] http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_medicos&Itemid=59

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*[5], 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

[5] http://cnes.datasus.gov.br/.

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 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 62 especialidades classificadas a seis dígitos. Embora a CBO seja a base da classificação, o CNES possui outras cinco especialidades, para as quais são atribuídos códigos específicos, totalizando 67.

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.

Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)

A RAIS é um registro administrativo do Ministério do Trabalho e Emprego, de âmbito nacional e periodicidade anual. É considerado o Censo do mercado formal brasileiro. Os dados são prestados por todos os estabelecimentos empregadores do país que devem declarar os empregos de celetistas (empregados sob o regime da CLT); servidores da Administração Pública; trabalhadores temporários ou com Contrato de Trabalho de Prazo Determinado, de acordo com as legislações específicas dos estados e municípios; entre outros. Os dados são desagregáveis até o nível geográfico municipal. Estão acessíveis por meio de consulta a um sistema *online*[6] de geração de tabelas ou por meio de solicitação especial feita ao MTE.

[6] O acesso ao sistema é feito através de *login* no site http://bi.mte.gov.br/bgcaged/login.php.

A partir da análise dos dados da RAIS, é possível conhecer, de forma descritiva, o estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro de cada ano segundo sexo, faixa etária e graus de escolaridade do empregado, além de características gerais do trabalho como rendimentos (em dezembro e média anual), tempo de serviço, tipo de vínculo, atividade econômica segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), ocupação segundo CBO, horas semanais contratadas, natureza jurídica do estabelecimento, entre outros. Além do estoque de empregos, dispõe-se também dos fluxos de mercado de trabalho por tipo de admissão e causa do desligamento. Em suma, os dados da RAIS permitem dimensionar a estrutura e a dinâmica desse segmento do mercado de trabalho para a totalidade das atividades econômicas em todo o Brasil.

A utilização da RAIS para análise de recursos humanos em saúde tem sido de extrema importância, uma vez que os empregos no setor saúde já representam em torno de 11% da economia formal. Do ponto de vista metodológico, faz-se necessário cotejar informações referentes ao emprego em saúde, o que é feito através do recorte das atividades econômicas, profissões e ocupações da área. O uso da RAIS, nesse sentido, é limitado, pois está sujeito aos problemas de definição de algumas atividades e de compatibilização taxonômica de algumas ocupações entre diferentes períodos de sua série histórica. Além disso, também é limitado por se restringir ao mercado formal.

Do ponto de vista das especialidades médicas, também é possível utilizar a CBO a seis dígitos, no entanto, dada sua abrangência no mercado formal, há maior tendência de registro dos empregos em torno da especialidade de clínica médica, a qual corresponderia ao médico geral, não especialista. Isso se deve, em parte, pela tendência de contratação de especialistas por meio de vínculos atípicos de trabalho, isto é, aqueles que não fazem parte da abrangência da RAIS. Por outro lado, sugere-se que o registro em clínica médica é mais utilizado devido à semelhança taxonômica com os cargos para os quais os médicos são contratados, sobretudo os que se referem aos cargos públicos. Nesse sentido, recomenda-se a utilização da RAIS apenas para caracterizar o mercado de trabalho médico global, sem discriminar por especialidades.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A ANS é a agência reguladora dos planos de saúde do Brasil vinculada ao Ministério da Saúde. Como parte da política de transparência da agência, um conjunto de informações está disponível para consulta *online*[7], através de um sistema desenvolvido pelo DATASUS. A disponibilidade das informações se restringe aos dados sobre beneficiários, operadoras, planos privados de saúde e ressarcimento ao SUS, para os quais podem ser produzidas tabulações. Os dados têm abrangência até o nível geográfico municipal e sua atualização é trimestral, sendo a série histórica disponível de 2000 a 2015. Os registros de médicos vinculados às operadoras e planos também faz parte do cadastro, mas não estão acessíveis para consulta por meio dessa plataforma. Também não estão disponíveis informações sobre o conteúdo e forma de registro de especialidades. O acesso aos microdados deve ser feito por meio de solicitação especial à ANS. Ressalta-se que se trata de uma fonte complementar ao dimensionamento das especialidades, pois cobre apenas a Saúde Suplementar. Além disso, as especialidades que são cadastradas não necessariamente identificam o exercício do profissional e é desconhecido até que ponto a mesma pode ser compatibilizada com as especialidades listadas na CBO e ou reconhecidas pelo CFM.

1.2. Definição da base de dados utilizada na pesquisa

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 sejam utilizadas de forma complementar e conforme a necessidade. Se o objetivo for dimensionar o número de especialistas com titulação, o cruzamento dos cadastros da AMB, da CNRM e do CFM parece ser suficiente. Se o objetivo for dimensionar o número de especialistas segundo o exercício da especialidade no mercado de trabalho, é possível fazê-lo de forma parcial através do CNES, pois nenhuma outra base considerada isoladamente ou em complementariedade ao CNES forneceria este dimensionamento de forma completa.

[7] http://www.ans.gov.br/anstabnet/

Do ponto de vista do acesso aos microdados encontramos importantes limitações na medida em que os cadastros AMB, CNRM, CFM e ANS, ou não são disponibilizados pelas entidades em questão, ou o acesso não se dá por meio dos microdados, fato que impede a realização das análises estatísticas necessárias aos objetivos desse estudo. Por outro lado, a acesso ao CNES é facilitado através da EPSM, que possui um termo de consentimento com o Ministério da Saúde para cessão dos microdados. Os dados da RAIS, por sua vez, também estão disponíveis na EPSM, mas como explicitado acima, seu uso não é recomendado para análise das especialidades por se limitar ao mercado de trabalho formal e por haver vícios no registro ocupacional.

Ressalta-se, porém, 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 e desatualização dos dados. 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. Ainda que praticada secundariamente e com menor carga horária, o registro de especialidades diferentes da principal implica em oferta real de trabalho na mesma. Além disso, não há uma necessária relação entre exclusividade de prática com a existência de titulação na residência equivalente a especialidade.

1.3. Customização da base de dados do projeto

A customização da base de dados para este projeto envolve a reunião, sistematização e crítica do conjunto de dados que foi selecionado para o dimensionamento das especialidades médicas no Brasil. O tratamento dos microdados foi feito para a competência de março de 2014 do CNES, último período que estava disponível no momento de execução desse estudo. 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.

A identificação dos especialistas foi feita através da variável de ocupação, que segue a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com a única diferença que alguns códigos foram criados especificamente

para o registro no CNES. Considerando a CBO a seis dígitos são identificadas 67 especialidades ou códigos. Para classificação das especialidades, procedeu-se a uma correspondência taxonômica entre as especialidades reconhecidas pela Resolução 1.973 de 14 de julho de 2011 do CFM, e a classificação das ocupações médicas segundo a CBO de 2002 e sua atualização em 2010. O resultado implicou em uma redução dos 67 códigos em 54 especialidades, na medida em que alguns casos foram agregados, como foi o caso dos CBOs de médico clínico e médico generalista. Na análise dos dados foram consideradas 51 especialidades, tendo em vista que a categoria que abrange as especialidades não classificadas foi desconsiderada e as especialidades de medicina esportiva e medicina física e reabilitação não possuíam registro no CNES em março de 2014. As correspondências podem ser consultadas no quadro 1.

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

Grupo de especialidades		Especialidade [A]	Classificação Brasileira de Ocupações 2002 [B]		CBO atualização em 2010 [B]	
Descrição	**Código**	**Descrição**	**Código**	**Descrição**	**Código**	**Descrição**
Atenção Primária	29	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	02	Alergia e Imunologia	**223102**	Médico alergista e imunologista	**225110**	Médico alergista e imunologista
	04	Angiologia	**223105**	Médico angiologista	**225115**	Médico angiologista
	06	Cardiologia	**223106**	Médico cardiologista	**225120**	Médico cardiologista
	05	Cancerologia	**223145**	Médico oncologista	-	
			2231F4 [C]	Médico oncologista pediátrico	**225122**	Médico cancerologista pediátrico
			2231F5 [C]	Médico oncologista cirúrgico	**225290**	Médico cancerologista cirúrgico
			2231F6 [C]	Médico oncologista clínico	**225121**	Médico oncologista clínico
	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

(Continua)

(Continuação)

Especialidades clínicas (Continuação)	27	Infectologia	**223136**	Médico infectologista	**225103**	Médico infectologista
	34	Medicina Intensiva	**223122**	Médico em medicina intensiva	**225150**	Médico em medicina intensiva
	38	Nefrologia	**223139**	Médico nefrologista	**225109**	Médico nefrologista
			223141	Médico neurofisiologista	**225350**	Médico neurofisiologista clínico
	40	Neurologia	**223142**	Médico neurologista	**225112**	Médico neurologista
	47	Pediatria	**223149**	Médico pediatra	**225124**	Médico pediatra
	48	Pneumologia	**223151**	Médico pneumologista	**225127**	Médico pneumologista
			2231A1 [C]	Médico Broncoesofalogista	-	
	49	Psiquiatria	**223153**	Médico psiquiatra	**225133**	Médico psiquiatra
			223119	Médico em eletroencefalografia	-	
	52	Reumatologia	**223155**	Médico reumatologista	**225136**	Médico reumatologista
Especialidades Cirúrgicas	07	Cirurgia Cardiovascular	**223107**	Médico cirurgião cardiovascular	**225210**	Médico cirurgião cardiovascular
			2231G1 [C]	Médico cardiologista intervencionista	-	
	09	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	**223108**	Médico cirurgião de cabeça e pescoço	**225215**	Médico cirurgião de cabeça e pescoço
	08	Cirurgia da Mão	**-**	-	**225295**	Médico cirurgião da mão
	10	Cirurgia do Aparelho Digestivo	**223109**	Médico cirurgião do aparelho digestivo	**225220**	Médico cirurgião do aparelho digestivo
	11	Cirurgia Geral	**223110**	Médico cirurgião geral	**225225**	Médico cirurgião geral
	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

(Continua)

(Continuação)

Especialidades Cirúrgicas (Continuação)	24	Ginecologia e Obstetrícia	**223132**	Médico ginecologista e obstetra	**225250**	Médico ginecologista e obstetra
	28	Mastologia	**223138**	Médico mastologista	**225255**	Médico mastologista
	39	Neurocirurgia	**223140**	Médico neurocirurgião	**225260**	Médico neurocirurgião
	42	Oftalmologia	**223144**	Médico oftalmologista	**225265**	Médico oftalmologista
	43	Ortopedia e Traumatologia	**223146**	Médico ortopedista e traumatologista	**225270**	Médico ortopedista e traumatologista
	44	Otorrinoloaringologia	**223147**	Médico otorrinolaringologista	**225275**	Médico otorrinolaringologista
			223127	Médico foniatra	-	
	53	Urologia	**223157**	Médico urologista	**225285**	Médico urologista
Especialidades de medicina diagnóstica e terapêutica	03	Anestesiologia	**223104**	Médico anestesiologista	**225151**	Médico anestesiologista
	25	Hematologia e Hemoterapia	**223133**	Médico hematologista	**225185**	Médico hematologista
			223134	Médico hemoterapeuta	**225340**	Médico hemoterapeuta
	20	Endoscopia	**223120**	Médico em endoscopia	**225310**	Médico em endoscopia
	36	Medicina Nuclear	**223123**	Médico em medicina nuclear	**225315**	Médico em medicina nuclear
	41	Nutrologia	**223143**	Médico nutrologista	**225118**	Médico nutrologista
	45	Patologia	**223148**	Médico patologista clínico	**225325**	Médico patologista
			223103	Médico anatomopatologista	**225148**	Médico anatomopatologista
			223114	Médico citopatologista	**225305**	Médico citopatologista
	50	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	**223124**	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	**225320**	Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
	51	Radioterapia	**223154**	Médico radioterapeuta	**225330**	Médico radioterapeuta
	46	Patologia clínica/medicina laboratorial	-	-	**225335**	Médico patologista clínico / medicina laboratorial

(Continua)

(Continuação)

Outras especialidades	01	Acupuntura	**223101**	Médico acupunturista	**225105**	Médico acupunturista
	26	Homeopatia	**223135**	Médico homeopata	**225195**	Médico homeopata
	22	Genética Médica	**223130**	Médico geneticista	**225175**	Médico geneticista
	35	Medicina Legal e Perícia Médica	**223137**	Médico legista	**225106**	Médico legista
			223150	Médico perito	-	
	30	Medicina do Trabalho	**223118**	Médico do trabalho	**225140**	Médico do trabalho
	37	Medicina Preventiva e social	**223156**	Médico sanitarista	**225139**	Médico sanitarista
			2231F8 [C]	Médico em medicina preventiva e social	-	
	31	Medicina do Tráfego	**223121**	Médico em medicina do tráfego	**225145**	Médico em medicina do tráfego
	32	Medicina Esportiva	-	-	-	
	33	Medicina Física e Reabilitação	-	-	-	
	54	Outra	**223126**	Médico fisiatra	**225160**	Médico fisiatra
			2231F7 [C]	Médico residente	-	
			-	-	**225345**	Médico hiperbarista

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 1.973/2011;

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.

A contagem de especialistas foi feita através de três medidas distintas. A primeira contagem é direta, isto é, referente ao número de vínculos com estabelecimentos de saúde nas especialidades, que é a unidade pela qual o banco de dados se organiza. A segunda contagem se dá pelo número de médicos atuantes em cada especialidade, ressaltando que um mesmo médico é contado em cada especialidade de atuação, desde que ele possua pelo menos um vínculo registrado na CBO respectiva, no período analisado. Por fim, foi feita a contagem em equivalente de tempo completo ou *Full Time Equivalent (FTE)*, 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 na especialidade é dividido por 40 horas, representando o número que equivaleria ao de profissionais dedicados em tempo integral.

Destaca-se, por fim, que a análise privilegiou as especialidades que foram percebidas como prioritárias nas políticas do Governo Federal[8]. Primeiramente identificamos como prioritária a especialidade de medicina de família e comunidade, entendida como central para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família. Em seguida destacamos um grupo que tem sido apresentado como prioritário no componente de ampliação das vagas de residência médica do Projeto Mais Médicos (PMM)[9]: cancerologia, cardiologia, cirurgia geral, anestesiologia, ortopedia e traumatologia e oftalmologia. E ainda, consideramos as especialidades que comporão estudos futuros de dimensionamento da demanda por especialistas para atuarem no atendimento e tratamento de crianças com microcefalia, sendo: pediatria, neurologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia e a já incluída oftalmologia.

[8] As análises subsequentes darão ênfase a estas especialidades prioritárias, embora as tabelas, gráficos e mapas apresentem dados para as 51 especialidades identificadas nos microdados do CNES.

[9] Esta percepção decorre de entrevistas informais com membros do Ministério da Saúde que têm elaborado estratégias para alocação de residências médicas no Brasil no âmbito do PMM.

2. Dimensionamento do número de especialistas

2.1. Força de trabalho médica

O cálculo do número de médicos é frequentemente feito a partir de um conjunto de bases de dados, buscando minimizar as dificuldades de contar os profissionais que estão efetivamente disponíveis para o trabalho na assistência à saúde ou em atividades a ela relacionadas. O Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística se destaca, *a priori,* como a fonte que fornece o número total de médicos, estejam eles ocupados, desocupados ou não economicamente ativos. Já o CNES pode ser utilizado para estimar o número de médicos ocupados nos serviços de assistência direta à saúde. Assim, no último Censo, de 2010, foi encontrada uma população médica de 355.583 residentes no país[10] (tabela 1). Destes, 276.802 se ocupavam em estabelecimentos de saúde no mês de dezembro do mesmo ano, o equivalente a 77,8%. No ano de 2014, período recortado neste estudo para análise das especialidades médicas, estimava-se um total de 403.066 médicos – número obtido a partir da soma da população residente em 2010 e dos quantitativos de egressos dos cursos de medicina no período 2011-2013 segundo dados do Censo da Educação Superior do INEP. O CNES de março de 2014 informava um total de 324.723 médicos, ou 80,6% do total estimado. O gráfico 1 mostra a evolução do número de médicos em estabelecimentos de saúde no período em questão.

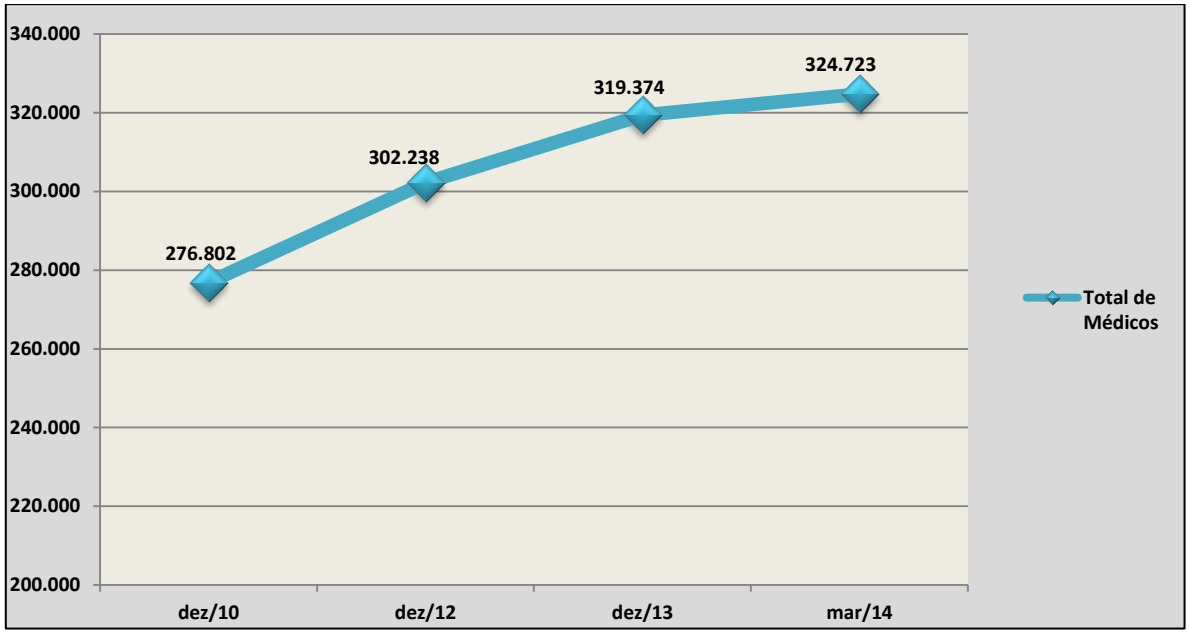
Tabela 1 - Número de médicos no Brasil, 2010 e 2014.

	2010	2014
Nº de médicos	355.583*	403.066**
Nº de médicos em estabelecimentos de saúde* **	276.802	324.723
% de médicos em estabelecimentos de saúde	77,8%	80,6%

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Censo Demográfico do IBGE, CNES e INEP.
* O nº de médicos é o de ocupados como médicos no trabalho principal da semana de referência ou cujo último curso de graduação foi em medicina. Além disso, aplicou-se critério de consistência de idade e escolaridade.
** Valor obtido a partir da soma da população residente em 2010 e dos quantitativos de egressos dos cursos de medicina no período 2011-2013 segundo dados do Censo da Educação Superior do INEP.

[10] Pessoas que declararam possuir graduação em medicina ou que estavam ocupados no trabalho principal da semana de referência como médicos, sendo as duas condições não excludentes. Foi aplicado critério de consistência de idade e escolaridade.

Gráfico 1 – Brasil, dezembro de 2010 a março de 2014: Evolução do número de médicos em estabelecimentos de saúde.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Na tabela 2 temos a especificação do estoque de médicos em estabelecimentos de saúde em março de 2014, segundo várias medidas de contagem. Além do número de indivíduos médicos (324.723), apresenta-se o número de médicos equivalente a tempo integral, em que cada 40 horas semanais de trabalho médico corresponde a um profissional – *Full Time Equivalent* (FTE) – (360.540); de vínculos – postos de trabalho – (945.314); e da razão de médicos, em FTE, por 100 mil habitantes (177,80). Como se pode observar o total de indivíduos é inferior ao total de FTE o que se deve a média de carga horária dos indivíduos serem maior que 40 horas semanais. A razão entre número de vínculos por indivíduo ficou em 2,9 por médico, em média.

Tabela 2 - BRASIL, março de 2014: Total da força de trabalho médica, indivíduo, FTE*, vínculos.

BRASIL	INDIVÍDUOS	FTE*	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
N	324.723	360.540	945.314	177,80

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.
**Full Time Equivalent* (FTE) ou equivalente a tempo completo, no qual cada 40 horas semanais de trabalho médico corresponde a um profissional.

2.2. Estoque geral de especialidades

Para termos dimensão da força de trabalho em especialidades médicas, foram calculados os números de médicos que exerciam as especialidades em março de 2014, isto é, que possuíam vínculos registrados no CNES nas CBOs correspondentes às especialidades médicas reconhecidas pelo CFM e agrupadas conforme apresentado na metodologia deste relatório. A análise da tabela 3 segue a mesma lógica da tabela anterior e apresenta a distribuição dos médicos nas 51 especialidades identificadas. A que possuía a maior presença de força de trabalho era a clínica médica, com 129.036 indivíduos, 70.618 FTE, 198.328 vínculos e razão de 34,83 médicos por 100 mil habitantes. Em seguida aparece a especialidade de medicina de família e comunidade, com 41.187 indivíduos, 41.489 FTE, 42.756 vínculos e razão de 20,46 médicos por 100 mil habitantes. As especialidades de pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral também aparecem com números significativos. As especialidades com menor força de trabalho eram: medicina legal e perícia médica, com 85 indivíduos, 46 FTE, 88 vínculos e razão de 0,02; Cirurgia da mão, com 84, 34, 94 e 0,02, respectivamente; e Medicina do tráfego, com 130, 54, 135 e 0,03.

Entre as especialidades prioritárias[11] foram observados estoques em torno de 40 mil indivíduos em medicina de família e comunidade e pediatria; 35 mil em cirurgia geral; 18 mil em cardiologia e anestesiologia; 13 mil em oftalmologia e ortopedia; 6 mil em cancerologia, neurologia e otorrinolaringologia; e 3 mil em neurocirurgia. Em todos os casos, porém, essa oferta é reduzida quando se verifica os quantitativos em FTE indicando que, em geral, os médicos que as exercem possuem uma carga horária de dedicação registrada, em média, menor do que 40 horas. Também se verificaram estoques de vínculos superiores ao de indivíduos, o que destaca que, em média, esses médicos possuem mais de um vínculo registrado na especialidade.

[11] Está disponível no apêndice um conjunto de dados para cada uma das especialidades prioritárias, organizados em forma de tabelas descritivas da distribuição geográfica e caracterização dos vínculos de trabalho, além de uma pirâmide.

Tabela 3 - BRASIL, março de 2014: Especialidades médicas, indivíduos, FTE, vínculo e razão por 100 mil habitantes.

ESPECIALIDADES	INDIVÍDUOS	FTE*	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
Acupuntura	1.514	666	1.846	0,33
Alergia e Imunologia	1.408	750	2.123	0,37
Anestesiologia	17.498	14.202	39.814	7,00
Angiologia	2.888	1.261	5.510	0,62
Cancerologia	5.975	3.128	12.510	1,54
Cardiologia	18.224	12.829	41.977	6,33
Cirurgia Cardiovascular	2.666	862	3.796	0,43
Cirurgia da Mão	1.350	636	2.777	0,31
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	4.744	2.091	8.650	1,03
Cirurgia do Aparelho Digestivo	84	34	94	0,02
Cirurgia Geral	34.745	14.945	58.016	7,37
Cirurgia Pediátrica	1.880	1.279	4.432	0,63
Cirurgia Plástica	4.896	2.969	10.186	1,46
Cirurgia Torácica	1.190	647	2.734	0,32
Cirurgia Vascular	4.073	2.201	8.346	1,09
Clínica médica	129.036	70.618	198.328	34,83
Coloproctologia	2.063	1.075	4.213	0,53
Dermatologia	8.550	5.884	15.565	2,90
Endocrinologia e Metabologia	5.262	3.472	9.882	1,71
Endoscopia	4.028	1.759	6.679	0,87
Gastroenterologia	7.027	3.437	12.346	1,70
Genética Médica	239	153	351	0,08
Geriatria	2.187	1.127	3.328	0,56
Ginecologia e Obstetrícia	32.487	26.824	80.698	13,23
Hematologia e Hemoterapia	2.779	2.216	6.847	1,09
Homeopatia	1.356	607	1.660	0,30
Infectologia	3.142	2.364	5.912	1,17
Mastologia	2.207	1.135	4.534	0,56
Medicina de Família e Comunidade	41.187	41.489	42.756	20,46
Medicina do Trabalho	4.335	1.857	4.972	0,92
Medicina do Tráfego	130	54	135	0,03
Medicina Intensiva	10.900	5.677	13.944	2,80
Medicina Legal e Perícia Médica	85	46	88	0,02
Medicina Nuclear	701	512	1.305	0,25
Medicina Preventiva e social	962	559	1.047	0,28

(continua)

(continuação)

ESPECIALIDADES	INDIVÍDUOS	FTE*	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
Nefrologia	4.463	3.748	10.776	1,85
Neurocirurgia	3.332	2.468	8.184	1,22
Neurologia	6.874	4.709	15.593	2,32
Nutrologia	507	215	675	0,11
Oftalmologia	12.715	11.904	32.831	5,87
Ortopedia e Traumatologia	15.040	14.355	43.906	7,08
Otorrinoloaringologia	6.137	5.204	16.924	2,57
Patologia	2.699	2.097	5.708	1,03
Patologia clínica-medicina laboratorial	1.883	1.088	2.862	0,54
Pediatria	39.266	31.608	81.504	15,59
Pneumologia	4.040	2.479	8.008	1,22
Psiquiatria	8.868	7.631	17.982	3,76
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	16.538	11.851	35.869	5,84
Radioterapia	784	571	1.373	0,28
Reumatologia	2.106	1.405	4.077	0,69
Urologia	5.147	4.474	16.569	2,21
Outras	4.463	3.748	10.776	1,85
Total	**324.723**	**360.540**	**945.314**	**177,80**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.
**Full Time Equivalent* (FTE) ou equivalente a tempo completo, no qual cada 40 horas semanais de trabalho médico corresponde a um profissional.

2.3. Composição demográfica das especialidades

No que se refere à composição demográfica das especialidades a tabela 4 apresenta o número e a distribuição percentual por sexo e a idade média dos médicos. Das especialidades prioritárias, a com maior presença relativa de mulheres é a Pediatria, 66,7% com idade média de 45 anos, contra 33,3% e 52 anos. A medicina de família e comunidade, embora com maioria do sexo masculino (54,2%), apresenta uma expressiva proporção de médicas (45,8%), bem como a idade média maior para os homens 43 contra 38 anos. Estas especialidades, em ambos os sexos, a idade média é uma das mais baixas em relação às outras especialidades. As demais especialidades aqui selecionadas tem sua maior força de trabalho composta em sua maioria pelo sexo masculino: Ortopedia e Traumatologia (93,5%); Neurocirurgia (87,1%); Cirurgia Geral (80,9%); Cardiologia (72,3%); Anestesiologia (69,1%); Neurologia (67,8%); Otorrinoloaringologia (65,5%); e Oftalmologia (61,6%). Em todos os casos os homens apresentaram uma idade média maior do que as mulheres.

No restante das especialidades, vale destacar ainda que Dermatologia e Endocrinologia e Metabologia tem sua maior força de trabalho na mão de obra feminina, com 69,4% e 63,6%, respectivamente e idade média entre 41 e 42 anos. Inversamente, a maioria das especialidades cirúrgicas apresenta maior presença do sexo masculino, com destaque para Urologia, que é composta por 95,8% de homens e idade média de 48 anos; Cirurgia Torácica, com 90,3% e idade média de 47 anos e Cirurgia do Aparelho Digestivo, com 88,5% e idade média 48 anos.

Tabela 4 – BRASIL, março de 2014: Distribuição das especialidades, por sexo e idade média.

Especialidades	Feminino			Masculino		
	N	%	Idade Média	N	%	Idade Média
Acupuntura	598	48,6	50	632	51,4	53
Alergia e Imunologia	672	57,2	45	502	42,8	55
Anestesiologia	5.113	30,9	44	11.455	69,1	48
Angiologia	498	19,1	43	2.116	80,9	48
Cancerologia	1.956	34,4	41	3.732	65,6	46
Cardiologia	4.495	27,7	44	11.759	72,3	49
Cirurgia Cardiovascular	616	14,1	43	3.760	85,9	47
Cirurgia da Mão	13	16,5	42	66	83,5	42
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	220	17	41	1.072	83	46
Cirurgia do Aparelho Digestivo	287	11,5	42	2.207	88,5	48
Cirurgia Geral	6.338	19,1	39	26.850	80,9	47
Cirurgia Pediátrica	728	40,2	44	1.085	59,8	51
Cirurgia Plástica	930	21,8	43	3.334	78,2	47
Cirurgia Torácica	110	9,7	42	1.024	90,3	48
Cirurgia Vascular	667	17,2	39	3.206	82,8	46
Clínica médica	44.553	36,7	39	76.943	63,3	46
Coloproctologia	427	22,7	42	1.454	77,3	50
Dermatologia	4.798	69,4	41	2.113	30,6	49
Endocrinologia e Metabologia	2.865	63,6	42	1.639	36,4	49
Endoscopia	931	24,9	43	2.811	75,1	49
Gastroenterologia	1.846	29,1	44	4.495	70,9	51
Genética Médica	127	57	47	96	43	48
Geriatria	950	48,9	43	993	51,1	48
Ginecologia e Obstetrícia	14.316	48,6	45	15.115	51,4	54
Hematologia e Hemoterapia	1.486	57,2	45	1.114	42,8	51
Homeopatia	599	55,7	54	476	44,3	57
Infectologia	1.656	55,3	44	1.336	44,7	47
Mastologia	837	39,9	43	1.261	60,1	49
Medicina de Família e Comunidade	15.831	45,8	38	18.772	54,2	43
Medicina do Trabalho	1.092	29,3	49	2.629	70,7	56
Medicina do Tráfego	31	27,7	50	81	72,3	53
Medicina Intensiva	4.353	42	41	6.002	58	44
Medicina Legal e Perícia Médica	25	32,1	42	53	67,9	55
Medicina Nuclear	216	34,4	44	411	65,6	51
Medicina Preventiva e social	465	51,4	54	439	48,6	56
Nefrologia	1.955	46	43	2.295	54	48
Neurocirurgia	401	12,9	43	2.706	87,1	47
Neurologia	2.023	32,2	44	4.253	67,8	49
Nutrologia	229	50,3	43	226	49,7	50

(continua)

(continuação)

Especialidades	Feminino			Masculino		
	N	%	Idade Média	N	%	Idade Média
Oftalmologia	4.179	38,4	42	6.694	61,6	47
Ortopedia e Traumatologia	899	6,5	41	12.890	93,5	46
Otorrinoloaringologia	1.836	34,5	41	3.487	65,5	48
Patologia	1.416	56,8	50	1.077	43,2	53
Patologia clínica-medicina laboratorial	707	42,4	50	962	57,6	56
Pediatria	24.253	66,7	45	12.121	33,3	52
Pneumologia	1.640	43,7	46	2.112	56,3	52
Psiquiatria	3.347	41,8	44	4.668	58,2	49
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	4.920	33,1	43	9.963	66,9	48
Radioterapia	252	33,8	42	494	66,2	47
Reumatologia	958	51,5	43	903	48,5	51
Urologia	199	4,2	44	4.548	95,8	48
Outras	11.415	54	29	9.706	46	30

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

2.4. Composição do exercício da especialidade

Na tabela 5 é apresentada, para cada especialidade, a distribuição dos indivíduos ocupados na especialidade segundo nível de predominância do exercício (exerce apenas a especialidade – 100% da carga horária semanal do médico; exerce a especialidade com predominância – acima de 50% da carga horária; ou exerce sem predominância – menos de 50%). É possível observar que as especialidades com maiores proporções de médicos com exercício exclusivo foram Oftalmologia (80,8%), Psiquiatria (74,5%), Dermatologia (67,2%), Otorrinoloaringologia (63,5%), Anestesiologia (58,1%), Ortopedia e Traumatologia (55,4%) e Pediatria (54,2%). As proporções de exercício com predominância foram maiores para Cirurgia da Mão (72,6%), Mastologia (68,5%), Medicina do Tráfego (66,2%), Cirurgia Geral (66,1%), Neurocirurgia (64,9%), Medicina Intensiva (64,2%), Cirurgia de Cabeça e Pescoço (62%), Cirurgia Pediátrica (61,2%) e Cancerologia (60,4%). Por fim, as maiores proporções com médicos que exercem a especialidade sem predominância foram Cirurgia do Aparelho Digestivo (36,6%), Cirurgia vascular (35,9%), Angiologia (35,8%) e Cirurgia cardiovascular (33,3%).

Tabela 5 - Brasil, março de 2014: Distribuição das especialidades, segundo predominância de exercício.

Especialidades	Exerce apenas a especialidade	Exerce a especialidade com predominância	Exerce a especialidade sem predominância
Acupuntura	30,09	52,73	17,18
Alergia Imunologia	38,79	47,20	14,01
Anestesiologia	58,14	32,93	8,93
Angiologia	11,02	53,16	35,81
Cancerologia	15,44	60,42	24,14
Cardiologia	37,78	49,78	12,44
Cirurgia Cardiovascular	9,35	57,34	33,31
Cirurgia da Mão	3,57	72,62	23,81
Cirurgia de Cabeça Pescoço	13,20	62,02	24,78
Cirurgia do Aparelho Digestivo	5,48	57,89	36,63
Cirurgia Geral	10,48	66,08	23,44
Cirurgia Pediátrica	19,19	61,25	19,56
Cirurgia Plástica	40,94	46,34	12,72
Cirurgia Torácica	9,00	60,05	30,95
Cirurgia Vascular	7,66	56,44	35,89
Clínica médica	27,76	59,53	12,71
Coloproctologia	14,25	55,54	30,20
Dermatologia	67,18	27,29	5,53
Endocrinologia Metabologia	51,98	40,01	8,02
Endoscopia	10,90	58,46	30,65
Gastroenterologia	17,61	56,05	26,34
Genética Médica	46,22	43,70	10,08
Geriatria	26,74	58,58	14,68
Ginecologia Obstetrícia	47,10	43,37	9,53
Hematologia Hemoterapia	37,47	49,89	12,64
Homeopatia	35,25	47,95	16,80
Infectologia	36,93	50,67	12,40
Mastologia	8,91	68,47	22,63
Medicina Família Comunidade	47,74	45,95	6,31
Medicina do Trabalho	31,87	49,86	18,27
Medicina do Tráfego	16,15	66,15	17,69
Medicina Intensiva	13,62	64,17	22,20
Medicina Legal Perícia Médica	23,81	57,14	19,05
Medicina Nuclear	48,78	39,89	11,33
Medicina Preventiva social	45,66	38,77	15,57

(continua)

(continuação)

Especialidades	Exerce apenas a especialidade	Exerce a especialidade com predominância	Exerce a especialidade sem predominância
Nefrologia	33,33	56,07	10,61
Neurocirurgia	20,07	64,87	15,05
Neurologia	35,06	53,28	11,66
Nutrologia	21,89	52,86	25,25
Oftalmologia	80,77	17,18	2,05
Ortopedia Traumatologia	55,37	38,63	6,00
Otorrinoloaringologia	63,48	32,22	4,30
Patologia	47,63	42,43	9,94
Patologia clínica medicina laboratorial	35,48	52,26	12,26
Pediatria	54,15	37,85	8,01
Pneumologia	30,48	53,63	15,89
Psiquiatria	74,45	21,51	4,04
Radiologia	52,35	37,30	10,35
Radioterapia	36,35	53,70	9,95
Reumatologia	42,41	47,44	10,15
Urologia	34,53	54,97	10,49
Outras	44,48	45,39	10,13

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

2.5. Oferta geográfica de especialidades médicas

Nos mapas de 1 a 51(disponíveis no Apêndice K) é apresentada a distribuição geográfica das 51 especialidades segundo número de especialistas em FTE por 100 mil habitantes, por Unidade da Federação. As especialidades que apresentam as maiores razões foram: (i) Clínica Médica (Mapa 16), com maior razão no estado do Rio Grande do Sul (53,8) e menor no Maranhão (14,4); (ii) Medicina de Família e Comunidade (Mapa 29), com maior razão no estado do Piauí (41,45) e menor em São Paulo (10,3); (iii) Pediatria (Mapa 45), maior razão no Distrito Federal (29,1) e menor no estado do Maranhão (5,87); (iv) Ginecologia e Obstetrícia (Mapa 25), com maior razão no Distrito Federal (29,05) e menor no Maranhão (4,57); (v) Cirurgia Geral (Mapa 11), maior razão no Distrito Federal (13,71) e menor no Maranhão (3,77); (vi) Ortopedia e Traumatologia (Mapa 41), maior no Distrito Federal (14,92) e menor no Maranhão (2,13); (vii) Anestesiologia (Mapa 3), maior no Distrito Federal (13,75) e menor no Maranhão (1,89); (viii) Cardiologia (Mapa 6), maior razão no Distrito Federal (15,43) e menor no Maranhão (1,78); (ix) Oftalmologia (Mapa 40), maior razão no Distrito Federal (11,77) e menor no Amapá (1,91).

3. Análise dos padrões da oferta de especialidades médicas

Este tópico apresenta uma complementação à análise descritiva realizada anteriormente, com o objetivo de identificar os padrões da oferta de especialidades médicas no Brasil. Esta análise parte do pressuposto de que a inserção de especialidades médicas no mercado de trabalho é um fenômeno complexo e heterogêneo, portanto, relacionado a um amplo conjunto de fatores. Assim, busca-se investigar (i) em que medida o exercício de especialidades por parte do profissional médico está associado ao exercício de outras especialidades; e (ii) em que medida a oferta de especialidades médicas em municípios brasileiros se relaciona com sua região geográfica de localização e seu porte populacional. Para tanto, lançamos mão de análises de Regressão Logística Binomial, em dois modelos, um com médicos e outro com municípios.

3.1. O método e os modelos

A Regressão Logística para respostas binárias ou binomial é uma técnica estatística multivariada que busca estabelecer ou identificar relações entre uma variável dependente (*y*) e uma ou mais variáveis explicativas (*x*n), sendo *y* uma variável categórica e binária, de resposta 0 (zero) e 1 (um) (AGRESTI e FINLAY, 2012). A equação que descreve o modelo logístico é dada por:

$$\log\left[\frac{P(y=1)}{1-P(y=1)}\right] = \alpha + \beta x$$

Sendo P(y=1) a probabilidade de um indivíduo da amostra assumir o valor 1 de *y*, variável de acordo com a resposta de *x*, log[P(y=1)/ 1 - P(y=1)] é entendido como o logaritmo de chance que este evento ocorra na população, normalmente abreviado como logit:

$$\text{logit}[P(y=1)] = \alpha + \beta x$$

O coeficiente β indica o sentido da curva da função logit, sendo que para β > 0, P(y=1) aumenta à medida que x aumenta e para β < 0, P(y=1) P(y=1) diminui à medida que x aumenta. Para β = 0, P(y=1) não se altera com a mudança de x.

Neste estudo, a resposta de y foi analisada em função de múltiplos previsores x. Dessa forma pode-se representar o modelo de regressão logística utilizado da seguinte forma:

$$\text{logit}[P(y = 1)] = \alpha + \beta_1 x_1 + \cdots + \beta_k x_k$$

No primeiro modelo as regressões foram geradas para cada especialidade. Tendo como variável dependente a especialidade analisada e, como variáveis independentes, todas as outras especialidades médicas. O objetivo desse modelo é identificar em que medida o exercício de especialidades por parte do profissional médico está associado ao exercício de outras especialidades. O modelo tem como unidade analítica os 324.723 médicos ocupados em estabelecimentos de saúde em março de 2014, na especialidade em questão e as variáveis explicativas são as dummies das demais especialidades. Nesse sentido, analisou-se o exercício profissional ou a ocupação em uma dada especialidade (*y*) em relação à ocupação em outra especialidade (*xn*), controlando-se pelas demais 49 especialidades (*x1, x2,..., x51*). Assim, foram 51 rodadas, uma com cada especialidade assumindo a posição de variável dependente.

O segundo modelo tem como unidade analítica os 5.567 municípios brasileiros. A cada especialidade médica correspondeu uma rodada do modelo, totalizando 51 rodadas nas quais a variável dependente é a existência ou não de vínculo de trabalho na especialidade em questão (*y*) e as explicativas (x_1, x_2,..., x_n) foram *dummies* relativas à região geográfica de localização do município (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste) e o porte populacional (até 10 mil habitantes, mais de 10 até 20 mil, mais de 20 até 50, mais de 50 até 100, mais de 100 até 500 e mais de 500).

3.2. Modelo 1 – Padrões do exercício das especialidades médicas

Os resultados referentes ao Modelo 1 são apresentados na tabela 6, que contém as Razões de Chance (RC) referentes apenas às associações positivas (β positivo) entre *y* e *x*1, *x*2, ..., *x*50. Cada linha corresponde a uma rodada que analisa as razões positivas de ocupação em determinada especialidade relativamente à ocupação nas demais especialidades. Os dados estão ordenados, em cada linha, decrescentemente de acordo com o valor de β. Apesar de os valores negativos também poderem ser analisados, optou-se por apresentar apenas os positivos para que, de forma exploratória, identifiquem-se padrões de trabalho nas especialidades médicas, ou seja, quais especialistas possuem mais chance de exercer várias especialidades e quais são mais fechadas em sua prática. E ainda, verificar quais especialidades estão correlacionadas.

Segundo sugerem os resultados, destaca-se inicialmente que os médicos ocupados em dezessete especialidades não tem chance de estar ocupados em outras, a saber, Medicina de Família e Comunidade, Alergia e Imunologia, Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, Geriatria, Infectologia, Nefrologia, Psiquiatria, Reumatologia, Oftalmologia, Anestesiologia, Medicina Nuclear, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Homeopatia, Genética Médica e Medicina Preventiva e social. Isso não quer dizer que estes profissionais não atuem em outras áreas, no entanto, a probabilidade disso ocorrer não se mostrou significativa em nenhum caso. Também podem ser percebidas como especialidades mais fechadas, ainda que exista relação com o exercício de pelo menos uma especialidade: Neurologia, Pediatria, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Hematologia e Hemoterapia, Patologia, Patologia clínica/medicina laboratorial e Acupuntura.

Observa-se também que as especialidades cirúrgicas, de maneira geral, são as que possuem médicos com maior probabilidade de exercer outras especialidades. Deste modo, em médicos cirurgiões cardiovasculares, por exemplo, a probabilidade de ocupação em Cirurgia Vascular é de 2.620%, além das chances em Cirurgia Torácica (1.331%), Cardiologia (799%), Angiologia (609%), Cirurgia Geral (156%), e Medicina intensiva (49%). Entre as especialidades cirúrgicas, Cirurgia Geral é a que apresenta relação com o maior número especialidades, apresentando significância e β positivos em 20 casos. É possível afirmar com este resultado que médicos com prática em cirurgia tendem a possuir pelo menos um vínculo de trabalho como cirurgião geral.

Outras relações são observadas, com destaque para; Ginecologia e Obstetrícia e Mastologia; Pneumologia e Cirurgia Torácica; Mastologia e Cancerologia; Cancerologia e Radioterapia; Cirurgia Cardiovascular e Cirurgia Vascular. Nas relações entre as especialidades de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Geral; Cirurgia Vascular e Angiologia; Endoscopia e Gastroenterologia; Neurologia e Neurocirurgia; Medicina Legal e Perícia Médica e Medicina do Tráfego, apresentaram relações para ambos os casos, nos dois momentos da rodagem da regressão, tanto tendo a especialidade analisada como variável dependente como também na variável explicativa.

Em relação às especialidades clínicas, aquelas cujos profissionais têm RC de praticar o conjunto mais amplo de especialidades são Cancerologia e Medicina intensiva, com β positivos em 8 casos, Gastroenterologia, com 5, e Clinica Médica e Angiologia, com 4. Os médicos cancerologistas possuem a maior probabilidade em Radioterapia, 1.223%. A maior razão entre Intensivistas é de estar ocupado em Nutrologia, 244%. Gastroenterologia com maior razão para Endoscopia, 2.094%. Entre clínicos a maior é em relação à Cirurgia Geral, 196%. E Angiologia, 4.750% em Cirurgia Vascular.

Os grupos de medicina diagnóstica e terapêutica e de outras especialidades, em geral, mostraram poucas associações positivas, sendo que os profissionais com chances de praticar um número maior de especialidades são os ocupados em Endoscopia, com maior razão de chances para Gastroenterologia, 2.356%. Cabe ressaltar algumas combinações, tais como: Acupuntura e Homeopatia; Hematologia e Hemoterapia e Cancerologia; Nutrologia e Medicina Intensiva; Patologia e Patologia clínica medicina laboratorial; Medicina Legal e Perícia Médica e Medicina do Tráfego; e Medicina do Trabalho e Medicina do Tráfego.

Tabela 6 - Resultados do modelo logístico binomial de médicos – Razões de Chance de cada modelo referentes às especialidades com β positivo, ordenados decrescentemente segundo associação com especialidades – Brasil, março de 2014.

Grupo	Espec./Regressão e (R2)	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
Atenção Básica	Med. da Família (0,405)								
	Clínica médica (0,160)	Cir. Geral 2,964***	Cir. da Mão 1,507*	Geriatria 1,370***	Medicina Intensiva 1,201***				
Especialidades Clínicas	Alergia e Imunologia (0,263)								
	Angiologia (0,519)	Cir. Vascular 48,505***	Cir. da Mão 11,861***	Cir. Cardiovascular 6,592***	Cir. Geral 1,291***				
	Cardiologia (0,368)	Cir. da Mão 10,831***	Cir. Cardiovascular 6,865***	Medicina Intensiva 1,268***					
	Cancerologia (0,184)	Radioterapia 13,233***	Mastologia 10,915***	Hematologia Hemoterapia 9,545***	Cir. de Cabeça Pescoço 8,946***	Cir. Geral 3,620***	Neurocirurgia 1,900***	Cir. Torácica 1,773***	Cir. do Aparelho Digestivo 1,532***
	Dermatologia (0,544)								
	Endocrinologia e Metabologia (0,396)								
	Gastroenterologia (0,359)	Endoscopia 21,945***	Cir. do Aparelho Digestivo 5,043***	Cir. Geral 1,822***	Coloproctologia 1,468***	Nutrologia 1,405*			
	Geriatria (0,173)								
	Infectologia (0,265)								
	Medicina Intensiva (0,140)	Nutrologia 3,447***	Cardiologia 1,908***	Cir. Cardiovascular 1,526***	Nefrologia 1,516***	Pneumologia 1,447***	Cancerologia 1,118*	Clínica médica 1,083***	Pediatria 1,080***
	Nefrologia (0,221)								
	Neurologia (0,342)	Neurocirurgia 30,310***							
	Pediatria (0,436)	Cir. Pediátrica 3,928***							
	Pneumologia (0,188)	Cir. Torácica 14,408***	Alergia Imunologia 1,379***						
	Psiquiatria (0,623)								
	Reumatologia (0,274)								

(Continua)

(continuação)

Grupo	Espec./Regressão e (R2)	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Especialidades cirúrgicas	Cirurgia cardiovascular (0,438)	Cir. Vascular 27,200***	Cir. Torácica 14,308***	Cardiologia 8,986***	Angiologia 7,093***	Cir. Geral 2,559***	Medicina Intensiva 1,486***				
	Cirurgia de Cabeça e Pescoço (0,311)	Otorrinoloaringologia 16,148***	Cir. Geral 9,263***	Cancerologia 9,097***	Neurocirurgia 4,087***	Cir. Pediátrica 2,808***	Cir. Plástica 1,488***				
	Cirurgia da Mão (0,320)	Ortopedia Traumatologia 87,214***	Cir. Torácica 15,099***	Angiologia 10,574***	Cir. Plástica 8,131***						
	Cirurgia do Aparelho Digestivo (0,406)	Cir. Geral 17,983***	Gastroenterologia 5,767***	Nutrologia 1,994**	Cancerologia 1,816***	Coloproctologia 1,798***	Endoscopia 1,612***				
	Cirurgia Geral**** (0,276)	Cir. do Aparelho Digestivo 28,549***	Coloproctologia 22,355***	Cir. Torácica 13,926***	Cir. de Cabeça Pescoço 10,681***	Cir. Pediátrica 10,322***	Urologia 9,173***	Cir. Plástica 7,959***	Cir. Vascular 6,724***	Cancerologia 4,153***	Clínica médica 2,961***
	Cirurgia Pediátrica (0,175)	Cir. Geral 10,716***	Pediatria 6,770***	Cir. de Cabeça Pescoço 2,030***	Cir. Torácica 1,651***	Cir. Plástica 1,314**					
	Cirurgia Plástica (0,283)	Cirurgia da Mão 4,293***	Cirurgia Geral 2,145***	Cirurgia de Cabeça Pescoço 1,239**							
	Cirurgia Torácica (0,310)	Cir. da Mão 23,465***	Pneumologia 22,821***	Cir. Cardiovas-cular 13,737***	Cir. Geral 10,800***	Cir. Pediátrica 2,361***	Cancerologia 1,996***	Cardiologia 1,397***			
	Cirurgia Vascular (0,516)	Angiologia 58,202***	Cir. Cardiovascular 26,933***	Cir. Geral 6,206***							
	Coloproctologia (0,317)	Cir. Geral 10,549***	Gastroenterologia 1,656***	Cir. do Apare-lho Digestivo 1,616***	Endoscopia 1,359***						
	Ginecologia e Obstetrícia (0,378)	Mastologia 6,599***	Cir. Geral 1,381***								
	Mastologia (0,277)	Cancerologia 10,060***	Ginecologia Obstetrícia 6,981***	Cir. Geral 2,886***	Radiologia 1,191***						
	Neurocirurgia (0,406)	Neurologia 46,606***	Cir. de Cabeça Pescoço 3,045***	Cancerologia 1,622***	Cir. Geral 1,606***						
	Oftalmologia (0,725)										
	Ortopedia e Traumatologia (0,377)	Cir. da Mão 652,915***									
	Otorrinoloaringologia (0,504)	Cir. de Cabeça Pescoço 8,904***									
	Urologia (0,303)	Cir. Geral 2,680***									

(continua)

(continuação)

Grupo	Espec./Regressão e (R2)	1º	2º	3º	4º
Especialidades de apoio diagnóstico e terapêutico	Anestesiologia (0,273)				
	Hematologia e Hemoterapia (0,231)	Cancerologia 2,779***			
	Endoscopia (0,339)	Gastroenterologia 24,562***	Cir. Geral 2,175***	Pneumologia 1,527***	Coloproctologia 1,209**
	Medicina Nuclear (0,303)				
	Nutrologia (0,107)	Medicina Intensiva 2,852***	Cir. do Aparelho Digestivo 1,669*		
	Patologia (0,470)	Patologia clínica medicina laboratorial 1,339***			
	Radiologia e Diagnóstico por Imagem (0,292)				
	Radioterapia (0,276)				
	Patologia clínica/medicina laboratorial (0,390)	Patologia 1,695***			
Outras	Acupuntura (0,142)	Homeopatia 1,563***			
	Homeopatia (0,233)				
	Genética Médica (0,197)				
	Medicina Legal e Perícia Médica (0,057)	Medicina do Tráfego 16,949***	Medicina do Trabalho 3,518***		
	Medicina do Trabalho (0,106)	Med. do Tráfego 3,731***	Med. Legal Perícia Médica 2,363**		
	Medicina Preventiva e social (0,218)				
	Medicina do Tráfego (0,056)	Medicina Legal Perícia Médica 17,638***	Medicina do Trabalho 6,089***		
	Outras (0,312)				

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

*Significativo a 10%; **Significativo a 5%; ***Significativo a 1%;

****Também se mostraram significativos para Cirurgia Geral: Gastroenterologia (2,605***); Endoscopia (2,477***); Mastologia (2,449***); Cirurgia Cardiovascular (2,299***); Ginecologia Obstetrícia (2,257***); Ortopedia Traumatologia (2,042***); Cirurgia da Mão (1,609*); Neurocirurgia (1,576***); Anestesiologia (1,495***); Outras (1,167***).

3.3. Modelo 2 – Padrões geográficos da oferta de especialidades médicas

Os resultados do Modelo 2 são apresentados nas tabelas 7 e 8, que contém os valores de β e as Razões de Chance (RC). Cada linha corresponde a uma rodada que analisa a relação entre uma determinada especialidade e as *dummies* de atributos dos municípios, dispostas nas colunas. Deste modo, as razões devem ser interpretadas como a chance de um município possuir vínculos de médicos em uma dada especialidade, em função de determinada característica. Os β indicam, como citado acima, se a associação existente é positiva ou negativa. Para evitar problemas de colinearidade na regressão logística omitiram-se as variáveis; Sudeste para região e a variável de municípios até 10 mil habitantes para porte populacional.

No que se refere às características por porte populacional, as probabilidades de ocorrência de vínculos em todas as especialidades é positiva para todos os portes, ainda que algumas não tenham tido significância estatística. Das especialidades principais analisadas, a probabilidade de ocorrer em comparação ao porte de até 10 mil habitantes são: (i) Cancerologia com 944,2% de chance de ocorrência no porte de mais de 10 até 20 mil habitantes, 4.662,8% para o porte até 50 mil habitantes, 41.329,6% no porte de até 100 mil habitantes, 246.693% para até 500 mil habitantes e no porte com mais de 500 mil habitantes a probabilidade é de 6.964.243,2%; (ii) Ortopedia e Traumatologia tem 840,6% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 5.137,9% no porte até 50 mil habitantes, 41.769,8% até 100 mil habitantes e 205.346,2% até 500 mil habitantes; (iii) Otorrinoloaringologia tem 792% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 6.565,7% para o porte até 50 mil habitantes, 46.577,8% até 100 mil habitantes e 373.432,2% até 500 mil habitantes; (iv) Anestesiologia tem 748,8% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 3.623,2% para o porte até 50 mil habitantes, 26.108% até 100 mil habitantes e 44.036,1% até 500 mil habitantes; (v) Oftalmologia tem 711% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 5.596,1% para o porte até 50 mil habitantes, 30.179,8% até 100 mil habitantes e 222.216,6% até 500 mil habitantes; (vi) Cirurgia Geral tem 628,5% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 3.548,4% para o porte até 50 mil habitantes, 28.009% até 100 mil habitantes e 49.662,5% até 500 mil habitantes; (vii) Neurologia tem 392,3% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 2.185,2% para o porte até 50 mil habitantes, 16.358,3% até 100 mil habitantes e 88.127,4% até 500 mil habitantes; (viii) Cardiologia tem 348,8% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 1.953,4% para o porte até 50 mil habitantes, 12.994,1% até 100 mil habitantes; (ix) Pediatria tem 295,5% de chance de ocorrer no

porte de 10 até 20 mil habitantes, 1.868,1% para o porte até 50 mil habitantes, 20.829% até 100 mil habitantes, 65.666,3% até 500 mil habitantes; (x) Medicina de Família e Comunidade tem 96,1% de chance de ocorrer no porte de 10 até 20 mil habitantes, 70% para o porte até 50 mil habitantes, 108% até 500 mil habitantes.

Vale mencionar que das especialidades citadas acima, para o maior porte populacional não ocorreu significância estatística nas especialidades de: Ortopedia, Otorrinoloaringologia, Anestesiologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Cardiologia, Pediatria, Medicina de Família e Comunidade. No porte de até 500 mil habitantes, Cardiologia não teve significância estatística, e no de até 100 mil habitantes a especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

Por região geográfica, a chance é negativa para a maioria dos vínculos de especialidades em todas as regiões. Destaca-se a especialidade de Medicina de Família e Comunidade que apresenta chances positivas para a maioria das regiões, em comparação ao Sudeste. Nos municípios da região Nordeste a probabilidade é de 3.008,8%, região Norte tem 968,4% de chance e região Sul (70,9%). Na região Sul, tem chances positivas e maiores probabilidades para as especialidades de: Cirurgia do Aparelho Digestivo (148,7%), Cirurgia Torácica (136,1%). Nesta região também se destaca as especialidades tidas como principais: Cancerologia (76,7%), Anestesiologia (72,7%), Neurologia (46,1%), Cirurgia Geral (45%). A região Centro-oeste apresenta chances positivas para: Cirurgia Geral (110,1%), Anestesiologia (95,2%), Radiologia (25,6%) e Clínica Médica (10%).

Tabela 7 - Resultados do modelo logístico binomial de municípios – Dummies de porte populacional (REF = Municípios com Até 10 mil hab.) – Brasil, março de 2014.

Especialidade e R2	Mais de 10 até 20 mil hab.		Mais de 20 até 50 mil hab.		Mais de 50 até 100 mil hab.		Mais 100 até 500 mil hab.		Mais de 500 mil hab.	
	B	RC	B	RC	B	RC	B	RC	B	RC
Acupuntura (0,569)	1,368***	3,927***	3,002***	20,12***	4,844***	126,986***	6,397***	599,894***	9,15***	9416,41***
Alergia Imunologia (0,644)	2,814***	16,68***	4,498***	89,799***	6,648***	770,994***	8,529***	5057,447***	.	.
Anestesiologia (0,532)	2,139***	8,488***	3,617***	37,232***	5,569***	262,08***	6,09***	441,361***	.	.
Angiologia (0,574)	1,711***	5,536***	3,469***	32,114***	5,038***	154,143***	6,836***	930,713***	.	.
Cancerologia (0,621)	2,346***	10,442***	3,863***	47,628***	6,027***	414,296***	7,811***	2467,93***	11,151***	69643,432***
Cardiologia (0,499)	1,501***	4,488***	3,022***	20,534***	4,875***	130,941***	.	.	.	.
Cirurgia Cardiovascular (0,599)	1,788***	5,978***	3,403***	30,066***	5,313***	202,944***	7,058***	1162,104***	.	.
Cirurgia da Mão (0,531)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Cirurgia de Cabeça Pescoço (0,601)	1,925**	6,855**	4,101***	60,397***	5,833***	341,258***	7,691***	2187,553***	10,64***	41772,78***
Cirurgia do Aparelho Digestivo (0,580)	1,987***	7,291***	3,51***	33,45***	5,413***	224,263***	6,937***	1030,094***	10,141***	25361,174***
Cirurgia Geral (0,503)	1,986***	7,285***	3,597***	36,484***	5,639***	281,09***	6,21***	497,625***	.	.
Cirurgia Pediátrica (0,595)	1,324***	3,759***	2,879***	17,791***	4,699***	109,865***	6,74***	845,651***	.	.
Cirurgia Plástica (0,641)	2,291***	9,887***	4,58***	97,501***	6,466***	643,054***	8,09***	3260,363***	.	.
Cirurgia Torácica (0,680)	.	.	4,257***	70,59***	6,357***	576,372***	8,529***	5059,392***	.	.
Cirurgia Vascular (0,605)	2,023***	7,557***	3,662***	38,949***	5,674***	291,053***	7,265***	1429,582***	.	.
Clínica médica (0,291)	2,549***	12,797***	4,72***	112,196***	.	.	.	.	.	.
Coloproctologia (0,608)	2,333***	10,31***	4,041***	56,894***	5,83***	340,242***	7,808***	2460,506***	.	.
Dermatologia (0,566)	1,9***	6,686***	3,435***	31,035***	5,411***	223,959***	7,642***	2083,505***	.	.
Endocrinologia Metabologia (0,580)	1,997***	7,369***	3,538***	34,404***	5,342***	208,974***	7,337***	1535,861***	.	.
Endoscopia (0,553)	2,326***	10,235***	3,961***	52,523***	5,468***	236,995***	7,047***	1149,783***	.	.
Gastroenterologia (0,592)	1,932***	6,901***	3,649***	38,424***	5,614***	274,177***	7,48***	1772,856***	.	.
Genética Médica (0,572)	.	.	.	.	3,852***	47,102***	5,782***	324,413***	9,347***	11460,256***
Geriatria (0,520)	1,557***	4,744***	2,662***	14,329***	4,394***	80,991***	5,936***	378,411***	.	.
Ginecologia Obstetrícia (0,417)	1,507***	4,512***	3,162***	23,608***	5,821***	337,335***	.	.	.	.

(continua)

(continuação)

Hematologia Hemoterapia (0,625)	1,475***	4,372***	3,306***	27,263***	5,254***	191,358***	7,277***	1446,045***	.	.
Homeopatia (0,580)	1,646**	5,185**	3,82***	45,586***	5,251***	190,675***	6,854***	947,474***	10,556***	38420,406***
Infectologia (0,687)	2,492***	12,089***	4,958***	142,359***	7,102***	1214,903***	9,322***	11180,068***	.	.
Mastologia (0,578)	1,963***	7,121***	3,632***	37,785***	5,388***	218,687***	7,337***	1536,385***	.	.
Medicina Família Comunidade (0,152)	0,673***	1,961***	0,531**	1,7**	.	.	0,732*	2,079*	.	.
Medicina do Trabalho (0,579)	2,164***	8,705***	3,64***	38,081***	5,057***	157,106***	7,402***	1638,638***	.	.
Medicina do Tráfego (0,390)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Medicina Intensiva (0,664)	3,232***	25,331***	5,471***	237,654***	7,817***	2482,396***	9,41***	12214,611***	.	.
Medicina Legal Perícia Médica (0,334)	.	.	2,41**	11,133**	3,728***	41,603***	5,2***	181,357***	6,804***	901,213***
Medicina Nuclear (0,640)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Medicina Preventiva social (0,430)	1,055***	2,872***	2,232***	9,318***	3,108***	22,383***	4,539***	93,632***	8,682***	5895,312***
Nefrologia (0,659)	1,299***	3,667***	3,651***	38,505***	6,025***	413,53***	7,82***	2488,837***	.	.
Neurocirurgia (0,642)	2,244***	9,432***	4,249***	70,036***	6,398***	600,365***	8,017***	3031,309***	.	.
Neurologia (0,544)	1,594***	4,923***	3,129***	22,852***	5,103***	164,583***	6,783***	882,274***	.	.
Nutrologia (0,569)	.	.	3,974***	53,211***	5,586***	266,645***	7,175***	1306,678***	11,055***	63280,38***
Oftalmologia (0,600)	2,093***	8,11***	4,042***	56,961***	5,713***	302,798***	7,707***	2223,166***	.	.
Ortopedia Traumatologia (0,581)	2,241***	9,406***	3,959***	52,379***	6,037***	418,698***	7,628***	2054,462***	.	.
Otorrinoloaringologia (0,632)	2,188***	8,92***	4,2***	66,657***	6,146***	466,778***	8,226***	3735,322***	.	.
Patologia (0,588)	2,583***	13,242***	4,12***	61,59***	6,06***	428,489***	7,737***	2292,241***	.	.
Patologia clínica medicina laboratorial (0,580)	2,079***	7,998***	3,721***	41,299***	5,356***	211,902***	7,094***	1204,281***	.	.
Pediatria (0,449)	1,375***	3,955***	2,98***	19,681***	5,344***	209,29***	6,489***	657,663***	.	.
Pneumologia (0,644)	1,962***	7,113***	3,751***	42,567***	5,944***	381,584***	8,036***	3089,701***	.	.
Psiquiatria (0,522)	1,739***	5,69***	3,406***	30,151***	5,219***	184,703***	.	.	.	.
Radiologia (0,462)	1,718***	5,573***	3,155***	23,448***	5,161***	174,304***	.	.	.	.
Radioterapia (0,590)	2,194**	8,968**	3,399***	29,926***	5,288***	197,993***	7,417***	1664,369***	10,834***	50730,038***
Reumatologia (0,596)	1,808***	6,096***	3,346***	28,381***	5,464***	236,091***	7,063***	1167,459***	.	.
Urologia (0,575)	1,689***	5,413***	3,338***	28,175***	5,536***	253,604***	7,747***	2315,301***	.	.
Outras (0,574)	.	.	3,059***	21,312***	4,447***	85,363***	6,451***	633,599***	.	.

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.*Significativo a 10%; **Significativo a 5%; ***Significativo a 1%.

Tabela 8 - Resultados do modelo logístico binomial de municípios – Dummies de região geográfica (REF= Sudeste) – Brasil, março de 2014.

Especialidade e R2	Norte		Nordeste		Sul		Centro-oeste	
	B	RC	B	RC	B	RC	B	RC
Acupuntura (0,569)	-2,344***	0,096***	-1,98***	0,138***	.	.	-1,536***	0,215***
Alergia Imunologia (0,644)	-2,415***	0,089***	-1,892***	0,151***	-1,104***	0,332***	-1,152***	0,316***
Anestesiologia (0,532)	-1,475***	0,229***	-1,417***	0,242***	0,546***	1,727***	0,669***	1,952***
Angiologia (0,574)	-2,626***	0,072***	-1,826***	0,161***	-1,173***	0,309***	-1,497***	0,224***
Cancerologia (0,621)	-1,642***	0,194***	-1,653***	0,192***	0,569***	1,767***	.	.
Cardiologia (0,499)	-3,608***	0,027***	-1,546***	0,213***	-1,123***	0,325***	-1,329***	0,265***
Cirurgia Cardiovascular (0,599)	-2,34***	0,096***	-2,153***	0,116***	.	.	-1,2***	0,301***
Cirurgia da Mão (0,531)	.	.	-1,012*	0,364*	.	.	.	.
Cirurgia de Cabeça Pescoço (0,601)	-1,695***	0,184***	-1,574***	0,207***	.	.	-0,719**	0,487**
Cirurgia do Aparelho Digestivo (0,580)	-1,612***	0,2***	-2,058***	0,128***	0,911***	2,487***	.	.
Cirurgia Geral (0,503)	-0,725***	0,484***	-1,258***	0,284***	0,371***	1,45***	0,742***	2,101***
Cirurgia Pediátrica (0,595)	-1,455***	0,233***	-1,577***	0,207***	.	.	-0,975***	0,377***
Cirurgia Plástica (0,641)	-2,793***	0,061***	-2,252***	0,105***	.	.	-1,155***	0,315***
Cirurgia Torácica (0,680)	-1,169***	0,311***	-2,148***	0,117***	0,859***	2,361***	-1,964***	0,14***
Cirurgia Vascular (0,605)	-2,884***	0,056***	-2,623***	0,073***	.	.	-1,493***	0,225***
Clínica médica (0,291)	-1,202***	0,301***	-1,318***	0,268***	0,322*	1,379*	.	.
Coloproctologia (0,608)	-2,542***	0,079***	-1,353***	0,258***	.	.	-1,536***	0,215***
Dermatologia (0,566)	-2,622***	0,073***	-1,446***	0,236***	-0,658***	0,518***	-1,206***	0,3***
Endocrinologia Metabologia (0,580)	-2,972***	0,051***	-1,582***	0,206***	-0,904***	0,405***	-1,095***	0,335***
Endoscopia (0,553)	-1,535***	0,216***	-1,172***	0,31***	.	.	-0,491**	0,612**
Gastroenterologia (0,592)	-2,422***	0,089***	-1,748***	0,174***	-0,586***	0,556***	-1,314***	0,269***
Genética Médica (0,572)	-1,388*	0,25*	-1,136**	0,321**	.	.	.	.
Geriatria (0,520)	-2,759***	0,063***	-1,608***	0,2***	.	.	-1,295***	0,274***
Ginecologia Obstetrícia (0,417)	-2,617***	0,073***	-2,51***	0,081***	-0,701***	0,496***	-1,699***	0,183***
Hematologia Hemoterapia (0,625)	-2,475***	0,084***	-2,109***	0,121***	.	.	-0,997***	0,369***

(continua)

(continuação)

Especialidade e R2	Norte		Nordeste		Sul		Centro-oeste	
	B	RC	B	RC	B	RC	B	RC
Homeopatia (0,580)	-2,942***	0,053***	-2,421***	0,089***	-0,657***	0,519***	-1,328***	0,265***
Infectologia (0,687)	-2,266***	0,104***	-2,379***	0,093***	-0,498***	0,608***	-1,172***	0,31***
Mastologia (0,578)	-1,931***	0,145***	-0,654***	0,52***	-0,825***	0,438***	-0,962***	0,382***
Medicina Família Comunidade (0,152)	2,369***	10,684***	3,437***	31,088***	0,536***	1,709***	.	.
Medicina do Trabalho (0,579)	-2,531***	0,08***	-2,475***	0,084***	.	.	-0,336*	0,714*
Medicina do Tráfego (0,390)	-1,459*	0,233*	-2,055***	0,128***	.	.	.	.
Medicina Intensiva (0,664)	-1,715***	0,18***	-1,787***	0,168***	.	.	-0,859***	0,423***
Medicina Legal Perícia Médica (0,334)	-1,794*	0,166*	-1,356***	0,258***	.	.	.	.
Medicina Nuclear (0,640)	-1,309***	0,27***	-1,217***	0,296***	.	.	-1,174**	0,309**
Medicina Preventiva social (0,430)	-3,023***	0,049***	-1,625***	0,197***	-0,607***	0,545***	-3,187***	0,041***
Nefrologia (0,659)	-2,623***	0,073***	-1,706***	0,182***	0,359**	1,432**	-0,522*	0,594*
Neurocirurgia (0,642)	-1,979***	0,138***	-2,097***	0,123***	.	.	-1,228***	0,293***
Neurologia (0,544)	-2,913***	0,054***	-2,216***	0,109***	0,379***	1,461***	-1,655***	0,191***
Nutrologia (0,569)	-1,315***	0,268***	-2,693***	0,068***	.	.	.	.
Oftalmologia (0,600)	-2,341***	0,096***	-1,814***	0,163***	-0,996***	0,369***	-1,247***	0,287***
Ortopedia Traumatologia (0,581)	-2,652***	0,071***	-2,084***	0,124***	-1,009***	0,365***	-0,571***	0,565***
Otorrinoloaringologia (0,632)	-3,394***	0,034***	-2,319***	0,098***	-0,655***	0,519***	-1,604***	0,201***
Patologia (0,588)	-1,88***	0,153***	-0,945***	0,389***	-0,643***	0,526***	-0,725***	0,484***
Patologia clínica medicina laboratorial (0,580)	-2,25***	0,105***	-1,708***	0,181***	-0,451**	0,637**	-1,613***	0,199***
Pediatria (0,449)	-2,93***	0,053***	-2,49***	0,083***	-0,475***	0,622***	-1,911***	0,148***
Pneumologia (0,644)	-3,283***	0,038***	-2,369***	0,094***	.	.	-2,194***	0,112***
Psiquiatria (0,522)	-3,031***	0,048***	-0,999***	0,368***	.	.	-2,067***	0,127***
Radiologia (0,462)	-1,054***	0,348***	-0,539***	0,583***	-0,31***	0,733***	0,228*	1,256*
Radioterapia (0,590)	-1,056**	0,348**	-1,21***	0,298***	0,427*	1,533*	-1,228**	0,293**
Reumatologia (0,596)	-2,399***	0,091***	-1,385***	0,25***	-0,312*	0,732*	-1,102***	0,332***
Urologia (0,575)	-2,889***	0,056***	-1,625***	0,197***	-0,771***	0,463***	-1,501***	0,223***
Outras (0,574)	-1,582***	0,206***	-1,427***	0,24***	.	.	-1,049***	0,35***

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.*Significativo a 10%; **Significativo a 5%; ***Significativo a 1%.

4. Estimativas futuras de especialidades médicas em 2030

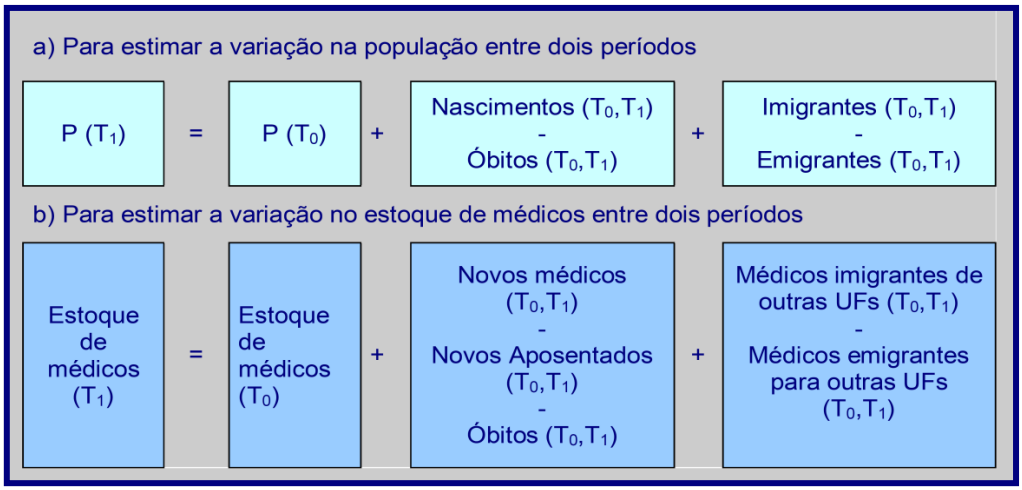
Metodologias para estimar mão de obra qualificada médica nos países em desenvolvimento são relativamente escassas como afirma Rodrigues (2008), podendo citar para o caso dos médicos, autores como Medina (1988) e Goic (1994, 1999), que desenvolveram uma metodologia de projeção baseada nas possibilidades 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 *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 Reporte, 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 redis-

tribuição do estoque total de médicos que estará disponível em torno dessas especialidades. O cenário quantitativo do estoque de médicos neste estudo foi definido utilizando uma adequação da metodologia de projeções de população conhecida como "método das componentes demográficas"[12]. Ela descansa no conceito da equação compensatória e seus componentes, que de forma esquemática, ilustra-se na figura 1.

Figura 1 – Equação compensatória.



Fonte: Rodrigues, 2008.

O painel (a) explicita o processo de estimação da população a partir de um período inicial (T_0) para um período seguinte (T_1), ao qual se adiciona uma nova população (nascimentos) e os demais eventos demográficos inerentes a uma coorte ou geração que se modifica aumentando ou diminuído ao longo do tempo seja por mortalidade (óbitos) e/ou fluxos migratórios. A adequação para estimar estoques de médicos ilustra-se no painel (b) do mesmo. Uma aplicação desta adequação foi feita inicialmente por Rodrigues (2008) para Minas Gerais, tendo sido aplicada também, a estimativas de outros segmentos de mão de obra qualificada (Pereira, Nascimento e Araújo, 2011). Seguindo o método das componentes demográficas, o esquema foi aplicado aos dados por sexo e idade [13].

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

[12] Para maiores detalhes sobre o Método das Componentes Demográficas, ver, por exemplo: Shryock, e Siegel, 1976, Celade, 1984; Sawyer et. al., 1999.
[13] Detalhes sobre a aplicação do método podem ser vistos em Rodrigues (2008).

alterar (ampliar/diminuir) os escopos de prática de cada uma das profissões (GIRARDI et al., 2009). Apesar disso, exploram-se neste estudo alguns cenários nos quais os estoques futuros de profissionais são adequados de acordo com alterações nos escopos de prática.

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, 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 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. 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 $\boldsymbol{i}$ e de egressos no ano $\boldsymbol{i + n}$, sendo $\boldsymbol{n}$ 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 (quadro 2). O mesmo diferencial 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 Modelo[14].

Quadro 2: Estimativas de esperança de vida ao nascer para a população total e para os profissionais médicos, 2010.

	Homens	Mulheres
1. População Total do Brasil (*)	69.4	77.0
2. Médicos (**)	73.1	81,3
Diferença entre (1) e (2)	3.7	4.3
* Tabela de 2009 do IBGE ** Sistema de tábuas modelo de Coale e Demeny - Família Oeste.		

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).

[14] 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)
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).

Neste exercício de estimativa para os anos de 2010 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 num 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 2010 e 2015 (quinquênio referente ao estoque inicial dado pelo Censo), está praticamente definido: ele é função principalmente da formação dos estudantes que se matricularam entre 2003/04 e 2009/10. 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 2015, o volume variará caso venha a se registrar variação do número de vagas que as universidades oferecerão para os anos posteriores a 2010, o que foi definido através de cenários hipotéticos que serão discutidos a frente;
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.
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. A validade desta decisão será revisada, evidentemente, à luz dos próximos Censos Demográficos.

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, crescimento de 4,2%, observado entre 1991 e 2010. Assume-se que o volume de novos médicos até 2030 aumentará a partir da mesma variação do número de vagas observado. Este cenário é tendencial, no qual se passará de 17.641 vagas em 2012 para 28.842 em 2024. O cenário prevê ainda uma Taxa e Eficiência Terminal do curso de 84% 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 585.752 médicos e uma razão de 2,57 médicos por mil habitantes. 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 9 – Brasil 2010-2030: Nº de médicos, incremento médio anual e razão por mil habitantes.

	2010	2015	2020	2025	2030
a) Médicos	328.006	380.611	433.910	502.114	585.752
b) Incremento médio anual do nº de novos profissionais	10.521	10.660	13.641	16.728	
c) Nº de profissionais por mil habitantes	1,72	1,87	2,04	2,29	2,61
d) Valor ajustado em equivalente de tempo integral (FTE)*	333.260	379.495	436.749	505.399	589.584

Fonte: os autores 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.

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 um fator que reproduz o número de médicos ocupados a tempo completo, ou *Full Time Equivalent* (FTE), para obter o correspondente número de médicos especialistas.

O uso do FTE neste estudo se justifica por representar com maior fidedignidade a disponibilidade efetiva de trabalho médico. Conforme aponta Pong (2008), além da "contagem de cabeças", considera fatores como carga horária, produtividade, exercício de trabalho não clínico, níveis de atividade, bem como o efeito idade/gênero na carga horária e padrão de serviço. Estes fatores, sabe-se, afetam, particularmente no Brasil, a quantidade e qualidade de trabalho efetivamente disponível (Girardi *et. al.*, 2009; 2012a). Ainda segundo Pong (2008), no Canadá, por exemplo, o aumento da participação de mulheres, o envelhecimento da força de trabalho médico e a redução do número de horas trabalhadas, observados nas últimas décadas, levaram à adoção por parte das agências de governo, de novas metodologias como a técnica do FTE. Na verdade, o uso do FTE no planejamento de recursos humanos na área da saúde antecede a década dos oitenta nos Estados Unidos e desde então se utiliza em vários países para ajustar os cálculos de efetivos disponíveis (Hall e Mejia, 1978).

Para o cálculo da oferta e composição atual de médicos por especialidades, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2010 e junho de 2015. 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 FTE, o número de médicos por especialidade foi feito através do número de horas semanais de trabalho médico registrado, cada 40 horas no exercício de uma especialidade correspondeu a um especialista.

A tabela 10 descreve os parâmetros encontrados para os países selecionados, em comparação com os dados brasileiros, para algumas especialidades.

Tabela 10 – 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)
Anestesiologia	7,1	16,1	9,0	12,9
Anatomia patológica	1,5	3,0	2,6	4,3
Cardiologia	6,5	4,2	3,8	0,9
Cirurgia Geral	7,2	5,6	5,2	8,0
Cirurgia Ortopédica (Ortopedia)	7,3	5,0	4,4	6,1
Cirurgia Plástica	1,5	1,3	1,7	2,2
Cirurgia torácica	0,3	-	0,3	1,4
Cirurgia vascular	1,2	-	0,6	1,0
Dermatologia	3,1	1,9	1,7	3,6
Medicina Emergencial	-	5,4	2,3	11,8
Endocrinologia	1,8	1,9	1,4	2,1
Gastroenterologia e hepatologia	1,7	2,6	2,1	4,3
Geriatria	0,6	2,0	0,7	1,5
Ginecologia/Obstetrícia	13,1	5,6	5,6	12,9
Infectologia	1,2	-	0,8	2,5
Medicina Interna	-	-	8,0	35,1
Nefrologia	1,9	1,6	1,8	3,0
Neurologia	2,3	1,8	2,6	4,2
Neurocirurgia	1,7	-	0,9	1,6
Medicina da família / Medicina Geral	22,0	135,6	113,2	34,4
Medicina Física / Reabilitação	-	-	1,3	2,8
Oftalmologia	6,1	3,6	3,4	5,8
Oncologia	1,6	1,5	1,4	-
Otorrinolaringologia	7,3	1,8	2,0	2,9
Pediatria	15,5	4,5	7,1	17,8
Pneumologia	1,2	-	2,0	1,8
Psiquiatria	3,8	12,3	11,7	11,8
Radiologia e radiodiagnóstico	6,2	7,3	6,9	8,7
Reumatologia	0,7	-	1,1	1,7
Urologia	2,3	-	1,9	3,1

(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 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (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 wellbeing. Os dados de Cancerologia, Cirurgia Plástica e Nefrologia são do ano de 2009 e derivam do Health Workforce Australia e o dado de Medicina de família e comunidade é do ano de 2014 e deriva do Australian Bureau of Statistic.

Lembrando que este estudo objetiva apresentar apenas uma proposta, apresenta-se a seguir uma breve referência aos resultados obtidos. As tabelas 11, 12 e 13 apresentam o resultado em termos de RMH e correspondente ao número estimado de médicos nas especialidades consideradas utilizando os modelos EUA, Canadá e Austrália, respectivamente.

Com relação ao modelo EUA (tabela 11):

a) o Brasil já possui razões por habitantes de cirurgiões gerais, neurocirurgiões, oftalmologistas, ortopedistas e pediatras semelhantes às razões atuais dos Estados Unidos;

b) Este não é o caso para os médicos da saúde da família, cancerologistas, neurologistas e anestesiologistas, para os quais se observam escassez em relação ao parâmetro.

c) Também não é o caso para cardiologistas, mas, neste caso, observa-se sobre oferta de especialistas em relação ao parâmetro;

d) De maneira geral, o Brasil possui um perfil relativamente similar e, aparte das quatro especialidades mencionadas em (a), pouco teria que mudar para alcançar o modelo EUA.

Com relação ao modelo Canadá (tabela 12):

a) Diferentemente do caso anterior, as coincidências na RMH entre Brasil e o modelo Canadá se dão nas especialidades com estoques baixos de profissionais em FTE, incluindo a cancerologia e neurologia;

b) Entre as especialidades prioritárias o Brasil possui sobre oferta em Cardiologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia e Pediatria;

c) Já as que mostram escassez em relação ao parâmetro canadense são: Anestesiologia e Medicina de Família e Comunidade. Neste último caso, o Brasil, para alcançar o parâmetro canadense em 2030, teria que passar dos atuais 44.784 médicos para 254.142;

d) 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 de estoques em especialidades como pediatria, ginecologia, clínica médica, cardiologia, entre outras.

Com relação ao modelo Austrália (tabela 13):

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 na saúde da família (que teria que passar de 44.784 para 304.531) e redução dos estoques das demais especialidades.

Tabela 11 – Resultado da projeção considerando o parâmetro dos Estados Unidos.

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Acupuntura	0,30	0,34	0,42	0,56	0,79	585	703	886	1.225	1.776	24,9
Alergia e Imunologia	0,35	0,37	0,45	0,61	0,86	670	763	963	1.330	1.929	23,5
Anestesiologia	7,27	7,11	9,03	10,95	12,88	14.092	14.497	19.210	24.049	28.921	**15,5**
Angiologia	0,64	0,62	0,75	1,01	1,43	1.231	1.271	1.603	2.215	3.211	21,1
Cancerologia	1,34	1,58	1,98	2,38	2,78	2.601	3.225	4.213	5.226	6.243	**19,1**
Cardiologia	6,40	6,54	4,65	2,75	0,86	12.401	13.346	9.887	6.043	1.924	**-31,1**
Cirurgia Cardiovascular	1,15	1,03	1,24	1,66	2,36	2.228	2.095	2.642	3.651	5.293	18,9
Cirurgia da Mão	0,00	0,02	0,03	0,04	0,06	0	50	63	87	126	20,4
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0,34	0,33	0,40	0,54	0,76	654	677	853	1.179	1.710	21,2
Cirurgia do Aparelho Digestivo	0,46	0,46	0,55	0,74	1,05	889	934	1.178	1.628	2.360	21,6
Cirurgia Geral	8,15	7,21	7,46	7,71	7,96	15.801	14.698	15.862	16.921	17.872	**2,5**
Cirurgia Pediátrica	0,75	0,64	0,77	1,03	1,46	1.452	1.295	1.634	2.258	3.273	17,6
Cirurgia Plástica	1,43	1,50	1,73	1,96	2,19	2.767	3.068	3.688	4.311	4.926	12,2
Cirurgia Torácica	0,35	0,32	0,69	1,06	1,43	674	657	1.470	2.326	3.208	36,6
Cirurgia Vascular	0,93	1,17	1,11	1,05	0,99	1.803	2.391	2.364	2.305	2.221	4,3
Clínica Médica	33,99	36,41	35,97	35,53	35,09	65.857	74.246	76.498	77.993	78.796	3,7
Coloproctologia	0,52	0,53	0,64	0,86	1,22	1.004	1.086	1.369	1.892	2.744	22,3
Dermatologia	2,58	3,13	3,28	3,44	3,59	5.003	6.379	6.981	7.544	8.063	10,0
Endocrinologia e Metabologia	1,56	1,79	1,88	1,97	2,06	3.028	3.640	3.991	4.321	4.626	8,8
Endoscopia	0,90	0,90	1,09	1,46	2,07	1.735	1.840	2.320	3.206	4.648	21,8

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Gastroenterologia	1,67	1,72	2,58	3,44	4,31	3.227	3.506	5.490	7.559	9.669	24,5
Genética Médica	0,08	0,08	0,09	0,12	0,18	155	157	198	274	397	20,7
Geriatria	0,49	0,58	0,90	1,21	1,53	955	1.183	1.905	2.659	3.429	29,1
Ginecologia e Obstetrícia	14,32	13,09	13,03	12,96	12,90	27.747	26.703	27.711	28.461	28.969	0,9
Hematologia e Hemoterapia	1,15	1,14	1,38	1,85	2,62	2.227	2.327	2.934	4.055	5.879	21,4
Homeopatia	0,31	0,31	0,37	0,49	0,70	605	623	785	1.085	1.573	21,1
Infectologia	1,17	1,19	1,63	2,07	2,51	2.263	2.436	3.475	4.551	5.643	20,1
Mastologia	0,56	0,59	0,72	0,96	1,36	1.077	1.208	1.524	2.106	3.053	23,2
Medicina de Família e Comunidade	18,78	21,96	26,11	30,26	34,41	36.394	44.784	55.536	66.436	77.285	**16,3**
Medicina do Trabalho	0,74	0,94	1,14	1,52	2,16	1.430	1.917	2.418	3.342	4.845	27,6
Medicina do Tráfego	0,02	0,03	0,04	0,06	0,08	30	70	89	122	177	43,1
Medicina Intensiva	2,58	2,84	3,44	4,61	6,53	5.000	5.800	7.316	10.109	14.657	24,0
Medicina Legal e Perícia Médica	0,07	0,02	0,02	0,03	0,04	135	34	43	60	87	-8,4
Medicina Nuclear	0,27	0,25	0,30	0,40	0,57	527	509	643	888	1.287	19,5
Medicina Preventiva e social	0,38	0,26	0,31	0,41	0,59	731	520	656	907	1.315	12,5
Nefrologia	1,85	1,86	2,23	2,60	2,97	3.577	3.795	4.743	5.706	6.666	13,3
Neurocirurgia	1,27	1,27	1,39	1,51	1,63	2.466	2.583	2.954	3.318	3.669	**8,3**
Neurologia	2,37	2,33	2,94	3,55	4,16	4.589	4.749	6.249	7.788	9.335	**15,3**
Nutrologia	0,08	0,12	0,15	0,20	0,28	150	249	314	434	629	33,2
Oftalmologia	5,47	6,12	6,01	5,90	5,79	10.602	12.471	12.774	12.945	12.997	**4,2**

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Ortopedia e Traumatologia	7,25	7,31	6,91	6,52	6,12	14.050	14.898	14.698	14.305	13.747	**-0,4**
Otorrinoloaringologia	2,58	2,63	2,74	2,84	2,94	5.005	5.373	5.823	6.238	6.613	5,7
Patologia	1,77	1,50	2,45	3,39	4,33	3.435	3.066	5.203	7.440	9.728	23,1
Pediatria	16,61	15,53	16,28	17,03	17,78	32.191	31.667	34.620	37.380	39.922	**4,4**
Pneumologia	1,30	1,20	1,40	1,61	1,81	2.516	2.447	2.984	3.526	4.063	10,1
Psiquiatria	3,76	3,83	6,48	9,13	11,78	7.281	7.810	13.784	20.049	26.464	29,4
Radiologia e Diagnóstico p/ Imagem	5,68	6,21	7,05	7,88	8,71	11.010	12.670	14.985	17.295	19.563	12,2
Radioterapia	0,28	0,28	0,33	0,45	0,63	540	563	711	982	1.424	21,4
Reumatologia	0,68	0,72	1,04	1,37	1,69	1.312	1.467	2.220	3.003	3.801	23,7
Urologia	2,29	2,28	2,55	2,82	3,09	4.441	4.640	5.415	6.183	6.933	9,3
Outras	6,77	15,89	19,22	25,73	36,46	13.118	32.408	40.874	56.482	81.892	44,2
TOTAL						**333.260**	**379.495**	**436.749**	**505.399**	**589.584**	**12,1**

Fonte: elaboração própria a partir de metodologia específica. (valores em verde utilizam o parâmetro dos Estados Unidos, em azul, a média europeia e, em anil, são adequados proporcionalmente de acordo com a distribuição geral do Brasil em 2015).

Tabela 12 – Resultado da projeção considerando o parâmetro do Canadá.

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Acupuntura	0,30	0,34	0,39	0,51	0,72	585	703	837	1.124	1.620	22,6
Alergia e Imunologia	0,35	0,37	0,43	0,56	0,78	670	763	909	1.220	1.760	21,3
Anestesiologia	7,27	7,11	7,74	8,38	9,01	14.092	14.497	16.467	18.388	20.233	**7,5**
Angiologia	0,64	0,62	0,71	0,93	1,30	1.231	1.271	1.514	2.031	2.930	18,9
Cancerologia	1,34	1,58	1,52	1,46	1,40	2.601	3.225	3.235	3.206	3.144	**3,9**
Cardiologia	6,40	6,54	5,63	4,71	3,80	12.401	13.346	11.973	10.351	8.534	**-7,2**
Cirurgia Cardiovascular	1,15	1,03	1,17	1,53	2,15	2.228	2.095	2.495	3.348	4.829	16,7
Cirurgia da Mão	0,00	0,02	0,03	0,04	0,05	0	50	59	80	115	18,2
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0,34	0,33	0,38	0,49	0,69	654	677	806	1.081	1.560	19,0
Cirurgia do Aparelho Digestivo	0,46	0,46	0,52	0,68	0,96	889	934	1.113	1.493	2.153	19,4
Cirurgia Geral	8,15	7,21	6,54	5,87	5,20	15.801	14.698	13.906	12.885	11.678	**-5,9**
Cirurgia Pediátrica	0,75	0,64	0,73	0,94	1,33	1.452	1.295	1.543	2.071	2.986	15,5
Cirurgia Plástica	1,43	1,50	1,57	1,63	1,70	2.767	3.068	3.338	3.589	3.818	6,7
Cirurgia Torácica	0,35	0,32	0,31	0,31	0,30	674	657	668	673	670	-0,1
Cirurgia Vascular	0,93	1,17	0,97	0,77	0,57	1.803	2.391	2.066	1.691	1.278	-6,6
Clínica Médica	33,99	36,41	26,93	17,45	7,97	65.857	74.246	57.275	38.310	17.903	-22,9
Coloproctologia	0,52	0,53	0,61	0,79	1,11	1.004	1.086	1.294	1.736	2.503	20,1
Dermatologia	2,58	3,13	2,65	2,18	1,70	5.003	6.379	5.641	4.777	3.818	-5,3

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Endocrinologia e Metabologia	1,56	1,79	1,66	1,53	1,40	3.028	3.640	3.524	3.355	3.144	0,8
Endoscopia	0,90	0,90	1,03	1,34	1,89	1.735	1.840	2.191	2.940	4.241	19,6
Gastroenterologia	1,67	1,72	1,85	1,97	2,10	3.227	3.506	3.927	4.332	4.716	7,9
Genética Médica	0,08	0,08	0,09	0,11	0,16	155	157	187	251	362	18,5
Geriatria	0,49	0,58	0,63	0,68	0,73	955	1.183	1.339	1.490	1.635	11,4
Ginecologia e Obstetrícia	14,32	13,09	10,60	8,10	5,60	27.747	26.703	22.537	17.778	12.576	-14,6
Hematologia e Hemoterapia	1,15	1,14	1,30	1,69	2,39	2.227	2.327	2.772	3.719	5.364	19,2
Homeopatia	0,31	0,31	0,35	0,45	0,64	605	623	742	995	1.435	18,9
Infectologia	1,17	1,19	1,07	0,95	0,83	2.263	2.436	2.285	2.095	1.873	-3,7
Mastologia	0,56	0,59	0,68	0,88	1,24	1.077	1.208	1.439	1.931	2.786	20,9
Medicina de Família e Comunidade	18,78	21,96	52,36	82,76	113,16	36.394	44.784	111.365	181.689	254.142	**47,5**
Medicina do Trabalho	0,74	0,94	1,07	1,40	1,97	1.430	1.917	2.284	3.065	4.420	25,3
Medicina do Tráfego	0,02	0,03	0,04	0,05	0,07	30	70	84	112	162	40,5
Medicina Intensiva	2,58	2,84	3,25	4,22	5,95	5.000	5.800	6.910	9.272	13.372	21,7
Medicina Legal e Perícia Médica	0,07	0,02	0,02	0,02	0,04	135	34	41	55	79	-10,1
Medicina Nuclear	0,27	0,25	0,29	0,37	0,52	527	509	607	814	1.175	17,4
Medicina Preventiva e social	0,38	0,26	0,29	0,38	0,53	731	520	620	832	1.200	10,4
Nefrologia	1,85	1,86	1,84	1,82	1,80	3.577	3.795	3.915	3.996	4.042	2,5

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Neurocirurgia	1,27	1,27	1,14	1,01	0,88	2.466	2.583	2.417	2.209	1.967	**-4,4**
Neurologia	2,37	2,33	2,43	2,54	2,65	4.589	4.749	5.179	5.578	5.945	**5,3**
Nutrologia	0,08	0,12	0,14	0,18	0,26	150	249	297	398	574	30,8
Oftalmologia	5,47	6,12	5,21	4,31	3,40	10.602	12.471	11.082	9.451	7.636	**-6,4**
Ortopedia e Traumatologia	7,25	7,31	6,34	5,37	4,40	14.050	14.898	13.478	11.786	9.882	**-6,8**
Otorrinoloaringologia	2,58	2,63	2,42	2,21	2,00	5.005	5.373	5.154	4.855	4.492	-2,1
Patologia	1,77	1,50	1,87	2,23	2,60	3.435	3.066	3.975	4.906	5.839	11,2
Pediatria	16,61	15,53	12,72	9,91	7,10	32.191	31.667	27.052	21.755	15.945	**-13,1**
Pneumologia	1,30	1,20	1,46	1,72	1,98	2.516	2.447	3.108	3.781	4.454	12,1
Psiquiatria	3,76	3,83	6,45	9,08	11,70	7.281	7.810	13.728	19.931	26.284	29,3
Radiologia diagnóstico p/ imagem	5,68	6,21	6,44	6,67	6,90	11.010	12.670	13.701	14.645	15.496	7,1
Radioterapia	0,28	0,28	0,32	0,41	0,58	540	563	671	901	1.299	19,2
Reumatologia	0,68	0,72	0,85	0,98	1,11	1.312	1.467	1.807	2.151	2.493	13,7
Urologia	2,29	2,28	2,16	2,04	1,92	4.441	4.640	4.586	4.473	4.310	-0,6
Outras	6,77	15,89	18,15	23,60	33,27	13.118	32.408	38.607	51.803	74.712	41,6
TOTAL						**333.260**	**379.495**	**436.749**	**505.399**	**589.584**	**12,1**

Fonte: elaboração própria a partir de metodologia específica. (valores em vermelho utilizam o parâmetro do Canadá e, em anil, são adequados proporcionalmente de acordo com a distribuição geral do Brasil em 2015).

Tabela 13 – Resultado da projeção considerando o parâmetro da Austrália.

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Acupuntura	0,30	0,34	0,17	0,06	0,04	585	703	366	137	82	-32,6
Alergia e Imunologia	0,35	0,37	0,19	0,07	0,04	670	763	398	149	89	-33,3
Anestesiologia	7,27	7,11	10,10	13,10	16,09	14.092	14.497	21.488	28.752	36.137	**20,7**
Angiologia	0,64	0,62	0,31	0,11	0,07	1.231	1.271	662	248	147	-34,6
Cancerologia	1,34	1,58	1,57	1,56	1,55	2.601	3.225	3.339	3.422	3.475	**6,0**
Cardiologia	6,40	6,54	5,76	4,98	4,20	12.401	13.346	12.257	10.936	9.432	**-5,3**
Cirurgia Cardiovascular	1,15	1,03	0,51	0,19	0,11	2.228	2.095	1.091	409	243	-35,8
Cirurgia da Mão	0,00	0,02	0,01	0,00	0,00	0	50	26	10	6	-35,0
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0,34	0,33	0,17	0,06	0,03	654	677	352	132	78	-34,6
Cirurgia do Aparelho Digestivo	0,46	0,46	0,23	0,08	0,05	889	934	487	182	108	-34,4
Cirurgia Geral	8,15	7,21	6,67	6,14	5,60	15.801	14.698	14.190	13.470	12.576	**-4,5**
Cirurgia Pediátrica	0,75	0,64	0,32	0,12	0,07	1.452	1.295	675	253	150	-36,5
Cirurgia Plástica	1,43	1,50	1,44	1,37	1,30	2.767	3.068	3.055	3.004	2.920	1,1
Cirurgia Torácica	0,35	0,32	0,23	0,13	0,03	674	657	342	128	76	-35,3
Cirurgia Vascular	0,93	1,17	0,82	0,47	0,12	1.803	2.391	1.246	467	277	-31,2
Clínica Médica	33,99	36,41	33,89	31,37	28,85	65.857	74.246	72.077	68.866	64.791	-0,3
Coloproctologia	0,52	0,53	0,27	0,10	0,06	1.004	1.086	566	212	126	-34,0
Dermatologia	2,58	3,13	2,72	2,31	1,90	5.003	6.379	5.783	5.070	4.267	-3,1

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Endocrinologia e Metabologia	1,56	1,79	1,82	1,86	1,90	3.028	3.640	3.878	4.087	4.267	7,1
Endoscopia	0,90	0,90	0,45	0,16	0,09	1.735	1.840	958	359	213	-34,2
Gastroenterologia	1,67	1,72	2,01	2,31	2,60	3.227	3.506	4.281	5.063	5.839	12,6
Genética Médica	0,08	0,08	0,04	0,01	0,01	155	157	82	31	18	-34,8
Geriatria	0,49	0,58	1,05	1,53	2,00	955	1.183	2.240	3.352	4.492	36,3
Ginecologia e Obstetrícia	14,32	13,09	10,60	8,10	5,60	27.747	26.703	22.537	17.778	12.576	-14,6
Hematologia e Hemoterapia	1,15	1,14	0,57	0,21	0,12	2.227	2.327	1.212	454	270	-34,4
Homeopatia	0,31	0,31	0,15	0,06	0,03	605	623	324	122	72	-34,6
Infectologia	1,17	1,19	1,65	2,11	2,57	2.263	2.436	3.516	4.635	5.772	20,6
Mastologia	0,56	0,59	0,30	0,11	0,06	1.077	1.208	629	236	140	-33,5
Medicina Família e Comunidade	18,78	21,96	59,84	97,72	135,60	36.394	44.784	127.271	214.526	304.531	**52,9**
Medicina do Trabalho	0,74	0,94	0,47	0,17	0,10	1.430	1.917	999	374	222	-31,1
Medicina do Tráfego	0,02	0,03	0,02	0,01	0,00	30	70	37	14	8	-22,7
Medicina Intensiva	2,58	2,84	1,42	0,52	0,30	5.000	5.800	3.022	1.133	673	-33,0
Medicina Legal e Perícia Médica	0,07	0,02	0,01	0,00	0,00	135	34	18	7	4	-50,5
Medicina Nuclear	0,27	0,25	0,12	0,05	0,03	527	509	265	99	59	-35,5
Medicina Preventiva e social	0,38	0,26	0,13	0,05	0,03	731	520	271	102	60	-39,3
Nefrologia	1,85	1,86	1,76	1,67	1,57	3.577	3.795	3.752	3.660	3.526	-0,3
Neurocirurgia	1,27	1,27	0,89	0,51	0,13	2.466	2.583	1.345	504	300	**-34,4**

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Neurologia	2,37	2,33	2,15	1,98	1,80	4.589	4.749	4.578	4.339	4.042	**-2,5**
Nutrologia	0,08	0,12	0,06	0,02	0,01	150	249	130	49	29	-28,1
Oftalmologia	5,47	6,12	5,28	4,44	3,60	10.602	12.471	11.223	9.744	8.085	**-5,3**
Ortopedia e Traumatologia	7,25	7,31	6,54	5,77	5,00	14.050	14.898	13.903	12.664	11.229	**-4,4**
Otorrinoloaringologia	2,58	2,63	2,36	2,08	1,80	5.005	5.373	5.012	4.562	4.042	-4,2
Patologia	1,77	1,50	2,00	2,50	3,00	3.435	3.066	4.259	5.491	6.737	14,4
Pediatria	16,61	15,53	11,85	8,18	4,50	32.191	31.667	25.208	17.950	10.106	**-20,7**
Pneumologia	1,30	1,20	1,71	2,23	2,74	2.516	2.447	3.644	4.888	6.153	19,6
Psiquiatria	3,76	3,83	6,65	9,48	12,30	7.281	7.810	14.150	20.804	27.623	30,6
Radiologia diagnóstico p/ imagem	5,68	6,21	6,58	6,94	7,30	11.010	12.670	13.985	15.230	16.394	8,3
Radioterapia	0,28	0,28	0,19	0,11	0,03	540	563	294	110	65	-34,4
Reumatologia	0,68	0,72	1,53	2,34	3,15	1.312	1.467	3.253	5.136	7.074	40,1
Urologia	2,29	2,28	2,44	2,61	2,77	4.441	4.640	5.190	5.719	6.221	7,0
Outras	6,77	15,89	11,15	6,41	1,67	13.118	32.408	16.883	6.329	3.758	-22,1
TOTAL						**333.260**	**379.495**	**436.749**	**505.399**	**589.584**	**12,1**

Fonte: elaboração própria a partir de metodologia específica. (valores em roxo utilizam o parâmetro da Austrália, em azul, a média europeia e, em anil, são adequados proporcionalmente de acordo com a distribuição geral do Brasil em 2015).

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, neurologia e cardiologia. Importante enfatizar que anestesiologia, angiologia, geriatria, nefrologia e radiologia têm aumento expressivo nos dois modelos, o que poderia ser um sinal de escassez dessas especialidades em Brasil. 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. Considerando as três realidades e sabendo que o serviço de saúde publica 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.

Cabe ressaltar como consideração final que a 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. O mercado de trabalho para profissionais 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. No entanto, o mercado de trabalho médico, não se adaptou a esse ritmo acelerado e exigente de mudança. 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 (Barber e López-Valcárcel, 2010).

Importante dificuldade no planejamento de recursos humanos em saúde refere-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 desenvolvimento de proposta metodológica 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. A metodologia utilizada, quando aplicada à população tem dado resultados robustos. 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.

5. Resultados do survey telefônico sobre dificuldade de contratação de especialistas

Este capítulo apresenta os resultados de *survey* telefônico sobre dificuldade de contratação de médicos especialistas, o qual compõe uma das atividades que foram propostas para aprofundamento das análises sobre mercado de trabalho das especialidades médicas. Este capítulo também apresenta uma revisão da projeção de especialistas com base nos dados levantados no *survey*[15]. Notadamente, utilizamos os resultados sobre dificuldade de contratação de especialistas para estimar a demanda para especialidades selecionadas. A demanda estimada foi utilizada como parâmetro para o *benchmarking*.

5.1. Escopo, universo e amostra

Trata-se de um levantamento que foi realizado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC), junto a uma amostra de estabelecimentos de saúde para levantamento de informações sobre salários, modalidades de pagamento e dificuldade de contratação de médicos especialistas no Brasil.

A amostra foi definida com o objetivo de alcançar os principais empregadores de médicos especialistas no Brasil, nos principais cenários de prática médica. Para tanto, o universo corresponde aos estabelecimentos de saúde com mais de 50 vínculos de trabalho registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na competência de setembro de 2015 e que possuíam pelo menos um vínculo em uma das especialidades selecionadas para o estudo (Anestesiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia geral, Oftalmologia, Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Pediatria). O universo totalizava **4.969** estabelecimentos. Procedeu-se ao cálculo de uma amostra aleatória estratificada por cenário de prática, com 5% de margem de erro e 90% de nível de confiança, totalizando **683** casos. A tabela 1 descreve a distribuição do universo e da amostra segundo cenário de prática.

[15] Esta atividade foi prevista como parte da justificativa de prorrogação do projeto em julho de 2015.

Tabela 14 – Amostra de estabelecimentos de médio e grande porte estratificada por cenário de prática.

Cenário de prática	Universo	90%IC
	N	n
Hospital público*	1.337	183
Hospital privado*	1.945	226
Serviço especializado público**	655	104
Serviço especializado privado**	246	42
Pronto socorro/pronto atendimento	601	96
Cooperativa***	185	32
TOTAL	**4.969**	**683**

Fonte: EPSM a partir do CNES de setembro de 2015.

*Hospital Geral, Hospital Especializado e Hospital-Dia.

**Policlínica e clínica especializada/ambulatório de especialidade.

***Considera os estabelecimentos cuja natureza jurídica é cooperativa, independente de ser hospital, serviço especializado ou pronto socorro/atendimento.

Para a coleta de informações, foi elaborado um questionário estruturado em uma máscara (formulário eletrônico) para a realização das ETACs e para o processamento dos dados. Assim, para a operacionalização da pesquisa, foram utilizadas 5 posições de telepesquisa, ocupadas por 10 operadores e um servidor de rede operado pelo supervisor operacional da pesquisa. O trabalho foi executado em dois turnos de 5 horas cada e cada entrevista durou em média 15 minutos. A coleta dos dados ocorreu entre julho e dezembro de 2016.

As seguintes variáveis foram investigadas durante a pesquisa:

i. Caracterização do estabelecimento de saúde

- Código do CNES, nome fantasia, código do munícipio, unidade da federação;
- Natureza jurídica do estabelecimento;
- Porte do estabelecimento
- Estrato da amostra;

- Tipo de vínculo com os profissionais
- Formas de remuneração

ii. Oferta de especialidades no estabelecimento de saúde

Dentre as especialidades consideradas neste estudo, leia-se, Anestesiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia e Pediatria, buscou-se identificar a oferta de especialidades considerando possíveis diferenças em relação à natureza jurídica e o porte do estabelecimento.

iii. Dificuldades de contratação e rotatividade de especialistas

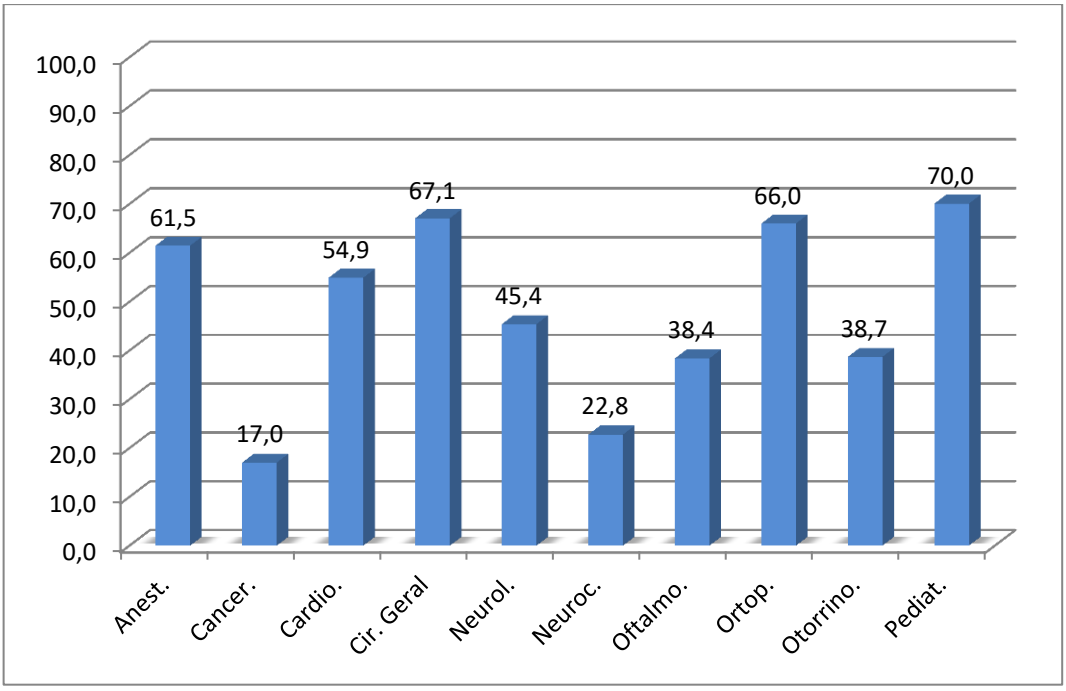
1- Dificuldade de contratação de especialistas, analisando: I-Nível de dificuldade de contratação de especialistas (Muita; Pouca; Nenhuma; Não sabe;); II- Razão da dificuldade: "é a mais importante razão ou está entre as mais importantes" (Dentre nove respostas possíveis, tal qual, detalhado no Apêndice C); III- [Se] Nos últimos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação (Tem aumentado; Continua o mesmo; Tem diminuído;); IV- [Se] Nos próximos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação (Vai aumentar; Vai continuar o mesmo; Vai diminuir); 2- Rotatividade de especialistas e taxa de vacância, avaliando: I- Índices de rotatividade; II-Existência de postos vagos para a especialidade; III-Tempo médio para preencher o posto vago; IV- [O que é feito] Quando há postos vagos para alguma especialidade.

5.2. Dificuldade de contratação de especialistas

Oferta da especialidade e presença do profissional no quadro atual

Das dez especialidades investigadas na pesquisa, apenas cinco eram oferecidas por mais da metade dos estabelecimentos de saúde pesquisados, sendo elas a Pediatria (68,8%), Cirurgia Geral (65,8%), Ortopedia e Traumatologia (64,8%), Anestesiologia (60,3%) e Cardiologia (53,9%). Por outro lado, as especialidades de Cancerologia (16,7%) e de Neurocirurgia (22,4%) eram oferecidas por menos de 1/4 dos estabelecimentos de saúde (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Percentual de estabelecimentos de saúde pesquisados que oferecem a especialidade - Brasil, 2016.

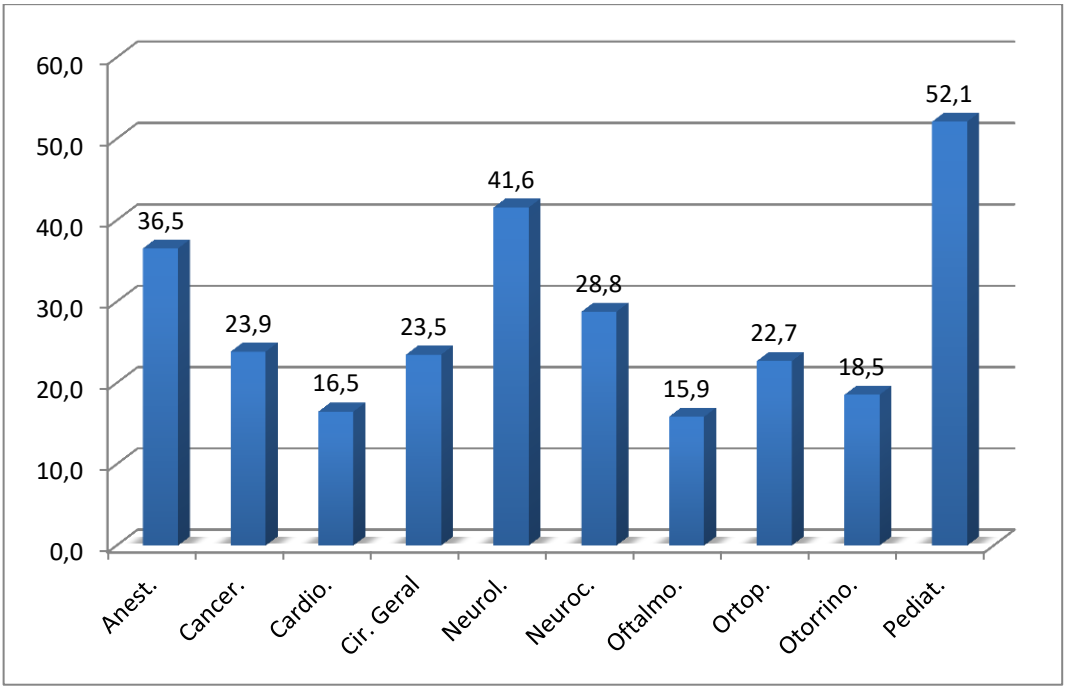


Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Existência e nível de dificuldade de contratação

Aos estabelecimentos que ofertavam a especialidade, foi perguntado aos entrevistados sobre o nível de dificuldade para contratação daquela especialidade médica. As respostas oferecidas foram “Muita”, “Pouca”, “Nenhuma” e “Não Sabe”. Para a análise, considerou-se como existência de dificuldade de contratação a soma das respostas “Muita” e “Pouca” dificuldade de contratação, conforme detalhado no Gráfico 3. Deste modo, o maior percentual de dificuldade de contratação de especialistas foi constatado na especialidade de Pediatria, onde 52,2% dos pesquisados afirmaram ter alguma dificuldade para contratar o especialista, seguida pela Neurologia, onde 41,6% dos pesquisados informaram enfrentar dificuldade de contratação de profissionais.

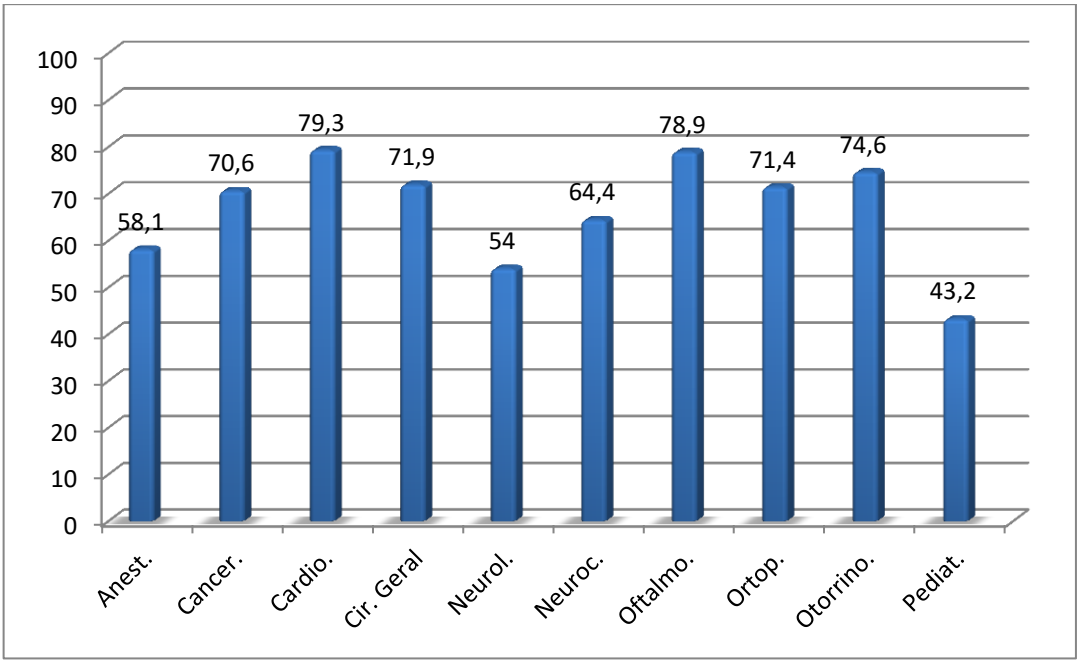
Gráfico 3 – Percentual de estabelecimentos de saúde que oferecem o serviço e que declararam dificuldade para contratar o especialista – Brasil, 2016.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Em relação à não dificuldade de contratação, ou seja, as especialidades em que os respondentes afirmaram não ter nenhuma dificuldade de contratação de profissionais, Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologista e Ortopedia foram as especialidades com os maiores percentuais, respectivamente, 79,3%, 78,9%, 74,6% e 71,4% (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percentual de estabelecimentos de saúde que oferecem o serviço e que declararam não ter nenhuma dificuldade para contratar o especialista – Brasil, 2016.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Razões para a dificuldade de contratação

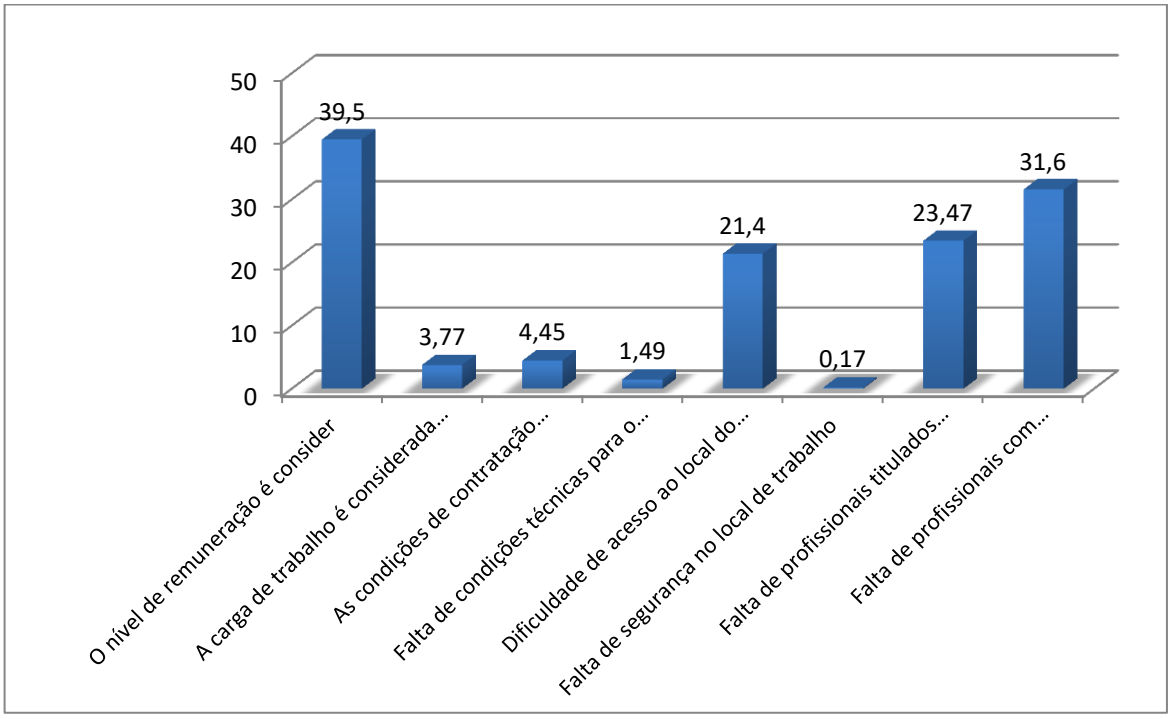
Aos gestores que disseram encontrar alguma dificuldade para contratar os profissionais de cada especialidade, foi perguntado sobre a Razão desta dificuldade, sendo oferecidas nove opções de resposta entre as quais os respondentes deveriam escolher qual "[era] a mais importante ou [estava] entre as mais importantes" razões da dificuldade para contratar profissionais.

As opções de resposta oferecidas foram as seguintes: "O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais"; "A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais"; "As condições de contratação (vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados) não são consideradas atrativas pelos profissionais"; "Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade"; "Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância"; "Falta de segurança no local de trabalho"; "Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB"; "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho"; e, "Outro motivo"; Todos estes fatores foram apontados como significativo pela literatura e por pesquisas anteriormente desenvolvidas pela EPSM.

Considerando todas as respostas sem discrimina-las por especialidade, "O nível de re-

muneração considerado baixo pelos profissionais" e a "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" são apontadas como as duas das maiores razões para a dificuldade de contratação de profissionais, 39,5% e 31,6% respectivamente (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar profissionais- Brasil, 2016.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Por outro lado, a "Falta de segurança no local de trabalho" é apontada por menos de 1% dos respondentes como a razão da dificuldade para contratar profissionais, ao passo que a "Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade", é considerada a "maior razão ou está entre as maiores razões" para 1,49% dos entrevistados.

Ao analisar a "maior razão ou, [está entre] as maiores razões" para a dificuldade de contratação de profissionais discriminando por especialidade, constatam-se os seguintes resultados (Gráficos 6 a 15):

Para Anestesiologia, a razão da dificuldade de contratação de profissionais foi atribuída ao "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" (40,3%), a "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" (25%) e a "Dificuldade de acesso ao

local do trabalho / distância" (23%).

Para Cancerologia, a "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" foi atribuída por 34,6% dos respondentes como a mais importante razão ou dentre as mais importantes, seguida pelo "nível de remuneração considerado baixo pelos profissionais" (26,9%) e, a "Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB" (26,9%).

Para Cardiologia, o "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" foi atribuído por 44,8% dos entrevistados como a razão da dificuldade de contratação de profissionais, a "Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância" por 24,1% e a "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" por 24,1%.

Para Cirurgia Geral, a razão da dificuldade de contratação de profissionais foi atribuída ao "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" (40,6%), a "Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância" (28,7%) e a "Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB" (25,7%).

Para Neurocirurgia, a razão da dificuldade de contratação de profissionais foi atribuída à "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" (52,4%), a "Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB" (38,1%) e ao "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" (31%).

Para Neurologia, a razão da dificuldade de contratação de profissionais foi atribuída a "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" (37,2%), ao "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" (34,7%) e, a "Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB" (30,6%).

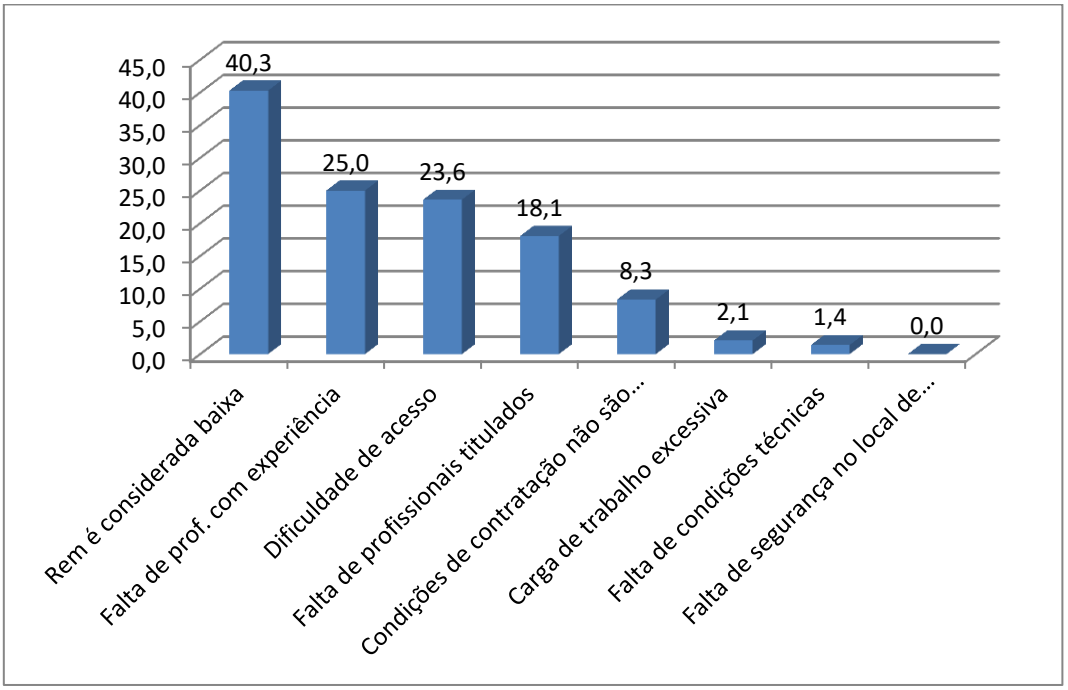
Para Oftalmologia, o "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" foi apontado por 51,3% dos entrevistados como a razão da dificuldade de contratação de profissionais, seguida pela "Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância" (23,1%) e, a "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" (20,5%).

Para Ortopedia, o "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" foi a principal razão da dificuldade de contratação de profissionais, atribuída por 53,1%, seguida pela "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" (31,3%) e a "Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância" (28,1%).

Para Otorrinolaringologista, a razão da dificuldade de contratação de profissionais foi atribuída ao "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" (41,3%), à "Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância" (26,1%) e à "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" (26,1%).

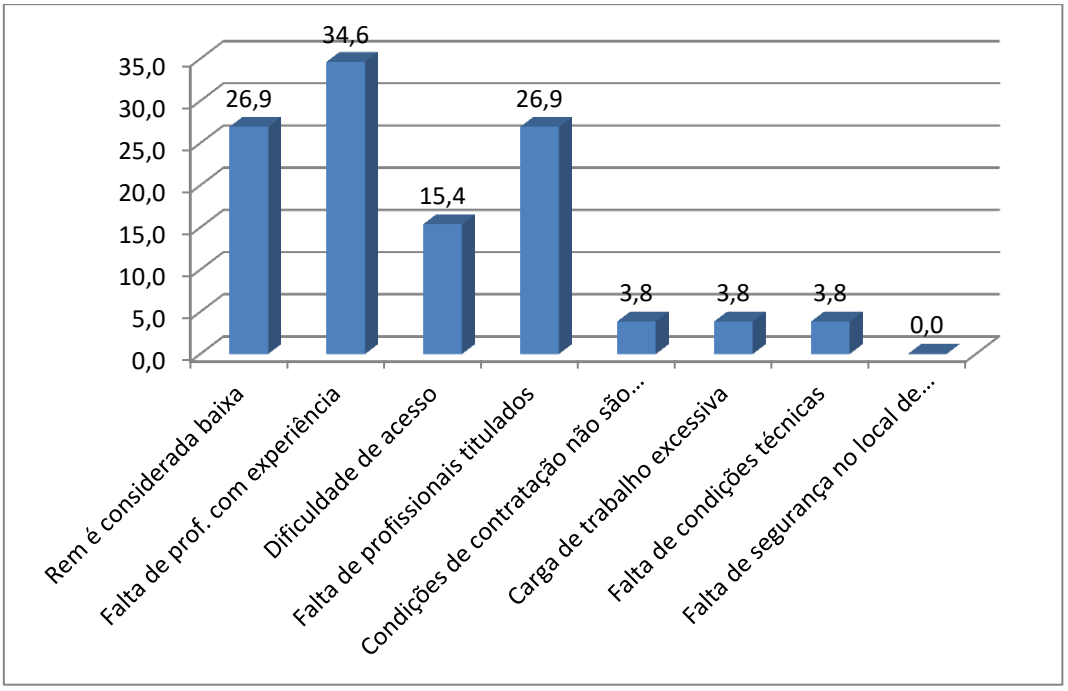
Para Pediatria, a razão da dificuldade de contratação de profissionais foi atribuída a "Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho" (40,6%), ao "nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais" (31,2%) e, a "Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB" (27,4%).

Gráfico 6 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Anestesiologistas- Brasil, 2016.



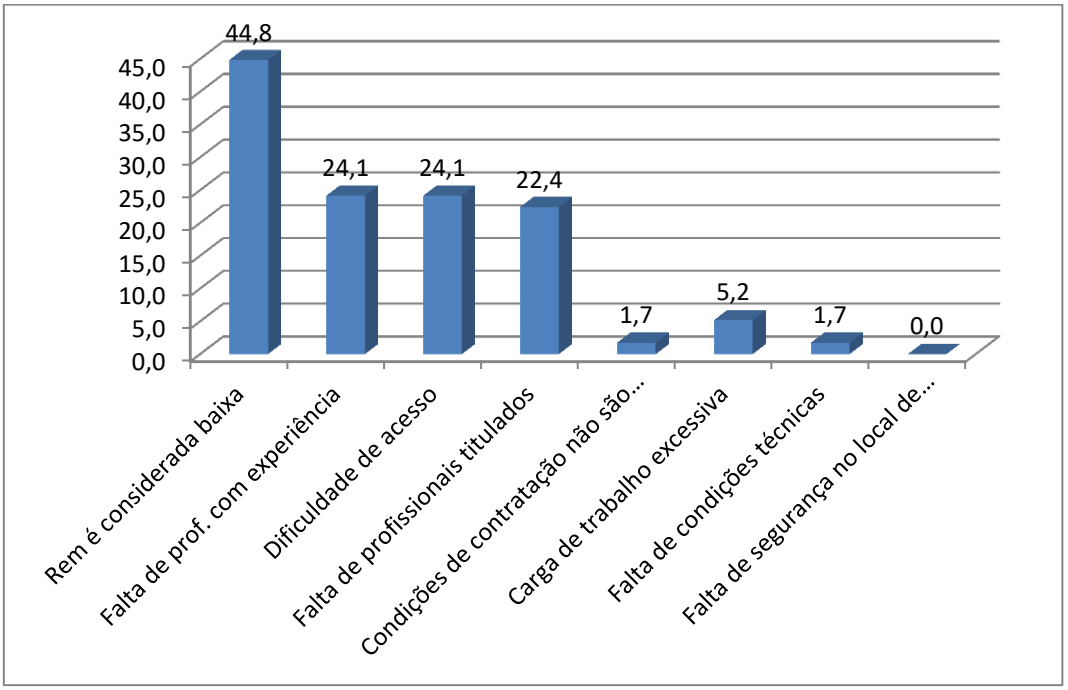
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 7 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Cancerologistas- Brasil, 2016.



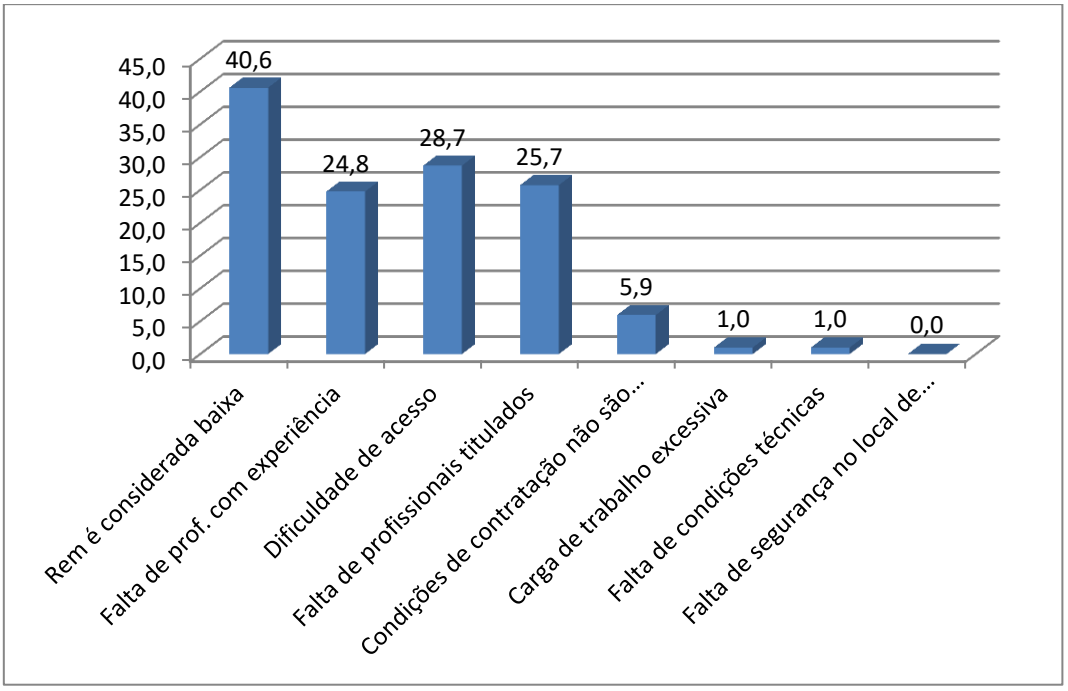
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 8 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Cardiologistas- Brasil, 2016.



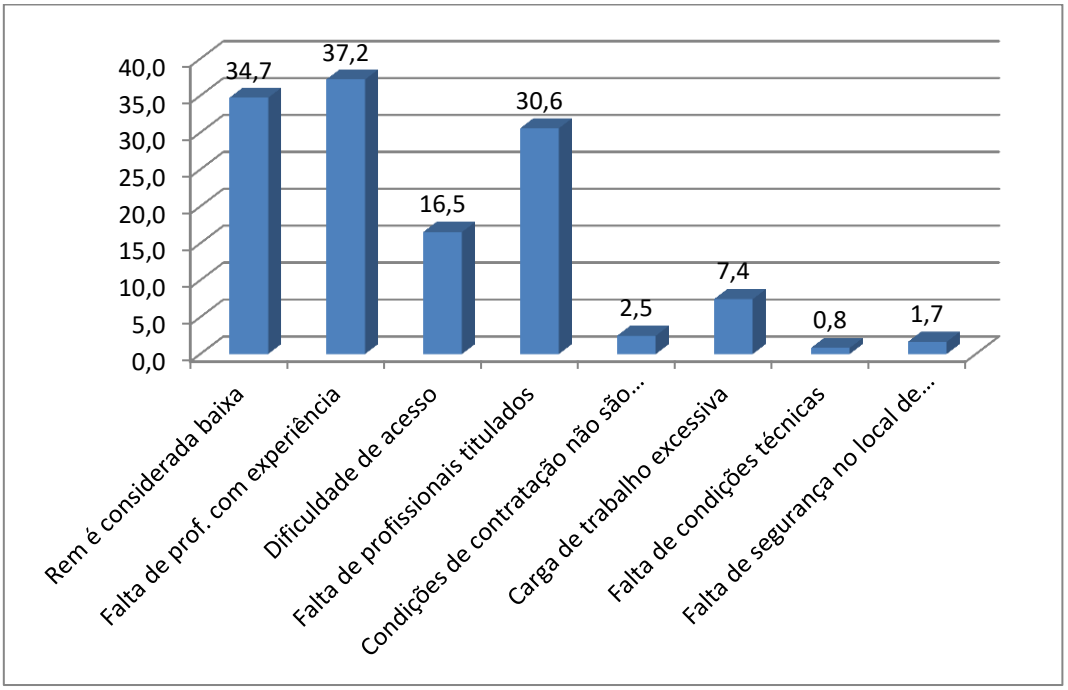
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 9 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Cirurgiões gerais- Brasil, 2016.



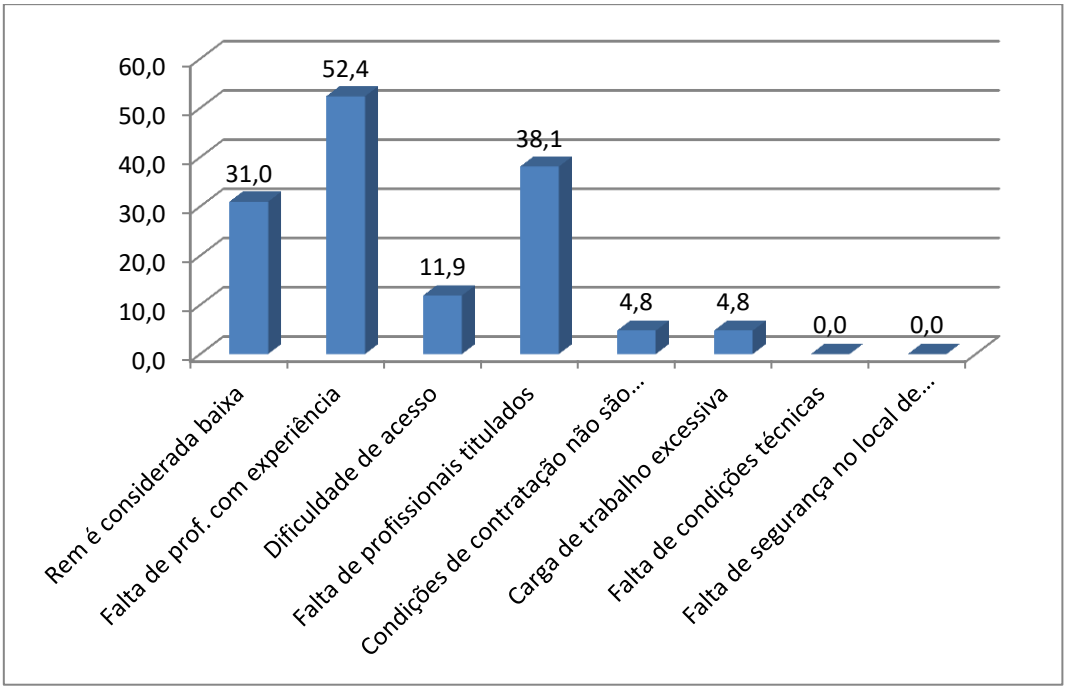
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 10 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Neurologistas- Brasil, 2016.



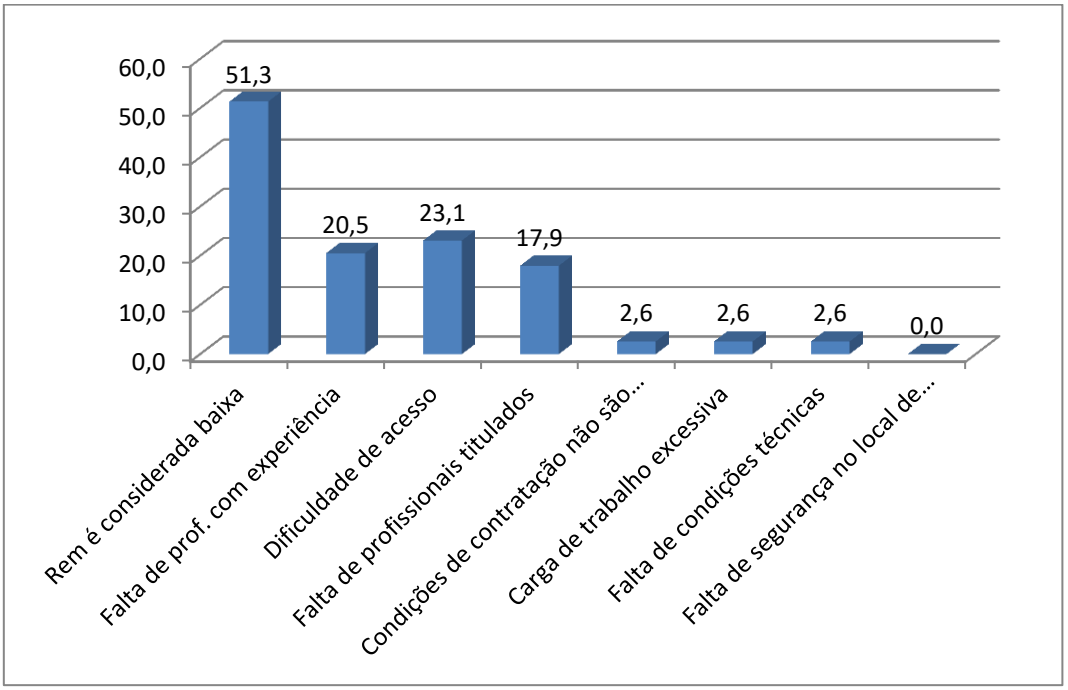
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 11 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Neurocirurgiões- Brasil, 2016.



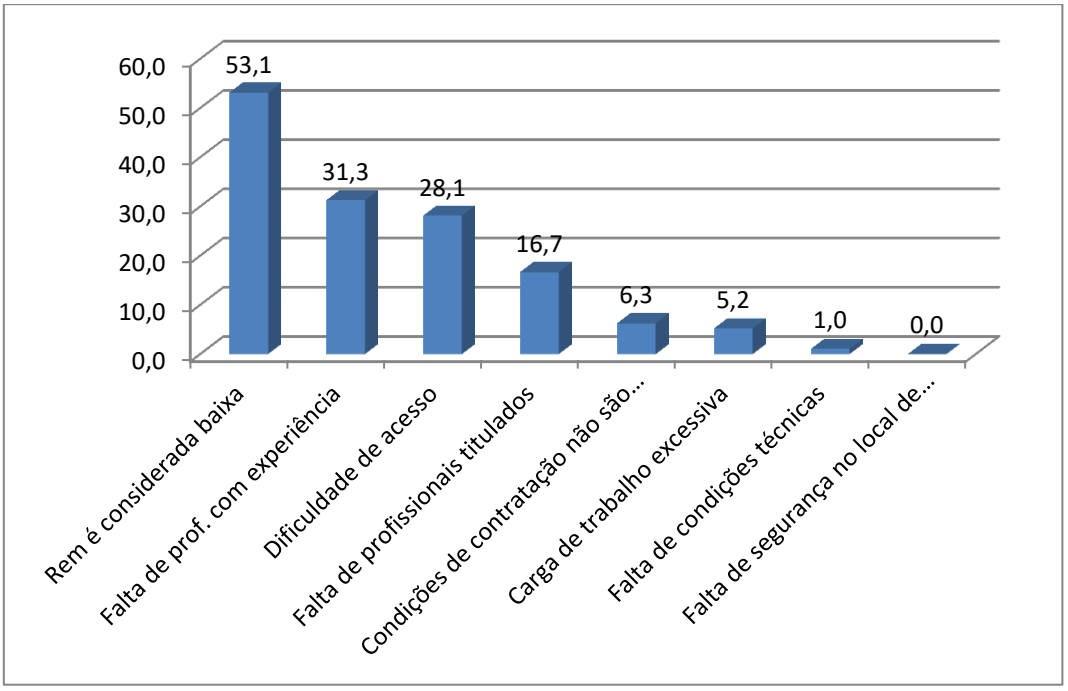
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 12 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Oftalmologistas- Brasil, 2016.



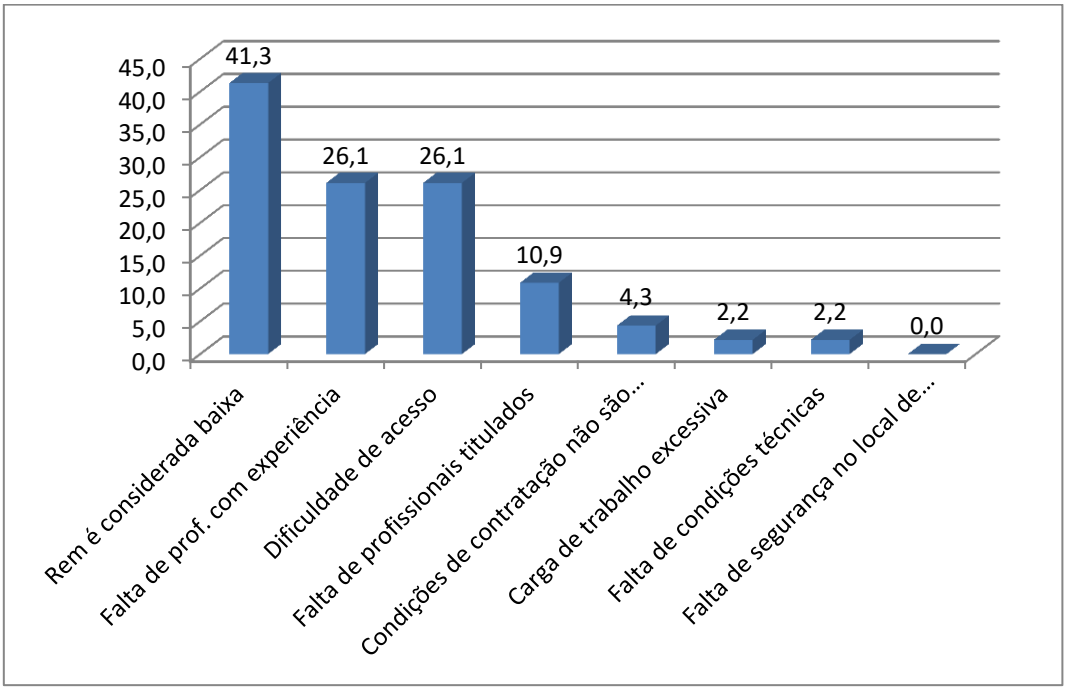
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 13 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Ortopedistas - Brasil, 2016.



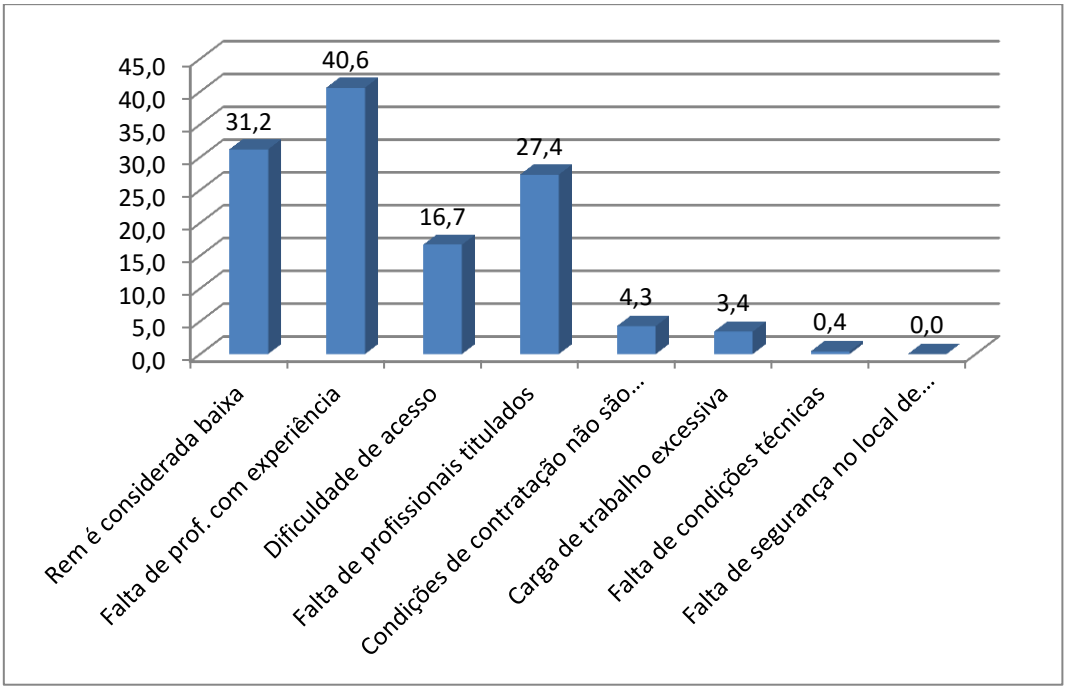
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 14 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Otorrinolaringologistas - Brasil, 2016.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 15 – Razão da dificuldade de contratação de especialistas atribuída pelos estabelecimentos de saúde que enfrentam dificuldade de contratar Pediatras - Brasil, 2016.



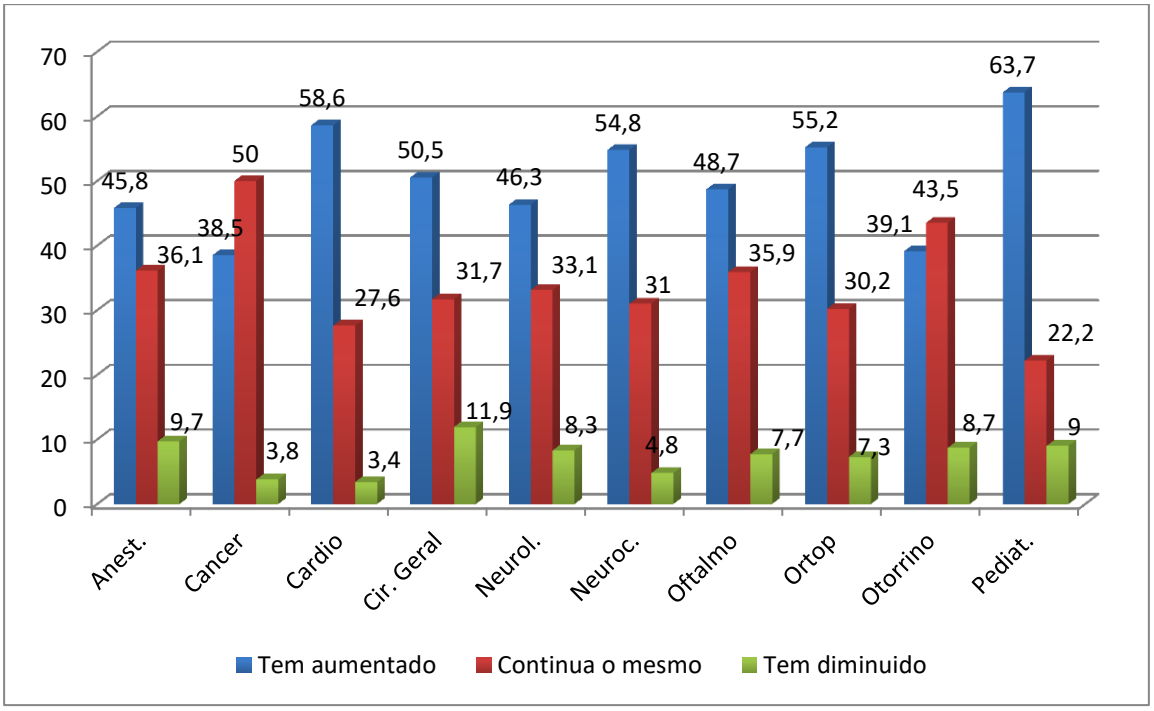
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Tendência de dificuldade de contratação nos últimos 02 anos

Aos gestores que informaram enfrentar dificuldade de contratação, perguntou-se sobre a tendência percebida para o problema nos últimos 02 anos, para cada especialidade. As respostas oferecidas foram “tem aumentado”, “continua a mesma”, ou “tem diminuído”.

Para 63,7% dos entrevistados, a dificuldade de contratação de Pediatras tem aumentado nos últimos dois anos, assim como para a Cardiologia (58,6%), Ortopedia (55,2%), Neurocirurgia (54,8%) e Cirurgia Geral (50,5%). A diminuição da dificuldade é percebida pelos entrevistados, em maior percentual, para a Cirurgia Geral, com 11,9 % (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Tendência da dificuldade de contratação nos últimos 02 anos percebida pelos gestores que enfrentam esse problema, por especialidade- Brasil 2016.

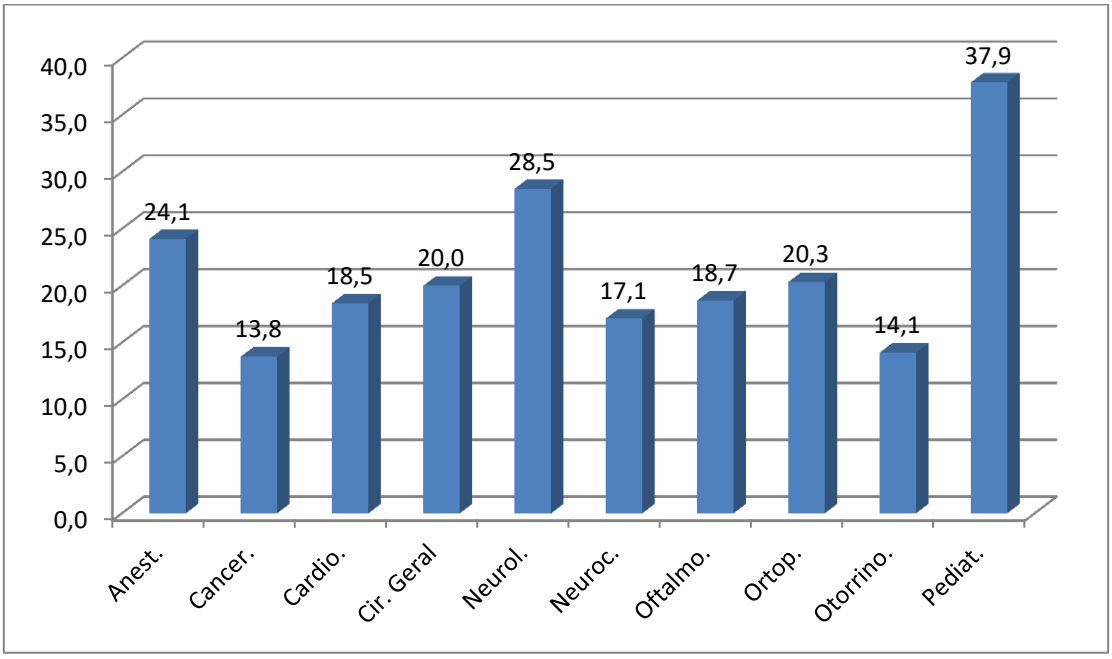


Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Postos de trabalho vagos

Entre os estabelecimentos de saúde ofertantes de cada especialidade, a pesquisa levantou informações sobre a existência de postos vagos para aquele especialista (Gráfico 17). A Pediatria foi a especialidade com maior número de estabelecimentos com postos vagos: 37,9% dos entrevistados declararam haver postos vagos para a especialidade em seus estabelecimentos. A Neurologia (28,5%) e a Anestesiologia (24,1%) vem em segundo e terceiro lugar, respectivamente. Vale ressaltar que estas três especialidades médicas foram aquelas apontadas pelos entrevistados como sendo as de maior dificuldade de contratação.

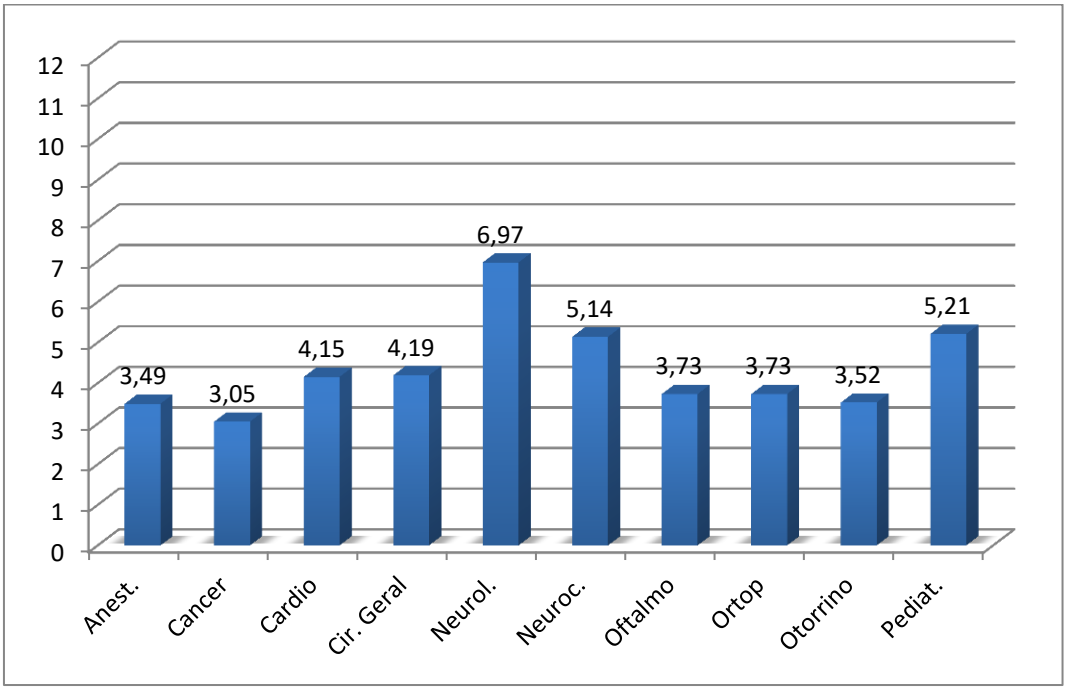
Gráfico 17 – Percentual de estabelecimentos com postos vagos de trabalho, por especialidade- Brasil 2016.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

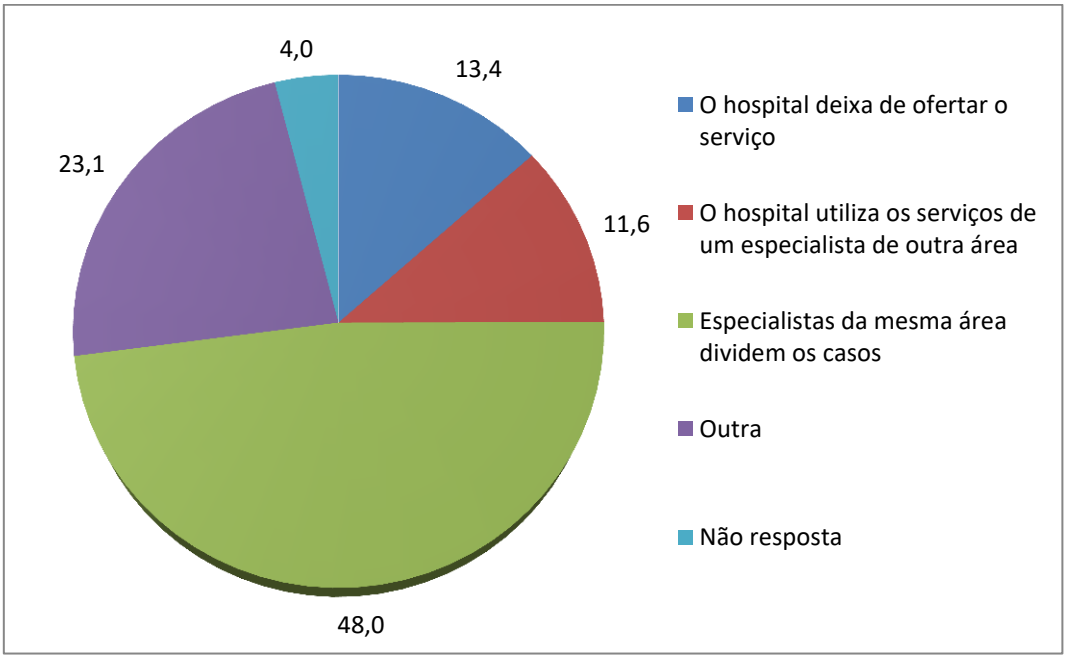
Também foi investigado o tempo médio para o preenchimento de postos vagos. As especialidades que apresentaram as maiores médias para o Brasil foram a Neurologia e a Pediatria, com um tempo médio de 6,97 e 5,21 meses. Já a Cancerologia apresentou a menor média, 3 meses (Gráfico 18). Quando perguntados qual o procedimento adotado pelo estabelecimento para suprir a falta de uma determinada especialidade, 35,5% dos gestores responderam que "Especialistas da mesma área dividem os casos" (Gráfico 19).

Gráfico 18 – Tempo médio para preencher o posto vago (média geral em meses)- Brasil 2016.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Gráfico 19 – Procedimento adotado pelo estabelecimento quando há posto vago para alguma especialidade – Brasil, 2016.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

5.3. Revisão das projeções considerando o parâmetro da ETAC

Outra forma de estabelecer um modelo de projeção de especialidades médicas é através dos sinais coletados em pesquisas primárias. Segundo modelo de projeção da necessidade de médicos especialistas na Espanha, definido por Barber e López-Valcárcel (2010), uma das formas de calcular a demanda é utilizando a informação sobre o déficit de vagas não preenchidas, informado por autoridades e agentes do mercado de trabalho, isto é, o que seria o correspondente à taxa de vacância. Segundo os autores, a falta de padrões normativos para o cálculo de necessidade de especialistas é uma grande limitação dos modelos de projeção, nesse sentido o cálculo da demanda, baseado em critérios empíricos de número de vagas não preenchidas é uma alternativa, pois se assume implicitamente que o total de vagas ocupadas, somado ao total de vagas não ocupadas, é o valor da demanda efetiva.

A aplicação da taxa de vacância no modelo apresentado no capítulo 4, no entanto, deveria considerar que existe sub ou superestimação, uma vez que o cálculo é baseado apenas de acordo com os estabelecimentos que oferecem o serviço em cada especialidade. Os valores, portanto, não foram estimados para os serviços que não oferecem o serviço da especialidade e que podem ter uma demanda reprimida, isto é, não oferecem o serviço em função da dificuldade de contratação. Além disso, os sinais levantados não podem ser tomados como representativos de todos os estabelecimentos que oferecem o serviço, tendo em vista que a amostra da pesquisa não possuía este desenho, tendo excluído unidades básicas de saúde/postos de saúde, consultórios particulares, entre outros.

A tabela 15 reúne as informações da ETAC junto a estabelecimentos de saúde sobre dificuldades de contratação de especialistas, apresentado neste capítulo. Registram-se o percentual de estabelecimentos que ofertam a especialidade em relação ao total de respondentes; que encontram dificuldade de contratação do especialista, em relação ao total daqueles que oferecem o serviço da especialidade; e o percentual que apontaram como razão para esta dificuldade a falta de profissionais titulados no mercado, em relação ao total daqueles que informaram encontrar dificuldade. Além disso, as informações de opinião sobre se esta dificuldade aumentou nos últimos 02 anos e se aumentará nos próximos 02 anos e o tempo médio que um posto de trabalho da especialidade fica vago.

Todas estas informações oferecem um sinal da relação atual entre a oferta e demanda da especialidade, isto é, se está adequada, se existe carência/escassez ou se há excesso de

oferta, segundo os respondentes. Nesse sentido, por meio destas informações é possível ajustar as projeções realizadas, pressupondo que a oferta de especialidades com carência/escassez poderia crescer acima do que se desenhou anteriormente nas projeções realizadas. Nesse sentido, o ajuste oferece um sinal de demanda que poderia ser "corrigido" nos próximos anos por meio de intervenção pública, o que poderia ocorrer pela oferta residências nas áreas encontradas, pela ampliação e compartilhamento dos escopos de prática de outros especialistas e profissionais de saúde, entre outras estratégias.

Os sinais descritos através da ETAC apontam, em geral, quadros mais agudos de escassez para pediatria e neurologia, sobretudo para a primeira. Já as especialidades de anestesiologia, cirurgia geral, neurocirurgia e cardiologia apresentaram um quadro de escassez moderada ou baixa, o que não representa uma situação atual severa, mas que poderia se agravar no futuro. Em cancerologia, oftalmologia e otorrinolaringologia não foi encontrado um sinal de escassez, entretanto, há que se destacar que entre os estabelecimentos pesquisados a oferta do dessas especialidades é baixa.

Tabela 15 – Resumo das informações coletadas na ETAC com estabelecimentos de saúde sobre dificuldade de contratação de especialistas.

	Oferecem o serviço da especialidade	Disseram possuir dificuldade de contratar o especialista	Citaram a falta de profissionais titulados como razão para a dificuldade	Informaram que nos últimos 02 anos a dificuldade tem aumentado	Informaram que nos próximos 02 anos a dificuldade vai aumentar	Tempo médio, em meses, que um posto de trabalho da especialidade fica vago
Anestesiologia	61,5	36,5	18,1	45,8	46,5	3,5
Cancerologia	17,0	23,9	26,9	38,5	38,5	3,1
Cardiologia	54,9	16,5	22,4	58,6	44,8	4,2
Cirurgia Geral	67,1	23,5	25,7	50,5	52,5	4,2
Neurologia	45,4	41,6	30,6	46,3	39,7	7,0
Neurocirurgia	22,8	28,8	38,1	54,8	42,9	5,1
Oftalmologia	38,4	15,9	17,9	48,7	38,5	3,7
Ortopedia	66,0	22,7	16,7	55,2	42,7	3,7
Otorrinolaringologia	38,7	18,5	10,9	39,1	37,0	3,5
Pediatria	70,0	52,1	27,4	63,7	50,4	5,2
Média	48,2	28,0	23,5	50,1	43,4	4,3

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

Pragmaticamente, optou-se por realizar adequações na projeção considerando apenas o modelo americano, tendo em vista que os modelos canadense e australiano representam uma reversão do padrão especializado, que o Brasil possui, para um modelo centralizado na saúde da família. Dessa forma, aquilo que se observou na primeira rodada da projeção, de redução do número de médicos em pediatria, cardiologia, neurocirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia geral, seria algo esperado independente do diagnóstico descrito na ETAC. Ou seja, a reversão do modelo com maior presença de médicos de família executando tarefas com escopos clínicos ampliados, necessariamente diminuiria a demanda por estas especialidades, inclusive eliminando quadros atuais de escassez severa, como é o caso da pediatria.

Com relação ao modelo EUA foram feitos os seguintes ajustes (tabela 16):

a) o Brasil já possui razões por habitantes de cirurgiões gerais, neurocirurgiões, oftalmologistas, ortopedistas e pediatras semelhantes às razões atuais dos Estados Unidos, porém a ETAC sugere que para neurocirurgia e pediatria há escassez de profissionais. O número atual, embora semelhante ao parâmetro americano, é considerado insuficiente desde a perspectiva do dado coletado, por isso, optou-se por imputar um crescimento maior da oferta destes especialistas até o ano de 2030;

b) Para os cancerologistas, neurologistas e anestesiologistas, observou-se escassez no Brasil em relação ao parâmetro americano e esta informação foi corroborada na ETAC para as duas últimas especialidades. Assim, manteve-se para 2030 a mesma expectativa de crescimento observada na primeira rodada da projeção, sugerindo que o aumento destas especialidades, até alcançar o parâmetro, seria suficiente para cobrir tal déficit.

c) No caso dos cardiologistas, observou-se sobre oferta em relação ao parâmetro EUA, o que resultou em redução no número de especialistas no período 2015-2030. Embora a ETAC tenha mostrado que a dificuldade de contratar estes profissionais não é alta, optou-se por imputar um decréscimo menor, tendo em vista que a maioria dos respondentes informou que a dificuldade de contratar estes profissionais tem aumentado nos últimos 02 anos. Este mesmo exercício, e considerando a mesma justificativa, foi feito para ortopedia, que também registrava na primeira rodada da projeção um decréscimo no número de especialistas até 2030.

Tabela 16 – Resultado da projeção considerando o parâmetro dos Estados Unidos com ajustes a partir dos sinais coletados na ETAC.

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Acupuntura	0,30	0,34	0,42	0,56	0,79	585	703	886	1.225	1.776	24,9
Alergia e Imunologia	0,35	0,37	0,45	0,61	0,86	670	763	963	1.330	1.929	23,5
Anestesiologia	7,27	7,11	9,03	10,95	12,88	14.092	14.497	19.210	24.049	28.921	**15,5**
Angiologia	0,64	0,62	0,75	1,01	1,43	1.231	1.271	1.603	2.215	3.211	21,1
Cancerologia	1,34	1,58	1,98	2,38	2,78	2.601	3.225	4.213	5.226	6.243	**19,1**
Cardiologia	6,40	6,54	5,70	4,85	4,00	12.401	13.346	12.115	10.643	8.983	**-6,2**
Cirurgia Cardiovascular	1,15	1,03	1,24	1,66	2,36	2.228	2.095	2.642	3.651	5.293	18,9
Cirurgia da Mão	0,00	0,02	0,03	0,04	0,06	0	50	63	87	126	20,4
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0,34	0,33	0,40	0,54	0,76	654	677	853	1.179	1.710	21,2
Cirurgia do Aparelho Digestivo	0,46	0,46	0,55	0,74	1,05	889	934	1.178	1.628	2.360	21,6
Cirurgia Geral	8,15	7,21	7,46	7,71	7,96	15.801	14.698	15.862	16.921	17.872	**2,5**
Cirurgia Pediátrica	0,75	0,64	0,77	1,03	1,46	1.452	1.295	1.634	2.258	3.273	17,6
Cirurgia Plástica	1,43	1,50	1,73	1,96	2,19	2.767	3.068	3.688	4.311	4.926	12,2
Cirurgia Torácica	0,35	0,32	0,69	1,06	1,43	674	657	1.470	2.326	3.208	36,6
Cirurgia Vascular	0,93	1,17	1,11	1,05	0,99	1.803	2.391	2.364	2.305	2.221	4,3
Clínica Médica	33,99	36,41	35,97	35,53	35,09	65.857	74.246	76.498	77.993	78.796	3,7
Coloproctologia	0,52	0,53	0,64	0,86	1,22	1.004	1.086	1.369	1.892	2.744	22,3
Dermatologia	2,58	3,13	3,28	3,44	3,59	5.003	6.379	6.981	7.544	8.063	10,0
Endocrinologia e Metabologia	1,56	1,79	1,88	1,97	2,06	3.028	3.640	3.991	4.321	4.626	8,8
Endoscopia	0,90	0,90	1,09	1,46	2,07	1.735	1.840	2.320	3.206	4.648	21,8

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Gastroenterologia	1,67	1,72	2,58	3,44	4,31	3.227	3.506	5.490	7.559	9.669	24,5
Genética Médica	0,08	0,08	0,09	0,12	0,18	155	157	198	274	397	20,7
Geriatria	0,49	0,58	0,90	1,21	1,53	955	1.183	1.905	2.659	3.429	29,1
Ginecologia e Obstetrícia	14,32	13,09	13,03	12,96	12,90	27.747	26.703	27.711	28.461	28.969	0,9
Hematologia e Hemoterapia	1,15	1,14	1,38	1,85	2,62	2.227	2.327	2.934	4.055	5.879	21,4
Homeopatia	0,31	0,31	0,37	0,49	0,70	605	623	785	1.085	1.573	21,1
Infectologia	1,17	1,19	1,63	2,07	2,51	2.263	2.436	3.475	4.551	5.643	20,1
Mastologia	0,56	0,59	0,72	0,96	1,36	1.077	1.208	1.524	2.106	3.053	23,2
Medicina de Família e Comunidade	18,78	21,96	26,11	30,26	34,41	36.394	44.784	55.536	66.436	77.285	**16,3**
Medicina do Trabalho	0,74	0,94	1,14	1,52	2,16	1.430	1.917	2.418	3.342	4.845	27,6
Medicina do Tráfego	0,02	0,03	0,04	0,06	0,08	30	70	89	122	177	43,1
Medicina Intensiva	2,58	2,84	3,44	4,61	6,53	5.000	5.800	7.316	10.109	14.657	24,0
Medicina Legal e Perícia Médica	0,07	0,02	0,02	0,03	0,04	135	34	43	60	87	-8,4
Medicina Nuclear	0,27	0,25	0,30	0,40	0,57	527	509	643	888	1.287	19,5
Medicina Preventiva e social	0,38	0,26	0,31	0,41	0,59	731	520	656	907	1.315	12,5
Nefrologia	1,85	1,86	2,23	2,60	2,97	3.577	3.795	4.743	5.706	6.666	13,3
Neurocirurgia	1,27	1,27	1,51	1,76	2,00	2.466	2.583	3.214	3.854	4.492	12,7
Neurologia	2,37	2,33	2,94	3,55	4,16	4.589	4.749	6.249	7.788	9.335	**15,3**
Nutrologia	0,08	0,12	0,15	0,20	0,28	150	249	314	434	629	33,2
Oftalmologia	5,47	6,12	6,01	5,90	5,79	10.602	12.471	12.774	12.945	12.997	**4,2**

(continua)

(continuação)

	Razão FTE por 100 mil habitantes					Nºs absolutos de especialistas					Incremento Quinquenal
	Situação atual		Projeções			Situação atual		Projeções			
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
Ortopedia e Traumatologia	7,25	7,31	7,29	7,27	7,25	14.050	14.898	15.498	15.957	16.282	3,0
Otorrinoloaringologia	2,58	2,63	2,74	2,84	2,94	5.005	5.373	5.823	6.238	6.613	5,7
Patologia	1,77	1,50	2,45	3,39	4,33	3.435	3.066	5.203	7.440	9.728	23,1
Pediatria	16,61	15,53	17,02	18,51	20,00	32.191	31.667	36.197	40.634	44.916	6,9
Pneumologia	1,30	1,20	1,40	1,61	1,81	2.516	2.447	2.984	3.526	4.063	10,1
Psiquiatria	3,76	3,83	6,48	9,13	11,78	7.281	7.810	13.784	20.049	26.464	29,4
Radiologia e Diagnóstico p/ Imagem	5,68	6,21	7,05	7,88	8,71	11.010	12.670	14.985	17.295	19.563	12,2
Radioterapia	0,28	0,28	0,33	0,45	0,63	540	563	711	982	1.424	21,4
Reumatologia	0,68	0,72	1,04	1,37	1,69	1.312	1.467	2.220	3.003	3.801	23,7
Urologia	2,29	2,28	2,55	2,82	3,09	4.441	4.640	5.415	6.183	6.933	9,3
Outras	6,77	15,89	16,93	21,15	29,60	13.118	32.408	36.009	46.439	66.481	38,3
TOTAL						**333.260**	**379.495**	**436.749**	**505.399**	**589.584**	**12,1**

Fonte: elaboração própria a partir de metodologia específica. (valores em verde utilizam o parâmetro dos Estados Unidos, em azul, a média europeia, em anil, são adequados proporcionalmente de acordo com a distribuição geral do Brasil em 2015 e, em amarelo, adequados de acordo com os sinais coletados na ETAC).

6. Considerações Finais

A 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. O mercado de trabalho para profissionais 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. No entanto, o mercado de trabalho médico, não se adaptou a esse ritmo acelerado e exigente de mudança. Desta forma, a escassez de médicos especialistas, seja por mau planejamento ou barreiras corporativas à entrada na profissão, parece ser um problema não somente em Brasil e Brasil, mas de muitos países desenvolvidos (Barber e López-Valcárcel, 2010).

Importante dificuldade no planejamento de recursos humanos em saúde refere-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 desenvolvimento de proposta metodológica 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.

A metodologia utilizada, quando aplicada à população tem dado resultados robustos. Com base nesta premissa, avalia-se que o volume de médicos no Brasil, oscilará em torno de 600 mil médicos nos anos 2030. Os resultados apontam que, no curto prazo, o volume de médicos está praticamente definido, independentemente das previsões implícitas nos cenários. Já o que se refere ao tipo de modelo assistencial, isto é a composição do quadro médico segundo especialidades, estes resultados 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

CARDOSO JR., J. C. De volta para o futuro? As fontes de recuperação do emprego formal no Brasil e as condições para sua sustentabilidade temporal. **Texto para Discussão nº1310**, IPEA: Brasília, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733, mai./jun. 2003.

DALPOZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. N. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil, In: FUNDAÇÃOOSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Volume 3: Organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro:Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidênciada República, p. 187-235, 2013.

GIRARDI, S. N. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas naEstratégia de Saúde da Família. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.45, p. 11-23, maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Metodologia do Censo Demográfico 2010**. Série relatórios metodológicos. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** Síntese de Indicadores 2013. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2013b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde**: Assistência Médico-Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Populações e Indicadores Sociais, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da Educação Superior 2012:** Resumo Técnico. Brasília: INEP, 2014.

MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Riode Janeiro, ENSP, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, 2006.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Manual de Orientação da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS): ano-base 2013**. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2014.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Manual de Instruções do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados**. Brasília: MTE, SPPE, DES, CGET, 2010a.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações:** CBO - 2010 - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010b.

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabajoensalud: conceptos y medidas.**Educación Médica y Salud**, Washington, v. 20, n.4, p. 524-534, 1996

NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O perfil do emprego na Função Saúde**. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999 (mimeo).

ZAEYEN, A. et. al. Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. **Texto para Discussão nº 370**, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995.

Apêndices

A – Tabelas descritivas por especialidades

Anestesiologia

Tabela 17- Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Anestesiologia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	104	137	325	7,83
	Acre	35	38	62	4,82
	Amazonas	204	132	309	3,40
	Roraima	23	24	44	4,93
	Pará	330	320	677	3,96
	Amapá	25	23	66	3,03
	Tocantins	73	39	110	2,63
REGIÃO	**Norte**	**780**	**714**	**1.593**	4,14
UF	Maranhão	152	130	322	1,89
	Piauí	152	112	403	3,50
	Ceará	616	585	1.740	6,61
	Rio Grande do Norte	268	309	723	9,06
	Paraíba	290	260	785	6,59
	Pernambuco	731	742	1.496	8,00
	Alagoas	165	153	385	4,62
	Sergipe	465	268	1.373	12,08
	Bahia	769	692	1.902	4,57
REGIÃO	**Nordeste**	**3.458**	**3.251**	**9.129**	5,79
UF	Minas Gerais	2.067	1.457	4.918	7,03
	Espírito Santo	362	263	790	6,76
	Rio de Janeiro	1.889	1.796	3.326	10,91
	São Paulo	4.863	3.472	10.141	7,88
REGIÃO	**Sudeste**	**9.061**	**6.988**	**19.175**	8,21
UF	Paraná	1.148	770	2.536	6,95
	Santa Catarina	723	493	2.014	7,33
	Rio Grande do Sul	1.237	833	2.459	7,44
REGIÃO	**Sul**	**3.059**	**2.097**	**7.009**	7,23
UF	Mato Grosso do Sul	250	163	488	6,24
	Mato Grosso	258	229	557	7,11
	Goiás	603	369	948	5,65
	Distrito Federal	415	392	915	13,75
REGIÃO	**Centro-oeste**	**1.465**	**1.154**	**2.908**	**7,58**
TOTAL	**BRASIL**	**17.498**	**14.202**	**39.814**	**7,00**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 18 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Anestesiologia, por tipos de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	248	0,6
Hospital	30.632	76,9
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	512	1,3
Unidade especializada	1.736	4,4
Consultório isolado	1.966	4,9
SADT	209	0,5
Secretaria de Saúde	32	0,1
Outro	4.479	11,2
Total	**39.814**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 19 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Anestesiologia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	10.510	26,4
Administração indireta	2.671	6,7
Empresa privada	9.169	23,0
Entidades sem fins lucrativos	11.974	30,1
Outros	5.490	13,8
Total	**39.814**	**100**

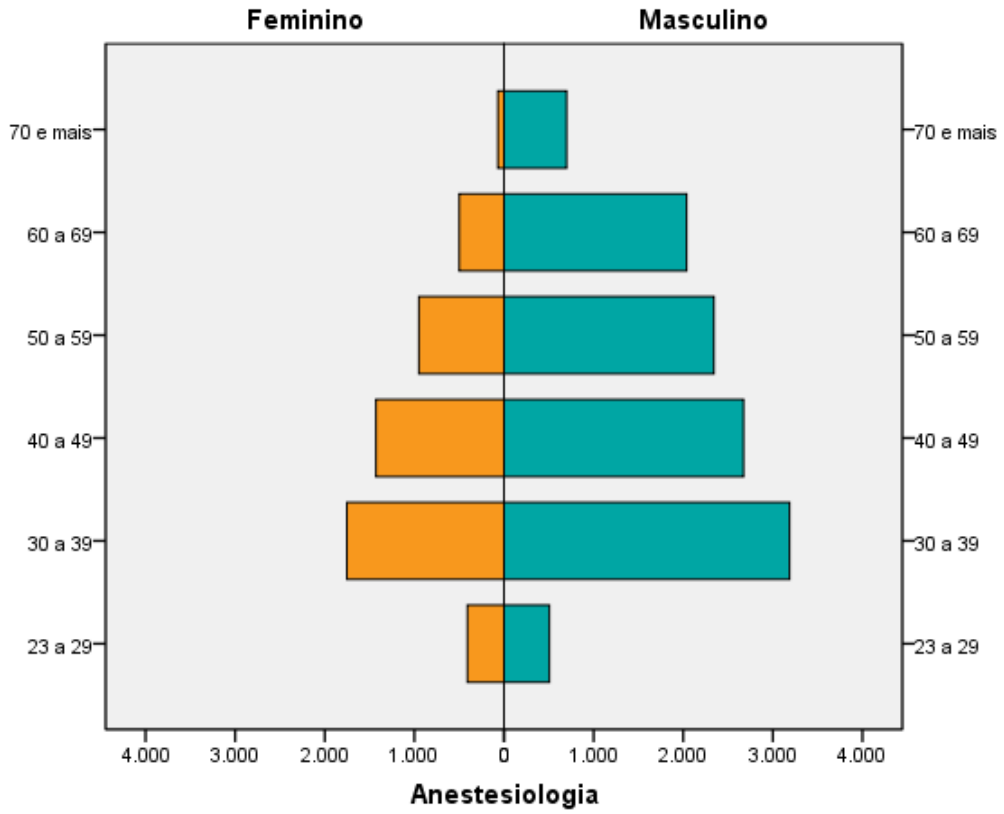
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 20 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Anestesiologia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	5.001	12,6
Celetista	2.681	6,7
Cargo comissionado	41	0,1
Outro vínculo empregatício	1.331	3,3
Contrato por prazo determinado	4.064	10,2
Autônomo sem intermediação	6.703	16,8
Autônomo intermediado	12.749	32,0
Bolsa	77	0,2
Outros	7.030	17,7
Não informado	137	0,3
Total	**39.814**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 20 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Anestesiologia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Cancerologia

Tabela 21 - Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cancerologia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	25	17	43	0,99
	Acre	6	5	14	0,61
	Amazonas	22	9	37	0,22
	Roraima	4	5	8	0,91
	Pará	63	37	107	0,46
	Amapá	14	8	25	1,05
	Tocantins	16	12	23	0,81
REGIÃO	**Norte**	**144**	**92**	**257**	**0,54**
UF	Maranhão	40	22	64	0,32
	Piauí	34	16	47	0,49
	Ceará	176	86	339	0,97
	Rio Grande do Norte	115	28	210	0,83
	Paraíba	74	30	113	0,76
	Pernambuco	242	135	418	1,46
	Alagoas	50	32	86	0,96
	Sergipe	69	31	146	1,38
	Bahia	277	169	576	1,12
REGIÃO	**Nordeste**	**1.062**	**548**	**1.999**	**0,98**
UF	Minas Gerais	939	298	2.348	1,44
	Espírito Santo	73	46	164	1,17
	Rio de Janeiro	636	421	1.156	2,56
	São Paulo	1.935	924	3.600	2,10
REGIÃO	**Sudeste**	**3.567**	**1.688**	**7.268**	**1,98**
UF	Paraná	308	181	752	1,63
	Santa Catarina	185	110	512	1,63
	Rio Grande do Sul	423	244	843	2,18
REGIÃO	**Sul**	**902**	**534**	**2.107**	**1,84**
	Mato Grosso do Sul	51	35	138	1,34
	Mato Grosso	53	37	152	1,15
	Goiás	117	65	280	1,00
	Distrito Federal	173	128	309	4,47
REGIÃO	**Centro-oeste**	**389**	**265**	**879**	**1,74**
TOTAL	**BRASIL**	**5.975**	**3.128**	**12.510**	**1,54**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 22 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Cancerologia, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	42	0,3
Hospital	8.839	70,7
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	42	0,3
Unidade especializada	1.914	15,3
Consultório isolado	609	4,9
SADT	166	1,3
Secretaria de Saúde	12	0,1
Outro	886	7,1
Total	**12.510**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 23 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Cancerologia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	1.752	14,0
Administração indireta	590	4,7
Empresa privada	3.363	26,9
Entidades sem fins lucrativos	5.698	45,5
Outros	1.107	8,8
Total	**12.510**	**100**

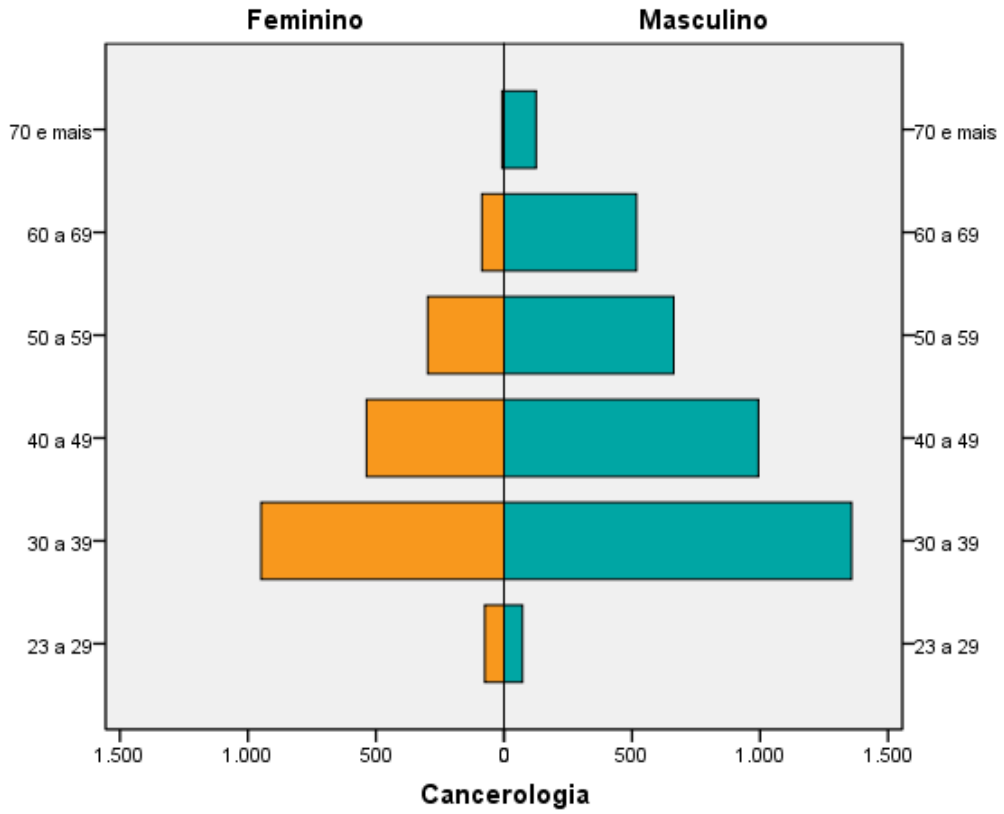
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 24 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Cancerologia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	1.214	9,7
Celetista	1.042	8,3
Cargo comissionado	9	0,1
Outro vínculo empregatício	343	2,7
Contrato por prazo determinado	413	3,3
Autônomo sem intermediação	2.312	18,5
Autônomo intermediado	5.062	40,5
Bolsa	56	0,4
Outros	1.993	15,9
Não informado	66	0,5
Total	**12.510**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 21 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Cancerologia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Cardiologia

Tabela 25 - Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cardiologia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	71	88	172	5,05
	Acre	21	27	62	3,35
	Amazonas	125	101	237	2,60
	Roraima	15	18	45	3,68
	Pará	225	185	495	2,28
	Amapá	21	20	49	2,61
	Tocantins	56	59	117	3,92
REGIÃO	**Norte**	**525**	**497**	**1.177**	**2,88**
UF	Maranhão	143	122	321	1,78
	Piauí	138	81	297	2,53
	Ceará	382	227	822	2,56
	Rio Grande do Norte	209	149	575	4,37
	Paraíba	242	160	572	4,05
	Pernambuco	811	616	2.046	6,64
	Alagoas	171	160	445	4,81
	Sergipe	210	119	566	5,34
	Bahia	824	627	1.932	4,14
REGIÃO	**Nordeste**	**3.061**	**2.259**	**7.576**	**4,02**
UF	Minas Gerais	2.378	1.597	6.246	7,70
	Espírito Santo	426	296	1.173	7,61
	Rio de Janeiro	2.581	1.919	4.665	11,66
	São Paulo	5.605	3.236	11.293	7,35
REGIÃO	**Sudeste**	**10.856**	**7.049**	**23.377**	**8,28**
UF	Paraná	911	621	2.497	5,60
	Santa Catarina	581	408	1.648	6,06
	Rio Grande do Sul	1.251	863	2.674	7,70
REGIÃO	**Sul**	**2.702**	**1.892**	**6.819**	**6,52**
	Mato Grosso do Sul	218	159	548	6,06
	Mato Grosso	176	178	487	5,51
	Goiás	497	356	1.145	5,46
	Distrito Federal	455	440	848	15,43
REGIÃO	**Centro-oeste**	**1.322**	**1.133**	**3.028**	**7,44**
TOTAL	**BRASIL**	**18.224**	**12.829**	**41.977**	**6,33**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 26 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Cardiologia, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	1.653	3,9
Hospital	19.731	47,0
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	484	1,2
Unidade especializada	10.873	25,9
Consultório isolado	5.656	13,5
SADT	2.113	5,0
Secretaria de Saúde	94	0,2
Outro	1.373	3,3
Total	**41.977**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 27 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Cardiologia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	8.870	21,1
Administração indireta	1.866	4,4
Empresa privada	20.215	48,2
Entidades sem fins lucrativos	8.533	20,3
Outros	2.493	5,9
Total	**41.977**	**100**

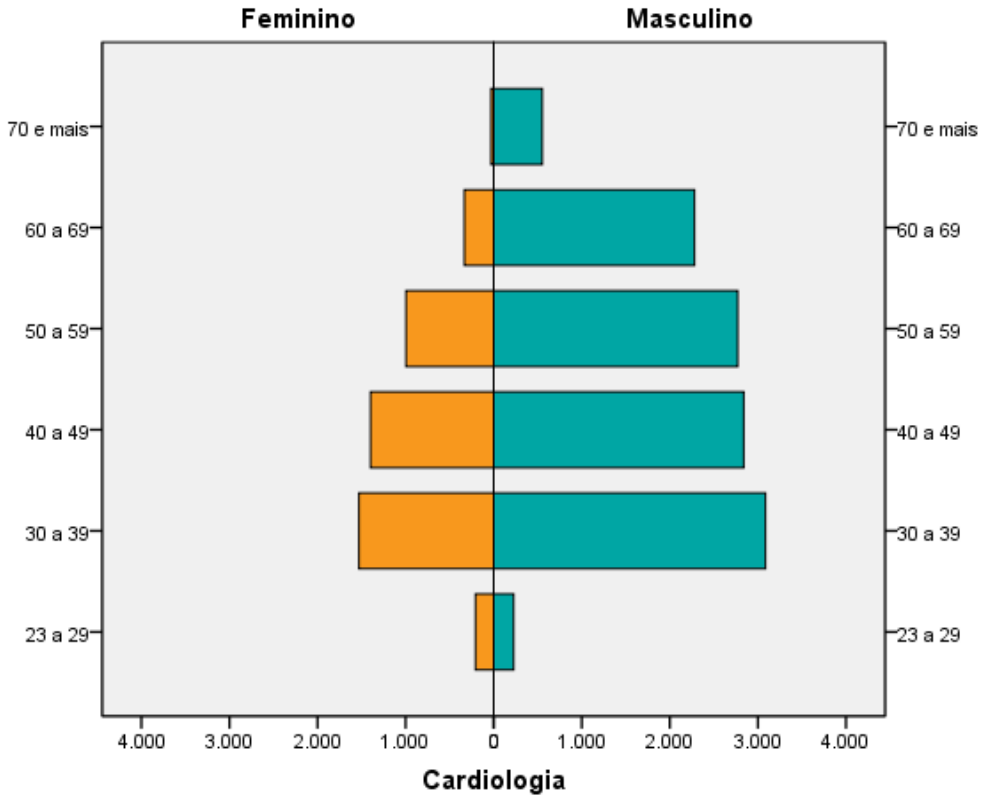
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 28 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Cardiologia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	4.191	10,0
Celetista	3.284	7,8
Cargo comissionado	60	0,1
Outro vínculo empregatício	1.803	4,3
Contrato por prazo determinado	3.413	8,1
Autônomo sem intermediação	10.151	24,2
Autônomo intermediado	12.816	30,5
Bolsa	162	0,4
Outros	5.656	13,5
Não informado	441	1,1
Total	**41.977**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 22 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Cardiologia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Medicina de família e comunidade

Tabela 29 - Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina da Família e Comunidade, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	372	377	382	21,58
	Acre	211	210	214	26,57
	Amazonas	709	703	714	18,15
	Roraima	128	127	129	25,56
	Pará	1.297	1.310	1.325	16,19
	Amapá	169	174	178	23,15
	Tocantins	463	469	472	31,35
REGIÃO	**Norte**	**3.348**	**3.370**	**3.414**	**19,54**
UF	Maranhão	1.991	2.016	2.021	29,42
	Piauí	1.285	1.323	1.331	41,45
	Ceará	2.539	2.613	2.651	29,55
	Rio Grande do Norte	982	1.013	1.025	29,73
	Paraíba	1.361	1.409	1.428	35,73
	Pernambuco	2.218	2.274	2.281	24,51
	Alagoas	864	881	892	26,52
	Sergipe	660	669	679	30,13
	Bahia	3.330	3.415	3.442	22,58
REGIÃO	**Nordeste**	**15.188**	**15.613**	**15.750**	**27,79**
UF	Minas Gerais	5.277	5.389	5.615	25,99
	Espírito Santo	756	765	776	19,68
	Rio de Janeiro	2.744	2.600	2.826	15,80
	São Paulo	4.696	4.535	4.783	10,30
REGIÃO	**Sudeste**	**13.463**	**13.289**	**14.000**	**15,61**
UF	Paraná	2.455	2.421	2.557	21,85
	Santa Catarina	1.801	1.821	1.872	27,07
	Rio Grande do Sul	1.945	1.901	2.041	16,96
REGIÃO	**Sul**	**6.196**	**6.143**	**6.470**	**21,17**
	Mato Grosso do Sul	560	557	570	21,25
	Mato Grosso	674	674	690	20,92
	Goiás	1.467	1.483	1.492	22,73
	Distrito Federal	356	360	370	12,64
REGIÃO	**Centro-oeste**	**3.053**	**3.074**	**3.122**	**20,20**
TOTAL	**BRASIL**	**41.187**	**41.489**	**42.756**	**20,46**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 30 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Medicina Família e Comunidade, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	42.170	98,63
Hospital	204	0,48
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	34	0,08
Unidade especializada	97	0,23
Consultório isolado	74	0,17
SADT	2	0,00
Secretaria de Saúde	92	0,22
Outro	83	0,19
Total	**42.756**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 31 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Medicina Família e Comunidade, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	41.992	98,21
Administração indireta	501	1,17
Empresa privada	120	0,28
Entidades sem fins lucrativos	96	0,22
Outros	47	0,11
Total	**42.756**	**100**

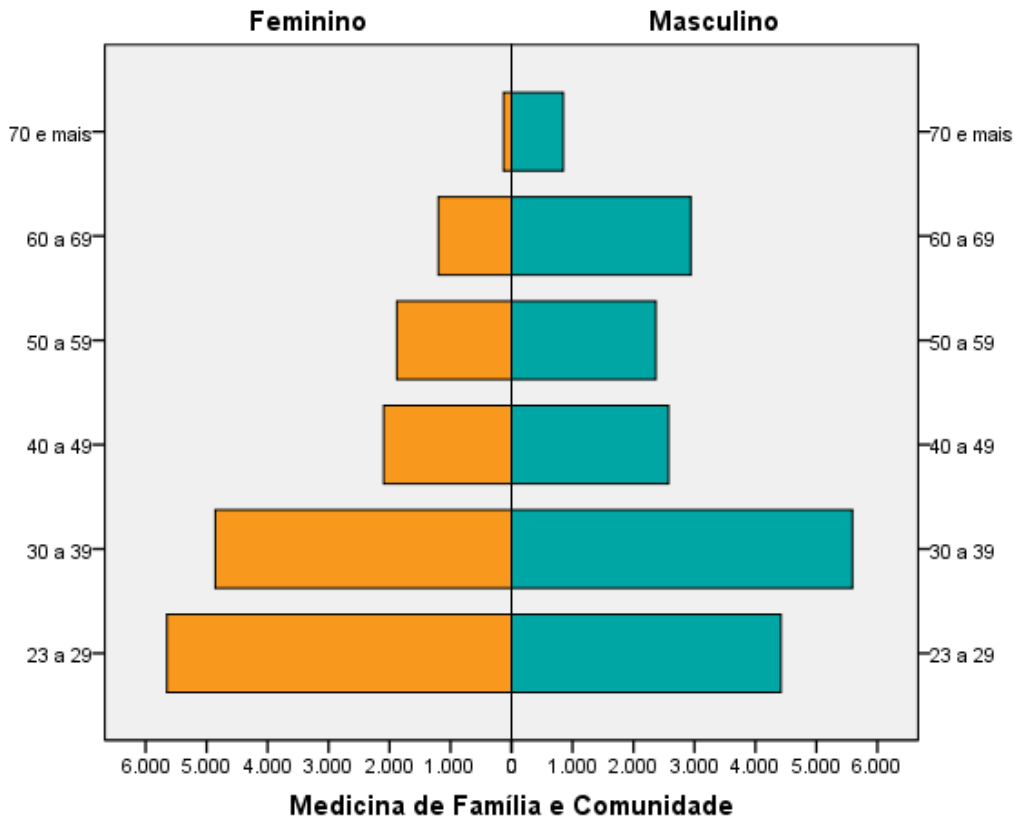
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 32 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Medicina Família e Comunidade, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	7.381	17,26
Celetista	3.227	7,55
Cargo comissionado	388	0,91
Outro vínculo empregatício	817	1,91
Contrato por prazo determinado	18.904	44,21
Autônomo sem intermediação	399	0,93
Autônomo intermediado	3.022	7,07
Bolsa	7.693	17,99
Outros	919	2,15
Não informado	6	0,01
Total	**42.756**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 23 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Medicina de Família e Comunidade.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Neurocirurgia

Tabela 33 – Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Neurocirurgia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	21	25	56	1,43
	Acre	13	7	28	0,89
	Amazonas	37	43	83	1,10
	Roraima	5	7	15	1,34
	Pará	50	36	122	0,44
	Amapá	8	6	20	0,86
	Tocantins	17	12	27	0,83
REGIÃO	**Norte**	**137**	**136**	**351**	**0,79**
UF	Maranhão	26	33	89	0,48
	Piauí	24	18	67	0,57
	Ceará	96	41	194	0,47
	Rio Grande do Norte	46	34	140	0,99
	Paraíba	45	25	103	0,63
	Pernambuco	91	66	167	0,72
	Alagoas	28	25	75	0,74
	Sergipe	42	19	91	0,86
	Bahia	101	79	258	0,52
REGIÃO	**Nordeste**	**485**	**340**	**1.184**	**0,61**
UF	Minas Gerais	442	251	1.095	1,21
	Espírito Santo	84	74	279	1,91
	Rio de Janeiro	364	350	739	2,12
	São Paulo	1.138	748	2.556	1,70
REGIÃO	**Sudeste**	**2.007**	**1.423**	**4.669**	**1,67**
UF	Paraná	192	132	578	1,19
	Santa Catarina	97	61	287	0,91
	Rio Grande do Sul	264	197	587	1,76
REGIÃO	**Sul**	**544**	**391**	**1.452**	**1,35**
	Mato Grosso do Sul	36	21	63	0,80
	Mato Grosso	38	35	110	1,07
	Goiás	83	60	212	0,92
	Distrito Federal	71	63	143	2,21
REGIÃO	**Centro-oeste**	**225**	**178**	**528**	**1,17**
TOTAL	**BRASIL**	**3.332**	**2.468**	**8.184**	**1,22**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 34 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Neurocirurgia, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	38	0,46
Hospital	5.892	71,99
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	211	2,58
Unidade especializada	788	9,63
Consultório isolado	770	9,41
SADT	91	1,11
Secretaria de Saúde	7	0,09
Outro	387	4,73
Total	**8.184**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 35 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Neurocirurgia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	1.751	21,40
Administração indireta	627	7,66
Empresa privada	2.563	31,32
Entidades sem fins lucrativos	2.593	31,68
Outros	650	7,94
Total	**8.184**	**100**

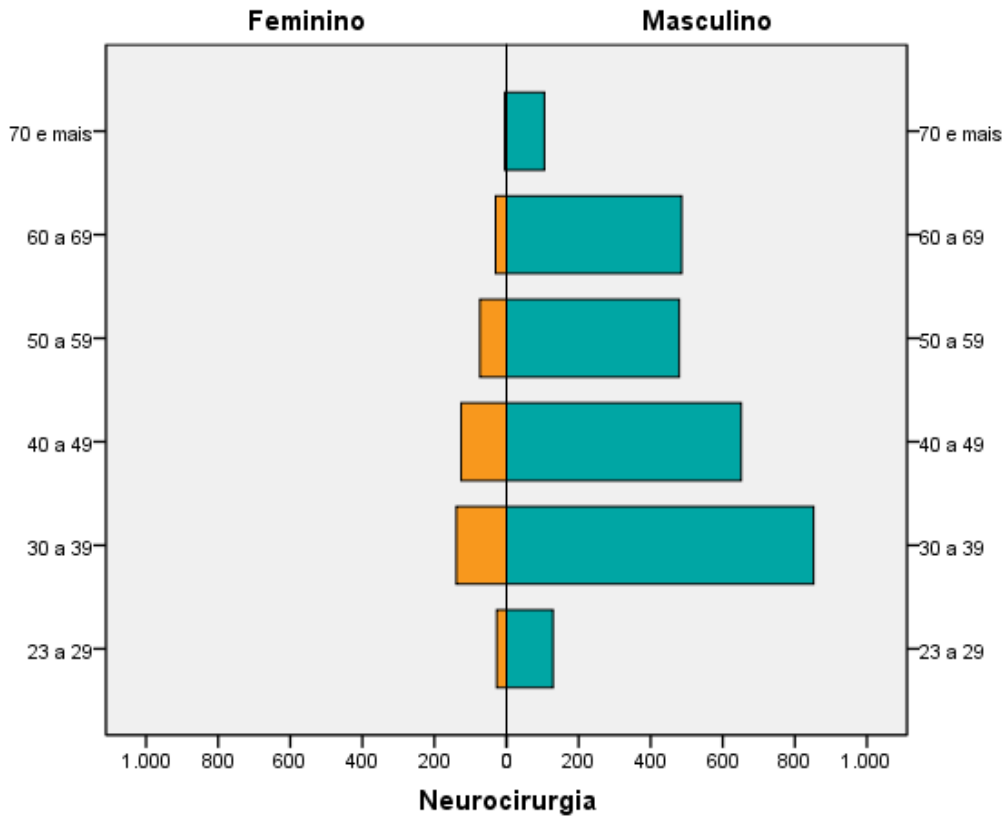
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 36 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Neurocirurgia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	828	10,12
Celetista	517	6,32
Cargo comissionado	17	0,21
Outro vínculo empregatício	279	3,41
Contrato por prazo determinado	644	7,87
Autônomo sem intermediação	1.751	21,40
Autônomo intermediado	2.912	35,58
Bolsa	19	0,23
Outros	1.150	14,05
Não informado	67	0,82
Total	**8.184**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 24 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Neurocirurgia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Neurologia

Tabela 37 – Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Neurologia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	32	33	70	1,86
	Acre	9	4	12	0,52
	Amazonas	52	42	80	1,08
	Roraima	4	9	15	1,83
	Pará	90	61	202	0,76
	Amapá	11	7	19	0,94
	Tocantins	23	20	47	1,35
REGIÃO	**Norte**	**217**	**176**	**445**	**1,02**
UF	Maranhão	63	48	140	0,71
	Piauí	52	31	124	0,96
	Ceará	148	83	276	0,94
	Rio Grande do Norte	65	49	143	1,42
	Paraíba	73	58	206	1,48
	Pernambuco	234	193	485	2,08
	Alagoas	57	47	150	1,42
	Sergipe	86	38	162	1,72
	Bahia	278	206	680	1,36
REGIÃO	**Nordeste**	**1.014**	**752**	**2.366**	**1,34**
UF	Minas Gerais	805	584	2.171	2,82
	Espírito Santo	155	77	345	1,98
	Rio de Janeiro	775	604	1.441	3,67
	São Paulo	2.222	1.418	4.601	3,22
REGIÃO	**Sudeste**	**3.904**	**2.683**	**8.558**	**3,15**
UF	Paraná	405	243	1.165	2,19
	Santa Catarina	286	172	813	2,56
	Rio Grande do Sul	674	354	1.259	3,16
REGIÃO	**Sul**	**1.347**	**769**	**3.237**	**2,65**
	Mato Grosso do Sul	77	47	172	1,78
	Mato Grosso	58	50	165	1,57
	Goiás	203	113	379	1,73
	Distrito Federal	177	119	271	4,17
REGIÃO	**Centro-oeste**	**500**	**329**	**987**	**2,16**
TOTAL	**BRASIL**	**6.874**	**4.709**	**15.593**	**2,32**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 38 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Neurologia, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	498	3,19
Hospital	7.290	46,75
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	230	1,48
Unidade especializada	4.721	30,28
Consultório isolado	2.072	13,29
SADT	424	2,72
Secretaria de Saúde	21	0,13
Outro	337	2,16
Total	**15.593**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 39 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Neurologia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	3.989	25,58
Administração indireta	957	6,14
Empresa privada	5.638	36,16
Entidades sem fins lucrativos	4.239	27,19
Outros	770	4,94
Total	**15.593**	**100**

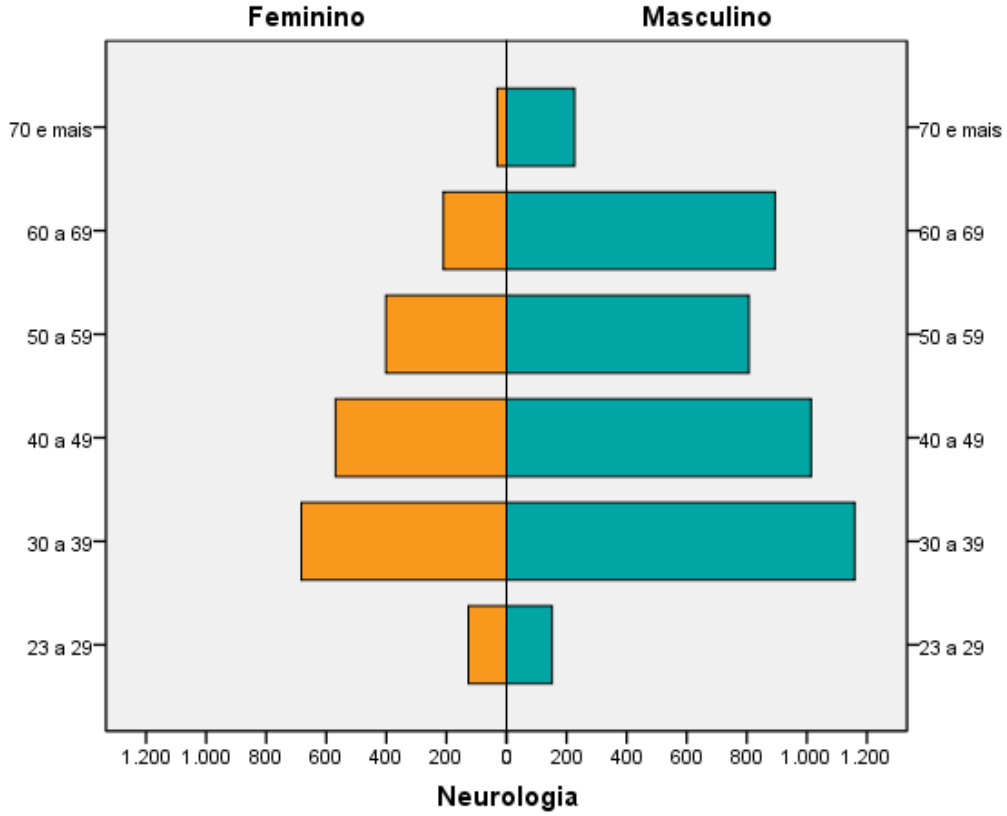
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 40 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Neurologia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	1.783	11,43
Celetista	1.420	9,11
Cargo comissionado	40	0,26
Outro vínculo empregatício	682	4,37
Contrato por prazo determinado	1.650	10,58
Autônomo sem intermediação	3.296	21,14
Autônomo intermediado	4.577	29,35
Bolsa	66	0,42
Outros	1.943	12,46
Não informado	136	0,87
Total	**15.593**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 25 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Neurologia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Oftalmologia

Tabela 41 – Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Oftalmologia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	57	66	134	3,80
	Acre	16	16	40	2,02
	Amazonas	116	107	206	2,76
	Roraima	16	22	43	4,47
	Pará	217	214	508	2,65
	Amapá	20	14	37	1,91
	Tocantins	56	68	121	4,55
REGIÃO	**Norte**	**488**	**508**	**1.089**	**2,94**
UF	Maranhão	131	131	316	1,92
	Piauí	143	98	315	3,06
	Ceará	439	345	1.227	3,90
	Rio Grande do Norte	167	162	349	4,76
	Paraíba	195	178	501	4,52
	Pernambuco	569	578	1.677	6,23
	Alagoas	153	185	464	5,56
	Sergipe	102	100	338	4,49
	Bahia	794	805	2.027	5,32
REGIÃO	**Nordeste**	**2.568**	**2.582**	**7.214**	**4,60**
UF	Minas Gerais	1.611	1.514	4.298	7,30
	Espírito Santo	293	219	859	5,65
	Rio de Janeiro	1.364	1.140	2.618	6,92
	São Paulo	4.007	3.195	9.235	7,26
REGIÃO	**Sudeste**	**7.131**	**6.068**	**17.010**	**7,13**
UF	Paraná	782	686	2.033	6,19
	Santa Catarina	453	424	1.461	6,31
	Rio Grande do Sul	731	696	1.869	6,21
REGIÃO	**Sul**	**1.924**	**1.806**	**5.363**	**6,22**
	Mato Grosso do Sul	153	143	379	5,46
	Mato Grosso	143	162	327	5,04
	Goiás	406	299	774	4,59
	Distrito Federal	373	336	675	11,77
REGIÃO	**Centro-oeste**	**1.042**	**940**	**2.155**	**6,18**
TOTAL	**BRASIL**	**12.715**	**11.904**	**32.831**	**5,87**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 42 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Oftalmologia, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	721	2,20
Hospital	13.682	41,67
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	236	0,72
Unidade especializada	11.356	34,59
Consultório isolado	5.462	16,64
SADT	438	1,33
Secretaria de Saúde	50	0,15
Outro	886	2,70
Total	**32.831**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 43 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Oftalmologia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	4.939	15,04
Administração indireta	1.044	3,18
Empresa privada	19.108	58,20
Entidades sem fins lucrativos	5.946	18,11
Outros	1.794	5,46
Total	**32.831**	**100**

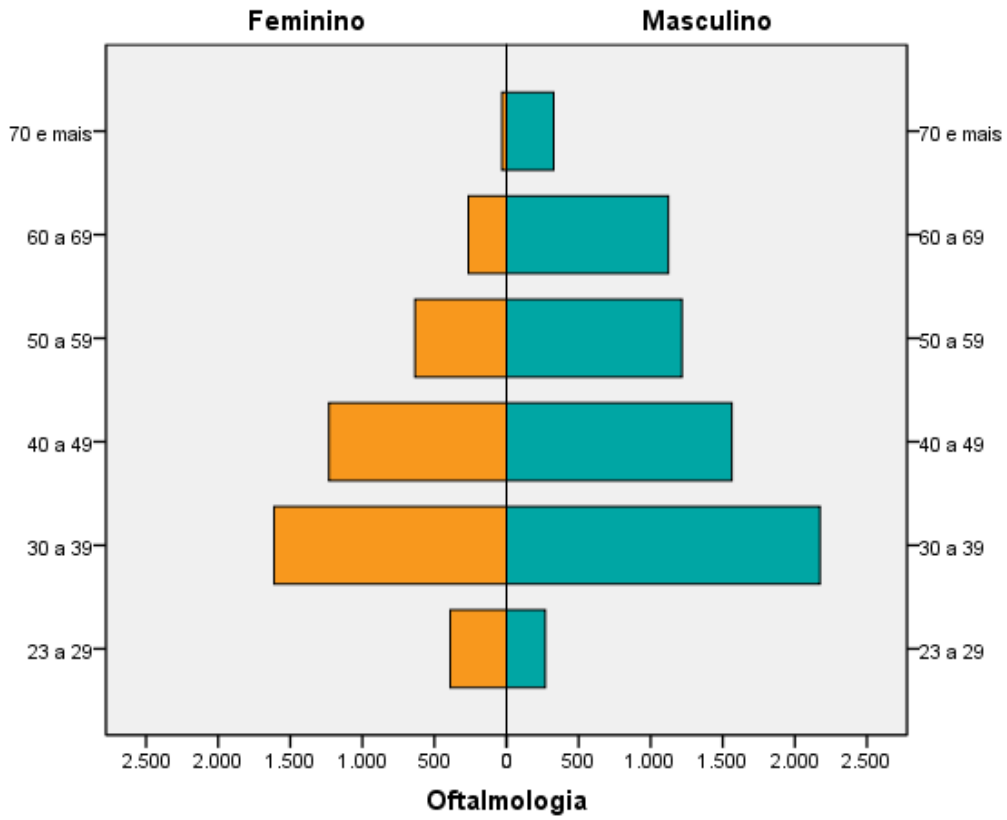
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 44 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Oftalmologia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	2.077	6,33
Celetista	2.072	6,31
Cargo comissionado	21	0,06
Outro vínculo empregatício	1.603	4,88
Contrato por prazo determinado	2.658	8,10
Autônomo sem intermediação	8.503	25,90
Autônomo intermediado	10.341	31,50
Bolsa	151	0,46
Outros	5.070	15,44
Não informado	335	1,02
Total	**32.831**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 26 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Oftalmologia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Ortopedia e Traumatologia

Tabela 45 - Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Ortopedia e Traumatologia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	81	108	201	6,17
	Acre	36	36	104	4,53
	Amazonas	163	167	606	4,31
	Roraima	19	24	52	4,92
	Pará	239	231	586	2,85
	Amapá	26	24	51	3,22
	Tocantins	73	91	163	6,08
REGIÃO	**Norte**	**605**	**681**	**1.763**	**3,95**
UF	Maranhão	146	146	348	2,13
	Piauí	124	116	353	3,62
	Ceará	364	333	980	3,77
	Rio Grande do Norte	168	168	524	4,93
	Paraíba	162	152	455	3,84
	Pernambuco	493	531	1.277	5,72
	Alagoas	112	104	300	3,12
	Sergipe	172	107	424	4,80
	Bahia	794	956	2.530	6,32
REGIÃO	**Nordeste**	**2.414**	**2.612**	**7.191**	**4,65**
UF	Minas Gerais	1.786	1.633	5.928	7,87
	Espírito Santo	351	321	1.151	8,27
	Rio de Janeiro	1.796	1.735	3.939	10,54
	São Paulo	4.986	4.105	13.458	9,32
REGIÃO	**Sudeste**	**8.753**	**7.794**	**24.476**	**9,16**
UF	Paraná	871	704	2.830	6,35
	Santa Catarina	562	471	2.006	7,00
	Rio Grande do Sul	1.091	924	2.661	8,24
REGIÃO	**Sul**	**2.470**	**2.098**	**7.497**	**7,23**
	Mato Grosso do Sul	185	142	483	5,41
	Mato Grosso	197	238	655	7,37
	Goiás	449	364	1.075	5,58
	Distrito Federal	399	426	766	14,92
REGIÃO	**Centro-oeste**	**1.177**	**1.169**	**2.979**	**7,68**
TOTAL	**BRASIL**	**15.040**	**14.355**	**43.906**	**7,08**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 46 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Ortopedia e Traumatologia, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	1.318	3,00
Hospital	24.756	56,38
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	2.446	5,57
Unidade especializada	9.915	22,58
Consultório isolado	3.652	8,32
SADT	366	0,83
Secretaria de Saúde	64	0,15
Outro	1.389	3,16
Total	**43.906**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 47 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Ortopedia e Traumatologia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	12.475	28,41
Administração indireta	2.023	4,61
Empresa privada	16.830	38,33
Entidades sem fins lucrativos	9.766	22,24
Outros	2.812	6,40
Total	**43.906**	**100**

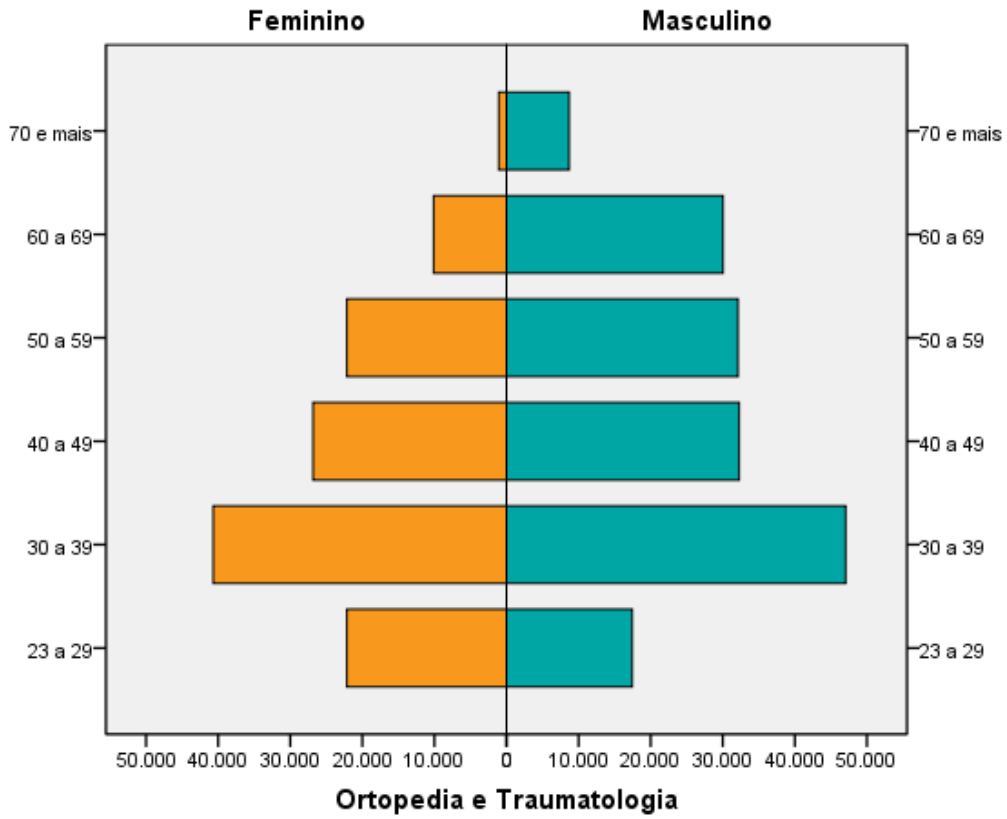
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 48 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Ortopedia e Traumatologia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	4.681	10,66
Celetista	2.791	6,36
Cargo comissionado	50	0,11
Outro vínculo empregatício	1.657	3,77
Contrato por prazo determinado	4.662	10,62
Autônomo sem intermediação	9.430	21,48
Autônomo intermediado	14.362	32,71
Bolsa	68	0,15
Outros	5.782	13,17
Não informado	423	0,96
Total	**43.906**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 27 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Ortopedia e Traumatologia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Otorrinolaringologia

Tabela 49 - Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Otorrinolaringologia, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	26	31	77	1,78
	Acre	12	13	31	1,62
	Amazonas	48	45	98	1,16
	Roraima	8	10	21	1,98
	Pará	87	74	196	0,92
	Amapá	11	11	28	1,43
	Tocantins	21	25	48	1,69
REGIÃO	**Norte**	**207**	**209**	**499**	**1,21**
UF	Maranhão	40	38	97	0,56
	Piauí	53	33	138	1,03
	Ceará	168	108	393	1,22
	Rio Grande do Norte	79	76	206	2,23
	Paraíba	70	61	190	1,55
	Pernambuco	186	159	455	1,71
	Alagoas	57	66	201	2,00
	Sergipe	50	41	148	1,83
	Bahia	315	277	852	1,83
REGIÃO	**Nordeste**	**984**	**858**	**2.680**	**1,53**
UF	Minas Gerais	715	640	2.469	3,09
	Espírito Santo	148	109	462	2,81
	Rio de Janeiro	712	594	1.381	3,61
	São Paulo	2.133	1.569	5.291	3,56
REGIÃO	**Sudeste**	**3.650**	**2.913**	**9.603**	**3,42**
UF	Paraná	368	273	1.176	2,46
	Santa Catarina	224	189	821	2,80
	Rio Grande do Sul	432	331	982	2,95
REGIÃO	**Sul**	**997**	**793**	**2.979**	**2,73**
	Mato Grosso do Sul	61	53	181	2,02
	Mato Grosso	69	82	205	2,54
	Goiás	173	125	421	1,91
	Distrito Federal	167	172	356	6,03
REGIÃO	**Centro-oeste**	**460**	**431**	**1.163**	**2,83**
TOTAL	**BRASIL**	**6.137**	**5.204**	**16.924**	**2,57**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 50 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Otorrinolaringologia, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	476	2,81
Hospital	7.636	45,12
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	225	1,33
Unidade especializada	5.030	29,72
Consultório isolado	2.853	16,86
SADT	174	1,03
Secretaria de Saúde	18	0,11
Outro	512	3,03
Total	**16.924**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 51 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Otorrinolaringologia, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	3.310	19,56
Administração indireta	677	4,00
Empresa privada	8.333	49,24
Entidades sem fins lucrativos	3.528	20,85
Outros	1.076	6,36
Total	**16.924**	**100**

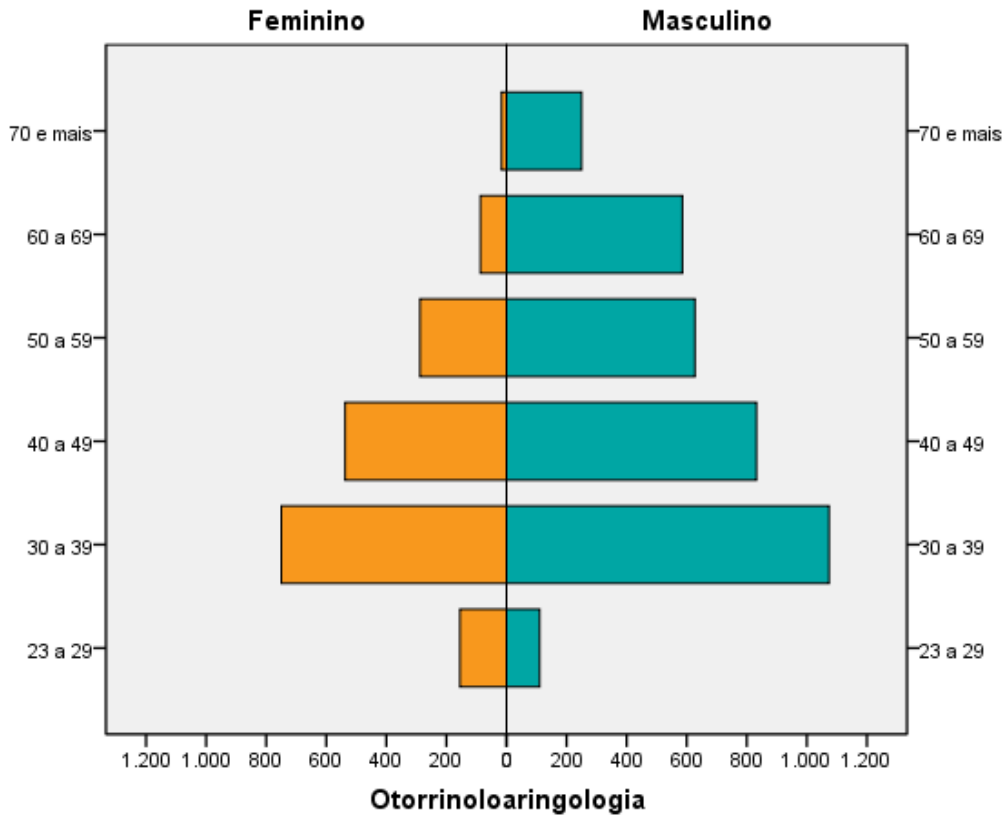
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 52 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Otorrinolaringologia, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	1.500	8,86
Celetista	1.061	6,27
Cargo comissionado	27	0,16
Outro vínculo empregatício	767	4,53
Contrato por prazo determinado	1.360	8,04
Autônomo sem intermediação	4.173	24,66
Autônomo intermediado	5.233	30,92
Bolsa	48	0,28
Outros	2.543	15,03
Não informado	212	1,25
Total	**16.924**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Gráfico 28 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Otorrinoloaringologia.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Pediatria

Tabela 53 - Brasil, março de 2014: Distribuição da especialidade de Pediatria, por região e UF.

		INDIVÍDUOS	FTE	VÍNCULOS	RAZÃO POR 100 MIL HABITANTES
UF	Rondônia	172	184	310	10,55
	Acre	87	79	189	9,96
	Amazonas	615	481	1.025	12,41
	Roraima	56	43	88	8,71
	Pará	673	538	1.175	6,65
	Amapá	112	80	161	10,69
	Tocantins	131	120	210	8,00
REGIÃO	**Norte**	**1.823**	**1.525**	**3.158**	**8,84**
UF	Maranhão	455	402	847	5,87
	Piauí	266	192	470	6,03
	Ceará	1.113	735	1.947	8,32
	Rio Grande do Norte	513	412	922	12,08
	Paraíba	588	444	1.134	11,26
	Pernambuco	1.708	1.429	3.178	15,40
	Alagoas	471	395	867	11,89
	Sergipe	462	316	953	14,22
	Bahia	1.629	1.264	3.089	8,36
REGIÃO	**Nordeste**	**7.011**	**5.589**	**13.407**	**9,95**
UF	Minas Gerais	4.214	3.293	9.764	15,88
	Espírito Santo	946	768	2.225	19,77
	Rio de Janeiro	5.371	4.639	9.475	28,18
	São Paulo	12.061	9.300	24.746	21,12
REGIÃO	**Sudeste**	**22.344**	**18.000**	**46.210**	**21,15**
UF	Paraná	1.889	1.353	4.466	12,21
	Santa Catarina	1.184	872	3.168	12,96
	Rio Grande do Sul	2.778	2.113	6.005	18,86
REGIÃO	**Sul**	**5.787**	**4.338**	**13.639**	**14,95**
	Mato Grosso do Sul	455	330	989	12,59
	Mato Grosso	411	339	859	10,51
	Goiás	944	657	1.840	10,07
	Distrito Federal	968	830	1.402	29,10
REGIÃO	**Centro-oeste**	**2.715**	**2.155**	**5.090**	**14,16**
TOTAL	**BRASIL**	**39.266**	**31.608**	**81.504**	**15,59**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 54 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Pediatria, por tipo de estabelecimento.

Tipo de estabelecimento agregado	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	14.026	17,21
Hospital	40.527	49,72
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	6.482	7,95
Unidade especializada	7.992	9,81
Consultório isolado	8.933	10,96
SADT	304	0,37
Secretaria de Saúde	537	0,66
Outro	2.703	3,32
Total	**81.504**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 55 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Pediatria, por natureza jurídica.

Natureza da organização agregada	N	%
Administração direta	37.358	45,84
Administração indireta	4.595	5,64
Empresa privada	20.148	24,72
Entidades sem fins lucrativos	14.520	17,82
Outros	4.883	5,99
Total	**81.504**	**100**

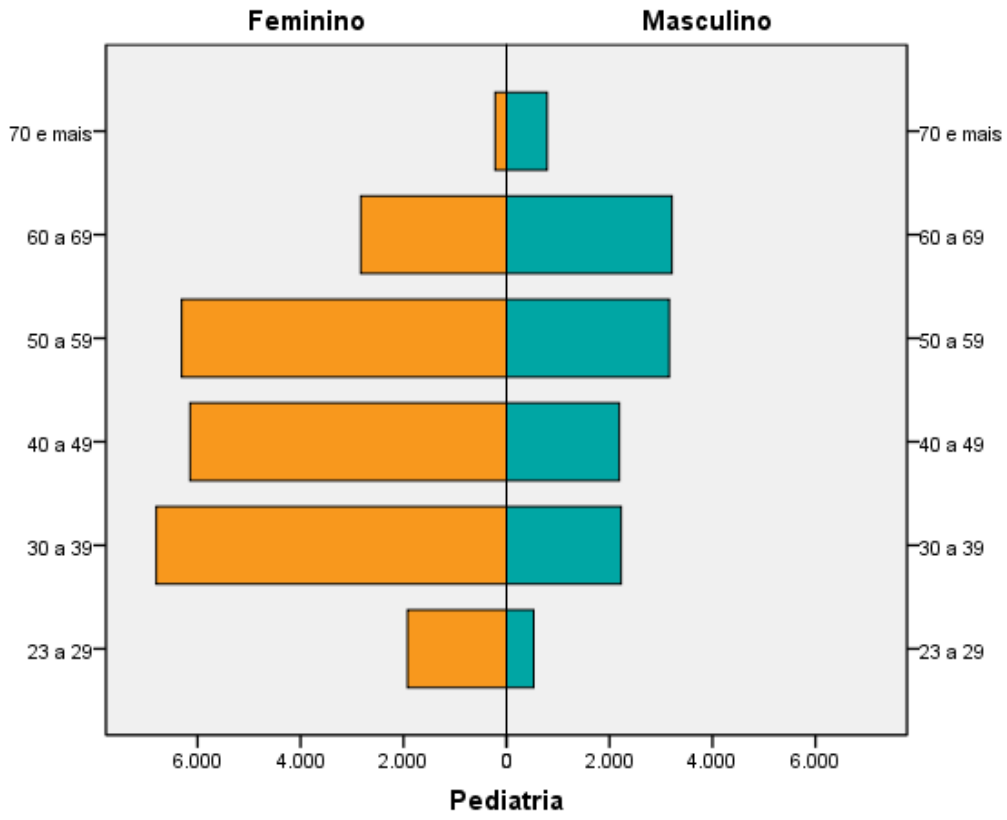
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Tabela 56 - Brasil, março de 2014: Distribuição dos vínculos de Pediatria, por tipo de vínculo.

Tipo de vínculo agregado	N	%
Estatutário	19.171	23,52
Celetista	7.973	9,78
Cargo comissionado	248	0,30
Outro vínculo empregatício	4.073	5,00
Contrato por prazo determinado	10.154	12,46
Autônomo sem intermediação	11.633	14,27
Autônomo intermediado	19.147	23,49
Bolsa	168	0,21
Outros	8.071	9,90
Não informado	866	1,06
Total	**81.504**	**100**

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

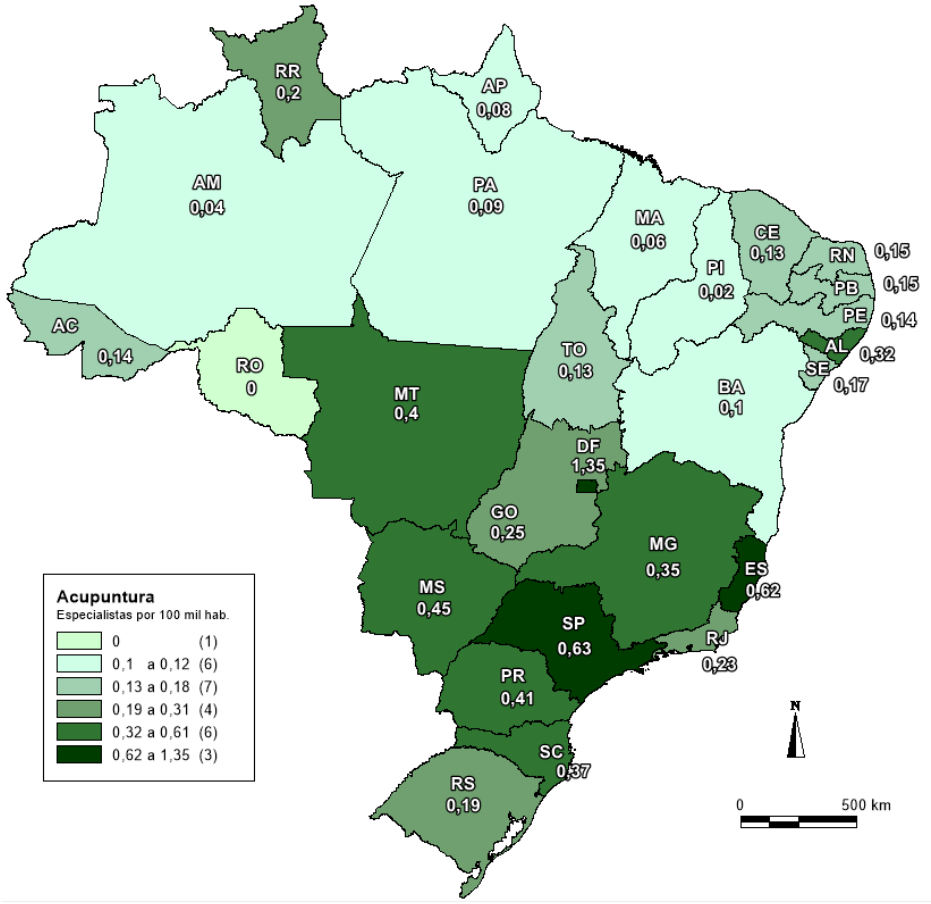
Gráfico 29 – Brasil, março de 2014: Pirâmide etária e sexo da especialidade médica de Pediatria.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

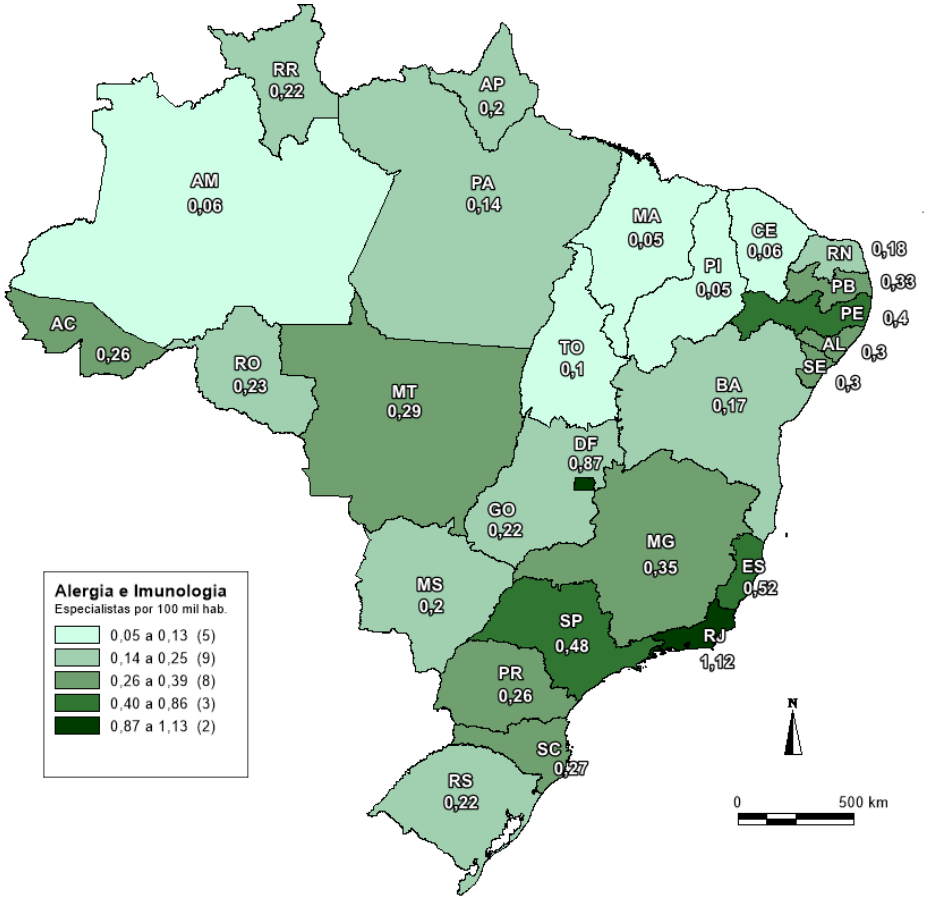
B – Mapas da oferta de especialidades médicas por UF

Mapa 1 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Acupuntura por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



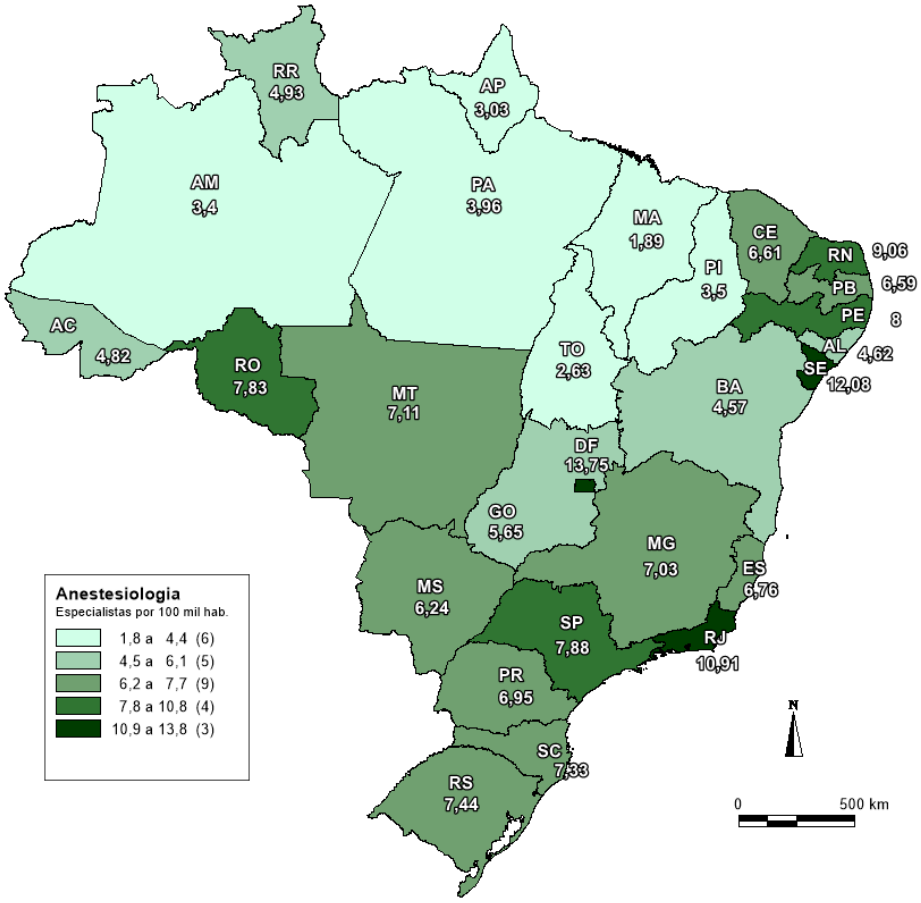
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 2 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Alergia e Imunologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



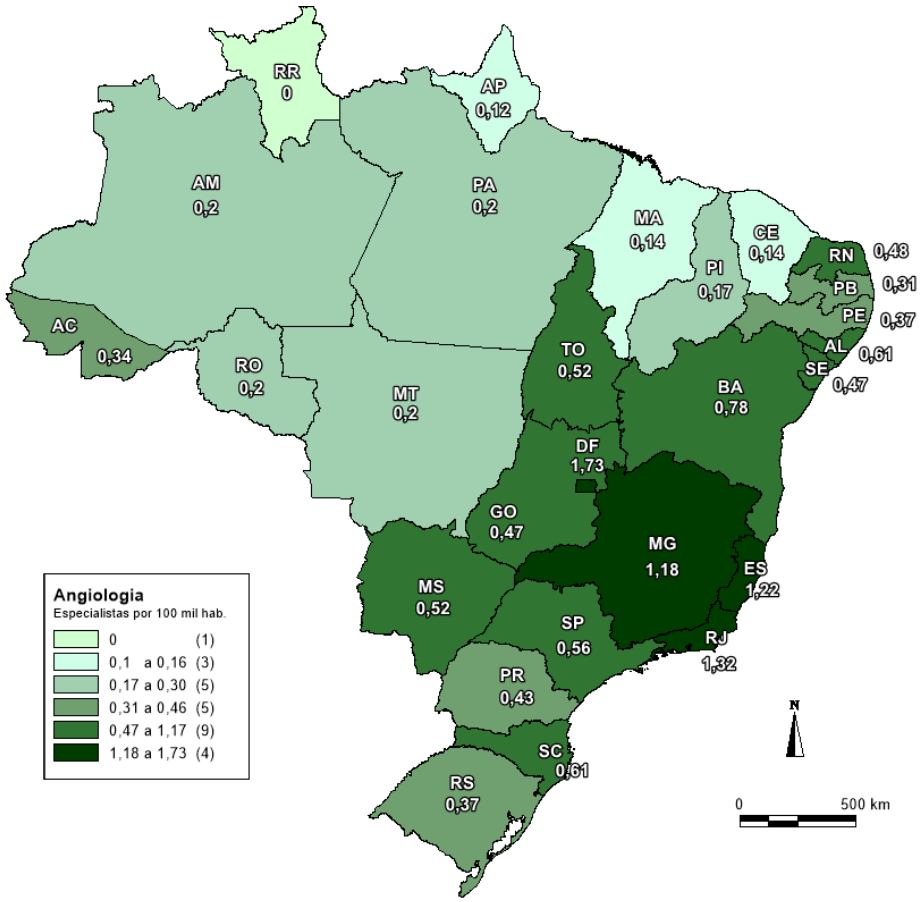
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 3 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Anestesiologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



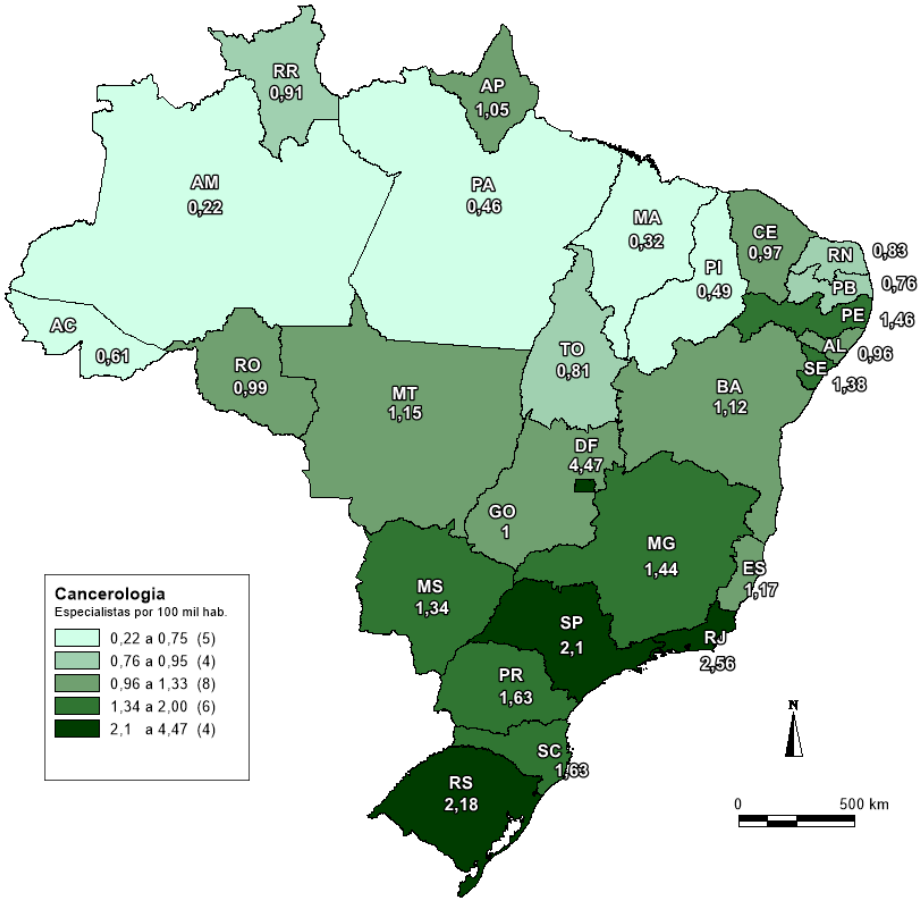
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 4 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Angiologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



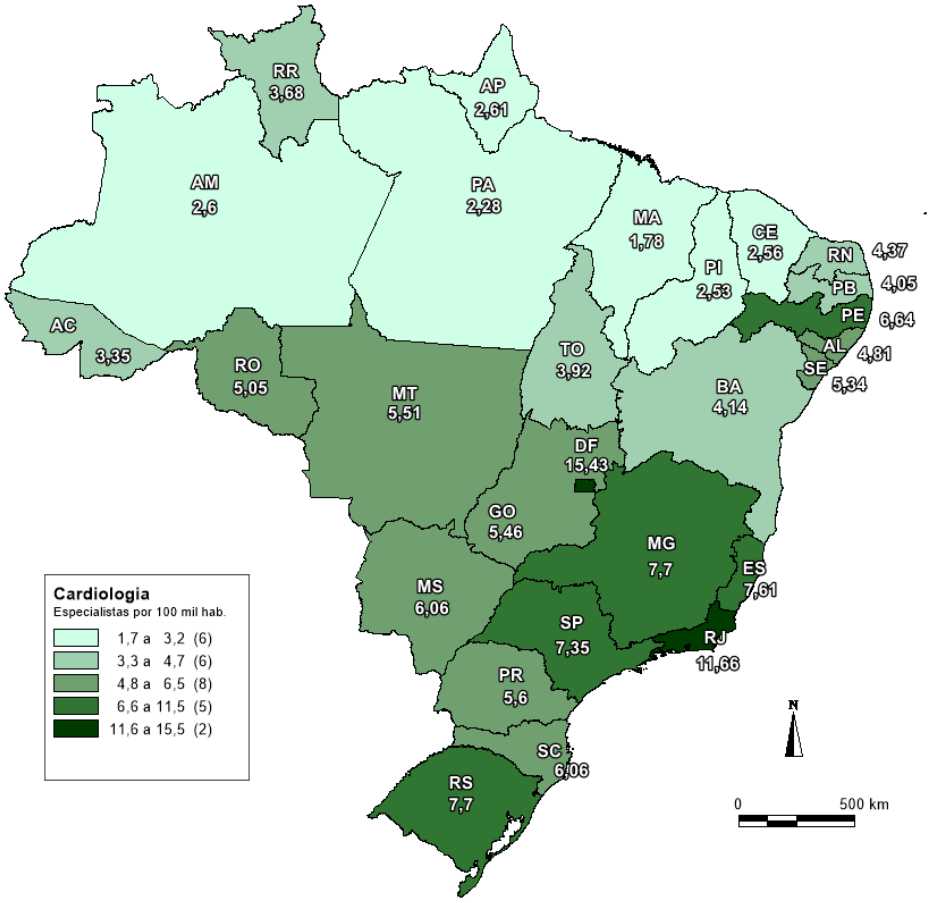
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 5 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cancerologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



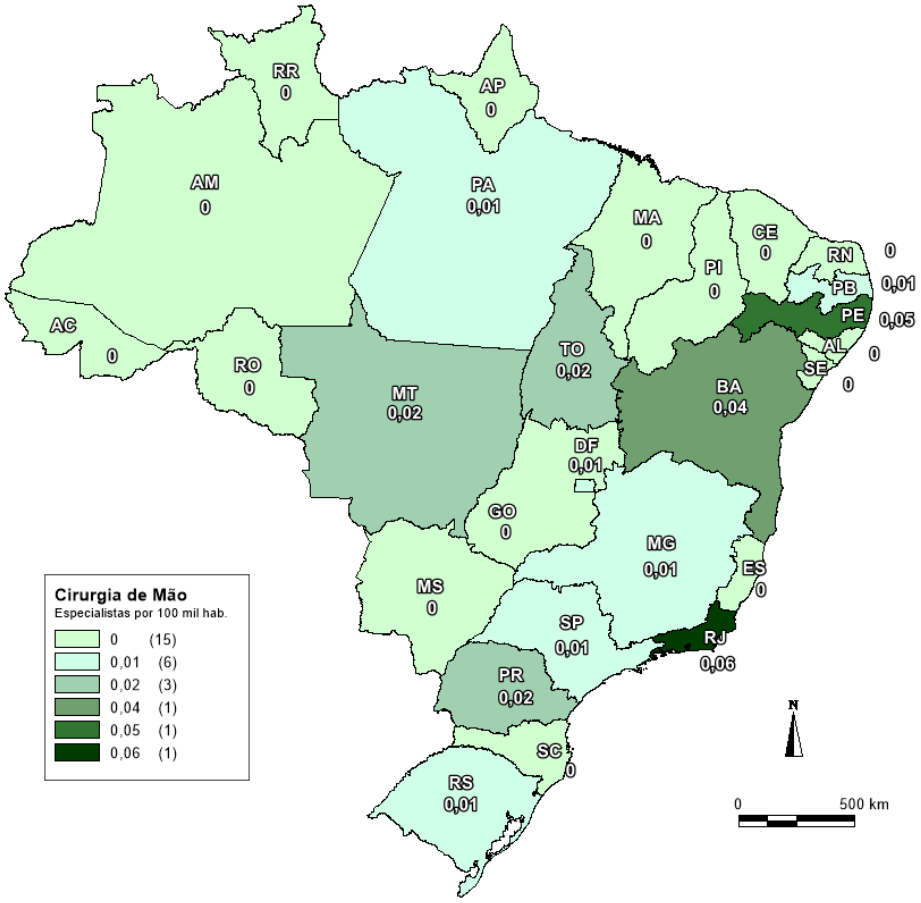
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 6 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cardiologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



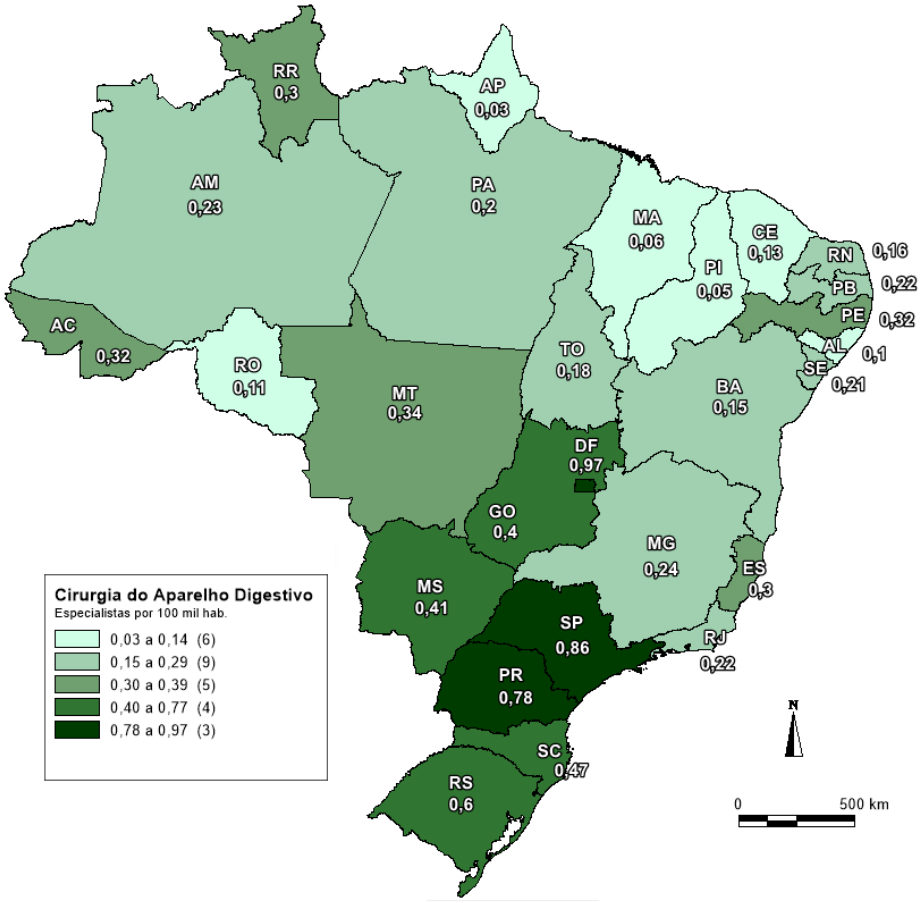
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 7 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia da Mão por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



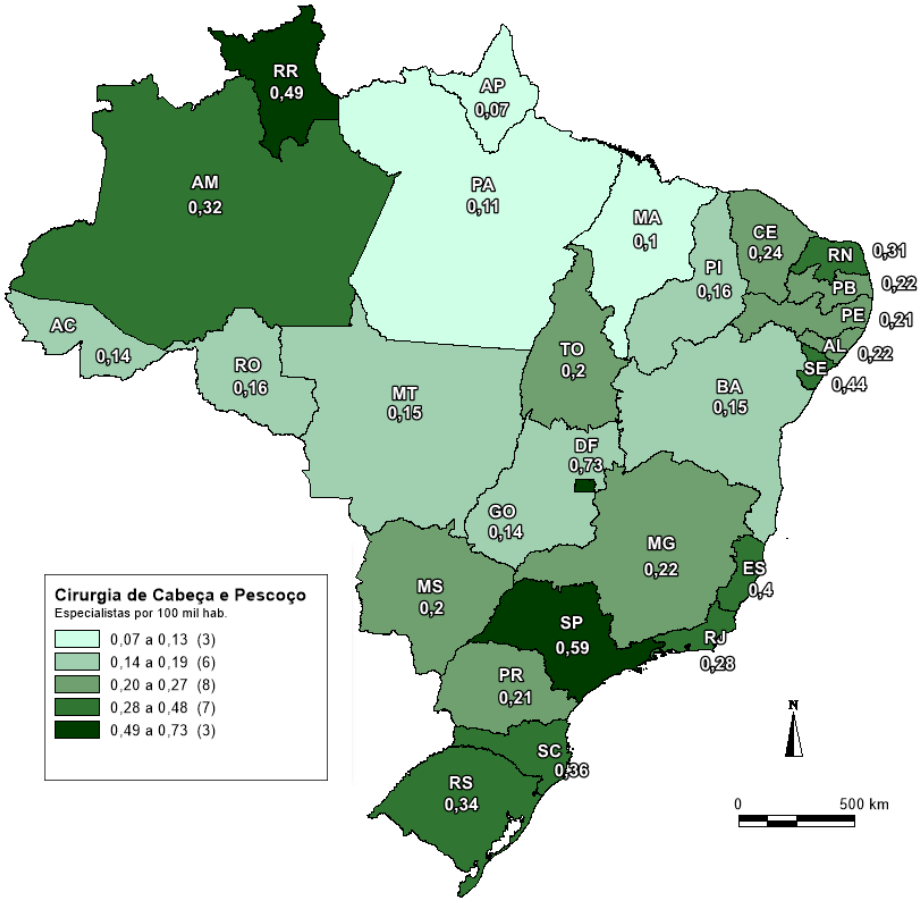
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 8 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



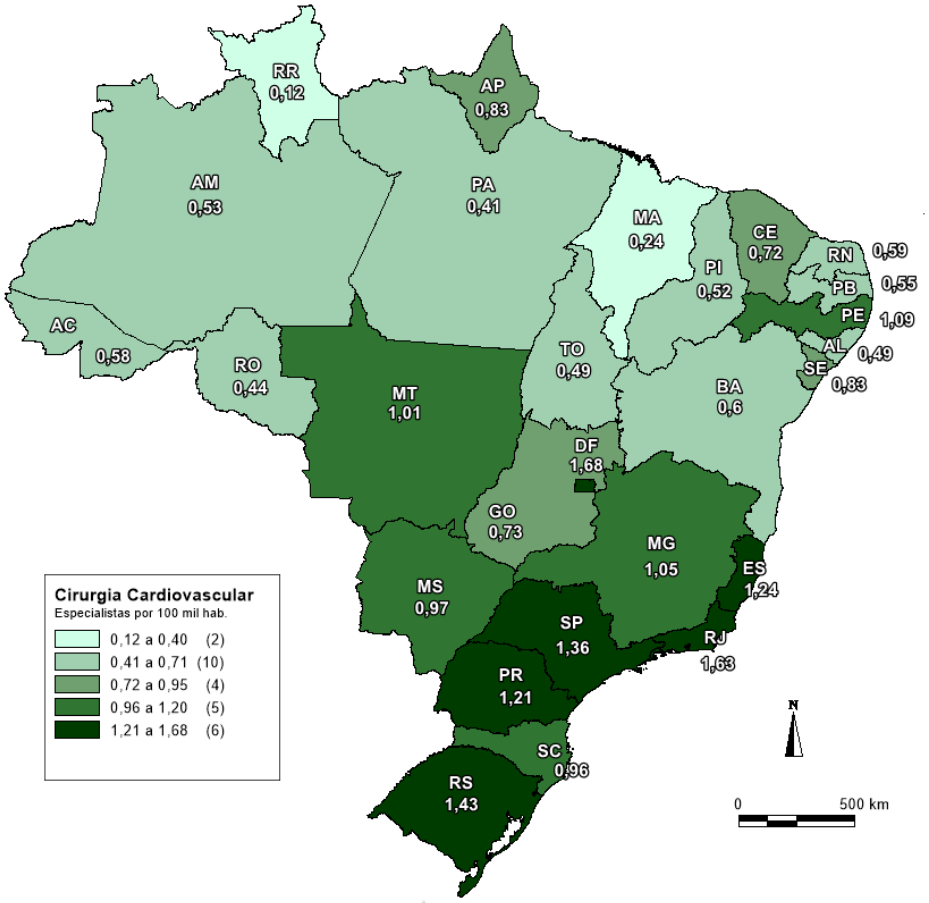
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 9 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



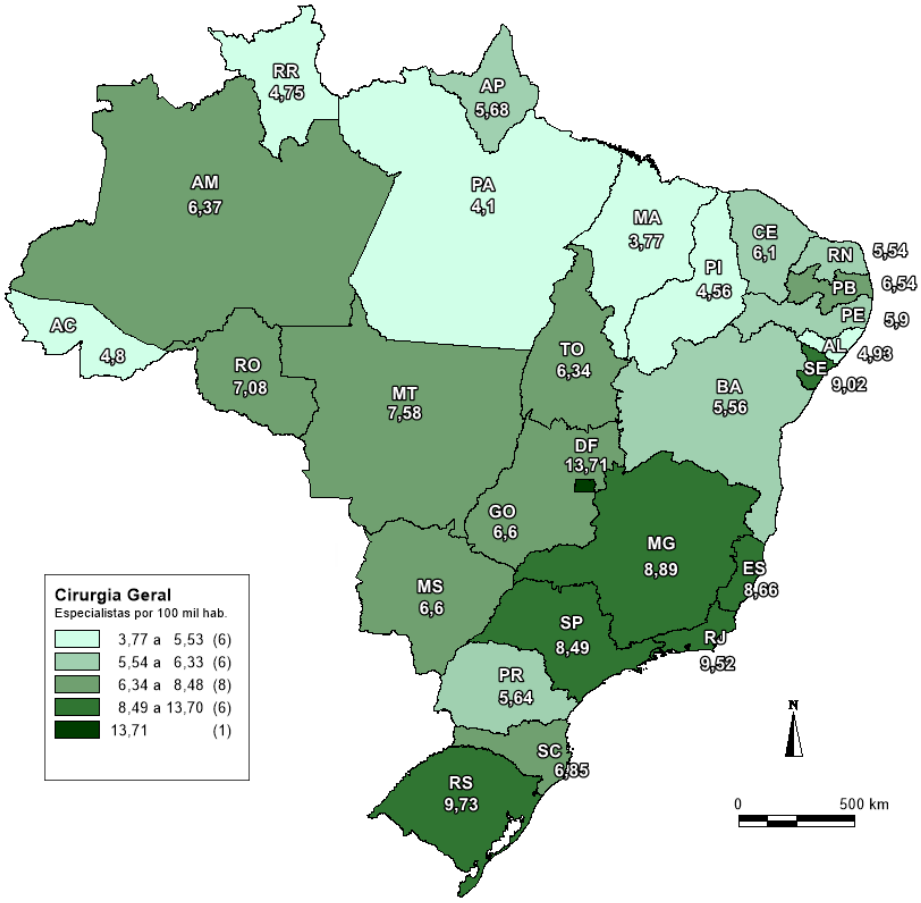
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 10 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia Cardiovascular por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



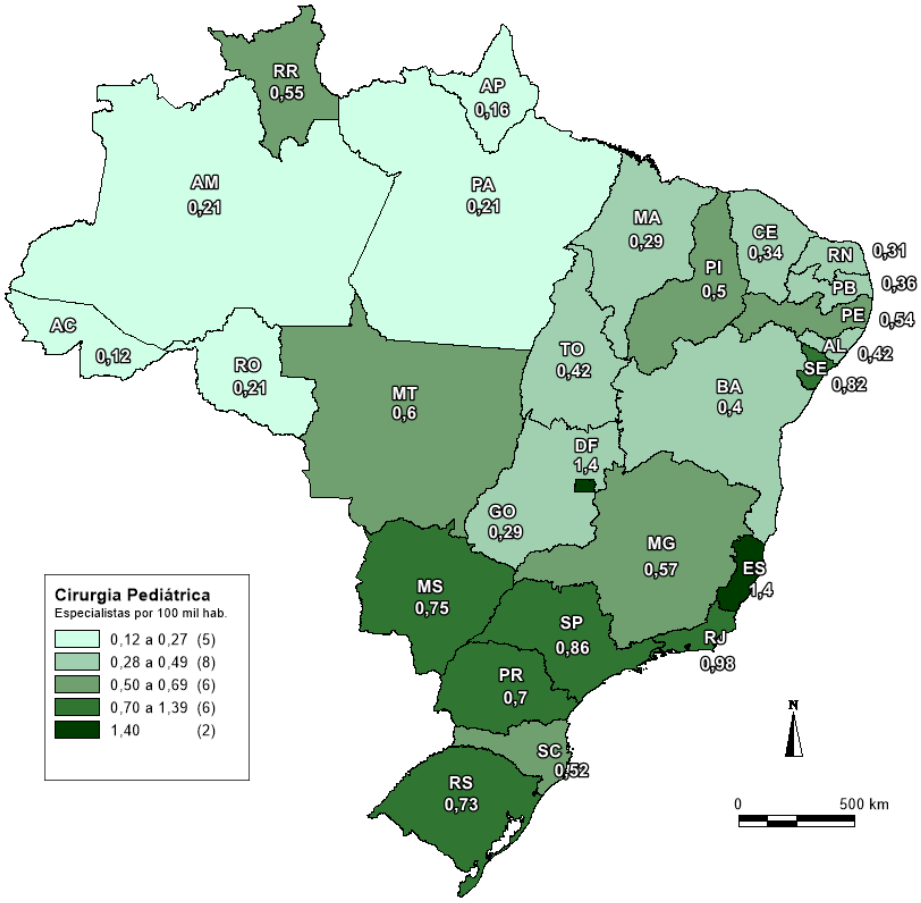
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 11 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia Geral por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



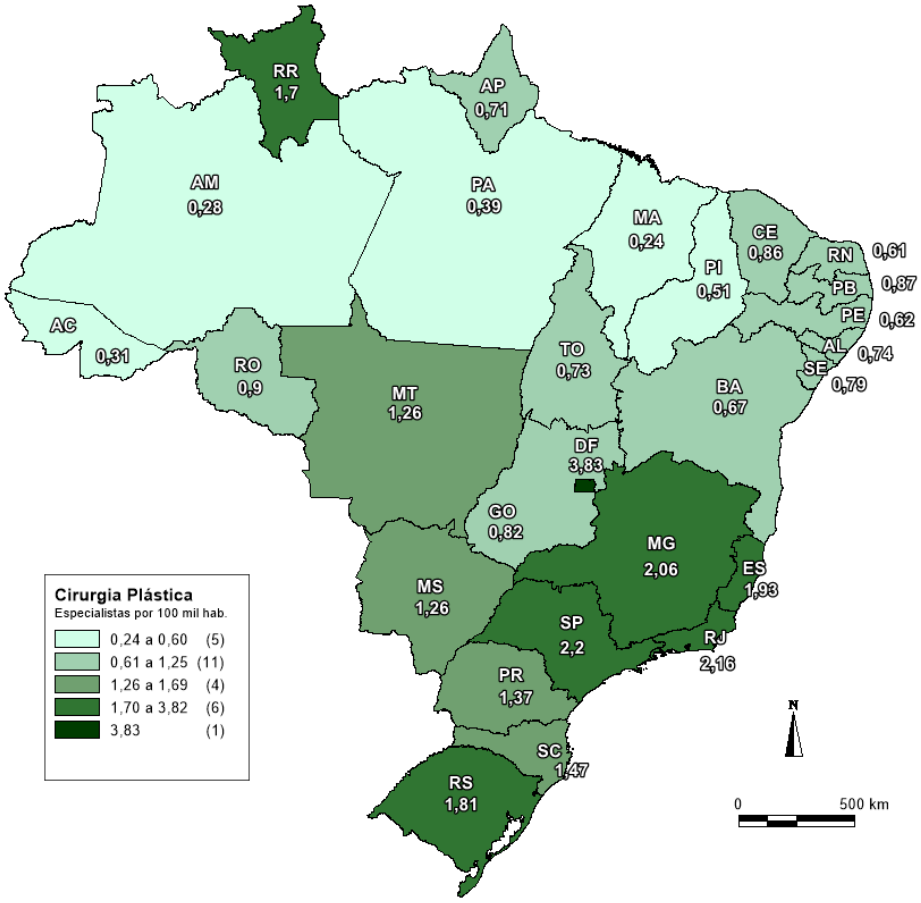
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 12 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia Pediátrica por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



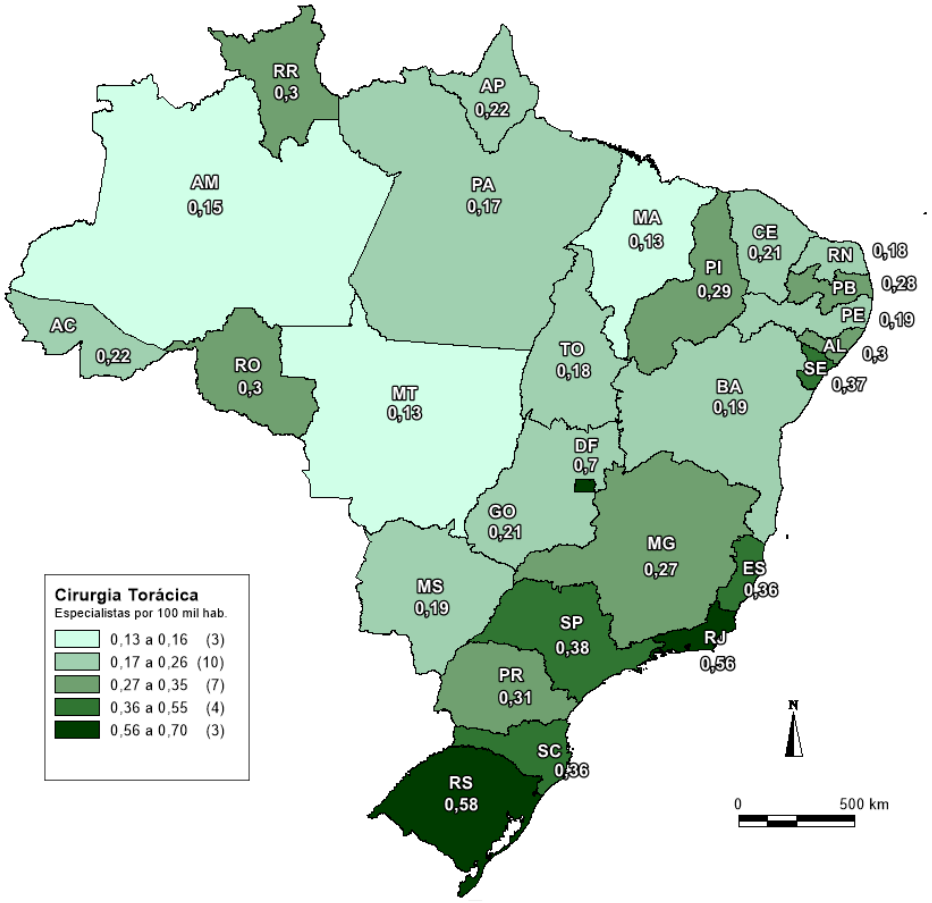
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 13 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia Plástica por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



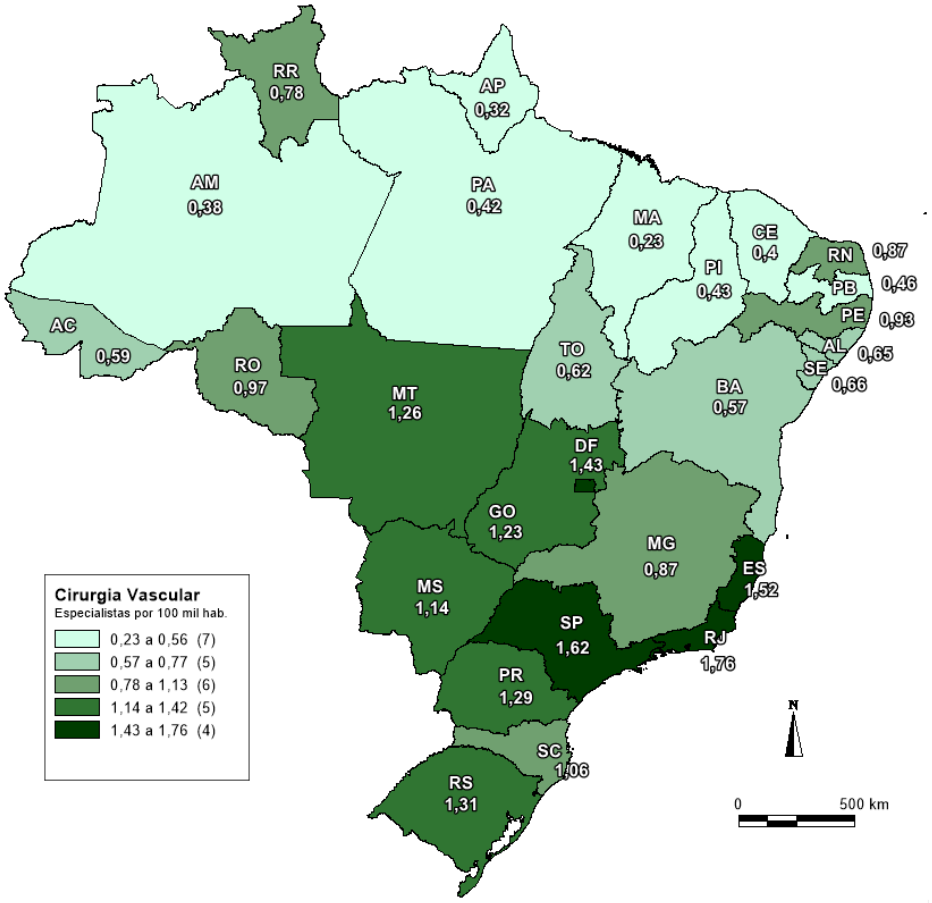
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 14 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia Torácica por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



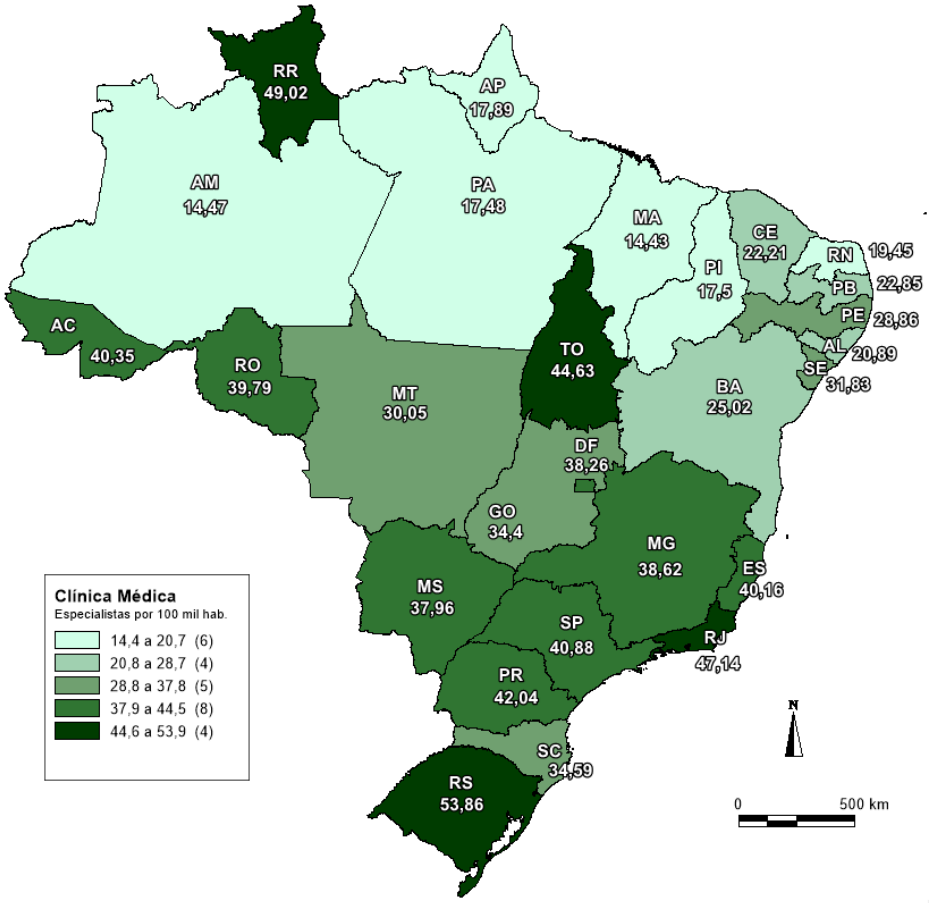
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 15 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Cirurgia Vascular por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



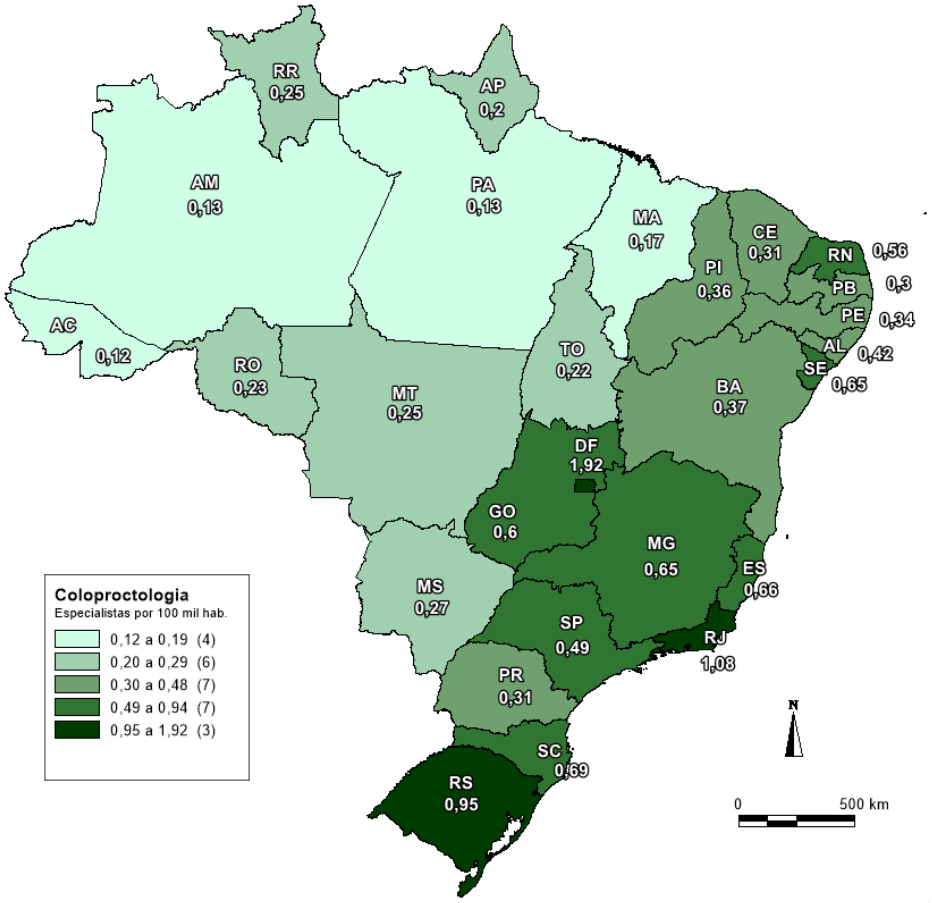
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 16 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Clínica Médica por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



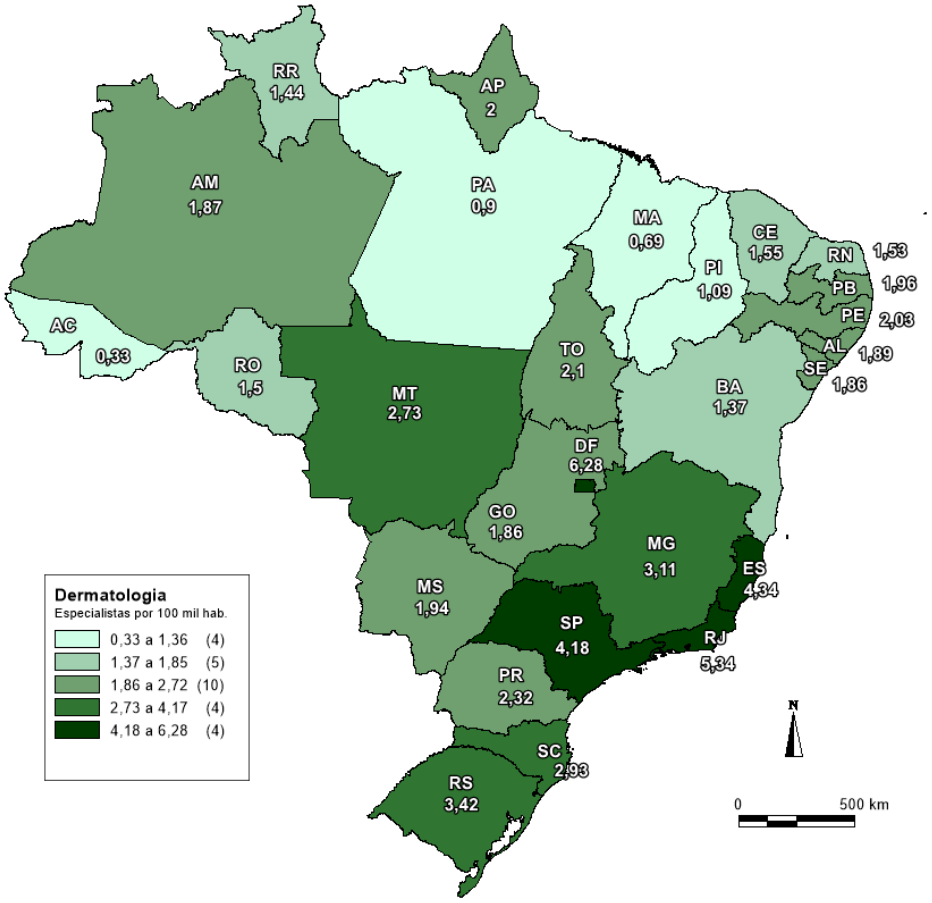
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 17 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Coloproctologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



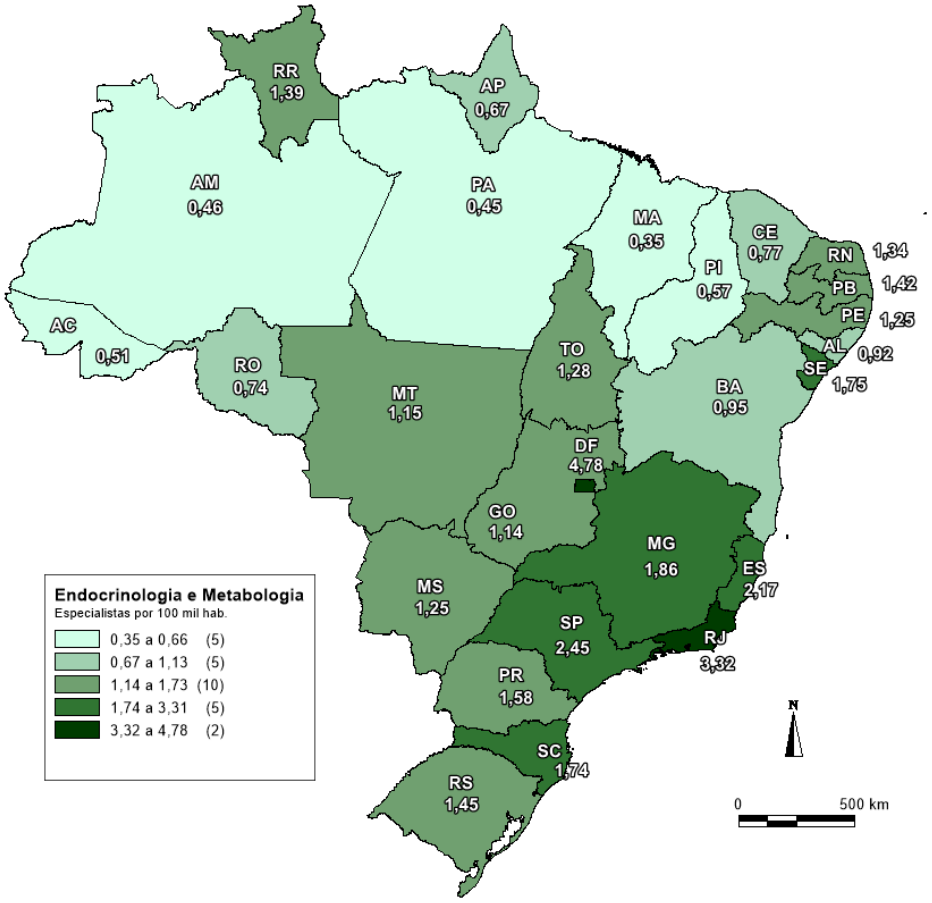
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 18 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Dermatologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



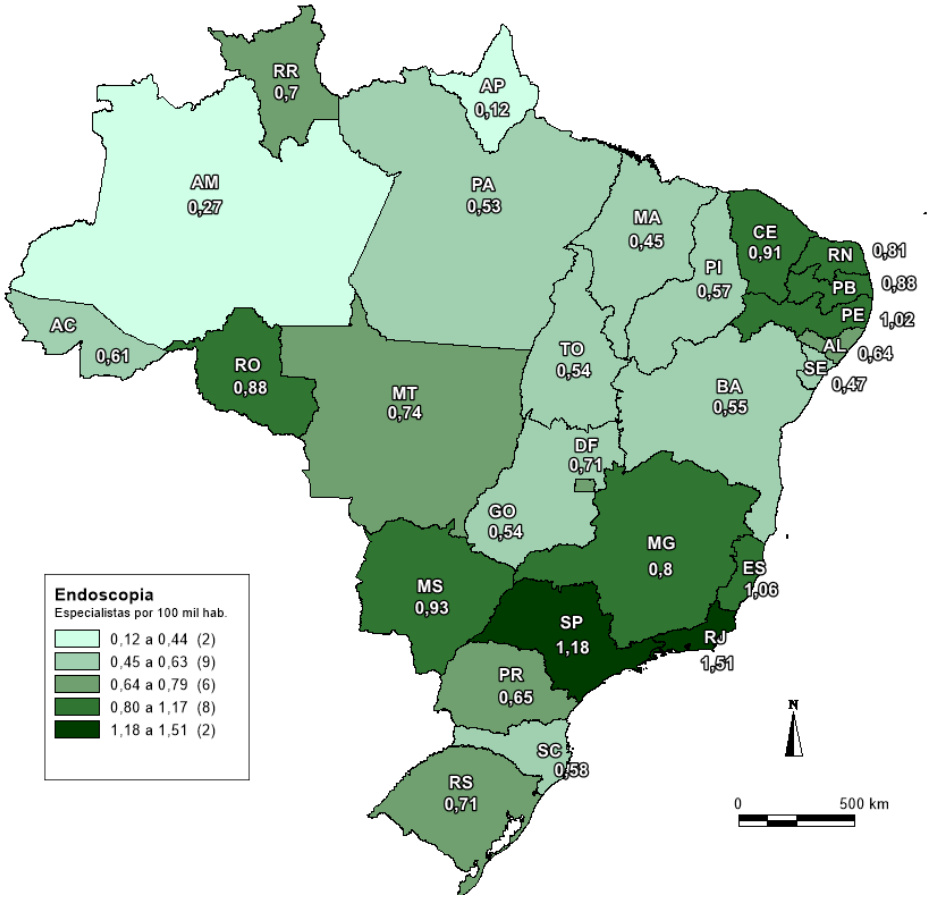
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 19 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Endocrinologia e Metabologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



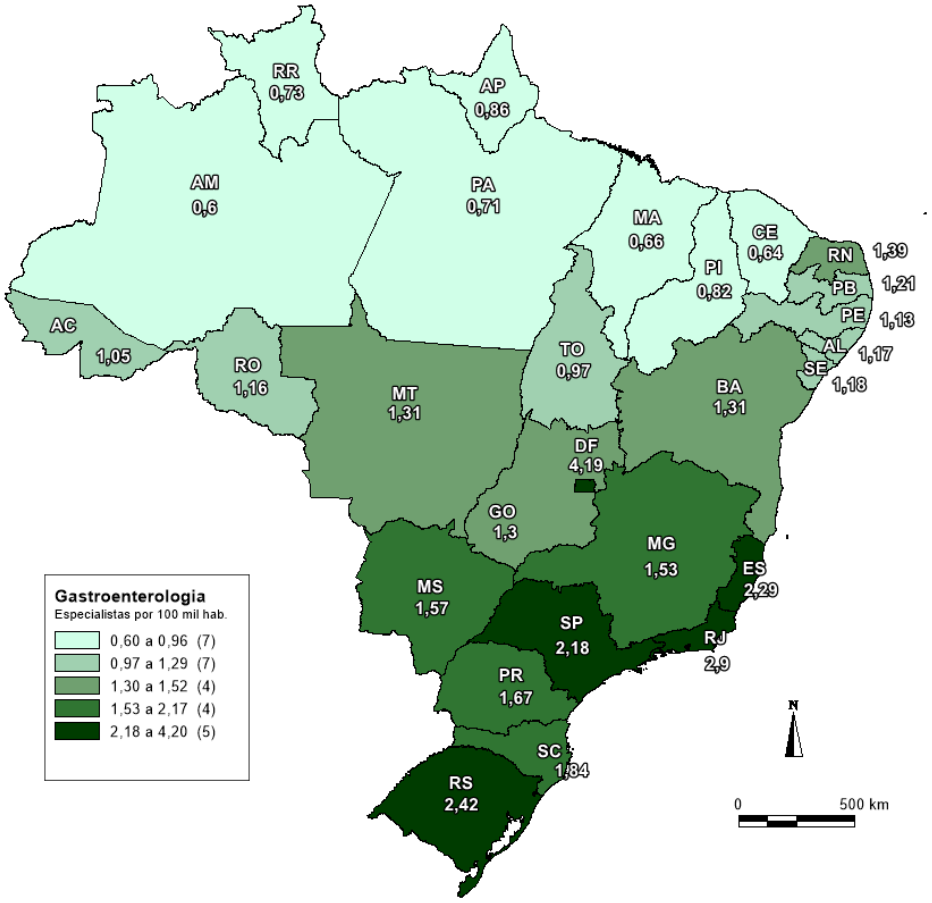
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 20 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Endoscopia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



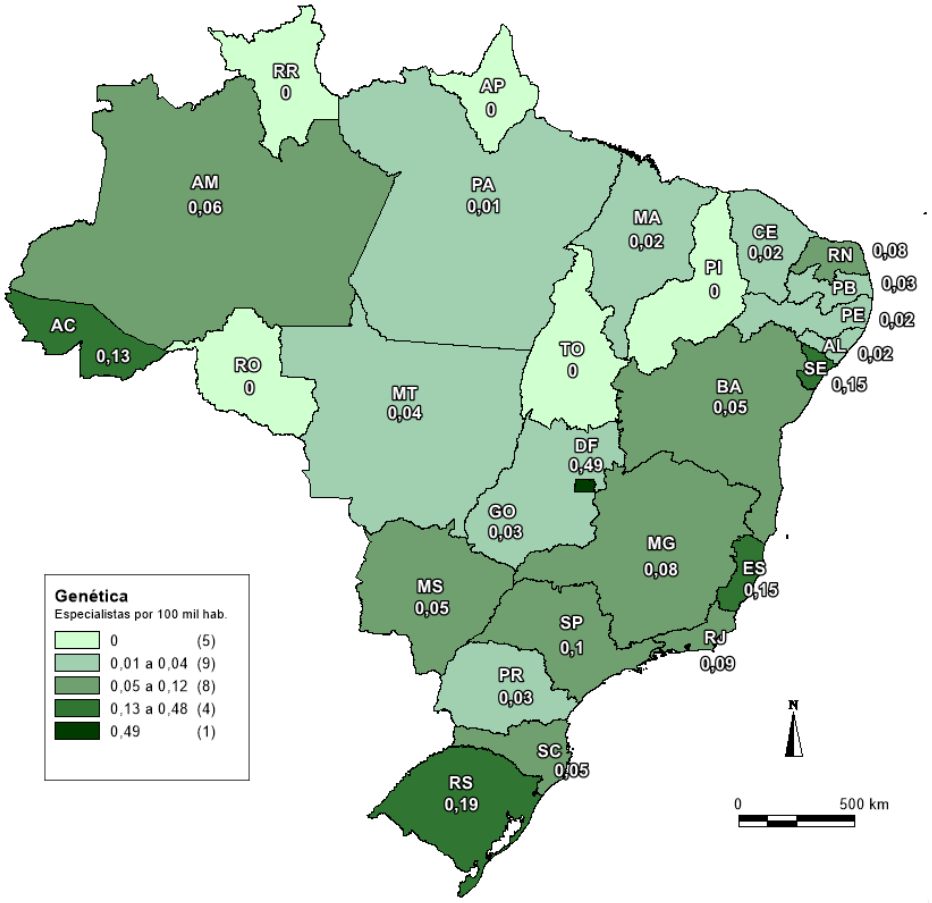
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 21 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Gastroenterologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



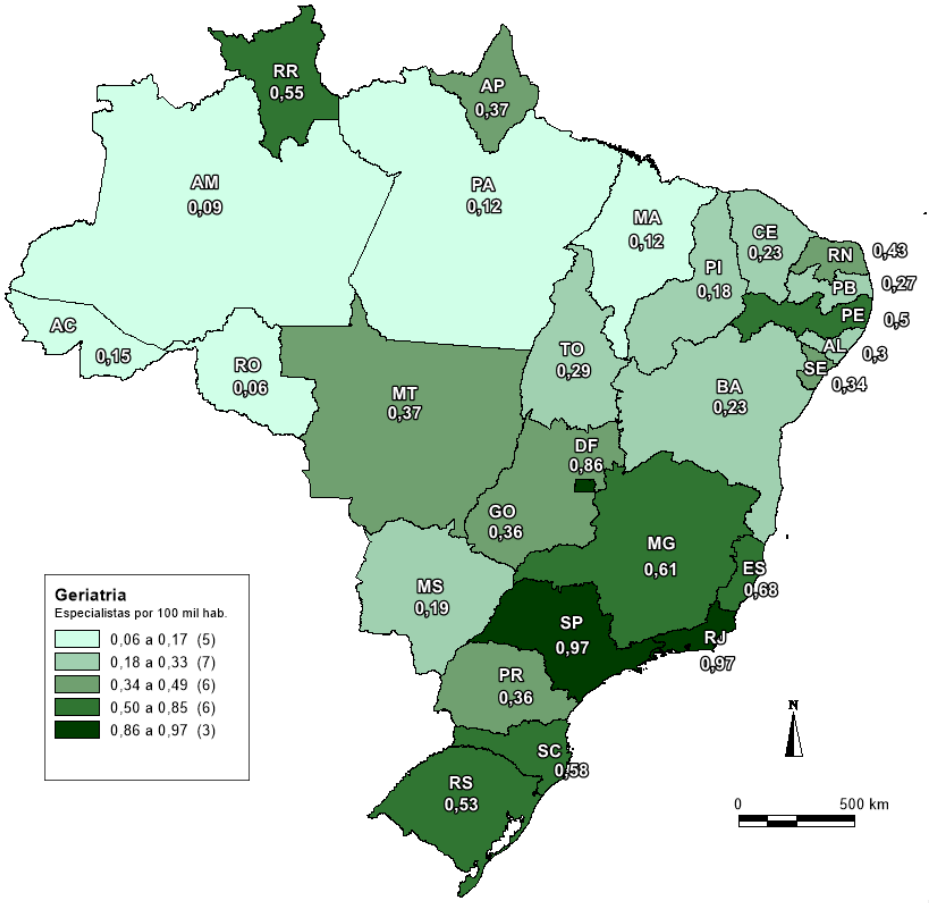
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 22 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Genética por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



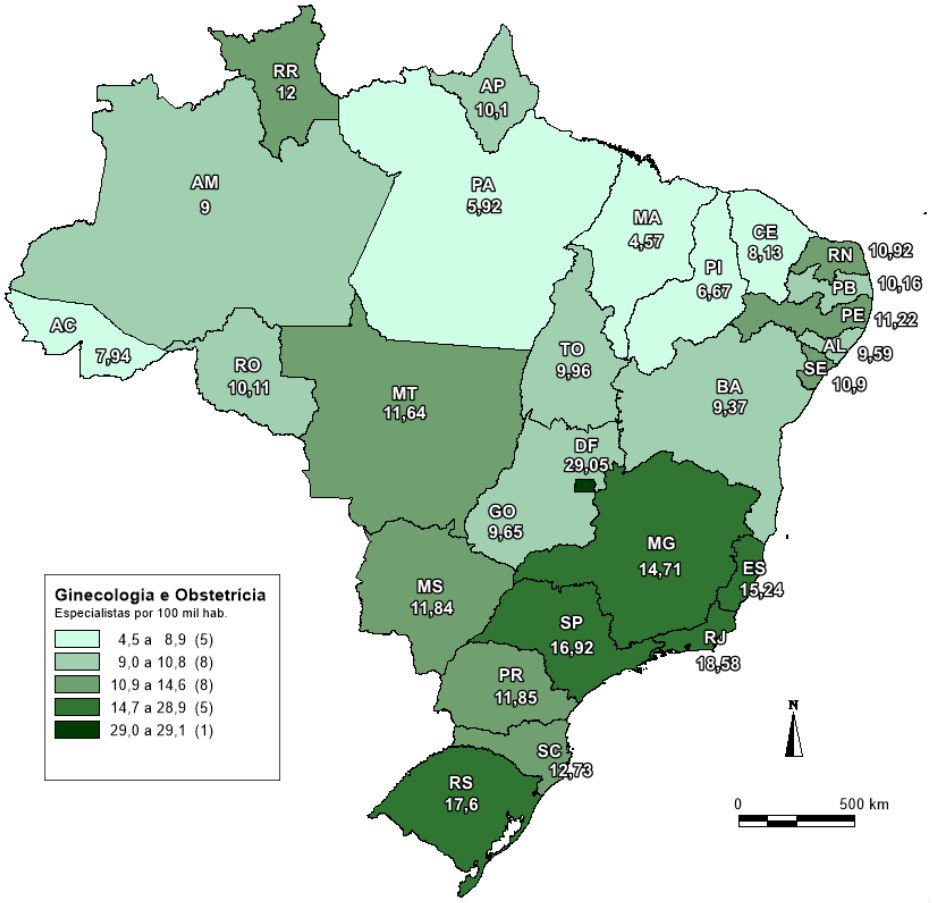
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 23 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Genética por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



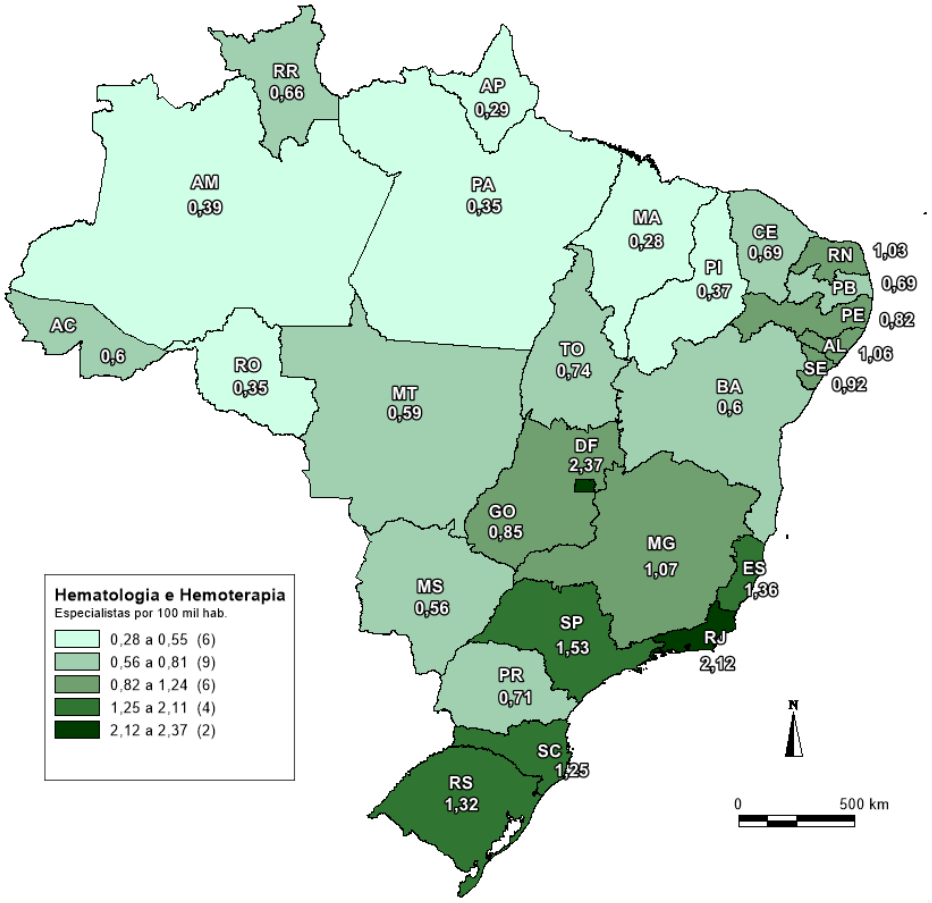
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 24 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



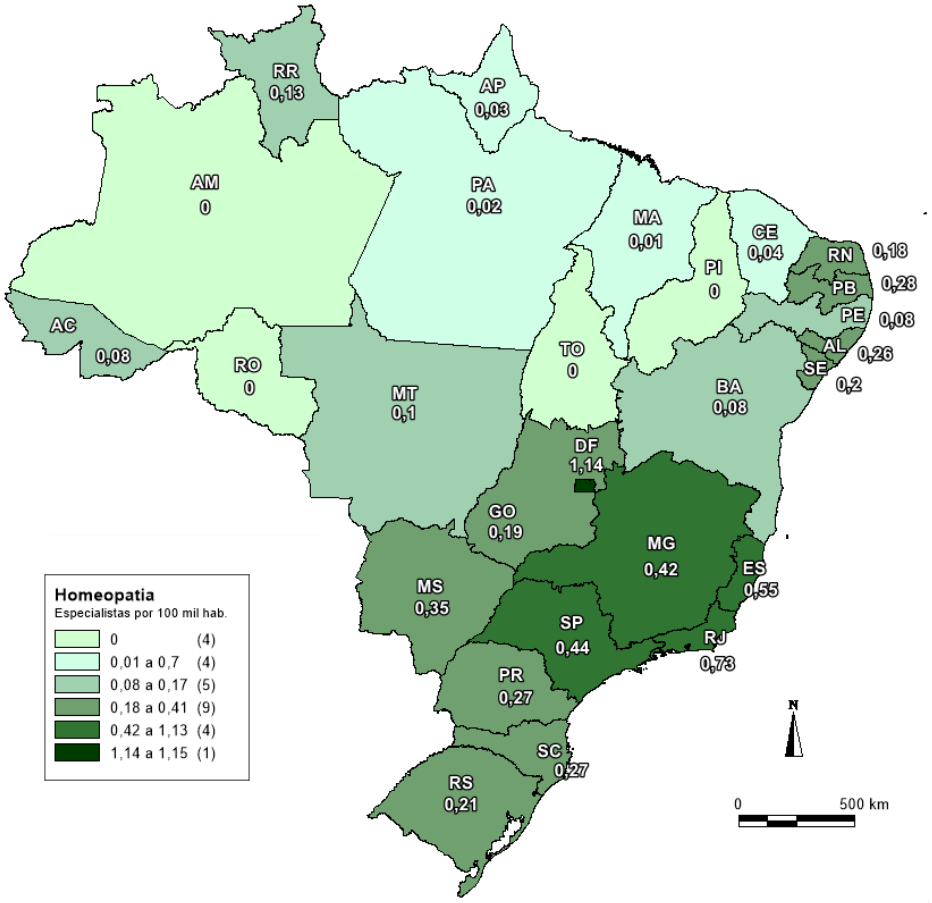
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 25 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



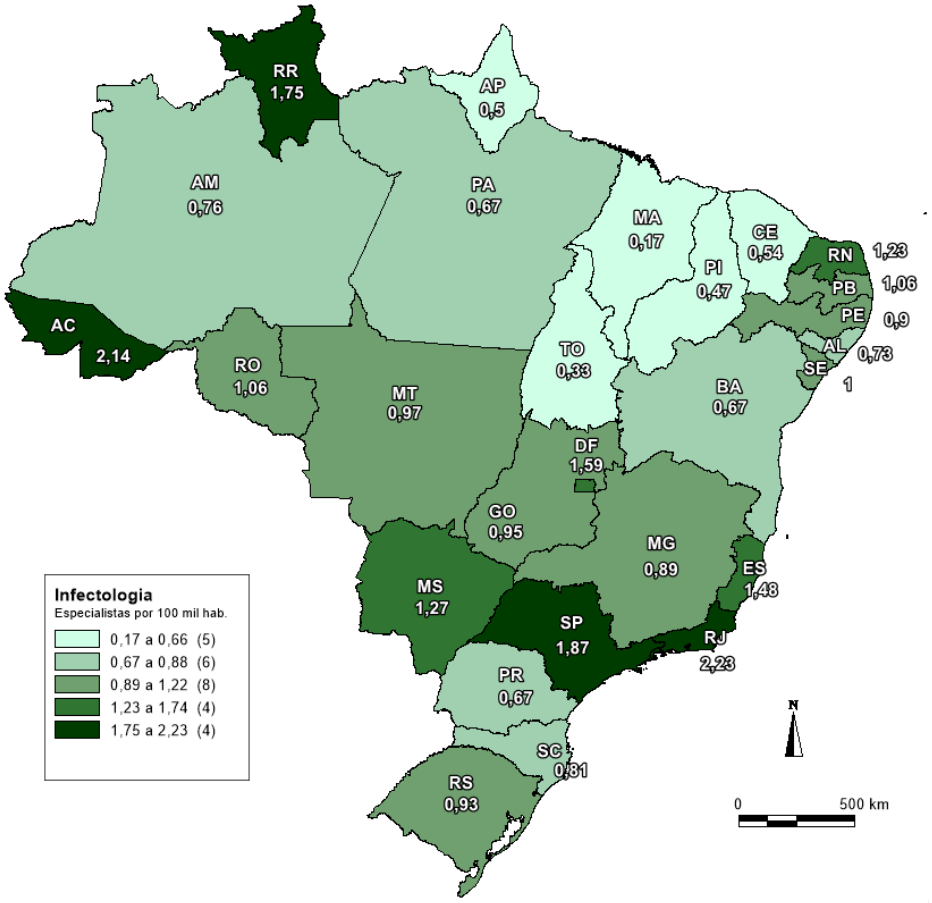
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 26 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Homeopatia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



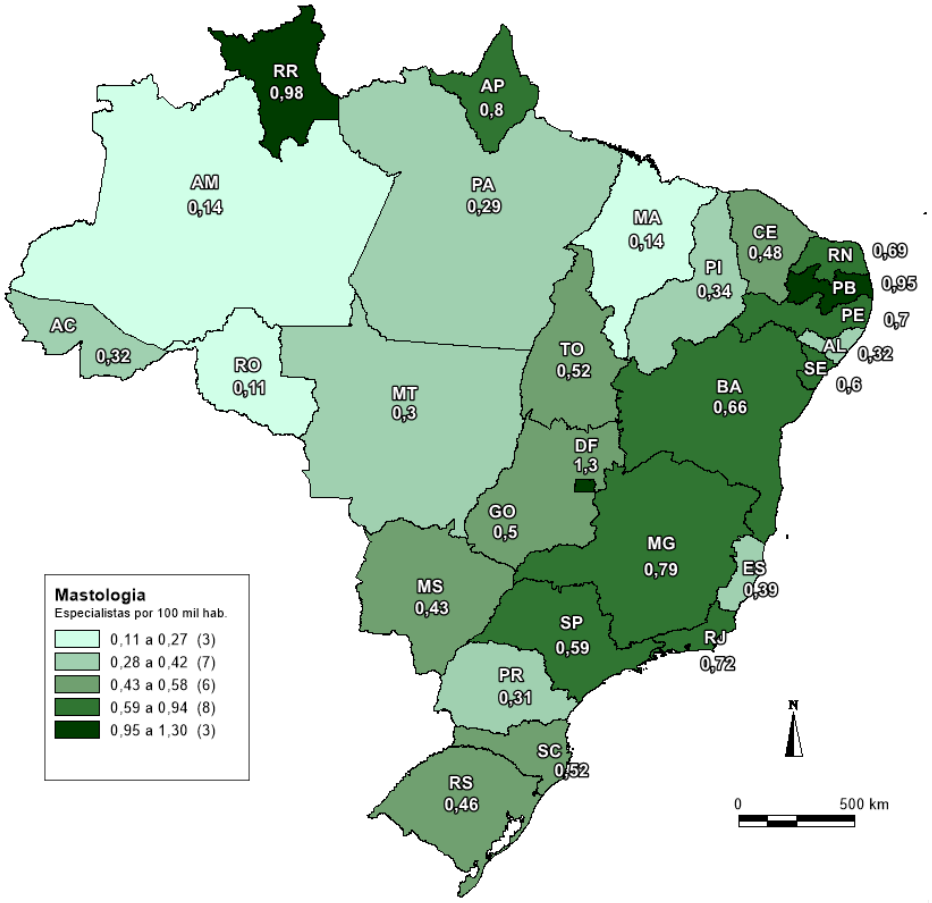
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 27 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Infectologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



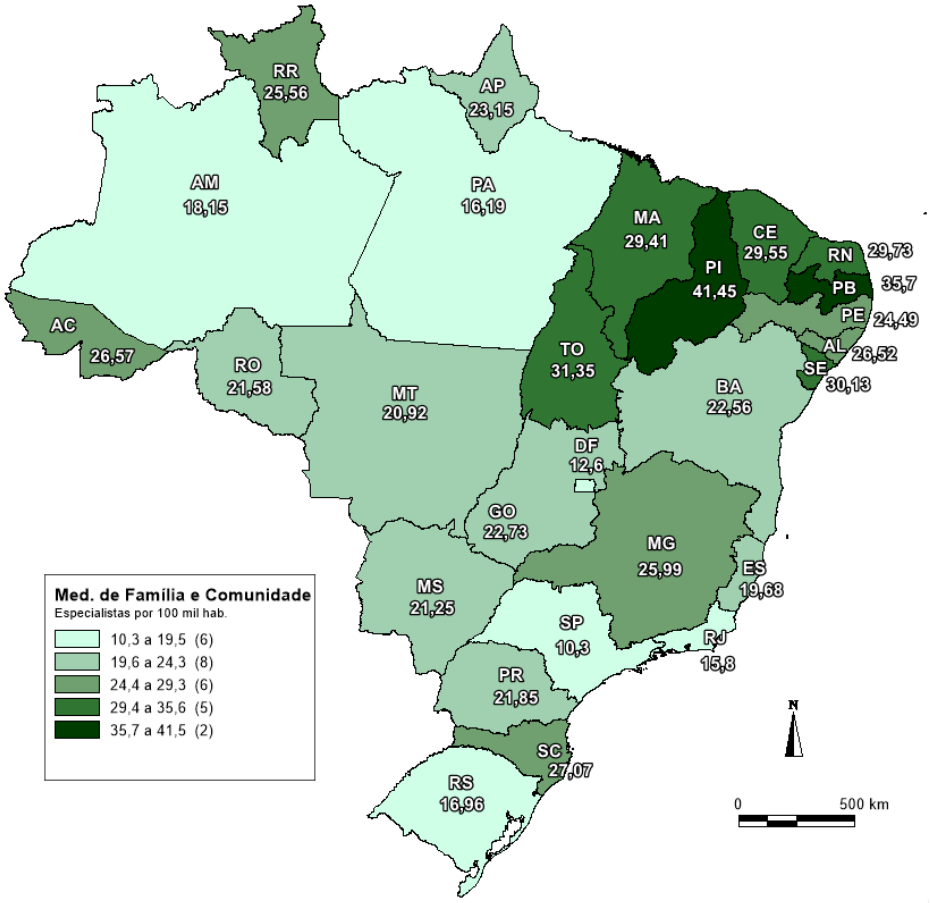
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 28 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Mastologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



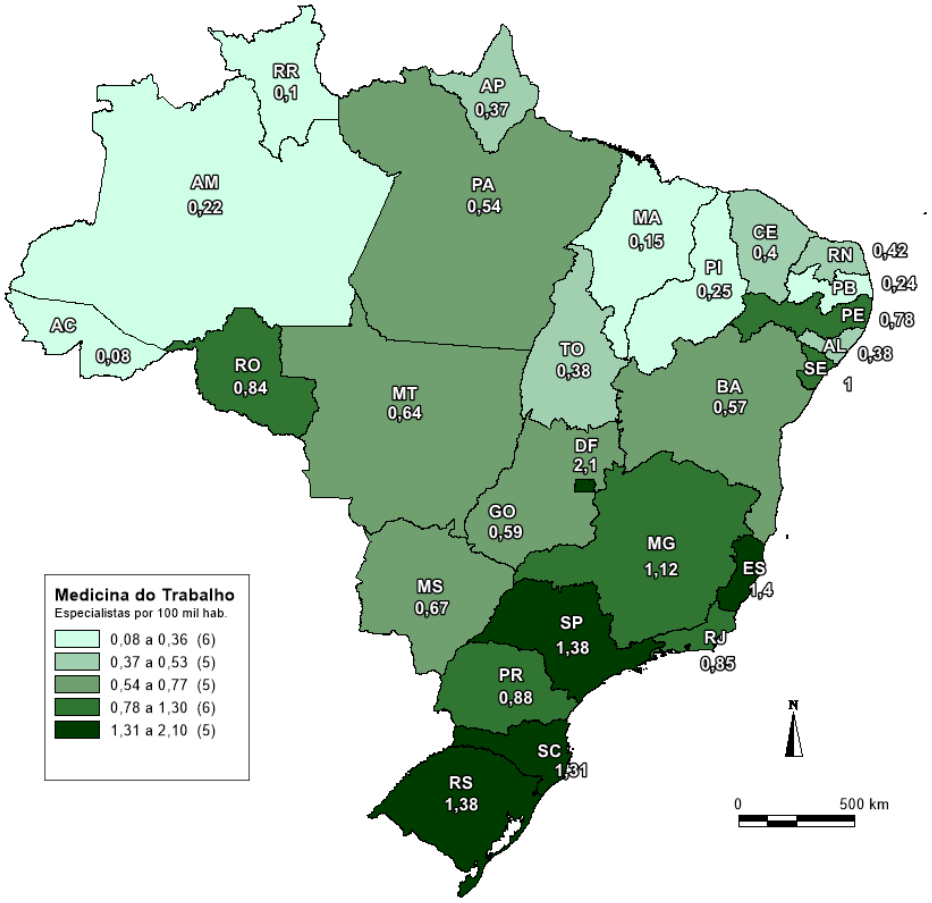
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 29 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina de Família e Comunidade por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



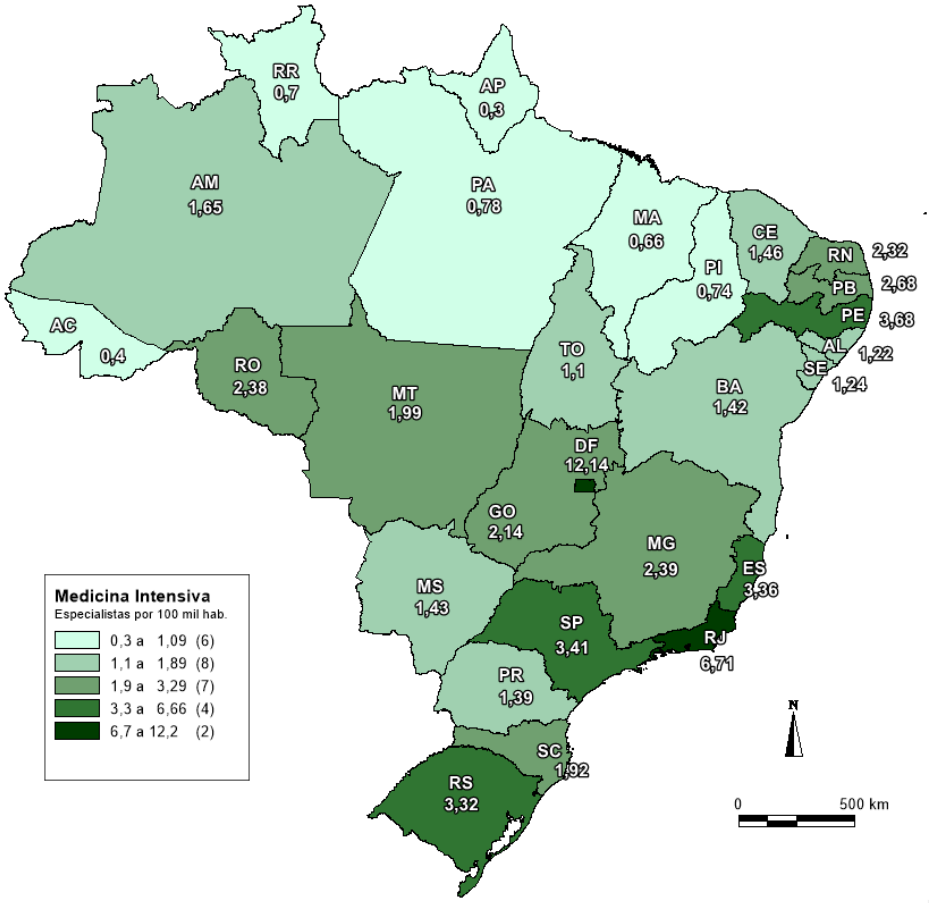
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 30 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina do Trabalho por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



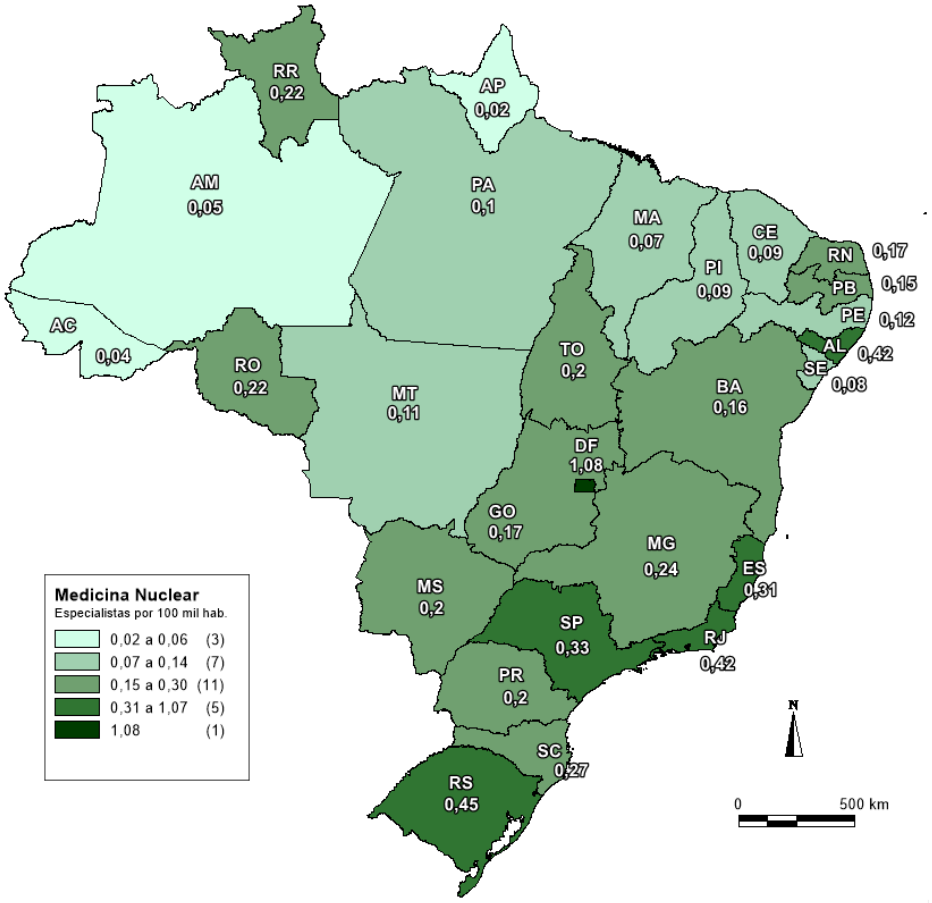
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 31 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina Intensiva por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



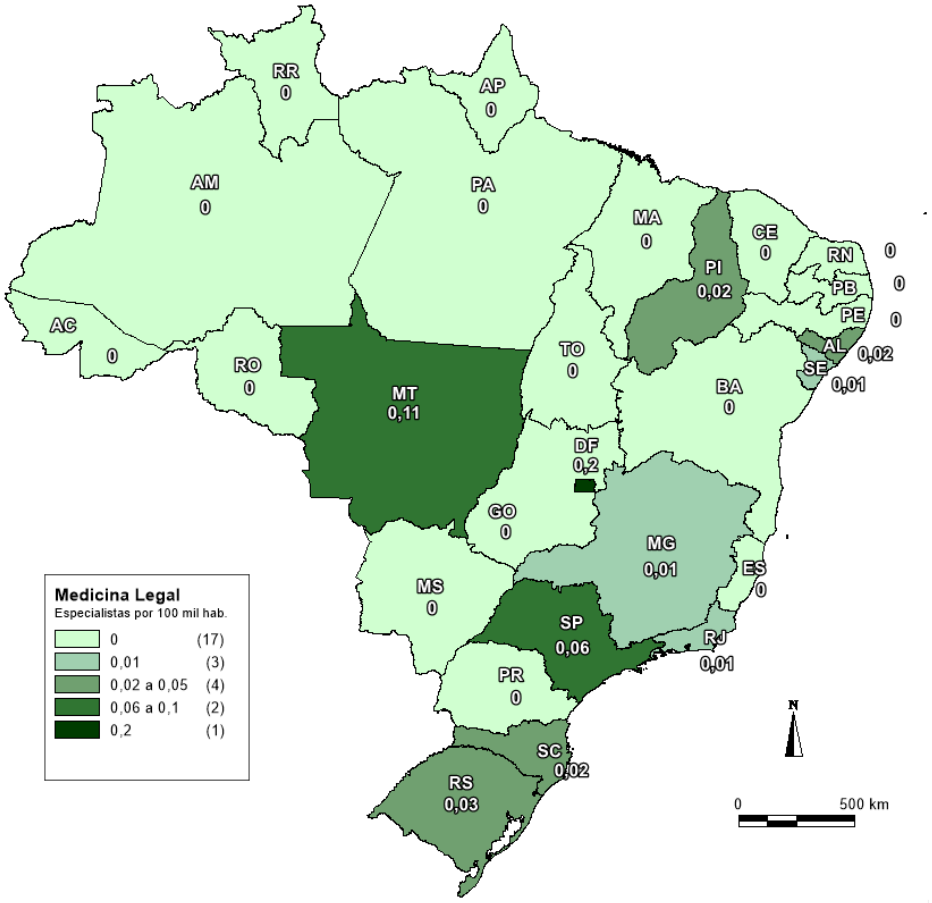
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 32 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina Nuclear por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



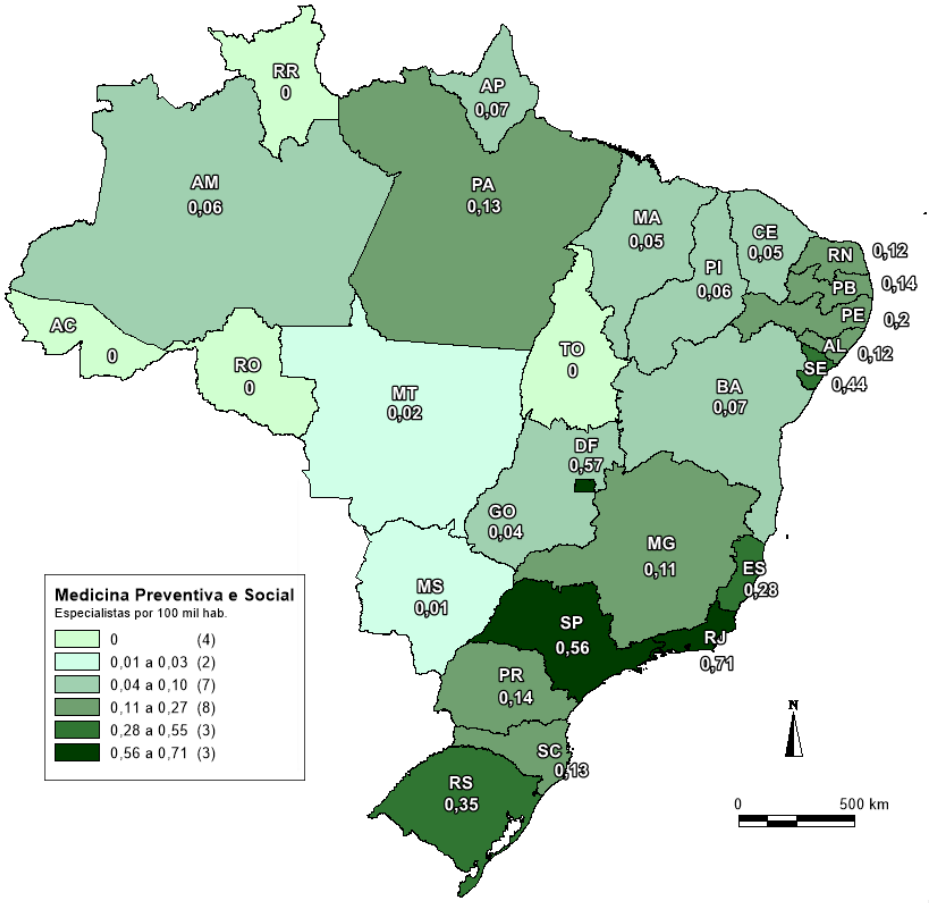
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 33 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina Legal por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



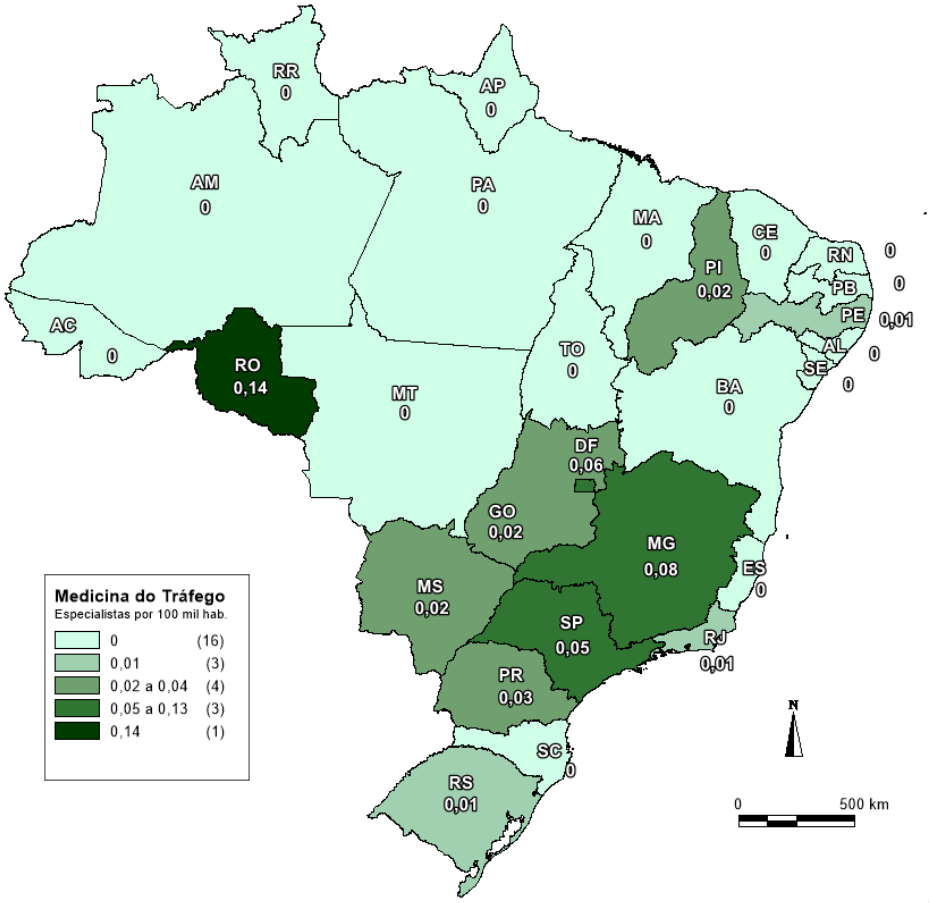
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 34 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina Preventiva e Social por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



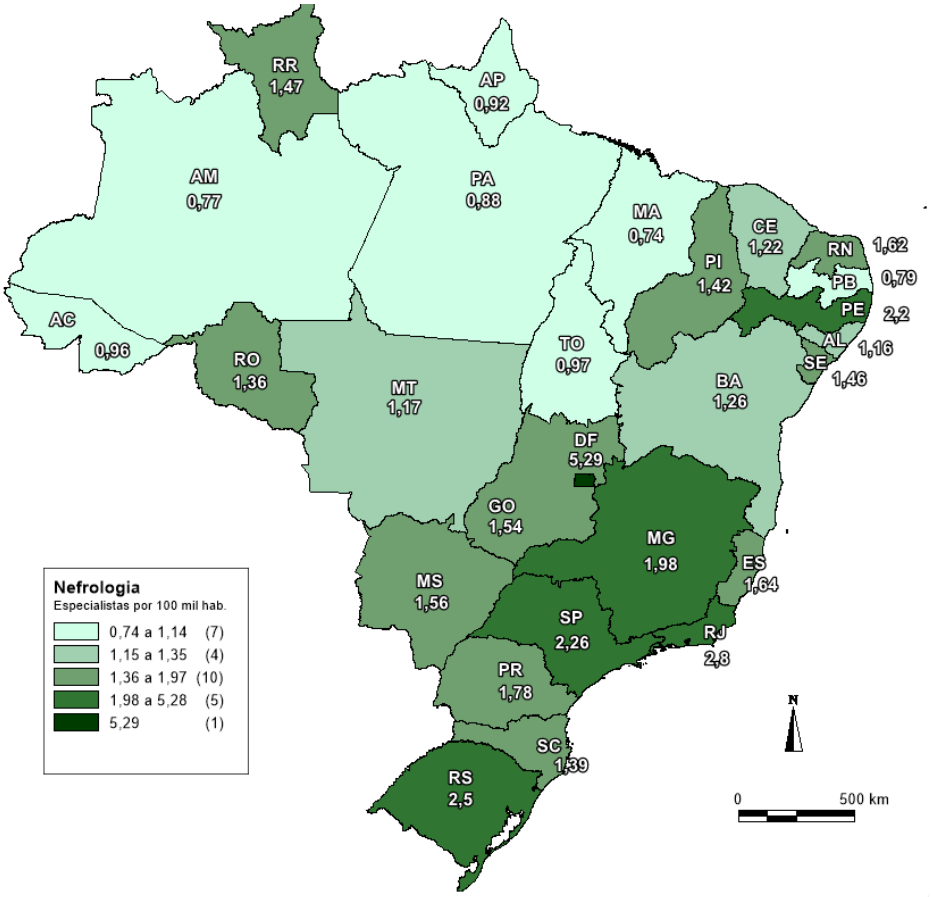
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 35 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Medicina do Tráfego por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



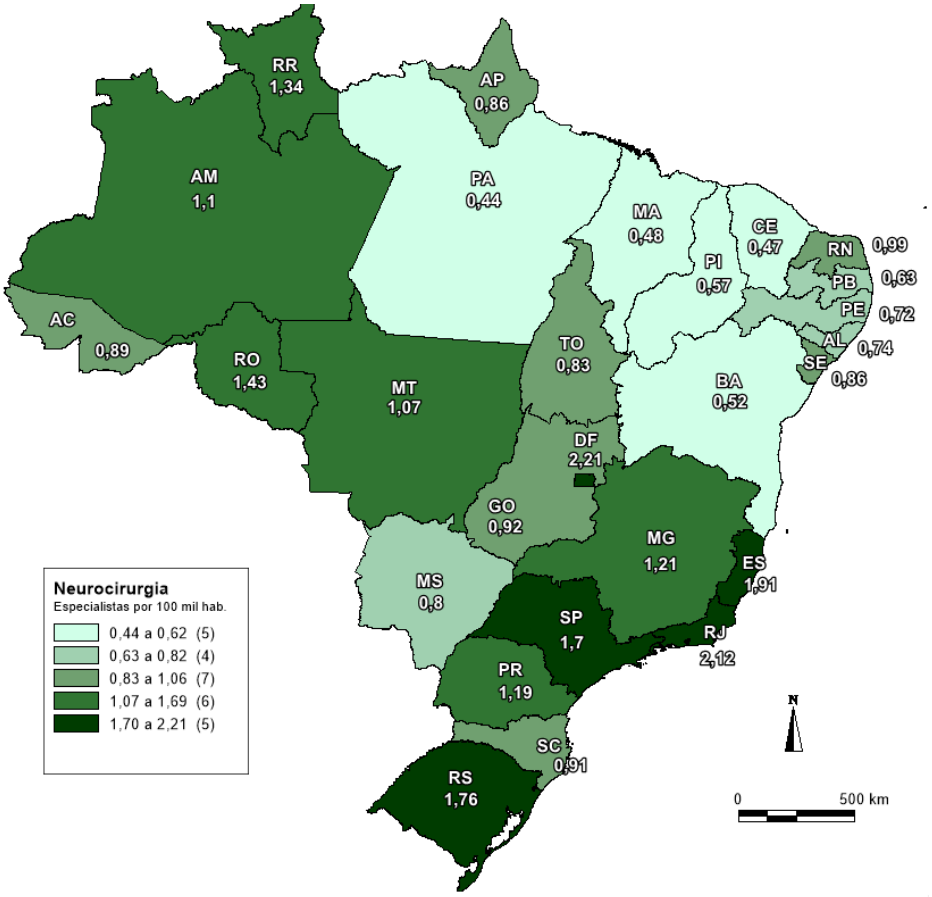
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 36 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Nefrologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



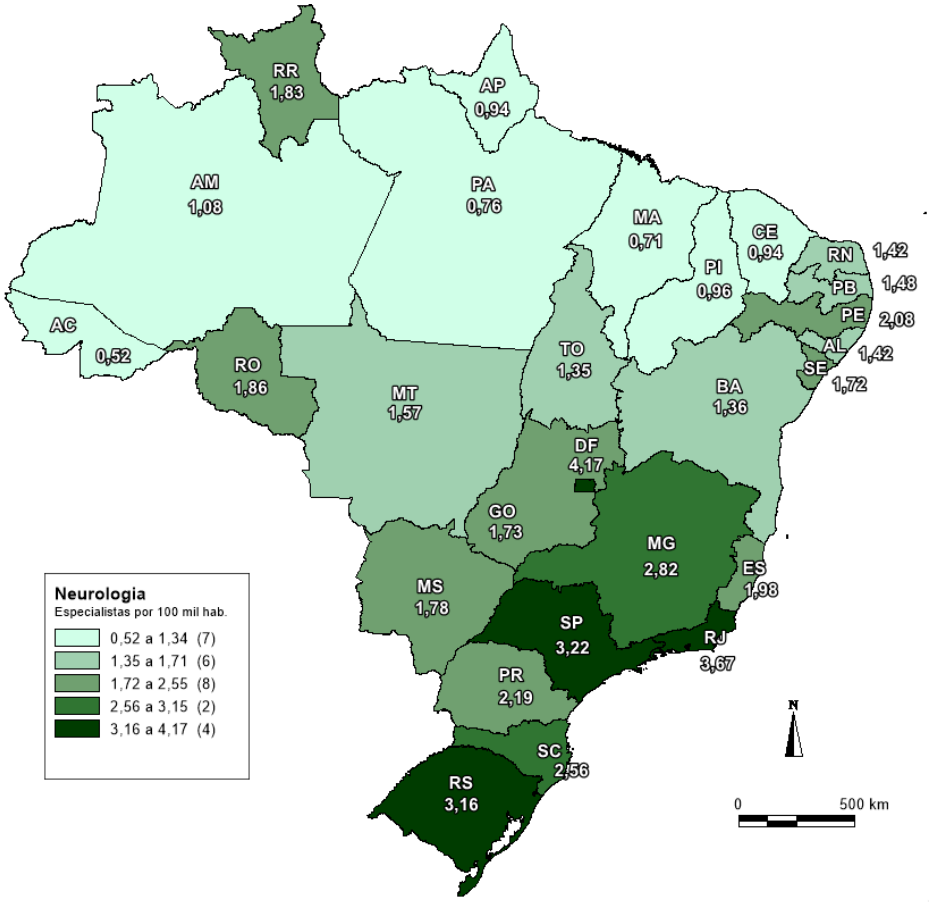
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 37 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Neurocirurgia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



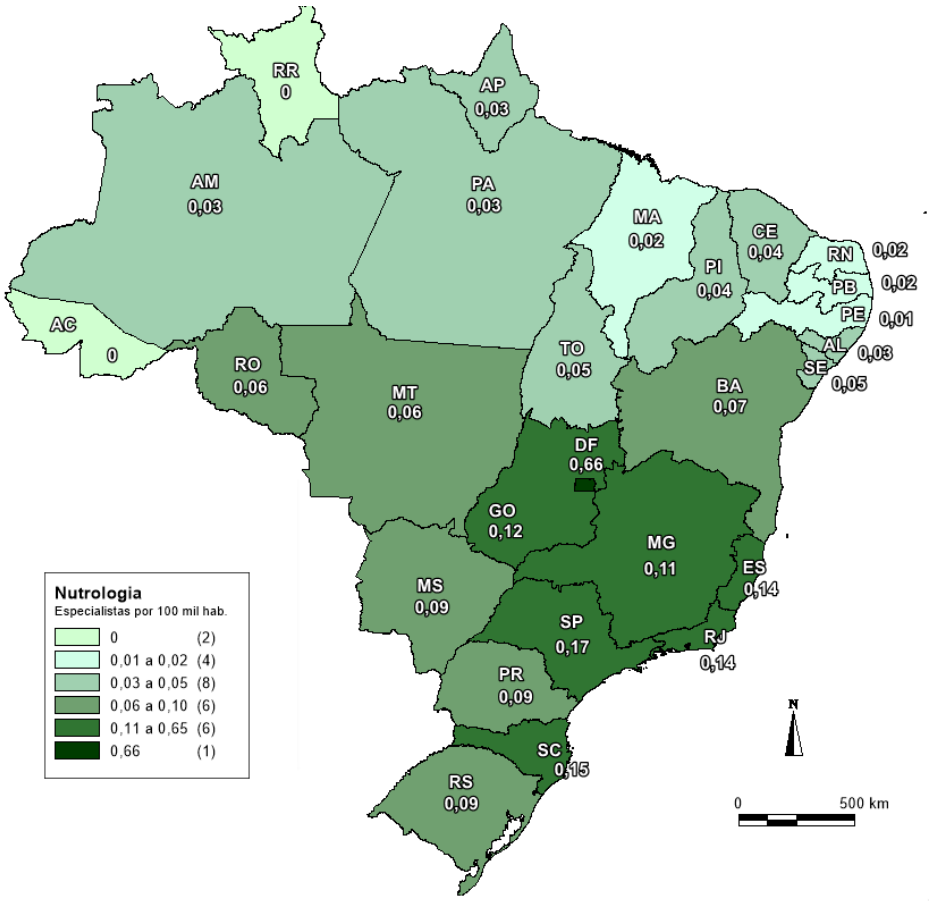
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 38 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Neurologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



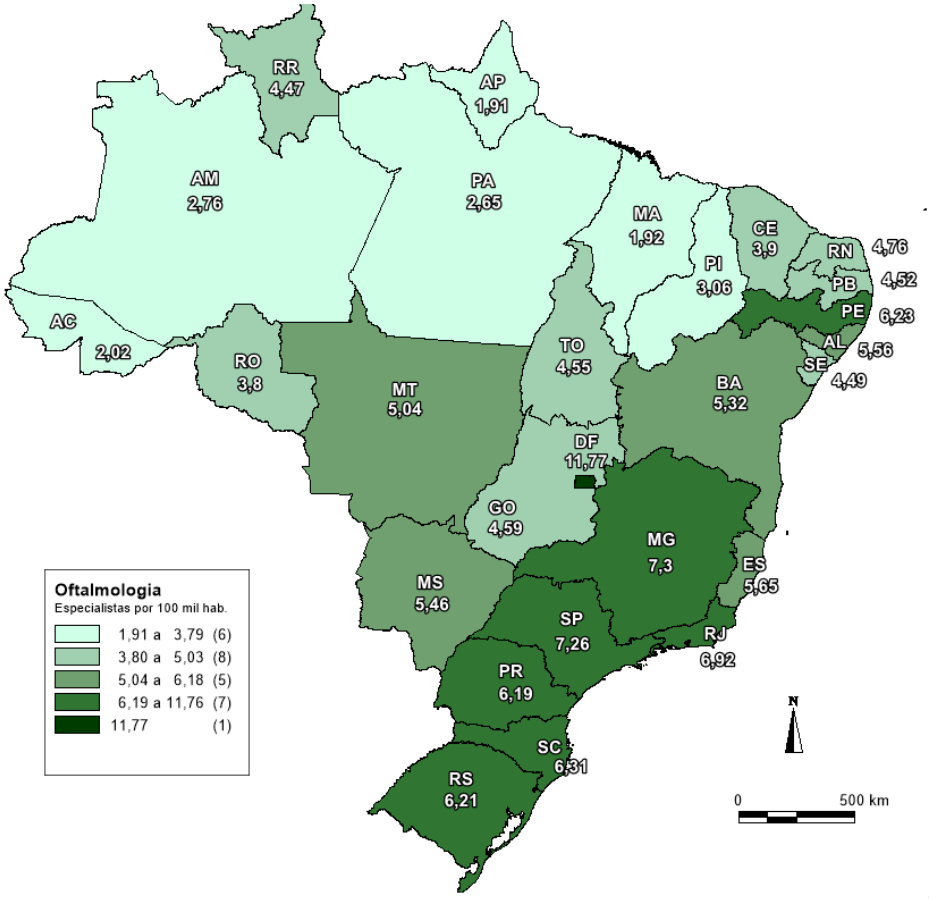
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 39 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Nutrologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



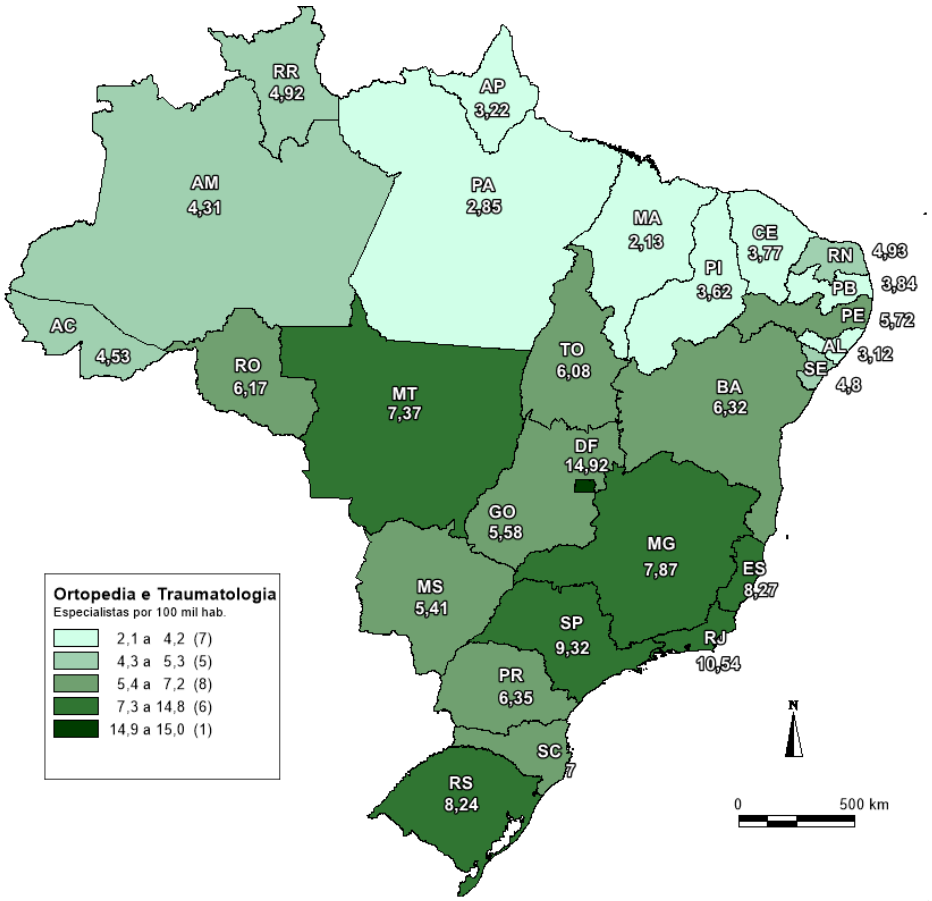
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 40 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Oftalmologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



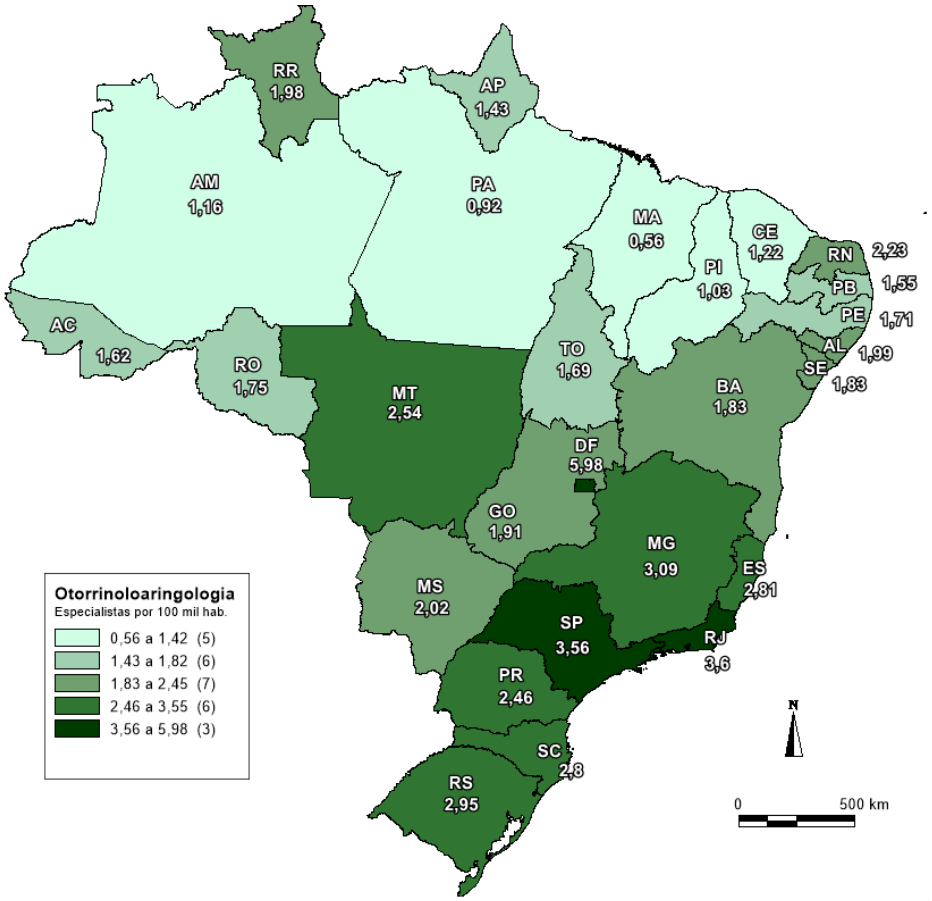
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 41 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Ortopedia e Traumatologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



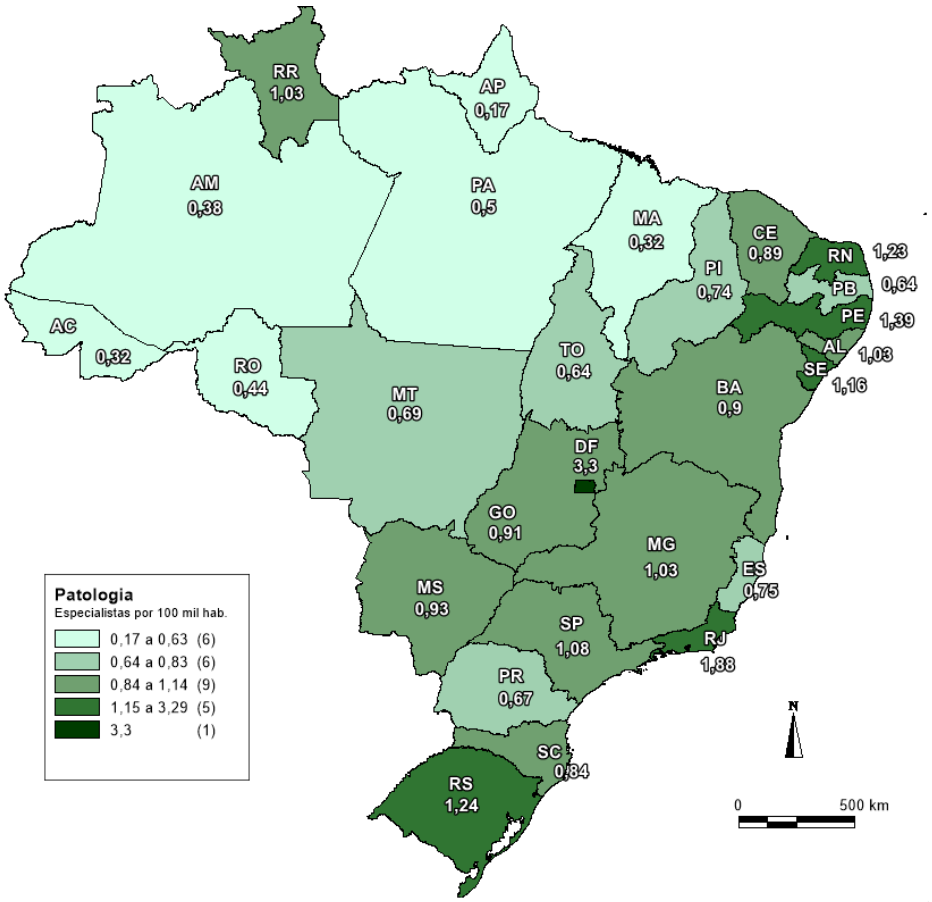
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 42 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Ortopedia e Traumatologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



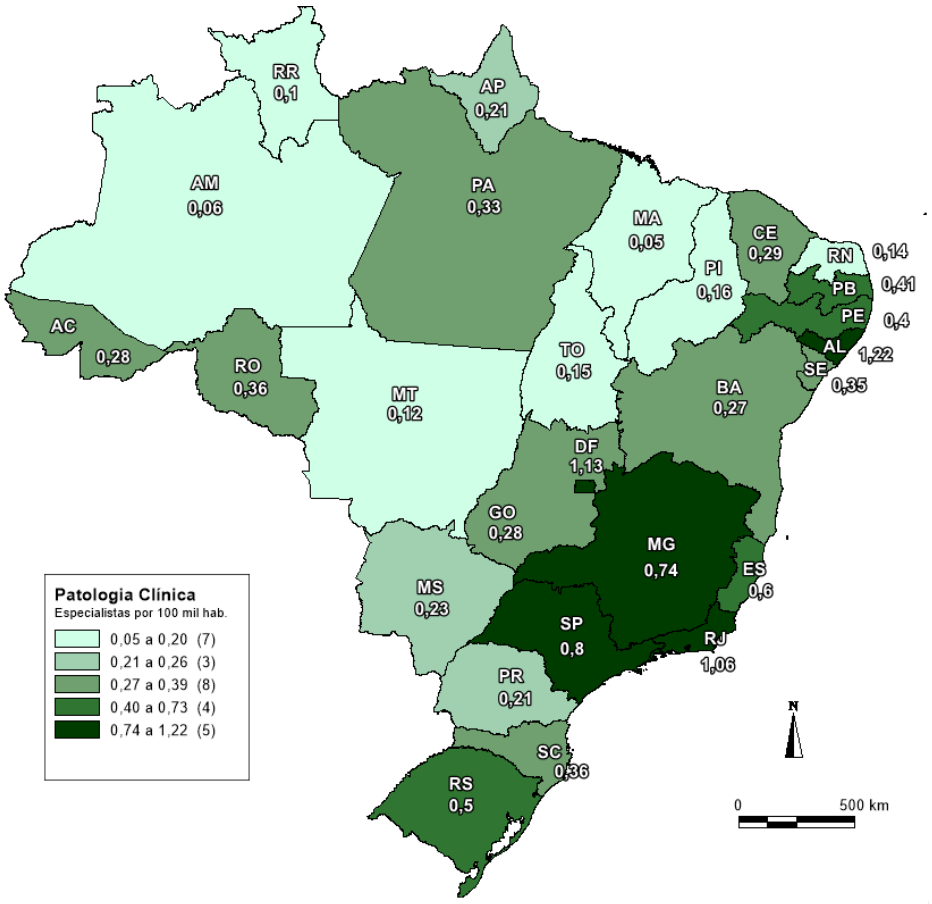
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 43 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Patologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



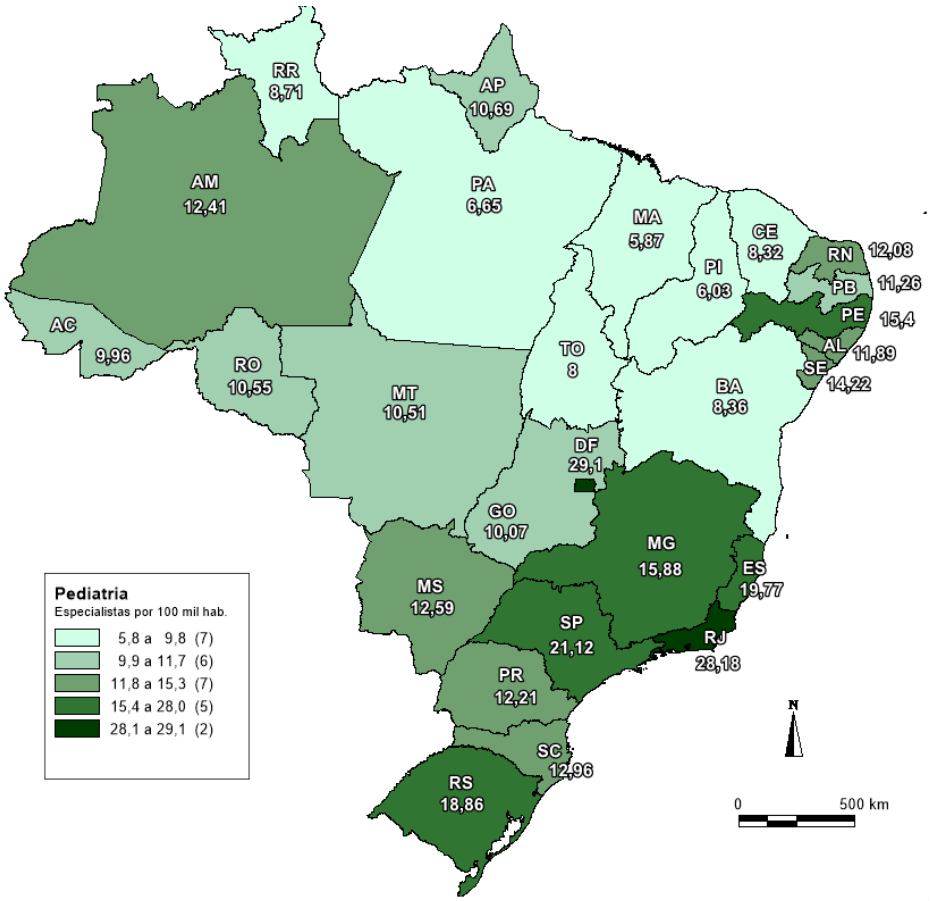
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 44 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Patologia Clínica por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



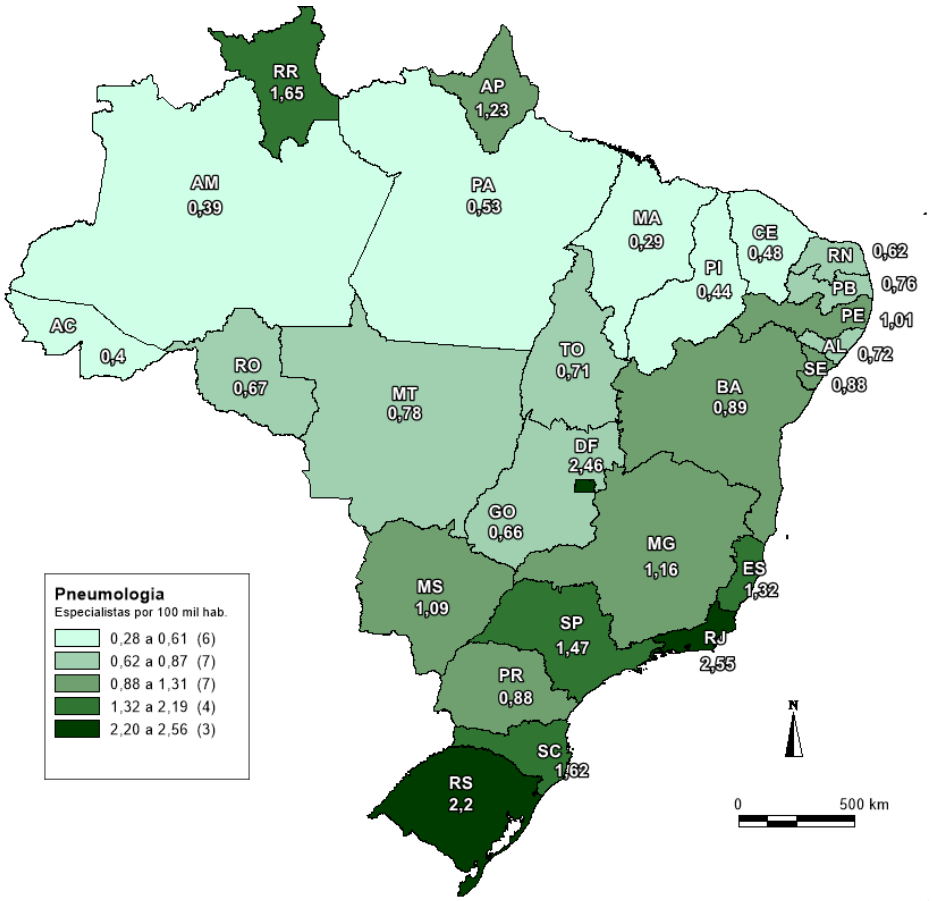
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 45 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Pediatria por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



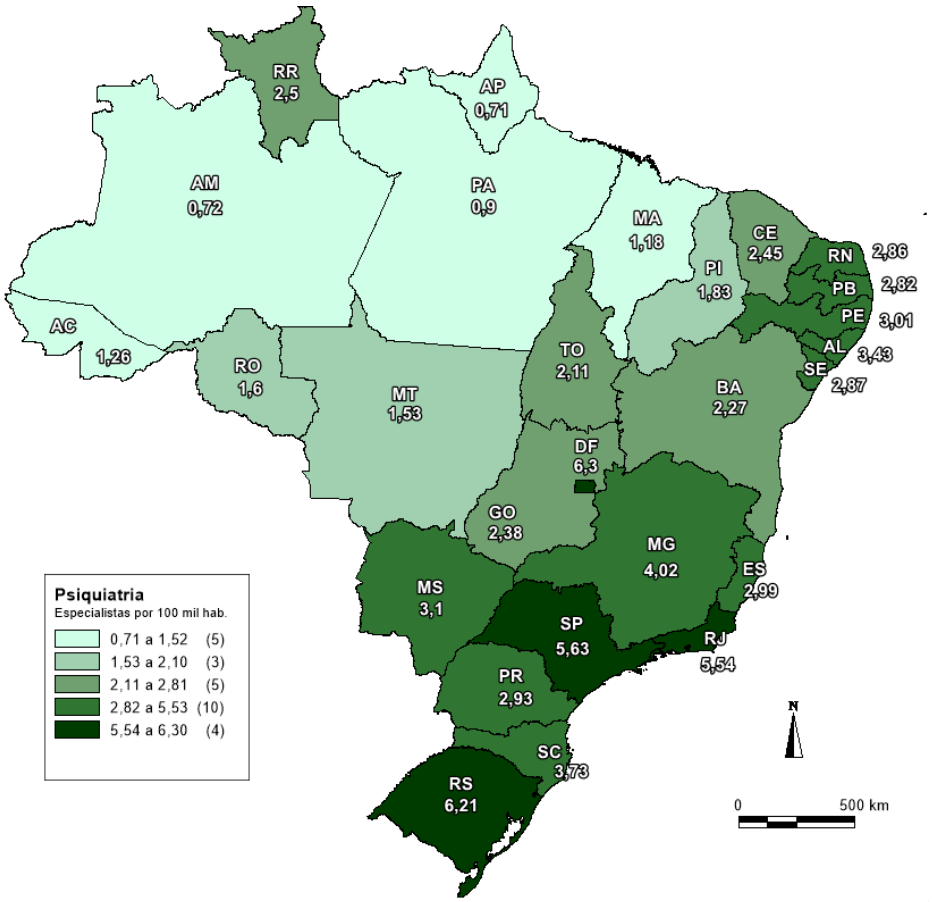
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 46 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Pneumologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



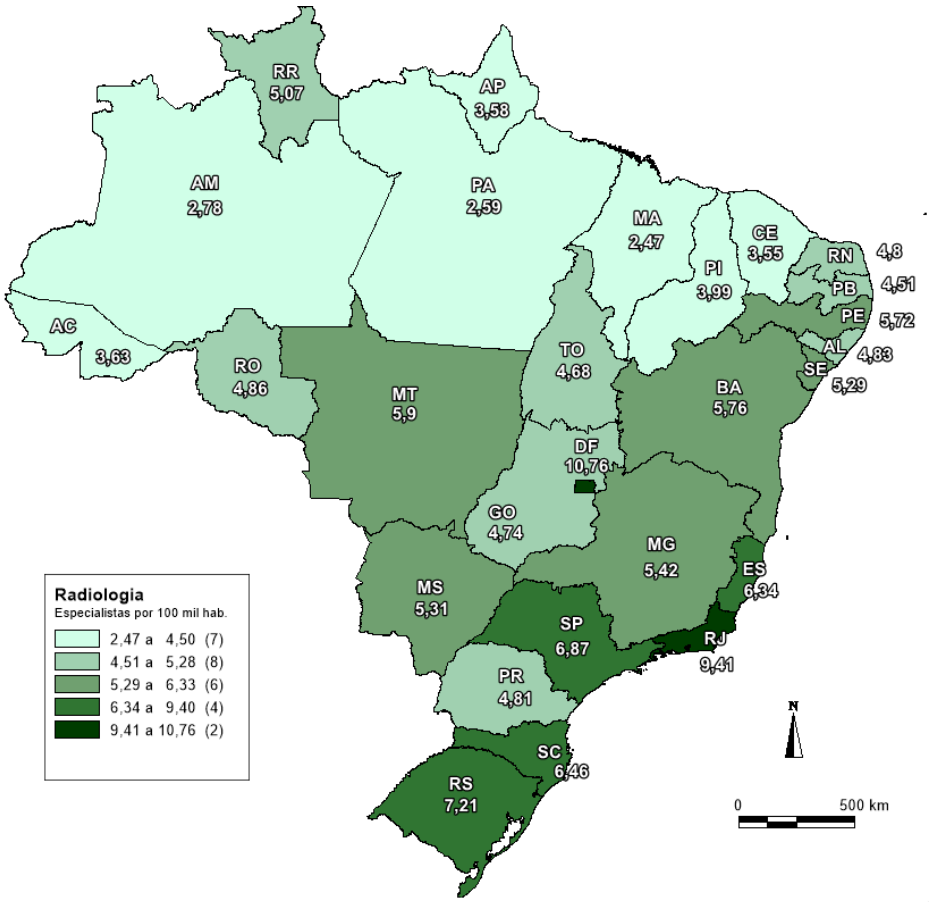
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 47 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Psiquiatria por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



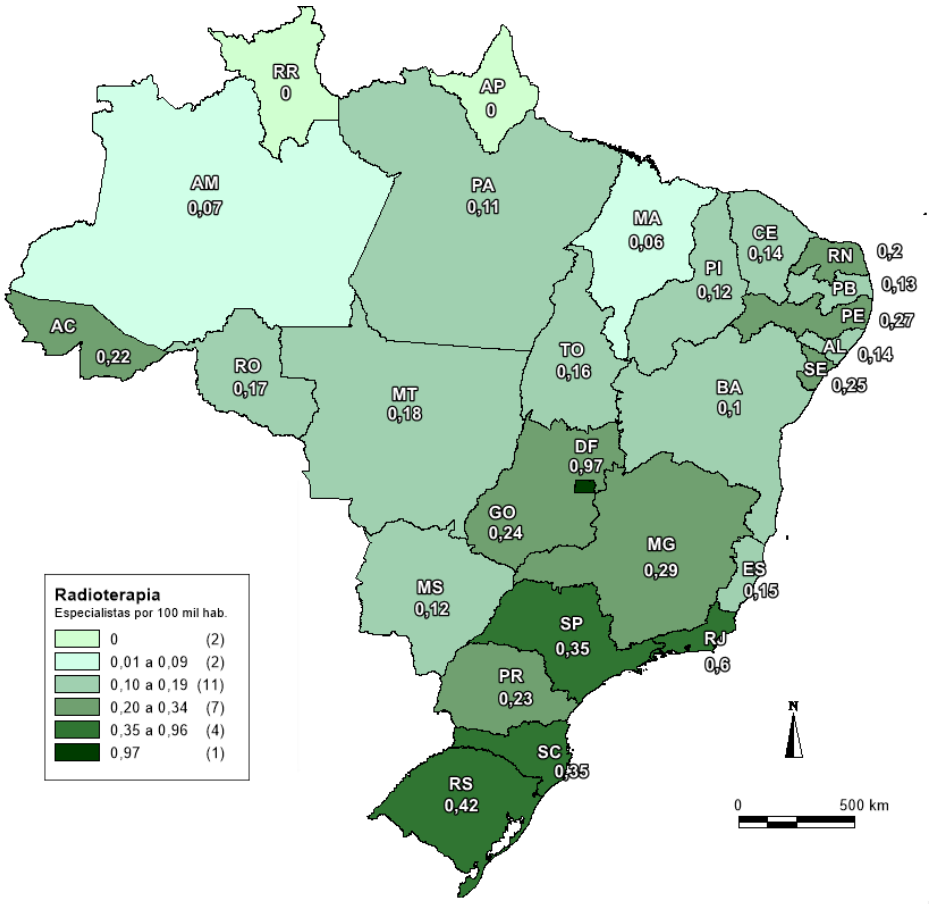
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 48 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Radiologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



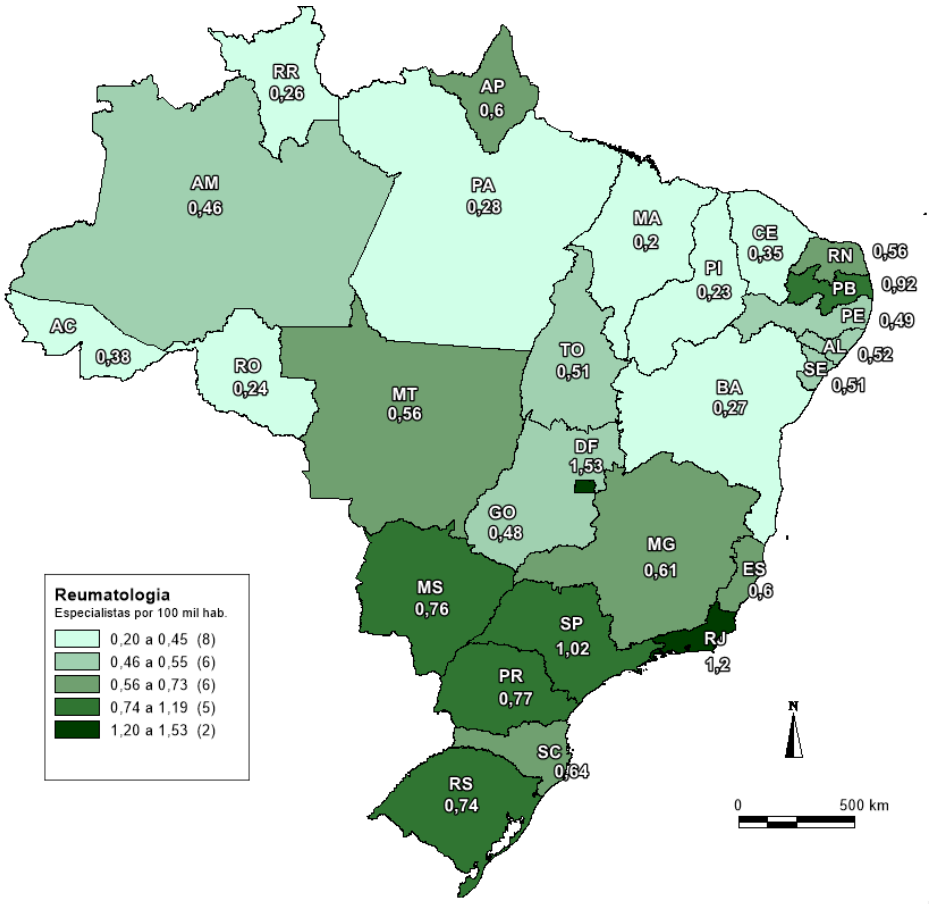
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 49 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Radioterapia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



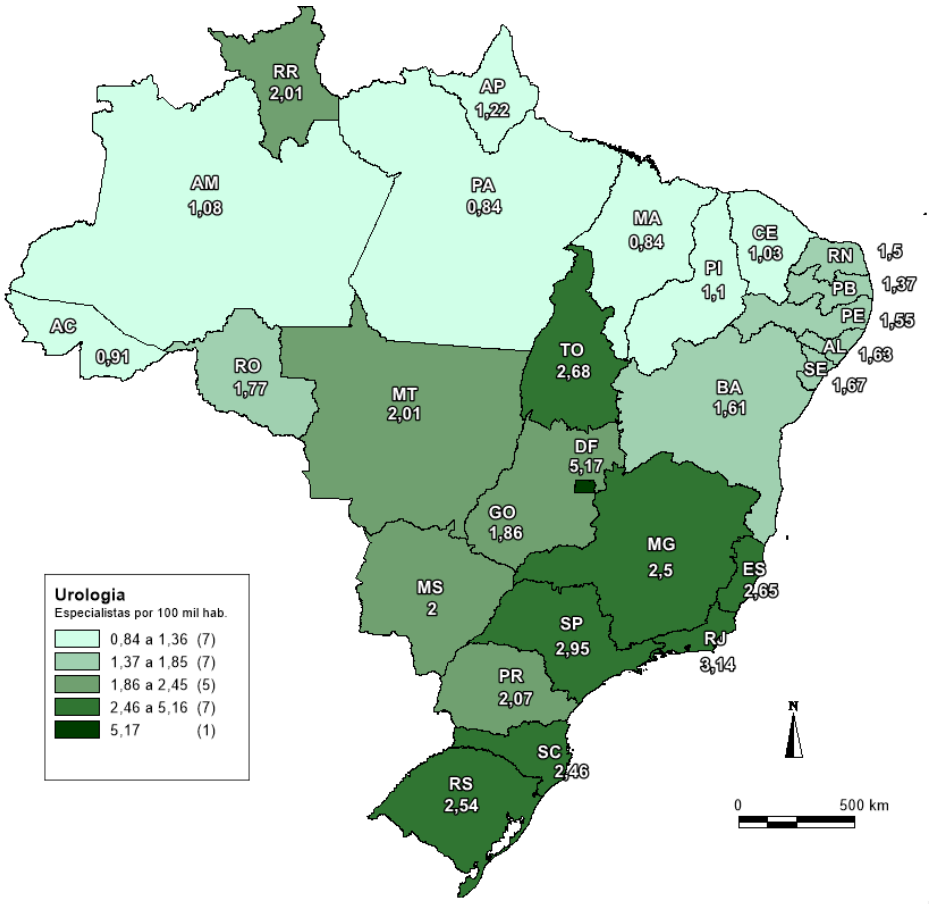
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 50 – BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Reumatologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

Mapa 51 - BRASIL, março de 2014: Distribuição da especialidade de Urologia por 100 mil habitantes, segundo unidade de federação.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do CNES.

C – Questionário da ETAC

1. Código CNES (cadastro)
2. Nome fantasia (cadastro)
3. Código do município (cadastro)
4. Nome do município (cadastro)
5. Unidade da Federação (cadastro)
6. Telefone (cadastro - permite alteração pelo entrevistador)
7. E-mail (cadastro – permite alteração pelo entrevistador)
8. Natureza jurídica do estabelecimento (cadastro)
   a. Administração Pública direta *(MS, SES e SMS)*
   b. Administração Pública indireta *(autarquias, fundações, empresas públicas, etc.)*
   c. Empresa Privada
   d. Entidades sem fins lucrativos *(filantrópicas, OS, etc.)*
   e. Outros *(cooperativa, fundação privada, etc.)*

9. Porte do estabelecimento (cadastro)
   a. Médio (de 50 a 99 postos de trabalho)
   b. Grande (100 postos de trabalho ou mais)

10. Estrato da amostra (cadastro)
    a. Hospital público
    b. Hospital privado
    c. Serviço especializado público
    d. Serviço especializado privado
    e. Pronto Socorro/Pronto atendimento
    f. Cooperativa

11. Estabelecimento sorteado? (cadastro)
    a. Sim
    b. Não

12. Nome do respondente: _____

13. Cargo do respondente:

a. Diretor clínico (geral ou de área específica);
b. Diretor administrativo e ou de Recursos Humanos;
c. Secretário Municipal de Saúde;
d. Gerente;
e. Sócio proprietário;
f. Outro. Especifique: _____

Parte 2 - Oferta de especialidades

As perguntas de 14 a 23 serão feitas para cada especialidade, sendo as especialidades a serem pesquisadas: Anestesiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Neurologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia e Pediatra.

14. O seu estabelecimento oferece o serviço de *(especialidade x)*?

a. Sim
b. Sim, mas não conto com o profissional no momento;
c. Não, não faz parte do meu quadro.

15. Os profissionais desta especialidade (pode marcar mais de uma alternativa):

☐ Têm vinculo empregatício com o estabelecimento: Estatutários/ CLT/ Contrato Temp. com a Adm. Pública/ Cargo Comissionado
☐ São Sócios/ Proprietários do estabelecimento
☐ São Cooperados
☐ São Prestadores de serviço – Autônomo, Pessoa Física.
☐ São Prestadores de serviço – Pessoa Jurídica
☐ São Intermediados pelo Terceiro Setor - Organização Social – OS/ Org. da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP/ Org. Não-Governamental - ONG.
☐ São Intermediados por Empresas Privadas Lucrativas
☐ São Intermediados por Empresas Privadas Filantrópicas
☐ São Credenciados (médicos não tem vínculo com o estabelecimento, são credenciados por planos e seguros de saúde)

☐ Outros; Especifique: _____

16. O sistema de remuneração utilizado no estabelecimento é baseado em (pode marcar mais de uma alternativa):

☐ Salário fixo, baseado em tempo
☐ Por produção ou procedimento
☐ Plantão
☐ Outro; Especifique: _____

Rotatividade e dificuldades de contratação

17. O(a) senhor(a) encontra dificuldade para contratar estes especialistas?
    a. Sim, muita dificuldade;
    b. Sim, pouca dificuldade;
    c. Não, nenhuma dificuldade;
    d. Não sabe.

18. Se **SIM**, quais as principais razões que o(a) senhor(a) atribui para esta dificuldade? (marcar até três alternativas)

☐ O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais
☐ A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais
☐ As condições de contratação *(vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados)* não são consideradas atrativas pelos profissionais;
☐ Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância
☐ Falta de segurança no local de trabalho
☐ Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB
☐ Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho
☐ Outra; Qual?: _____

19. Com relação ao nível de dificuldade de contratação destes especialistas, nos últimos dois anos o(a) senhor(a) considera que:
    a. Tem aumentado
    b. Continua o mesmo
    c. Tem diminuído
    d. Não sabe

20. Com relação aos próximos dois anos, o(a) senhor(a) considera que a dificuldade de contratação destes especialistas:
    a. Vai aumentar
    b. Vai continuar a mesma
    c. Vai diminuir
    d. Não Sabe

21. O(a) Senhor(a) considera que os índices de rotatividade destes especialistas no seu estabelecimento são:
    a. Muito altos
    b. Relativamente altos
    c. Baixos
    d. Muito baixos
    e. Não sabe

22. Existem postos de trabalho vagos para esta especialidade?
    a. Sim
    b. Não
    c. Não sabe

23. Quando existem postos de trabalho vagos para esta especialidade, quanto tempo em média leva para preenchê-lo?
    Dias:_____
    Semanas:_____
    Meses:_____

Geral

24. Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito?
    a. O estabelecimento deixa de ofertar o serviço
    b. Utiliza os serviços de um especialista de outra área
    c. Especialistas da mesma área dividem os casos
    d. Outro; Especifique: _____

25. Dentre as especialidade/s citadas, para qual delas o(a) senhor(a) encontra maior dificuldade para contratação? *(marcar até 3)*
    a. 1ª opção: _____
    b. 2ª opção: _____
    c. 3ª opção: _____

26. Além das especialidades citadas, há alguma outra para qual o(a) senhor(a) encontra dificuldade para contratação? _____

D – Resultados detalhados da ETAC por estrato da amostra

Resultados detalhados da ETAC para o total da amostra (n = 653).

		ANEST.	CANCER	CARDIO	CIR. GERAL	NEUROL.	NEUROC.	OFTALMO	ORTOP	OTORRINO	PEDIAT.
Número de Estabelecimentos que Oferecem a Especialidade	n	394	109	352	430	291	146	246	423	248	449
	%	60,3	16,7	53,9	65,8	44,6	22,4	37,7	64,8	38,0	68,8
Tipo de vínculo											
Vinculo empregatício	n	143	45	181	190	146	46	122	197	104	230
	%	36,3	41,3	51,4	44,2	50,2	31,5	49,6	46,6	41,9	51,2
Sócios Proprietários	n	7	1	5	9	2	1	4	7	3	8
	%	1,8	0,9	1,4	2,1	0,7	0,7	1,6	1,7	1,2	1,8
Cooperados	n	47	12	22	34	28	16	19	28	18	35
	%	11,9	11,0	6,3	7,9	9,6	11,0	7,7	6,6	7,3	7,8
Prestadores PF	n	48	12	37	51	29	16	23	40	27	50
	%	12,2	11,0	10,5	11,9	10,0	11,0	9,3	9,5	10,9	11,1
Prestadores PJ	n	165	46	113	175	97	71	73	160	90	150
	%	41,9	42,2	32,1	40,7	33,3	48,6	29,7	37,8	36,3	33,4
Intermediados Terceiro Setor	n	4	0	1	3	3	0	3	4	0	3
	%	1,0	0,0	0,3	0,7	1,0	0,0	1,2	0,9	0,0	0,7
Intermediados Privadas	n	21	3	8	6	5	6	8	12	2	9
	%	5,3	2,8	2,3	1,4	1,7	4,1	3,3	2,8	0,8	2,0
Intermediados Filantrópicas	n	2	2	3	1	1	1	2	2	1	3
	%	0,5	1,8	0,9	0,2	0,3	0,7	0,8	0,5	0,4	0,7
Credenciados	n	5	2	5	5	4	3	4	5	5	4
	%	1,3	1,8	1,4	1,2	1,4	2,1	1,6	1,2	2,0	0,9
Outros	n	11	0	0	3	3	3	5	9	7	8
	%	2,8	0,0	0,0	0,7	1,0	2,1	2,0	2,1	2,8	1,8

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Formas de remuneração											
Remuneração fixa	n	147	52	188	189	160	52	117	195	109	233
	%	37,3	47,7	53,4	44,0	55,0	35,6	47,6	46,1	44,0	51,9
Remuneração por procedimento	n	192	58	147	196	114	82	119	179	125	167
	%	48,7	53,2	41,8	45,6	39,2	56,2	48,4	42,3	50,4	37,2
Plantão	n	129	15	61	136	51	42	34	105	45	134
	%	32,7	13,8	17,3	31,6	17,5	28,8	13,8	24,8	18,1	29,8
Outro	n	17	4	13	8	10	6	5	11	7	13
	%	4,3	3,7	3,7	1,9	3,4	4,1	2,0	2,6	2,8	2,9
Nível de dificuldade para contratação											
Muita	n	109	11	37	67	70	24	24	59	28	174
	%	27,7	10,1	10,5	15,6	24,1	16,4	9,8	13,9	11,3	38,8
Pouca	n	35	15	21	34	51	18	15	37	18	60
	%	8,9	13,8	6,0	7,9	17,5	12,3	6,1	8,7	7,3	13,4
Nenhuma	n	229	77	279	309	157	94	194	302	185	194
	%	58,1	70,6	79,3	71,9	54,0	64,4	78,9	71,4	74,6	43,2
Não sabe/Não resposta	n	21	6	15	20	13	10	13	25	17	21
	%	5,3	5,5	4,3	4,7	4,5	6,8	5,3	5,9	6,9	4,7

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Razão da dificuldade: "é a mais importante razão ou está entre as mais importantes"											
O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais	n	58	7	26	41	42	13	20	51	19	73
	%	40,3	26,9	44,8	40,6	34,7	31,0	51,3	53,1	41,3	31,2
A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais	n	3	1	3	1	9	2	1	5	1	8
	%	2,1	3,8	5,2	1,0	7,4	4,8	2,6	5,2	2,2	3,4
As condições de contratação (vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados) não são consideradas atrativas pelos profissionais;	n	12	1	1	6	3	2	1	6	2	10
	%	8,3	3,8	1,7	5,9	2,5	4,8	2,6	6,3	4,3	4,3
Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade	n	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	%	1,4	3,8	1,7	1,0	0,8	0,0	2,6	1,0	2,2	0,4
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância	n	34	4	14	29	20	5	9	27	12	39
	%	23,6	15,4	24,1	28,7	16,5	11,9	23,1	28,1	26,1	16,7
Falta de segurança no local de trabalho	n	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB	n	26	7	13	26	37	16	7	16	5	64
	%	18,1	26,9	22,4	25,7	30,6	38,1	17,9	16,7	10,9	27,4
Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho	n	36	9	14	25	45	22	8	30	12	95
	%	25,0	34,6	24,1	24,8	37,2	52,4	20,5	31,3	26,1	40,6
Outro motivo	n	32	2	12	18	23	5	7	18	6	42
	%	22,2	7,7	20,7	17,8	19,0	11,9	17,9	18,8	13,0	17,9

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Nos últimos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Tem aumentado	n	66	10	34	51	56	23	19	53	18	149
	%	45,8	38,5	58,6	50,5	46,3	54,8	48,7	55,2	39,1	63,7
Continua o mesmo	n	52	13	16	32	40	13	14	29	20	52
	%	36,1	50,0	27,6	31,7	33,1	31,0	35,9	30,2	43,5	22,2
Tem diminuído	n	14	1	2	12	10	2	3	7	4	21
	%	9,7	3,8	3,4	11,9	8,3	4,8	7,7	7,3	8,7	9,0
Não sabe	n	11	3	5	7	11	3	3	6	3	15
	%	7,6	11,5	8,6	6,9	9,1	7,1	7,7	6,3	6,5	6,4
Nos próximos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Vai aumentar	n	67	10	26	53	48	18	15	41	17	118
	%	46,5	38,5	44,8	52,5	39,7	42,9	38,5	42,7	37,0	50,4
Vai continuar a mesma	n	30	9	14	15	35	12	12	24	14	63
	%	20,8	34,6	24,1	14,9	28,9	28,6	30,8	25,0	30,4	26,9
Vai diminuir	n	33	4	7	22	18	5	9	20	10	33
	%	22,9	15,4	12,1	21,8	14,9	11,9	23,1	20,8	21,7	14,1
Não sabe	n	14	5	10	12	15	6	3	9	3	23
	%	9,7	19,2	17,2	11,9	12,4	14,3	7,7	9,4	6,5	9,8

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Índices de rotatividade											
Muito altos	n	22	4	20	23	21	7	14	31	14	59
	%	5,6	3,7	5,7	5,3	7,2	4,8	5,7	7,3	5,6	13,1
Relativamente altos	n	27	6	19	27	20	12	15	33	15	49
	%	6,9	5,5	5,4	6,3	6,9	8,2	6,1	7,8	6,0	10,9
Baixos	n	122	33	106	139	90	40	84	142	83	134
	%	31,0	30,3	30,1	32,3	30,9	27,4	34,1	33,6	33,5	29,8
Muito baixos	n	197	55	186	216	139	72	119	196	115	180
	%	50,0	50,5	52,8	50,2	47,8	49,3	48,4	46,3	46,4	40,1
Não sabe	n	20	8	13	17	16	8	9	16	13	21
	%	5,1	7,3	3,7	4,0	5,5	5,5	3,7	3,8	5,2	4,7
Existência de postos vagos para a especialidade	n	95	15	65	86	83	25	46	86	35	170
	%	24,1	13,8	18,5	20,0	28,5	17,1	18,7	20,3	14,1	37,9
Tempo médio para preencher o posto vago											
Média (meses)		3,49	3,05	4,15	4,19	6,97	5,14	3,73	3,73	3,52	5,21
Máximo (meses)		122	24	122	122	97	49	49	61	85	61

(Continua)

(Continuação)

Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito:	n	%
O estabelecimento deixa de ofertar o serviço	97	14,9
Utiliza os serviços de um especialista de outra área	72	11,0
Especialistas da mesma área dividem os casos	232	35,5
Outra	215	32,9
Não resposta	37	5,7
Total	653	100,0

Resultados detalhados da ETAC para HOSPITAIS PRIVADOS (n = 240).

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Número de Estabelecimentos que Oferecem a Especialidade	n	209	57	141	204	100	81	99	168	109	180
	%	87,1	23,8	58,8	85,0	41,7	33,8	41,3	70,0	45,4	75,0
Tipo de vínculo											
Vinculo empregatício	n	36	9	31	42	20	16	20	27	17	40
	%	17,2	15,8	22,0	20,6	20,0	19,8	20,2	16,1	15,6	22,2
Sócios Proprietários	n	7	0	5	8	2	1	4	6	3	5
	%	3,3	0,0	3,5	3,9	2,0	1,2	4,0	3,6	2,8	2,8
Cooperados	n	17	5	6	8	7	5	6	5	6	9
	%	8,1	8,8	4,3	3,9	7,0	6,2	6,1	3,0	5,5	5,0
Prestadores PF	n	40	12	32	39	20	15	21	29	23	40
	%	19,1	21,1	22,7	19,1	20,0	18,5	21,2	17,3	21,1	22,2
Prestadores PJ	n	113	31	70	113	50	45	41	97	56	90
	%	54,1	54,4	49,6	55,4	50,0	55,6	41,4	57,7	51,4	50,0
Intermediados Terceiro Setor	n	2	0	1	1	1	0	1	1	0	1
	%	1,0	0,0	0,7	0,5	1,0	0,0	1,0	0,6	0,0	0,6
Intermediados Privadas	n	10	1	4	4	1	2	6	5	1	3
	%	4,8	1,8	2,8	2,0	1,0	2,5	6,1	3,0	0,9	1,7
Intermediados Filantrópicas	n	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1
	%	1,0	3,5	0,7	0,5	1,0	1,2	1,0	0,6	0,0	0,6
Credenciados	n	3	2	3	4	3	3	3	4	4	3
	%	1,4	3,5	2,1	2,0	3,0	3,7	3,0	2,4	3,7	1,7
Outros	n	5	0	0	1	2	2	1	1	3	2
	%	2,4	0,0	0,0	0,5	2,0	2,5	1,0	0,6	2,8	1,1

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Formas de remuneração	n	55	13	43	57	27	18	23	42	22	52
Remuneração fixa	%	26,3	22,8	30,5	27,9	27,0	22,2	23,2	25,0	20,2	28,9
	n	140	44	96	143	65	56	77	115	81	121
Remuneração por procedimento	%	67,0	77,2	68,1	70,1	65,0	69,1	77,8	68,5	74,3	67,2
	n	61	8	34	62	22	24	18	50	27	61
Plantão	%	29,2	14,0	24,1	30,4	22,0	29,6	18,2	29,8	24,8	33,9
	n	10	3	5	4	4	4	2	6	4	6
Outro	%	4,8	5,3	3,5	2,0	4,0	4,9	2,0	3,6	3,7	3,3
Nível de dificuldade para contratação	n	59	9	13	34	13	12	9	26	14	72
Muita	%	28,2	15,8	9,2	16,7	13,0	14,8	9,1	15,5	12,8	40,0
	n	16	6	6	20	19	9	5	12	8	23
Pouca	%	7,7	10,5	4,3	9,8	19,0	11,1	5,1	7,1	7,3	12,8
	n	121	37	116	143	62	55	79	120	80	76
Nenhuma	%	57,9	64,9	82,3	70,1	62,0	67,9	79,8	71,4	73,4	42,2
	n	13	5	6	7	6	5	6	10	7	9
Não sabe/Não resposta	%	6,2	8,8	4,3	3,4	6,0	6,2	6,1	6,0	6,4	5,0
		55	13	43	57	27	18	23	42	22	52

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Razão da dificuldade: "é a mais importante razão ou está entre as mais importantes"											
O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais	n	31	2	8	24	8	7	10	22	8	26
	%	41,3	13,3	42,1	44,4	25,0	33,3	71,4	57,9	36,4	27,4
A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais	n	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
	%	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	2,6	4,5	0,0
As condições de contratação (vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados) não são consideradas atrativas pelos profissionais;	n	6	1	0	3	0	1	0	1	0	4
	%	8,0	6,7	0,0	5,6	0,0	4,8	0,0	2,6	0,0	4,2
Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade	n	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0
	%	2,7	6,7	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância	n	20	3	7	16	6	3	4	15	8	23
	%	26,7	20,0	36,8	29,6	18,8	14,3	28,6	39,5	36,4	24,2
Falta de segurança no local de trabalho	n	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB	n	12	3	1	13	8	4	3	5	2	23
	%	16,0	20,0	5,3	24,1	25,0	19,0	21,4	13,2	9,1	24,2
Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho	n	19	7	8	14	12	8	2	16	5	45
	%	25,3	46,7	42,1	25,9	37,5	38,1	14,3	42,1	22,7	47,4
Outro motivo	n	13	1	5	6	6	3	2	3	4	12
	%	17,3	6,7	26,3	11,1	18,8	14,3	14,3	7,9	18,2	12,6

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Nos últimos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Tem aumentado	n	35	4	9	25	18	13	6	24	10	64
	%	46,7	26,7	47,4	46,3	56,3	61,9	42,9	63,2	45,5	67,4
Continua o mesmo	n	25	8	6	20	9	6	4	10	8	20
	%	33,3	53,3	31,6	37,0	28,1	28,6	28,6	26,3	36,4	21,1
Tem diminuído	n	6	1	1	6	2	1	2	4	2	6
	%	8,0	6,7	5,3	11,1	6,3	4,8	14,3	10,5	9,1	6,3
Não sabe	n	7	2	3	4	2	1	2	1	1	8
	%	9,3	13,3	15,8	7,4	6,3	4,8	14,3	2,6	4,5	8,4
Nos próximos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Vai aumentar	n	36	5	10	30	14	11	5	20	11	51
	%	48,0	33,3	52,6	55,6	43,8	52,4	35,7	52,6	50,0	53,7
Vai continuar a mesma	n	13	6	4	7	6	4	5	9	7	26
	%	17,3	40,0	21,1	13,0	18,8	19,0	35,7	23,7	31,8	27,4
Vai diminuir	n	18	4	2	12	8	3	4	9	3	11
	%	24,0	26,7	10,5	22,2	25,0	14,3	28,6	23,7	13,6	11,6
Não sabe	n	7	1	3	6	3	3	0	1	0	10
	%	9,3	6,7	15,8	11,1	9,4	14,3	0,0	2,6	0,0	10,5

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Índices de rotatividade											
Muito altos	n	10	1	6	6	5	5	4	10	5	17
	%	4,8	1,8	4,3	2,9	5,0	6,2	4,0	6,0	4,6	9,4
Relativamente altos	n	17	2	5	12	3	4	5	10	3	20
	%	8,1	3,5	3,5	5,9	3,0	4,9	5,1	6,0	2,8	11,1
Baixos	n	61	13	36	59	27	22	25	51	34	56
	%	29,2	22,8	25,5	28,9	27,0	27,2	25,3	30,4	31,2	31,1
Muito baixos	n	112	32	85	115	55	40	56	85	57	76
	%	53,6	56,1	60,3	56,4	55,0	49,4	56,6	50,6	52,3	42,2
Não sabe	n	8	7	5	9	7	6	6	10	7	9
	%	3,8	12,3	3,5	4,4	7,0	7,4	6,1	6,0	6,4	5,0
Existência de postos vagos para a especialidade	n	46	9	20	41	23	14	14	28	13	65
	%	22,0	15,8	14,2	20,1	23,0	17,3	14,1	16,7	11,9	36,1
Tempo médio para preencher o posto vago											
Média (meses)		2,63	2,68	2,04	4,22	6,21	5,38	1,85	4,17	5,15	5,49
Máximo (meses)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

(Continua)

(Continuação)

Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito:	n	%
O estabelecimento deixa de ofertar o serviço	28	11,7
Utiliza os serviços de um especialista de outra área	29	12,1
Especialistas da mesma área dividem os casos	89	37,1
Outra	83	34,6
Não resposta	11	4,6
Total	240	100,0

Resultados detalhados da ETAC para HOSPITAIS PÚBLICOS (n = 178).

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Número de Estabelecimentos que Oferecem a Especialidade	n	131	27	89	125	71	28	48	108	41	116
	%	73,6	15,2	50,0	70,2	39,9	15,7	27,0	60,7	23,0	65,2
Tipo de vínculo											
Vinculo empregatício	n	84	25	68	89	49	16	38	74	27	85
	%	64,1	92,6	76,4	71,2	69,0	57,1	79,2	68,5	65,9	73,3
Sócios Proprietários	n	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cooperados	n	17	1	5	11	7	2	2	7	1	12
	%	13,0	3,7	5,6	8,8	9,9	7,1	4,2	6,5	2,4	10,3
Prestadores PF	n	5	0	0	6	5	0	1	5	1	3
	%	3,8	0,0	0,0	4,8	7,0	0,0	2,1	4,6	2,4	2,6
Prestadores PJ	n	32	4	15	31	15	11	10	29	11	19
	%	24,4	14,8	16,9	24,8	21,1	39,3	20,8	26,9	26,8	16,4
Intermediados Terceiro Setor	n	2	0	0	2	1	0	1	2	0	1
	%	1,5	0,0	0,0	1,6	1,4	0,0	2,1	1,9	0,0	0,9
Intermediados Privadas	n	9	1	2	1	2	4	1	4	0	4
	%	6,9	3,7	2,2	0,8	2,8	14,3	2,1	3,7	0,0	3,4
Intermediados Filantrópicas	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Credenciados	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros	n	3	0	0	1	0	0	1	4	3	4
	%	2,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	2,1	3,7	7,3	3,4

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Formas de remuneração											
Remuneração fixa	n	71	25	66	78	58	19	32	68	29	81
	%	54,2	92,6	74,2	62,4	81,7	67,9	66,7	63,0	70,7	69,8
Remuneração por procedimento	n	27	3	14	21	12	8	9	23	9	15
	%	20,6	11,1	15,7	16,8	16,9	28,6	18,8	21,3	22,0	12,9
Plantão	n	49	4	13	41	11	8	10	26	7	33
	%	37,4	14,8	14,6	32,8	15,5	28,6	20,8	24,1	17,1	28,4
Outro	n	5	0	3	1	2	1	0	1	1	1
	%	3,8	0,0	3,4	0,8	2,8	3,6	0,0	0,9	2,4	0,9
Nível de dificuldade para contratação											
Muita	n	43	1	8	24	21	6	7	17	3	44
	%	32,8	3,7	9,0	19,2	29,6	21,4	14,6	15,7	7,3	37,9
Pouca	n	15	3	6	8	8	2	2	9	2	15
	%	11,5	11,1	6,7	6,4	11,3	7,1	4,2	8,3	4,9	12,9
Nenhuma	n	68	22	71	85	40	18	34	76	32	50
	%	51,9	81,5	79,8	68,0	56,3	64,3	70,8	70,4	78,0	43,1
Não sabe/Não resposta	n	5	1	4	8	2	2	5	6	4	7
	%	3,8	3,7	4,5	6,4	2,8	7,1	10,4	5,6	9,8	6,0

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Razão da dificuldade: "é a mais importante razão ou está entre as mais importantes"											
O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais	n	22	0	4	11	10	1	1	12	2	20
	%	37,9	0,0	28,6	34,4	34,5	12,5	11,1	46,2	40,0	33,9
A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais	n	1	0	1	0	3	1	0	1	0	4
	%	1,7	0,0	7,1	0,0	10,3	12,5	0,0	3,8	0,0	6,8
As condições de contratação (vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados) não são consideradas atrativas pelos profissionais;	n	5	0	1	3	2	1	1	2	1	3
	%	8,6	0,0	7,1	9,4	6,9	12,5	11,1	7,7	20,0	5,1
Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade	n	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
	%	0,0	0,0	7,1	3,1	0,0	0,0	11,1	3,8	0,0	1,7
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância	n	12	0	1	7	4	1	1	6	1	8
	%	20,7	0,0	7,1	21,9	13,8	12,5	11,1	23,1	20,0	13,6
Falta de segurança no local de trabalho	n	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB	n	13	2	5	8	10	5	3	7	0	16
	%	22,4	50,0	35,7	25,0	34,5	62,5	33,3	26,9	0,0	27,1
Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho	n	15	1	2	7	10	5	1	8	2	18
	%	25,9	25,0	14,3	21,9	34,5	62,5	11,1	30,8	40,0	30,5
Outro motivo	n	16	1	2	10	6	1	4	6	1	16
	%	27,6	25,0	14,3	31,3	20,7	12,5	44,4	23,1	20,0	27,1

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Nos últimos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Tem aumentado	n	27	2	9	19	12	2	4	11	0	38
	%	46,6	50,0	64,3	59,4	41,4	25,0	44,4	42,3	0,0	64,4
Continua o mesmo	n	21	1	3	7	11	4	4	11	2	11
	%	36,2	25,0	21,4	21,9	37,9	50,0	44,4	42,3	40,0	18,6
Tem diminuído	n	6	0	1	3	4	1	0	1	1	8
	%	10,3	0,0	7,1	9,4	13,8	12,5	0,0	3,8	20,0	13,6
Não sabe	n	3	1	0	3	2	1	1	2	2	3
	%	5,2	25,0	0,0	9,4	6,9	12,5	11,1	7,7	40,0	5,1
Nos próximos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Vai aumentar	n	22	2	5	19	13	1	4	7	1	31
	%	37,9	50,0	35,7	59,4	44,8	12,5	44,4	26,9	20,0	52,5
Vai continuar a mesma	n	16	1	4	3	9	4	2	9	1	14
	%	27,6	25,0	28,6	9,4	31,0	50,0	22,2	34,6	20,0	23,7
Vai diminuir	n	13	0	1	6	5	1	2	5	2	9
	%	22,4	0,0	7,1	18,8	17,2	12,5	22,2	19,2	40,0	15,3
Não sabe	n	6	1	3	4	2	2	1	4	1	6
	%	10,3	25,0	21,4	12,5	6,9	25,0	11,1	15,4	20,0	10,2

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Índices de rotatividade											
Muito altos	n	10	1	4	9	4	0	3	11	2	16
	%	7,6	3,7	4,5	7,2	5,6	0,0	6,3	10,2	4,9	13,8
Relativamente altos	n	7	3	6	5	4	3	3	8	4	10
	%	5,3	11,1	6,7	4,0	5,6	10,7	6,3	7,4	9,8	8,6
Baixos	n	46	12	24	42	22	8	18	38	15	26
	%	35,1	44,4	27,0	33,6	31,0	28,6	37,5	35,2	36,6	22,4
Muito baixos	n	57	9	47	62	37	16	24	48	18	54
	%	43,5	33,3	52,8	49,6	52,1	57,1	50,0	44,4	43,9	46,6
Não sabe	n	8	1	5	5	3	1	0	2	1	8
	%	6,1	3,7	5,6	4,0	4,2	3,6	0,0	1,9	2,4	6,9
Existência de postos vagos para a especialidade	n	41	2	16	30	20	4	10	29	4	41
	%	31,3	7,4	18,0	24,0	28,2	14,3	20,8	26,9	9,8	35,3
Tempo médio para preencher o posto vago											
Média (meses)		6,14	2,58	7,77	5,93	7,11	3,32	5,88	3,74	2,35	6,36
Máximo (meses)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

(Continua)

(Continuação)

Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito:	n	%
O estabelecimento deixa de ofertar o serviço	27	15,2
Utiliza os serviços de um especialista de outra área	21	11,8
Especialistas da mesma área dividem os casos	62	34,8
Outra	57	32,0
Não resposta	11	6,2
Total	178	100,0

Resultados detalhados da ETAC para PRONTO SOCORRO (n = 80).

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Número de Estabelecimentos que Oferecem a Especialidade	n	11	5	19	33	20	8	14	45	13	70
	%	13,8	6,3	23,8	41,3	25,0	10,0	17,5	56,3	16,3	87,5
Tipo de vínculo											
Vinculo empregatício	n	5	1	15	22	15	4	11	33	10	50
	%	45,5	20,0	78,9	66,7	75,0	50,0	78,6	73,3	76,9	71,4
Sócios Proprietários	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cooperados	n	1	0	1	3	3	1	2	2	2	3
	%	9,1	0,0	5,3	9,1	15,0	12,5	14,3	4,4	15,4	4,3
Prestadores PF	n	0	0	0	4	1	0	0	1	0	4
	%	0,0	0,0	0,0	12,1	5,0	0,0	0,0	2,2	0,0	5,7
Prestadores PJ	n	5	3	4	13	4	4	3	12	2	26
	%	45,5	60,0	21,1	39,4	20,0	50,0	21,4	26,7	15,4	37,1
Intermediados Terceiro Setor	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Intermediados Privadas	n	1	0	1	1	0	0	0	1	0	2
	%	9,1	0,0	5,3	3,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	2,9
Intermediados Filantrópicas	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Credenciados	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros	n	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
	%	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	7,7	0,0

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Formas de remuneração											
Remuneração fixa	n	5	2	16	20	14	4	11	27	10	46
	%	45,5	40,0	84,2	60,6	70,0	50,0	78,6	60,0	76,9	65,7
Remuneração por procedimento	n	1	1	1	3	3	1	3	5	3	4
	%	9,1	20,0	5,3	9,1	15,0	12,5	21,4	11,1	23,1	5,7
Plantão	n	9	3	3	17	5	4	0	16	0	28
	%	81,8	60,0	15,8	51,5	25,0	50,0	0,0	35,6	0,0	40,0
Outro	n	0	1	1	1	2	0	1	3	0	3
	%	0,0	20,0	5,3	3,0	10,0	0,0	7,1	6,7	0,0	4,3
Nível de dificuldade para contratação											
Muita	n	0	0	2	3	7	3	1	3	1	31
	%	0,0	0,0	10,5	9,1	35,0	37,5	7,1	6,7	7,7	44,3
Pouca	n	1	3	0	2	3	2	2	3	0	9
	%	9,1	60,0	0,0	6,1	15,0	25,0	14,3	6,7	0,0	12,9
Nenhuma	n	9	2	17	27	10	2	11	39	12	28
	%	81,8	40,0	89,5	81,8	50,0	25,0	78,6	86,7	92,3	40,0
Não sabe/Não resposta	n	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2
	%	9,1	0,0	0,0	3,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	2,9

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Razão da dificuldade: "é a mais importante razão ou está entre as mais importantes"											
O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais	n	0	2	1	3	1	2	2	4	0	14
	%	0,0	66,7	50,0	60,0	10,0	40,0	66,7	66,7	0,0	35,0
A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
As condições de contratação (vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados) não são consideradas atrativas pelos profissionais;	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância	n	0	1	1	3	2	1	0	2	0	4
	%	0,0	33,3	50,0	60,0	20,0	20,0	0,0	33,3	0,0	10,0
Falta de segurança no local de trabalho	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB	n	0	1	0	3	3	3	0	0	1	17
	%	0,0	33,3	0,0	60,0	30,0	60,0	0,0	0,0	100,0	42,5
Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho	n	0	1	1	1	5	3	1	4	0	16
	%	0,0	33,3	50,0	20,0	50,0	60,0	33,3	66,7	0,0	40,0
Outro motivo	n	1	0	0	0	1	0	0	2	0	8
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	33,3	0,0	20,0

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Nos últimos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Tem aumentado	n	0	2	1	1	3	3	2	3	0	21
	%	0,0	66,7	50,0	20,0	30,0	60,0	66,7	50,0	0,0	52,5
Continua o mesmo	n	1	1	1	3	3	1	1	1	1	11
	%	100,0	33,3	50,0	60,0	30,0	20,0	33,3	16,7	100,0	27,5
Tem diminuído	n	0	0	0	1	1	0	0	1	0	4
	%	0,0	0,0	0,0	20,0	10,0	0,0	0,0	16,7	0,0	10,0
Não sabe	n	0	0	0	0	2	1	0	1	0	3
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	20,0	0,0	16,7	0,0	7,5
Nos próximos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Vai aumentar	n	1	1	1	0	2	2	1	3	0	12
	%	100,0	33,3	50,0	0,0	20,0	40,0	33,3	50,0	0,0	30,0
Vai continuar a mesma	n	0	0	0	3	4	3	1	1	0	12
	%	0,0	0,0	0,0	60,0	40,0	60,0	33,3	16,7	0,0	30,0
Vai diminuir	n	0	0	1	2	1	0	1	1	0	10
	%	0,0	0,0	50,0	40,0	10,0	0,0	33,3	16,7	0,0	25,0
Não sabe	n	0	2	0	0	1	0	0	1	1	5
	%	0,0	66,7	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	16,7	100,0	12,5

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Índices de rotatividade											
Muito altos	n	1	1	1	2	1	0	0	3	0	11
	%	9,1	20,0	5,3	6,1	5,0	0,0	0,0	6,7	0,0	15,7
Relativamente altos	n	2	0	3	4	4	2	0	5	1	13
	%	18,2	0,0	15,8	12,1	20,0	25,0	0,0	11,1	7,7	18,6
Baixos	n	1	1	8	12	9	3	8	16	9	27
	%	9,1	20,0	42,1	36,4	45,0	37,5	57,1	35,6	69,2	38,6
Muito baixos	n	5	3	7	13	6	2	6	21	3	18
	%	45,5	60,0	36,8	39,4	30,0	25,0	42,9	46,7	23,1	25,7
Não sabe	n	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Existência de postos vagos para a especialidade	n	0	2	3	4	9	2	4	8	4	36
	%	0,0	40,0	15,8	12,1	45,0	25,0	28,6	17,8	30,8	51,4
Tempo médio para preencher o posto vago											
Média (meses)		0,32	6,43	3,28	1,62	5,67	10,13	2,31	1,73	1,30	4,31
Máximo (meses)		5	10	5	2	2	5	5	1	5	1

(Continua)

(Continuação)

Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito:	n	%
O estabelecimento deixa de ofertar o serviço	11	13,8
Utiliza os serviços de um especialista de outra área	8	10,0
Especialistas da mesma área dividem os casos	33	41,3
Outra	24	30,0
Não resposta	4	5,0
Total	80	100,0

Resultados detalhados da ETAC para SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PRIVADOS (n = 41).

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Número de Estabelecimentos que Oferecem a Especialidade	n	11	7	22	15	29	10	18	25	21	18
	%	26,8	17,1	53,7	36,6	70,7	24,4	43,9	61,0	51,2	43,9
Tipo de vínculo											
Vinculo empregatício	n	5	3	5	4	13	1	6	9	5	9
	%	45,5	42,9	22,7	26,7	44,8	10,0	33,3	36,0	23,8	50,0
Sócios Proprietários	n	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cooperados	n	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
	%	9,1	0,0	0,0	6,7	3,4	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0
Prestadores PF	n	0	0	3	0	0	1	0	3	1	0
	%	0,0	0,0	13,6	0,0	0,0	10,0	0,0	12,0	4,8	0,0
Prestadores PJ	n	6	4	13	10	16	7	9	11	13	8
	%	54,5	57,1	59,1	66,7	55,2	70,0	50,0	44,0	61,9	44,4
Intermediados Terceiro Setor	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Intermediados Privadas	n	0	0	1	0	1	0	1	2	1	0
	%	0,0	0,0	4,5	0,0	3,4	0,0	5,6	8,0	4,8	0,0
Intermediados Filantrópicas	n	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Credenciados	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Formas de remuneração											
Remuneração fixa	n	4	4	5	3	12	1	4	9	4	9
	%	36,4	57,1	22,7	20,0	41,4	10,0	22,2	36,0	19,0	50,0
Remuneração por procedimento	n	6	3	14	9	13	8	10	14	13	6
	%	54,5	42,9	63,6	60,0	44,8	80,0	55,6	56,0	61,9	33,3
Plantão	n	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1
	%	0,0	0,0	4,5	6,7	3,4	0,0	5,6	0,0	4,8	5,6
Outro	n	0	0	1	1	2	0	0	0	1	1
	%	0,0	0,0	4,5	6,7	6,9	0,0	0,0	0,0	4,8	5,6
Nível de dificuldade para contratação											
Muita	n	2	1	4	2	9	0	2	4	2	5
	%	18,2	14,3	18,2	13,3	31,0	0,0	11,1	16,0	9,5	27,8
Pouca	n	2	0	3	3	5	2	2	3	3	5
	%	18,2	0,0	13,6	20,0	17,2	20,0	11,1	12,0	14,3	27,8
Nenhuma	n	6	6	14	9	13	6	13	17	14	7
	%	54,5	85,7	63,6	60,0	44,8	60,0	72,2	68,0	66,7	38,9
Não sabe/Não resposta	n	1	0	1	1	2	2	1	1	2	1
	%	9,1	0,0	4,5	6,7	6,9	20,0	5,6	4,0	9,5	5,6

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Razão da dificuldade: "é a mais importante razão ou está entre as mais importantes"											
O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais	n	2	1	4	1	7	0	1	5	3	3
	%	50,0	100,0	57,1	20,0	50,0	0,0	25,0	71,4	60,0	30,0
A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais	n	0	1	1	0	2	0	0	1	0	2
	%	0,0	100,0	14,3	0,0	14,3	0,0	0,0	14,3	0,0	20,0
As condições de contratação (vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados) não são consideradas atrativas pelos profissionais;	n	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	%	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	20,0	10,0
Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância	n	1	0	2	0	1	0	2	1	1	1
	%	25,0	0,0	28,6	0,0	7,1	0,0	50,0	14,3	20,0	10,0
Falta de segurança no local de trabalho	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB	n	0	0	1	1	5	1	0	0	0	2
	%	0,0	0,0	14,3	20,0	35,7	50,0	0,0	0,0	0,0	20,0
Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho	n	0	0	2	2	6	2	1	1	1	3
	%	0,0	0,0	28,6	40,0	42,9	100,0	25,0	14,3	20,0	30,0
Outro motivo	n	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	40,0	7,1	0,0	0,0	14,3	0,0	10,0

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Nos últimos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Tem aumentado	n	1	1	4	2	6	0	2	4	3	5
	%	25,0	100,0	57,1	40,0	42,9	0,0	50,0	57,1	60,0	50,0
Continua o mesmo	n	0	1	2	1	6	2	1	2	1	3
	%	0,0	100,0	28,6	20,0	42,9	100,0	25,0	28,6	20,0	30,0
Tem diminuído	n	2	0	0	2	0	0	1	0	1	2
	%	50,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0	25,0	0,0	20,0	20,0
Não sabe	n	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	%	25,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0
Nos próximos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Vai aumentar	n	3	2	2	3	3	0	2	4	3	5
	%	75,0	200,0	28,6	60,0	21,4	0,0	50,0	57,1	60,0	50,0
Vai continuar a mesma	n	0	0	2	1	8	1	1	1	2	5
	%	0,0	0,0	28,6	20,0	57,1	50,0	25,0	14,3	40,0	50,0
Vai diminuir	n	1	0	1	1	0	0	1	2	0	0
	%	25,0	0,0	14,3	20,0	0,0	0,0	25,0	28,6	0,0	0,0
Não sabe	n	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	14,3	0,0	14,3	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Índices de rotatividade											
Muito altos	n	0	0	0	0	1	0	0	3	2	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	12,0	9,5	5,6
Relativamente altos	n	0	1	1	3	3	1	3	2	1	2
	%	0,0	14,3	4,5	20,0	10,3	10,0	16,7	8,0	4,8	11,1
Baixos	n	6	5	12	6	13	4	8	9	6	6
	%	54,5	71,4	54,5	40,0	44,8	40,0	44,4	36,0	28,6	33,3
Muito baixos	n	4	1	8	5	10	4	6	10	10	8
	%	36,4	14,3	36,4	33,3	34,5	40,0	33,3	40,0	47,6	44,4
Não sabe	n	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Existência de postos vagos para a especialidade	n	2	1	7	3	8	0	4	5	3	4
	%	18,2	14,3	31,8	20,0	27,6	0,0	22,2	20,0	14,3	22,2
Tempo médio para preencher o posto vago											
Média (meses)		1,48	2,41	2,89	2,15	5,65	5,00	1,91	2,21	2,69	3,41
Máximo (meses)		1	7	1	1	1	90	1	1	1	1

(Continua)

(Continuação)

Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito:	n	%
O estabelecimento deixa de ofertar o serviço	15	36,6
Utiliza os serviços de um especialista de outra área	3	7,3
Especialistas da mesma área dividem os casos	9	22,0
Outra	10	24,4
Não resposta	4	9,8
Total	41	100,0

Resultados detalhados da ETAC para SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PÚBLICOS (n = 99).

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Número de Estabelecimentos que Oferecem a Especialidade	n	20	7	71	42	62	11	59	63	55	52
	%	20,2	7,1	71,7	42,4	62,6	11,1	59,6	63,6	55,6	52,5
Tipo de vínculo											
Vinculo empregatício	n	13	7	62	33	49	9	47	52	45	45
	%	65,0	100,0	87,3	78,6	79,0	81,8	79,7	82,5	81,8	86,5
Sócios Proprietários	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Cooperados	n	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	1,7	1,6	0,0	0,0
Prestadores PF	n	2	0	2	2	3	0	1	2	2	3
	%	10,0	0,0	2,8	4,8	4,8	0,0	1,7	3,2	3,6	5,8
Prestadores PJ	n	8	3	11	8	10	3	10	9	7	5
	%	40,0	42,9	15,5	19,0	16,1	27,3	16,9	14,3	12,7	9,6
Intermediados Terceiro Setor	n	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	1,7	1,6	0,0	0,0
Intermediados Privadas	n	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	%	5,0	14,3	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Intermediados Filantrópicas	n	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1
	%	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	1,7	1,6	1,8	1,9
Credenciados	n	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
	%	5,0	0,0	1,4	2,4	1,6	0,0	1,7	1,6	1,8	1,9
Outros	n	2	0	0	1	1	1	3	3	0	2
	%	10,0	0,0	0,0	2,4	1,6	9,1	5,1	4,8	0,0	3,8

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Formas de remuneração											
Remuneração fixa	n	11	7	57	30	48	9	46	47	43	43
	%	55,0	100,0	80,3	71,4	77,4	81,8	78,0	74,6	78,2	82,7
Remuneração por procedimento	n	7	1	13	9	12	1	12	9	10	8
	%	35,0	14,3	18,3	21,4	19,4	9,1	20,3	14,3	18,2	15,4
Plantão	n	4	0	7	8	8	2	4	10	7	7
	%	20,0	0,0	9,9	19,0	12,9	18,2	6,8	15,9	12,7	13,5
Outro	n	2	0	3	1	0	1	2	1	1	2
	%	10,0	0,0	4,2	2,4	0,0	9,1	3,4	1,6	1,8	3,8
Nível de dificuldade para contratação											
Muita	n	4	0	10	4	20	3	5	8	8	17
	%	20,0	0,0	14,1	9,5	32,3	27,3	8,5	12,7	14,5	32,7
Pouca	n	1	2	5	1	13	2	4	8	5	5
	%	5,0	28,6	7,0	2,4	21,0	18,2	6,8	12,7	9,1	9,6
Nenhuma	n	14	5	52	34	26	6	49	40	38	28
	%	70,0	71,4	73,2	81,0	41,9	54,5	83,1	63,5	69,1	53,8
Não sabe/Não resposta	n	1	0	4	3	3	0	1	7	4	2
	%	5,0	0,0	5,6	7,1	4,8	0,0	1,7	11,1	7,3	3,8

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Razão da dificuldade: "é a mais importante razão ou está entre as mais importantes"											
O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais	n	3	2	8	2	16	3	6	8	6	10
	%	60,0	100,0	53,3	40,0	48,5	60,0	66,7	50,0	46,2	45,5
A carga de trabalho é considerada excessiva pelos profissionais	n	1	0	1	1	4	0	1	2	0	2
	%	20,0	0,0	6,7	20,0	12,1	0,0	11,1	12,5	0,0	9,1
As condições de contratação (vinculação com a instituição, regras de contratação, incentivos e benefícios praticados) não são consideradas atrativas pelos profissionais;	n	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	6,3	0,0	0,0
Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância	n	1	0	3	3	6	0	2	3	2	2
	%	20,0	0,0	20,0	60,0	18,2	0,0	22,2	18,8	15,4	9,1
Falta de segurança no local de trabalho	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB	n	1	0	5	1	10	3	1	4	2	5
	%	20,0	0,0	33,3	20,0	30,3	60,0	11,1	25,0	15,4	22,7
Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho	n	2	0	1	1	9	3	3	0	4	8
	%	40,0	0,0	6,7	20,0	27,3	60,0	33,3	0,0	30,8	36,4
Outro motivo	n	1	0	5	0	9	1	1	4	1	4
	%	20,0	0,0	33,3	0,0	27,3	20,0	11,1	25,0	7,7	18,2

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Nos últimos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Tem aumentado	n	2	1	10	4	15	4	5	10	5	16
	%	40,0	50,0	66,7	80,0	45,5	80,0	55,6	62,5	38,5	72,7
Continua o mesmo	n	5	1	4	1	10	0	4	3	8	4
	%	100,0	50,0	26,7	20,0	30,3	0,0	44,4	18,8	61,5	18,2
Tem diminuído	n	0	0	0	0	3	0	0	1	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	6,3	0,0	4,5
Não sabe	n	0	0	2	0	4	0	0	1	0	1
	%	0,0	0,0	13,3	0,0	12,1	0,0	0,0	6,3	0,0	4,5
Nos próximos 2 anos, o nível de dificuldade para contratação											
Vai aumentar	n	4	0	8	1	14	3	3	6	2	15
	%	80,0	0,0	53,3	20,0	42,4	60,0	33,3	37,5	15,4	68,2
Vai continuar a mesma	n	1	1	4	1	8	0	3	3	4	4
	%	20,0	50,0	26,7	20,0	24,2	0,0	33,3	18,8	30,8	18,2
Vai diminuir	n	1	0	2	1	4	1	1	3	5	1
	%	20,0	0,0	13,3	20,0	12,1	20,0	11,1	18,8	38,5	4,5
Não sabe	n	1	1	2	2	6	0	2	2	1	2
	%	20,0	50,0	13,3	40,0	18,2	0,0	22,2	12,5	7,7	9,1

(Continua)

(Continuação)

Variáveis		Anest.	Cancer	Cardio	Cir. Geral	Neurol.	Neuroc.	Oftalmo	Ortop	Otorrino	Pediat.
Índices de rotatividade											
Muito altos	n	1	1	8	6	10	2	7	4	5	11
	%	5,0	14,3	11,3	14,3	16,1	18,2	11,9	6,3	9,1	21,2
Relativamente altos	n	0	0	4	2	6	2	4	6	5	2
	%	0,0	0,0	5,6	4,8	9,7	18,2	6,8	9,5	9,1	3,8
Baixos	n	5	2	25	18	17	1	23	26	17	16
	%	25,0	28,6	35,2	42,9	27,4	9,1	39,0	41,3	30,9	30,8
Muito baixos	n	11	4	31	13	24	5	22	24	22	19
	%	55,0	57,1	43,7	31,0	38,7	45,5	37,3	38,1	40,0	36,5
Não sabe	n	3	0	3	3	5	1	3	3	5	4
	%	15,0	0,0	4,2	7,1	8,1	9,1	5,1	4,8	9,1	7,7
Existência de postos vagos para a especialidade	n	5	0	19	6	21	4	14	16	11	18
	%	25,0	0,0	26,8	14,3	33,9	36,4	23,7	25,4	20,0	34,6
Tempo médio para preencher o posto vago											
Média (meses)		2,13	0,00	5,77	2,28	9,36	3,21	7,09	4,85	2,24	4,75
Máximo (meses)		1	0	1	1	1	1	1	1	1	1

(Continua)

(Continuação)

Quando há postos vagos para alguma especialidade, o que é feito:	n	%
O estabelecimento deixa de ofertar o serviço	15	15,2
Utiliza os serviços de um especialista de outra área	9	9,1
Especialistas da mesma área dividem os casos	32	32,3
Outra	36	36,4
Não resposta	7	7,1
Total	99	100,0



http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br

epsm@nescon.medicina.ufmg.br

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

RELATÓRIO FINAL – (APÊNDICE D):

AS OCUPAÇÕES DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO E TÉCNICO NO BRASIL DE 1991 A 2030

Belo Horizonte

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde

Relatório Final – (APÊNDICE D)

AS OCUPAÇÕES DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO E TÉCNICO NO BRASIL DE 1991 A 2030

Belo Horizonte, fevereiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar

Equipe de estagiários
Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

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

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Brasil, 2000 e 2010: População ocupada no Macrossetor Saúde, discriminada por profissões e ocupações de saúde e não saúde e Núcleo do Macrossetor e demais atividades..... 17

Tabela 2 – Brasil, 2003 a 2014: Número de empregados no mercado de trabalho formal, por ano, segundo ocupação/área. 20

Tabela 3 – Brasil, 2003 a 2014: Número de vínculos de emprego, ativos e não ativos em 31 de dezembro, por ano, segundo ocupação/área. 21

Tabela 4 – Brasil, 2003 a 2014: Número de vínculos de emprego, ativos em 31 de dezembro, por ano, segundo ocupação/área..... 22

Tabela 5 – Brasil, 2003 a 2014: Média de vínculos de emprego, ativos em 31 de dezembro, por empregado, segundo ano e ocupação/área. 23

Tabela 6 – Brasil, 2003 a 2014: Carga horária semanal média dos vínculos de emprego, ativos em 31 de dezembro, segundo ano e ocupação/área. 24

Tabela 7 – Brasil, 2003 a 2014: Proporção de mulheres entre os empregados, segundo ano e ocupação/área. 25

Tabela 8 – Brasil, 2003 a 2014: Idade média do empregado, segundo sexo, ano e ocupação/área. 26

Tabela 9 – Brasil, 2003 a 2014: Proporção de empregados com nível superior completo, segundo ano e ocupação/área. 27

Tabela 10 – Brasil, 1991, 2000 e 2010: Proporção de mulheres entre os ocupados no trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico, por ano e ocupação/área..... 29

Tabela 11 – Brasil, 1991, 2000 e 2010: Idade média dos ocupados no trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico, por ano, sexo e ocupação/área. 29

Tabela 12 – Brasil, 1991, 2000 e 2010: Proporção de ocupados no trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico com nível superior, por ano e ocupação/área..... 29

Tabela 13 – Brasil, 2003 a 2014: Proporção de empregos, ativos em 31 de dezembro, em estabelecimentos públicos, segundo ano e ocupação. 31

Tabela 14 – Brasil, 2003 a 2014: Remuneração média, em Reais, dos vínculos ativos em 31 de dezembro, segundo ano e ocupação. 32

Tabela 15 – Brasil, 2003 a 2014: Remuneração média por hora, em Reais, dos vínculos ativos em 31 de dezembro, segundo ano e ocupação..... 33

Tabela 16 – Brasil, 2007 a 2014: Número de cursos, segundo ano e ocupação..... 43

Tabela 17 – Brasil, 2007 a 2014: Número de matrículas (total, masculino e feminino), segundo ano e ocupação/área. 44

Tabela 18 – Brasil, 2007 a 2014: Número de concluintes (total, masculino e feminino), segundo ano e ocupação/área. 45

Tabela 19 – Brasil, 2003 a 2030: Estoques populacionais, incremento e projeção..... 48

Sumário

Apresentação 5
1. Introdução 6
2. Metodologia 8
2.1. Sobre as fontes de informação 8
2.2. Definição das categorias ocupacionais 13
2.3. Projeção das categorias ocupacionais 15
3. Resultados 16
3.1. O contexto de crescimento do Macrossetor Saúde 16
3.2. Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho 18
3.3. Distribuição do emprego 34
3.4. Fluxos de formação 42
3.5. Cenários para 2030 46
4. Conclusão 50
Referências 52
Apêndice A – Estudo de classificações das ocupações de nível técnico e médio da saúde 54

Apresentação

Este documento apresenta os resultados da análise da força de trabalho das ocupações de saúde de nível médio e técnico no Brasil para o período de 1991 a 2030. Esta análise faz parte do "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde" da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG). Tal projeto compõe um amplo processo de cooperação, estabelecido desde 2013 com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, cujo objetivo geral é produzir informações e análises nos temas de demografia, formação, mercado de trabalho, projeção e regulação da força de trabalho em saúde, bem como capacitar gestores e pesquisadores nestes temas.

Neste relatório são apresentados os resultados das atividades das ações 1 e 2, respectivamente de "Análise da Força de Trabalho em Saúde: estrutura e dinâmica das ocupações e profissões de saúde" e "Desenvolvimento de metodologias de projeção para o planejamento e a gestão da força de trabalho em saúde", referentes às ocupações de nível médio e técnico da saúde.

1. Introdução

O presente estudo tem como escopo geral descrever e analisar a composição, estrutura, tendências e perspectivas da força de trabalho e dos mercados das ocupações de nível técnico e médio da saúde, no Brasil das últimas décadas. As recentes mudanças na composição demográfica da força de trabalho, vis a vis os ajustes necessários na sua oferta tendo em vista a equidade distributiva, geográfica e institucional e sua adequação ao crescimento da demanda por serviços foram alvos principais das análises. Os mercados de trabalho das atividades de saúde e das profissões de saúde foram analisados em suas dimensões estruturais e conjunturais. De maneira mais específica, o trabalho tem o objetivo de aprofundar a análise do processo de crescimento e formalização dos mercados de trabalho ocorrido nos anos 2000 e seu arrefecimento no início dos anos 2010.

Neste estudo foram trabalhadas as principais ocupações de nível médio e técnico que compõem a força de trabalho em saúde[1], a saber, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal, Técnicos em Óptica e Optometria, Técnicos em Patologia Clínica, Técnicos em Farmácia, Técnicos de Equipamentos Médicos e Odontológicos e Agentes Comunitários de Saúde. A escolha por estas ocupações, como será mais bem explicitado na metodologia, levou em consideração a disponibilidade e comparabilidade das diversas bases de dados e períodos utilizados no estudo e tendo em vista a complexidade de empreender os três temas centrais: demografia, formação e mercado de trabalho. Além disso, optou-se por considerar aquelas ocupações mais estratégicas do ponto de vista do planejamento de políticas públicas na área de Recursos Humanos em Saúde.

O objetivo geral deste estudo, portanto, foi analisar a composição demográfica e os aspectos da formação e do mercado de trabalho das ocupações de nível técnico e médio no Brasil. Para tanto, foi realizado um diagnóstico da situação atual e das tendências pregressas das décadas de 1990 e 2000. Nesse sentido, foram investigados sinais da

[1] Entende-se, de forma mais ampla, que a força de trabalho em saúde corresponde àqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços e atividades de saúde, isto é, aqueles que em um período de referência estavam ocupados prestando serviços de saúde ou procurando trabalho no setor (Nogueira, 1986; Médici et. al., 1992). Entende-se por profissões e ocupações de saúde, no sentido amplo, indivíduos classificados por sua formação ou capacitação prática ou acadêmica especifica para o trabalho na área, ou seja, por "um conjunto de habilidades cognitivas adquiridas com vistas a atuar no setor" (Nogueira, 1986, p. 13). Tais profissões e ocupações podem ser consideradas de saúde independentemente de serem realizadas em estabelecimentos da área, pois o que define sua participação como força de trabalho em saúde é a natureza da habilidade requerida para a ocupação.

disponibilidade desses profissionais para os serviços de saúde no país a partir do diagnóstico da oferta e da demanda. De forma especifica, o estudo teve por objetivo (i) a identificação do quantitativo de profissionais e a análise das tendências da composição demográfica da força de trabalho; (ii) análise da evolução da distribuição geográfica da força de trabalho, investigando as iniquidades nesta distribuição no que diz respeito à região geográfica e unidade da federação; (iii) análise das tendências da formação das ocupações técnicas, investigando os estoques e os fluxos de entrada e saída nos cursos; (iv) análise da estrutura e da dinâmica do mercado de trabalho formal dos ocupados em ocupações de nível técnico e médio; e (v) estimação do quantitativo de profissionais para 2030 com base na aplicação de metodologia de projeção.

Por fim, os resultados do estudo pretendem contribuir para a elaboração de diretrizes de planejamento e gestão do trabalho e da educação em saúde em âmbito federal. Além disso, pretendeu-se consolidar ferramentas empíricas que vem sendo desenvolvidas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) no sentido de produzir e disseminar informações para a tomada de decisões na área. Desde os anos de 1990, a EPSM vem monitorando a oferta e a demanda da força de trabalho das profissões e ocupações de saúde e acompanhando seus movimentos na arena regulatória. Em 1999, foi criado o chamado Sistema Integrado de Acompanhamento e Disseminação de Informações sobre Mercado de Trabalho em Saúde (SIADI). É um modelo permanente de sistematização de dados e informação para análise e divulgação de fontes secundárias regulares e de pesquisas primárias nas áreas de mercado de trabalho, mercado educacional e campo da regulação profissional em saúde.

O estudo está organizado em quatro partes. A primeira apresenta a metodologia, com o detalhamento dos conceitos, fontes de dados, variáveis e indicadores que foram utilizados. A segunda descreve e analisa os principais resultados de forma sumarizada e comparativamente entre profissões. Para efeitos didáticos os resultados se dividem de acordo com os principais eixos analisados, a saber, dimensionamento dos quantitativos das profissões, demografia da força de trabalho, distribuição geográfica, fluxos de formação e mercado de trabalho. A terceira parte corresponde aos resultados da aplicação da projeção de profissionais para 2030. Por fim, a terceira parte apresenta a conclusão do estudo. O relatório ainda é composto de um apêndice tabular com informações mais detalhadas e complementares.

2. Metodologia

Este trabalho tem como objetivo apresentar e discutir dados relacionados à composição demográfica, à formação e à inserção ocupacional dos trabalhadores da área da saúde de nível médio e técnico no Brasil. Para tanto, a metodologia proposta envolveu o tratamento e integração de um conjunto de bases de dados secundários na área demográfica, de formação e de mercado de trabalho, através das quais foi possível recortar as ocupações técnicas em saúde aqui selecionadas. A seguir apresenta-se uma breve discussão e justificativa para escolha das fontes de informação, das ocupações e do tipo de tratamento que foi realizado para que se procedesse às análises.

2.1. Sobre as fontes de informação

No Brasil não existem fontes de informação produzidas de forma periódica sobre os Recursos Humanos em Saúde (RHS), tampouco sobre a dinâmica das ocupações de nível médio e técnico da saúde. Contudo, há diversas fontes com objetivos distintos, cujas bases de dados podem ser recortadas e analisadas sob essa perspectiva. Levando em consideração os conteúdos, limites e disponibilidade das bases de dados, e em consonância com os objetivos traçados, selecionaram-se para este estudo:

(i) Os Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1991, 2000 e 2010, para análise dos aspectos demográficos dos entrevistados em ocupações de nível médio e técnico da saúde;

(ii) A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) de 2003 a 2014, para análise da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho dos empregos das ocupações de nível técnico e médio da saúde;

(iii) O Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) de 2007 a 2014 para análise da formação profissional de nível técnico na área da saúde.

Censo Demográfico do IBGE

O Censo Demográfico é um levantamento decenal do IBGE que cobre a totalidade da população residente no país. São coleadas informações demográficas, educacionais e de trabalho e rendimento, sendo possível discriminar a população segundo sua ocupação. Há em relação ao Censo pelo menos três limites. O primeiro diz respeito a sua periodicidade que é decenal, o que implica em trabalhar frequentemente com dados desatualizados. O segundo limite, ainda que seus efeitos sejam residuais, é que a identificação da ocupação do entrevistado é feita apenas em relação ao trabalho principal que este ocupava na semana de referência do inquérito, o que não permite identificar os que se ocupavam na saúde apenas de forma secundária. O terceiro limite é que não há dados sobre formação profissional de nível técnico, nesse sentido, a identificação dos trabalhadores só pode ser feita através da ocupação no trabalho principal da semana de referência, o que foi o caso deste estudo.

Embora o levantamento seja censitário, o IBGE trabalha com uma amostra[2] a fim de coletar informações mais detalhadas e é desta amostra que derivam os dados de trabalho e a identificação da ocupação dos entrevistados. A classificação ocupacional adotada é uma adaptação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)[3], que é a oficial do país elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego. A adaptação do IBGE, porém, possui inúmeras diferenças, além de ser muito inconsistente entre um levantamento e outro. Sua abrangência também é limitada, já que algumas ocupações não compõem o rol de alternativas e outras se encontram agregadas com outras ocupações. Para este estudo foi realizada uma compatibilização taxionômica entre os anos utilizados para análise (ver mais detalhes no item 2.2 e no apêndice A).

Acrescente-se a isso o fato de que, embora os censos demográficos de 1991, 2000 e 2010 sejam semelhantes no que tange os temas gerais abordados, há problemas de compatibilização entre os conjuntos de microdados. Neste sentido, a informação co-

[2] Ressalta-se que as amostras dos censos de 1991 e 2000 variam entre 10% e 20% do total de cada município, e as do censo de 2010 variam entre 5% e 50%. Em ambos os casos o percentual considerado dependia do tamanho de cada município.

[3] A Classificação Brasileira de Ocupações é um documento que reconhece os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. A CBO, como é conhecida essa classificação, teve sua primeira edição em 1982 e desde então vem evoluindo por meio de modificações em sua estrutura e na sua metodologia com a intenção de compreender o cenário mais próximo da realidade do mercado de trabalho. O último documento é de 2010, o qual, na verdade, é uma atualização da classificação produzida em 2002. O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) é o responsável pela publicação dessa classificação. A adaptação do IBGE é chamada de CBO-Domiciliar.

letada em um ano, precisa ser compatibilizada para que tenha comparabilidade com a informação de outros anos, como por exemplo, uniformizar os códigos que registram escolaridade, posição na ocupação, rendimentos, etc. Nestes casos, utilizou-se a variável com o maior nível de agregação. Além disso, utilizou-se como critério de consistência, a exclusão de indivíduos com idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos, buscando considerar um intervalo etário no qual há maior possibilidade do indivíduo estar exercendo uma ocupação técnica em saúde.

Relação Anual de Informações Sociais do MTE

A RAIS é o censo anual do emprego formal no país, que abrange informações sobre os estoques do emprego no conjunto dos segmentos institucionais do mercado regulamentado (CLT, estatutário, temporário e avulso). É um registro administrativo, de periodicidade anual, de declaração obrigatória para todos os estabelecimentos, inclusive aqueles que não registraram vínculos empregatícios no exercício. A principal unidade analítica é o emprego, constituindo-se, assim, a principal fonte de informações sobre a demanda de RHS no país. Entretanto, através dos microdados é possível utilizar o empregado como unidade analítica. Em seu conteúdo, há informações sobre natureza jurídica e tipo de atividade do estabelecimento empregador; faixa etária, grau de instrução e sexo do empregado; ocupação, remuneração média, tipo de vínculo, tempo de serviço, entre outros atributos do emprego. Além disso, também podem ser analisados os fluxos de mercado de trabalho por tipo de admissão e causa de desligamento. O uso da RAIS, porém, é limitado, já que apesar de ser abrangente para o Macrossetor Saúde[4], se restringe ao mercado formal.

Apesar de não possuir informações do mercado informal, a RAIS é a melhor fonte disponível para investigar os postos de trabalho no total da economia, ou seja, para além da atividade econômica de prestação de serviços de saúde. Além disso, o registro é feito em conformidade com a CBO, o que permite identificar a totalidade das ocupações de nível médio e técnico da saúde de forma mais consistente e sem maiores problemas de compatibilização ao longo da série histórica. Utilizando-se os dados da RAIS, este estudo buscou identificar a estrutura e a dinâmica do emprego formal, por

[4] Para definição do macrossetor saúde adota-se o procedimento desenvolvido por Girardi e Carvalho (2002) com base nas informações sobre as atividades econômicas da relação anual de informações sociais - RAIS, que utiliza o sistema taxonômico adotado pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas CNAE e baseando-se também na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002.

meio da análise dos estoques de empregos e seus atributos, especialmente remuneração, natureza jurídica do vínculo, tipo de vínculo empregatício e os fluxos de entrada e saída do mercado. Esse tipo de análise se presta ao conhecimento de aspectos relevantes do emprego entre os grupos ocupacionais analisados.

A RAIS apresenta variáveis idênticas para toda a série histórica analisada (2003 a 2014). Assim como foi feito nos censos demográficos, utilizou-se como critério de consistência a exclusão de indivíduos com idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos, buscando considerar um intervalo etário no qual há maior possibilidade do indivíduo estar exercendo uma ocupação técnica em saúde. Para as informações de rendimentos foram desconsideradas as rendas iguais a zero (para não interferir na média dos rendimentos). Os dados foram tratados descritivamente por composição etária, sexo e distribuição geográfica. No caso da RAIS também foram comparados por situação do vínculo empregatício (ativos e não ativos[5]).

Censo Escolar do INEP

O Censo Escolar é um levantamento anual coordenado pelo INEP, com apoio das secretarias estaduais e municipais de educação. O Censo conta com a participação de todas as escolas públicas e privadas do país e é um levantamento de dados estatísticos sobre a educação básica de âmbito nacional. Com as informações coletadas nesse censo é possível traçar um panorama das diferentes modalidades de ensino da educação básica brasileira, seja do ensino regular, da educação especial ou da educação profissional. Neste caso específico é possível coletar informações sobre tipo de curso, número de matrículas, número de concluintes, localidade geográfica do curso e natureza jurídica da escola.

Utilizando os dados coletados no banco do Censo Escolar é viável determinar indicadores a respeito da educação técnica dos cursos do Eixo "Ambiente, Saúde e Segurança" para todo o Brasil. Note-se que, considerando o período de análise dos dados, de 2007 a 2014, o INEP alterou o tipo de nomenclatura e códigos para identificar os cursos da área da saúde. Precisamente a partir de 2009 essas informações passaram a ser

[5] Na nomenclatura da RAIS, um vínculo corresponde a um contrato de trabalho, e este representa um emprego. Observe-se que isso não corresponde ao número de trabalhadores, posto que um trabalhador pode ter mais de um contrato de trabalho. O número de vínculos corresponde ao total de vínculos durante todo o ano, enquanto os vínculos ativos correspondem ao total de vínculos em 31 de dezembro do ano de referência.

coletadas com uma nova forma de código e os cursos ganharam novos nomes no catálogo de cursos. Com essa alteração alguns cursos deixaram de figurar na lista do Censo Escolar, outros foram assimilados em um único curso e novos cursos entraram na lista.

No que compete ao estudo do banco de dados fornecido pelo INEP, fez-se necessário estabelecer um padrão de classificação dos cursos que possuem similaridades e não são diferenciados no mercado de trabalho. Alguns cursos fornecem uma estrutura acadêmica que os diferencia no momento da formação, mas na classificação ocupacional abrangem um mesmo espaço de atuação. Por isso, na intenção de alcançarmos um resultado que mais se aproximasse de uma projeção verdadeira dos cursos técnicos e suas respectivas profissões, alguns cursos foram reunidos em uma única categoria que representasse toda a classe à qual eles pertencem, resultando em uma classificação que mais se aproxima de uma área de atuação ocupacional do que propriamente de um curso.

Nesse ponto é necessário destacar que esta reclassificação nos códigos dos cursos não alterou a natureza das informações do banco de dados e que todas as referências vindas do INEP foram consideradas no momento da criação dessa nova classificação. Todos os cursos foram considerados no momento da classificação, mas alguns não entraram na análise, por não se enquadrarem no interesse da pesquisa. A decisão sobre quais seriam os cursos considerados para análise levou em conta, além do nível substancial de dados encontrados no banco do Censo Escolar, a correspondência com a taxonomia das classificações ocupacionais disponíveis no Censo Demográfico e na RAIS.

Ainda sobre o Censo Escolar é necessário destacar que há dois limites centrais para a análise da força de trabalho de nível técnico em saúde. O primeiro é o limite temporal, já que os dados só estão disponíveis de forma consistente a partir de 2007, o que impediu tecer comparabilidade com as fontes ocupacionais, as quais descem até o ano de 1991 (no caso do Censo Demográfico). O segundo limite é a abrangência da coleta, a qual não permite dimensionar a totalidade dos cursos de nível técnico do país, sobretudo aqueles que estão vinculados a instituições privadas que são destinadas exclusivamente à educação profissional, isto é, não atrelada ao ensino médio formal. Por essas razões, os dados foram aqui utilizados apenas como sinais tendenciais da formação técnica em saúde no país.

2.2. Definição das categorias ocupacionais

Para definição e compatibilização das áreas e ocupações a serem pesquisadas fez-se necessário buscar as descrições das categorias ocupacionais utilizadas tanto na área da educação, quanto na do trabalho, mais especificamente o catálogo de cursos técnicos do Ministério da Educação (MEC), a Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 e as classificações específicas dos censos demográficos de 1991, 2000 e 2010. A partir daí, estabeleceu-se uma tabela de convergência de dados, considerando como base principal a nomenclatura dos cursos do Eixo Ambiente, Saúde e Segurança do MEC, a partir do qual as informações retiradas dos outros bancos de dados foram agregadas em uma tabela, formando um registro de equivalência entre cursos e profissões.

Para incorporar as classificações das ocupações foi preciso realizar uma pesquisa prévia sobre as características de cada ocupação em relação ao currículo acadêmico de cada curso e sua possível área de atuação no mercado de trabalho. Com base nessa pesquisa as classificações da CBO e dos censos demográficos foram atribuídas aos seus respectivos cursos. A correspondência geral está disponível no Apêndice A, para todos os cursos presentes no Eixo Saúde do MEC. No quadro 1 disponibilizamos de forma resumida apenas as sete ocupações (ou áreas) que foram consideradas no estudo: Enfermagem, Saúde Bucal, Óptica e Optometria, Diagnóstico, Patologia, Farmácia e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O primeiro critério para seleção destas ocupações e áreas foi a possibilidade de identificação das mesmas em todas as bases de dados, considerando todos os períodos. Nesse sentido, não foram consideradas áreas como nutrição, veterinária, cuidado de idosos, estética, acupuntura, massoterapia, etc., as quais não possuíam correspondência em um ou mais anos do censo demográfico, em que pese todas estarem disponíveis na CBO. As exceções se deram apenas para o pessoal de saúde bucal e os ACS, os quais não estavam disponíveis no censo de 1991 por não existirem enquanto ocupações à época.

Quadro 1- Correspondência entre área de formação e ocupação.

Área de formação	Ocupação	Ocupação CBO 2002 (investigadas na RAIS)
Enfermagem	Técnicos de Enfermagem Auxiliares de Enfermagem	322205 - Técnico de enfermagem 322210 - Técnico de enfermagem de terapia intensiva 322215 - Técnico de enfermagem do trabalho 322220 - Técnico de enfermagem psiquiátrica 322225 - Instrumentador cirúrgico 322245 - Técnico de enfermagem da ESF 322230 - Auxiliar de enfermagem 322235 - Auxiliar de enfermagem do trabalho 322240 - Auxiliar de saúde (navegação marítima) 322250 - Auxiliar de enfermagem da ESF
Saúde Bucal	Técnicos em Saúde Bucal Auxiliares de Saúde Bucal Protético dentário e auxiliar de prótese dentária	322405 - Técnico em saúde bucal 322425 - Técnico em saúde bucal da ESF 322415 - Auxiliar em saúde bucal 322430 - Auxiliar em saúde bucal da ESF 322410 - Protético dentário 322420 - Auxiliar de prótese dentária
Óptica e Optometria	Técnicos em óptica e optometria	322305 - Técnico em óptica e optometria
Diagnóstico	Técnicos em equipamentos médicos e odontológicos	324105 - Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia 324110 - Técnico em métodos gráficos em cardiologia 324115 - Técnico em radiologia e imagenologia
Patologia	Técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica Técnicos de apoio à biotecnologia	324205 - Técnico e auxiliar técnico em patologia clínica 325305 - Técnico de apoio à biotecnologia
Farmácia	Técnicos em manipulação farmacêutica	325105 - Técnico em manipulação farmacêutica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde	515105 - Agente Comunitário de Saúde

Fonte: EPSM a partir Ministério do Trabalho e Emprego – Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2002.

2.3. Projeção das categorias ocupacionais

Para a projeção das ocupações de saúde de nível médio e técnico, este estudo propõe, por um lado conhecer o volume da ocupação formal nas áreas pré-definidas e respectivas qualificações técnicas e, por outro, projetar a oferta e a demanda de força de trabalho das ocupações no médio e largo prazo, 2015 a 2030. A estimativa do volume da ocupação de nível técnico para as diversas áreas mencionadas e especialidades ocupacionais correlatas foi feita com base na RAIS e obedecendo as tendências observadas nos censos demográficos e do censo escolar. É importante ter em mente que, sendo a RAIS uma estatística do mercado de trabalho formal, especialidades ocupacionais com forte participação da informalidade, da precariedade e do exercício em condição de autonomia apresentarão problemas de sub-representação. Contudo, para a maior parte das profissões e ocupações de nível técnico e médio da saúde, estima-se que mais de 70% se ocupa no mercado formal (Deddeca, 2005). Por outro lado, uma vantagem em trabalhar com dados do emprego formal reside no fato de que estes postos de trabalho são menos vulneráveis ou mais estáveis servindo, portanto, melhor para previsões de maior horizonte temporal.

A projeção do emprego das especialidades ocupacionais foi realizada a partir da RAIS tomando como ponto de partida as informações sobre os estoques de empregados existentes em 31 de dezembro de 2014. A projeção do emprego foi realizada a partir das tendências de crescimento observadas no período 2003-2014. A partir das taxas médias de crescimento geométricas anuais obtidas para o período, o emprego foi projetado para os anos subsequentes até o ano de 2030. Tal metodologia foi utilizada anteriormente em estudo realizado pela Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado (2009) sobre dimensionamento da demanda de educação profissional técnica em saúde no Brasil.

3. Resultados

3.1. O contexto de crescimento do Macrossetor Saúde

As duas últimas décadas no Brasil e, sobretudo, a segunda metade da primeira década dos anos 2000, assistiram a um importante crescimento da força de trabalho. Após anos de crise do modelo produtivo fordista, que ocorreu parcialmente no Brasil durante as décadas de 1980 e 1990, uma importante recuperação do emprego formal e dos salários ocorreu como resultado da consolidação de um modelo econômico baseado, majoritariamente, em atividades do setor econômico de serviços. Foi neste contexto que as atividades da saúde e educação ampliaram sua força de trabalho ocupada a níveis muitos superiores ao do total da economia (Cardoso Jr., 2007).

De fato, o mercado de trabalho em saúde no país se desenvolveu neste período a partir de um contexto demográfico, econômico, social, político e cultural de crescentes demandas por serviços de saúde. Do ponto de vista demográfico, podem-se destacar o crescimento e o envelhecimento da população como explicativos dessa demanda (Carvalho; Garcia, 2003). Do ponto de vista socioeconômico, a já citada recuperação do mercado de trabalho e a ascensão social de parte significativa da população estimularam o consumo dos planos de assistência médica, gerando fortes pressões para a produção de bens, serviços e tecnologias de saúde mais diversificados e qualificados (Dalpoz; Pierantoni; Girardi, 2012). Já do ponto de vista político, a própria implantação e consolidação do SUS e o avanço das políticas públicas da área, sobretudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal responsável por descentralizar o acesso à assistência básica em saúde, foram importantes demandantes de recursos humanos (Girardi et al., 2010).

Entre 2000 e 2010, houve aumento do número de ocupados no Macrossetor Saúde de 5,5% ao ano, frente a 2,8% ao ano de crescimento no total da economia (Tabela 2). Em 2010, a força de trabalho ocupada no Macrossetor correspondia a 7% do total de ocupados no Brasil (frente a 5,4% em 2000). Em números absolutos o número de trabalhadores quase dobrou de 3,5 para 6,0 milhões de pessoas. Entre as profissões e ocupações *strictu sensu* de saúde o aumento da força de trabalho ocupada, de 8,2% ao ano, foi ainda maior, em relação ao setor saúde como um todo. Proporcionalmente, estes trabalhadores passaram de 41,7% para 53,5% do total do Macrossetor. Apesar disso, as atividades de assistência direta à saúde (ou o núcleo do Macrossetor), perderam em partici-

pação, passando de 69,1% para 61,3%. De fato, enquanto as atividades indiretas, isto é, as de indústria, comércio, educação, saneamento, seguros, entre outras, cresceram em 7,9% ao ano, o núcleo cresceu abaixo disso, em 4,3%. Nesse sentido, os dados sugerem que o crescimento das profissões e ocupações de saúde se deu de forma mais significativa para além das atividades de assistência. O número de profissionais de saúde em outras atividades, por exemplo, passou de 110.402 para 605.307, um incremento de 18,5% ao ano. Ressalta-se ainda que as atividades industriais e de financiamento, diminuíram seu peso relativo dentro do Macrossetor, sendo que as primeiras também perderam seu peso absoluto, de 156.035 para 98.993 ocupados (queda de 4,4% ao ano).

Tabela 1 – Brasil, 2000 e 2010: População ocupada no Macrossetor Saúde, discriminada por profissões e ocupações de saúde e não saúde e Núcleo do Macrossetor e demais atividades.

Atividades	2000		2010		Inc. anual
	N	%	N	%	
Total do Macrossetor	**3.536.862**	**100**	**6.049.479**	**100**	**5,5**
I. Atividades diretas da saúde - Núcleo do setor	2.443.632	69,1	3.708.704	61,3	4,3
II. Atividades indiretas da saúde	1.093.230	30,9	2.340.775	38,7	7,9
Atividades industriais de produção de insumos	156.035	4,4	98.993	1,6	-4,4
Atividades de comercialização de produtos	402.666	11,4	786.894	13,0	6,9
Atividades de Financiamento (seguros e planos)	182.953	5,2	229.921	3,8	2,3
Atividades de saneamento	208.072	5,9	575.068	9,5	10,7
Profissionais de saúde no ensino	33.103	0,9	44.592	0,7	3,0
III. Profissionais de saúde em outras atividades	110.402	3,1	605.307	10,0	18,5
Profissões e ocupações de saúde	**1.476.226**	**41,7**	**3.236.060**	**53,5**	**8,2**
Profissões e ocupações não saúde	**2.060.637**	**58,3**	**2.813.419**	**46,5**	**3,2**
População ocupada no total da economia	**65.629.892**		**86.353.839**		**2,8**
% do Macrossetor saúde em relação ao total	**5,39**		**7,01**		

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE.

3.2. Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho

O mercado de trabalho formal das ocupações de nível médio e técnico em saúde no Brasil – que reúne contratos de trabalho celetista (com carteira de trabalho assinada, como define a Consolidação das Leis do Trabalho, CLT), estatutário (relativo aos trabalhadores contratados segundo o estatuto do funcionalismo público) e contratos temporários com administração pública, regidos por legislação específica – tinha, em 2014, um estoque de quase um milhão e meio de empregos ativos[6] (tabela 2). Em relação a 2003 foram criados mais de 800 mil empregos, com um incremento médio anual de 9,3%. Esse resultado aponta para uma forte movimentação contratual no período[7].

A tabela 3 apresenta o número de vínculos[8] (ativos e não ativos) para cada um dos anos e ocupações aqui analisadas, bem como o crescimento médio anual das mesmas. Observa-se que, em consonância ao processo de incremento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e da saúde suplementar, houve uma expansão da oferta de vagas para profissionais técnicos, sobretudo os técnicos em óptica e optometria; os técnicos em saúde bucal e protéticos; os técnicos em aparelhos de diagnóstico e tratamento médico; e agentes comunitários de saúde. Já em relação aos vínculos ativos, na tabela 4, verifica-se uma média de crescimento análoga ao crescimento médio do total de vínculos, embora discretamente menor, ressalvando que os técnicos em óptica e optometria e os agentes comunitários de saúde tiveram um crescimento médio um pouco maior entre o grupo de vínculos ativos do que entre o grupo total de vínculos.

A média de vínculos por empregado ficou em 1,2 considerando o total das ocupações e sem variação ao longo do período estudado (tabela 5). Esta variável se torna mais explicativa quando analisada à luz da média de horas trabalhadas. Com uma média de 38,6 horas/semana, observamos que a maioria dos vínculos é de período integral, inibindo a simultaneidade de empregos (tabela 6). A única exceção é para as ocupações da área de aparelhos de diagnóstico e tratamento médico, que descreveram médias de horas semanais abaixo de 30.

[6] Na nomenclatura da RAIS, um vínculo corresponde a um contrato de trabalho, e este representa um emprego. Observe-se que isso não corresponde ao número de trabalhadores, posto que um trabalhador pode ter mais de um contrato de trabalho.

[7] Apenas para comparação, segundo dados do DIESE (2014), nos anos de 2010 a 2013, o crescimento médio do estoque de empregos de todas as ocupações na RAIS foi de 5,1%, 6,9%, 2,5% e 3,1%.

[8] Refere-se a todos os vínculos do ano de referência, ou seja, os ativos na data de referência (31 de dezembro) e os desligados ao longo daquele ano.

A análise da tabela 7, que apresenta a proporção de mulheres por ocupação, demonstra que a maioria dos postos de trabalho nessas áreas é ocupada por profissionais do sexo feminino, à exceção dos técnicos em óptica e optometria e dos técnicos em aparelhos de diagnóstico e tratamento médico, que são, por sua vez, conforme veremos a seguir, as duas ocupações com maior rendimento médio mensal. Esse cenário aponta para uma dinâmica tradicional de gênero no mercado de trabalho, em que os homens ocupam os mercados de maior fomento tecnológico e de maior valorização econômica e social. Contudo, importante destacar que entre os ópticos a proporção de mulheres cresceu consideravelmente a partir de 2005[9].

A idade média dos empregados na série histórica 2003-2014 foi de 36,7 anos (tabela 8). No cômputo geral, as ocupações analisadas passaram por um processo de envelhecimento da mão de obra, ainda que muito modesto. Dentre as ocupações classificadas nesse grupo, a categoria que apresentou menor média de idade foi a de técnicos em saúde bucal (32,1 anos) e técnicos de farmácia (32,3 anos) e maior média de idade os técnicos em aparelhos de diagnóstico e tratamento médico (37,8 anos).

O nível de escolaridade dos ocupados técnicos aqui apresentados apresenta um perfil consonante às mudanças organizacionais que ocorreram no mundo do trabalho no Brasil a partir dos anos 1990. Segundo da tabela 9, entre os ópticos, os técnicos em aparelhos de diagnóstico, os técnicos em patologia e os técnicos em farmácia, há uma proporção considerável de ocupados com curso superior completo, certamente por serem, entre o grupo de ocupações elencadas, as que dispõem de maior incremento tecnológico, e logo, demandam maior qualificação dos trabalhadores. São também, por seu turno, as ocupações com maior rendimento médio mensal e maior remuneração média por hora.

[9] Um das hipóteses para este crescimento a partir de 2005 diz respeito ao aumento da participação de ocupados como técnico em óptica e optometria com nível superior de escolaridade.

Tabela 2 – Brasil, 2003 a 2014: Número de empregados no mercado de trabalho formal, por ano, segundo ocupação/área.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	453.640	36.615	1.974	19.378	17.181	10.856	115.058	654.702
2004	483.621	42.046	2.337	20.232	19.049	11.486	135.128	795.601
2005	517.633	48.190	2.622	22.795	20.139	12.908	152.529	864.098
2006	546.756	52.647	3.410	25.138	20.958	13.035	187.267	945.236
2007	581.703	62.400	3.936	27.488	21.350	15.139	205.783	1.021.779
2008	623.857	71.196	4.066	30.995	30.720	14.023	234.189	426.416
2009	659.904	75.999	4.405	33.812	27.785	16.306	238.165	1.176.230
2010	701.495	82.336	4.662	36.614	30.591	16.361	258.908	1.260.089
2011	744.475	90.551	6.132	41.320	35.624	18.018	267.504	1.328.703
2012	776.114	95.103	6.387	47.342	37.005	19.067	274.041	1.380.352
2013	808.853	101.775	6.592	49.219	39.838	20.513	273.547	1.426.047
2014	837.579	104.770	7.288	51.870	45.224	22.311	274.741	1.465.716

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 3 – Brasil, 2003 a 2014: Número de vínculos de emprego, ativos e não ativos em 31 de dezembro, por ano, segundo ocupação/área.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	557.478	40.394	2.198	26.174	20.395	11.428	120.396	778.463
2004	590.297	45.313	2.552	26.990	22.659	12.107	139.479	929.188
2005	633.354	51.720	2.818	30.154	23.658	13.604	159.339	1.010.056
2006	670.144	55.960	3.582	33.020	24.434	13.690	195.550	1.100.235
2007	716.576	65.888	4.102	35.902	25.012	15.786	221.781	1.197.666
2008	776.615	75.169	4.258	40.093	34.770	14.812	249.488	1.317.418
2009	818.532	80.006	4.537	44.699	32.706	17.040	247.971	1.374.081
2010	878.078	86.837	4.830	48.655	36.299	17.085	270.861	1.481.184
2011	938.663	95.289	6.348	55.741	42.294	18.950	280.063	1.571.990
2012	986.923	100.234	6.616	63.280	44.212	20.020	286.332	1.641.594
2013	1.036.563	107.838	6.750	66.171	46.577	21.541	286.968	1.704.009
2014	1.072.869	110.813	7.485	70.348	53.007	23.534	285.700	1.754.912
Incremento	8,52	13,10	14,16	12,71	9,07	9,45	10,82	9,33

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 4 – Brasil, 2003 a 2014: Número de vínculos de emprego, ativos em 31 de dezembro, por ano, segundo ocupação/área.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	482.412	32.434	1.694	22.864	17.842	9.392	100.811	667.449
2004	512.268	35.712	1.967	23.814	19.385	9.974	113.316	783.010
2005	546.644	40.603	2.132	26.671	20.355	10.912	129.713	846.634
2006	577.545	43.192	2.943	29.283	21.019	10.942	165.537	927.487
2007	612.922	52.021	3.358	31.660	21.443	11.884	186.338	1.001.293
2008	646.442	57.556	3.512	35.217	29.402	11.256	198.796	1.065.529
2009	685.632	62.349	3.757	38.893	27.187	13.292	214.011	1.135.664
2010	729.717	66.960	3.992	42.314	29.654	13.090	236.631	1.215.204
2011	775.919	72.858	5.301	48.085	34.048	14.321	243.497	1.284.771
2012	804.231	76.212	5.587	54.540	34.869	15.201	245.388	1.327.627
2013	833.975	81.300	5.751	57.371	37.002	16.652	245.808	1.368.923
2014	865.638	84.058	6.155	60.832	41.549	18.060	252.769	1.419.815
Incremento	7,80	12,38	14,73	12,57	7,99	8,43	11,14	8,76

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 5 – Brasil, 2003 a 2014: Média de vínculos de emprego, ativos em 31 de dezembro, por empregado, segundo ano e ocupação/área.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	1,2	1,1	1,1	1,4	1,2	1,1	1,0	1,2
2004	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	1,1	1,0	1,2
2005	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	1,1	1,0	1,2
2006	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	1,1	1,0	1,2
2007	1,2	1,1	1,0	1,3	1,2	1,0	1,1	1,2
2008	1,2	1,1	1,0	1,3	1,1	1,1	1,1	1,2
2009	1,2	1,1	1,0	1,3	1,2	1,0	1,0	1,2
2010	1,3	1,1	1,0	1,3	1,2	1,0	1,0	1,2
2011	1,3	1,1	1,0	1,3	1,2	1,1	1,0	1,2
2012	1,3	1,1	1,0	1,3	1,2	1,0	1,0	1,2
2013	1,3	1,1	1,0	1,3	1,2	1,1	1,0	1,2
2014	1,3	1,1	1,0	1,4	1,2	1,1	1,0	1,2

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 6 – Brasil, 2003 a 2014: Carga horária semanal média dos vínculos de emprego, ativos em 31 de dezembro, segundo ano e ocupação/área.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	38,0	40,7	43,2	30,3	36,1	40,9	40,4	35,9
2004	38,1	41,0	43,3	29,8	36,2	41,1	40,3	39,1
2005	38,0	41,0	43,1	28,9	34,8	41,3	40,5	38,9
2006	38,0	41,3	43,4	29,0	35,2	41,5	39,9	39,0
2007	38,1	40,6	43,4	28,9	35,5	41,4	40,0	38,9
2008	37,9	40,7	42,5	29,0	35,9	40,5	39,2	38,5
2009	38,1	41,1	42,0	28,8	35,7	40,3	39,3	38,5
2010	38,0	41,1	42,0	28,7	35,9	40,6	39,0	38,4
2011	38,1	41,1	41,5	29,0	37,3	40,3	39,0	38,4
2012	37,6	41,2	41,6	28,8	36,4	40,3	39,2	38,3
2013	37,6	41,1	41,6	28,8	37,0	40,2	39,4	38,3
2014	37,4	41,2	41,5	28,5	37,2	40,2	39,3	38,2

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 7 – Brasil, 2003 a 2014: Proporção de mulheres entre os empregados, segundo ano e ocupação/área.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	83,1	87,4	27,9	39,0	69,2	57,9	78,4	63,27
2004	83,0	87,6	28,7	39,5	69,0	58,4	77,8	63,43
2005	82,5	87,4	31,7	39,6	69,1	62,9	78,0	64,46
2006	83,8	88,0	43,8	40,2	70,1	59,2	77,1	66,03
2007	83,7	87,5	43,9	40,6	70,9	60,7	77,7	66,43
2008	83,7	87,8	42,0	40,9	71,0	64,6	76,7	66,67
2009	83,8	88,7	52,7	40,6	71,1	65,2	76,6	68,39
2010	83,9	88,7	53,1	40,5	71,5	66,9	76,4	68,71
2011	84,1	88,7	53,0	42,0	73,1	67,8	77,0	69,39
2012	84,5	84,7	57,7	42,3	74,1	68,7	77,8	69,97
2013	84,9	88,6	54,8	42,0	75,4	68,9	78,7	70,47
2014	85,1	88,4	56,6	42,3	75,9	69,9	78,3	70,93

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 8 – Brasil, 2003 a 2014: Idade média do empregado, segundo sexo, ano e ocupação/área.

Área	Enfermagem			Saúde Bucal			Óptica e Opto-metria			Diagnóstico			Patologia			Farmácia			ACS			Total Médio		
Ano	**H**	**M**	**HM**	**H**	**M**	**HM**	**H**	**M**	**HM**	**H**	**M**	**HM**	**H**	**M**	**HM**	**H**	**M**	**HM**	**H**	**M**	**HM**	**H**	**M**	**HM**
2003	35,4	38,1	37,6	31,0	31,6	31,5	34,6	32,5	34,0	39,1	38,7	39,0	36,5	35,9	36,1	33,3	32,5	32,8	32,3	34,1	33,8	39,1	37,3	37,8
2004	35,3	38,0	37,7	31,2	31,7	31,7	34,5	32,7	34,2	38,7	38,3	38,8	37,4	36,4	36,7	33,3	32,2	32,9	32,4	34,5	34,2	35,7	36,9	36,6
2005	35,6	38,1	37,	31,6	32,0	32,1	34,9	33,4	34,7	38,6	38,3	38,8	37,6	36,8	37,0	33,4	32,5	33,1	32,6	34,4	34,2	36,1	37,0	36,8
2006	35,1	38,2	37,9	31,2	32,1	32,0	36,5	37,6	37,4	38,4	38,0	38,6	37,8	37,2	37,4	33,8	32,5	33,3	34,2	35,6	35,6	36,2	37,2	37,0
2007	35,4	38,4	38,1	33,7	33,4	33,6	37,1	37,5	37,7	38,5	38,0	38,7	38,1	37,4	37,6	33,7	32,8	33,4	34,6	36,0	35,9	36,4	37,3	37,1
2008	35,7	38,5	38,0	33,6	33,4	33,4	37,2	37,9	37,5	38,5	37,7	38,1	38,2	37,9	37,9	33,1	32,5	32,7	35,5	36,6	36,3	36,5	37,1	37,0
2009	36,0	38,5	38,3	32,4	33,1	33,2	36,8	38,3	38,0	37,9	37,1	37,9	38,6	37,5	37,8	34,2	33,5	34,0	35,8	36,8	36,8	36,6	37,5	37,2
2010	36,3	38,7	38,5	32,8	33,5	33,5	37,2	38,8	38,5	37,9	37,1	37,9	38,6	37,5	37,8	33,7	33,0	33,5	36,7	37,5	37,6	36,9	37,7	37,5
2011	36,7	38,7	38,6	33,0	33,7	33,7	38,5	39,5	39,5	37,9	36,8	37,8	39,2	37,5	37,9	33,9	33,2	33,6	37,0	37,8	37,9	37,3	37,8	37,7
2012	37,1	38,9	38,9	33,1	33,9	34,0	38,6	40,3	39,9	38,4	37,3	38,3	39,7	37,7	38,2	34,2	33,3	33,8	37,8	38,5	38,7	37,5	38,1	37,9
2013	37,5	39,1	37,1	33,3	34,4	34,4	39,0	40,9	40,4	38,5	37,5	38,4	39,9	37,7	38,2	34,7	33,6	34,2	38,3	39,0	39,2	37,9	38,3	38,2
2014	37,8	39,3	39,4	33,4	34,8	34,8	39,1	41,6	41,0	38,7	37,6	38,6	39,9	37,7	38,2	34,7	33,8	34,3	38,9	39,5	39,7	38,2	38,6	38,5

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 9 – Brasil, 2003 a 2014: Proporção de empregados com nível superior completo, segundo ano e ocupação/área.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	3,7	3,8	12,4	7,5	17,7	15,4	2,1	8,9
2004	3,8	4,1	12,4	7,6	18,9	14,5	2,1	9,1
2005	3,4	3,9	12,7	7,4	17,8	9,6	2,6	8,2
2006	3,5	3,7	12,8	13,7	16,9	8,9	1,9	8,8
2007	3,9	3,9	13,1	8,2	16,2	8,7	2,6	8,1
2008	4,2	4,1	13,2	9,3	17,3	10,4	3,9	8,9
2009	4,7	4,4	13,7	9,8	19,9	10,1	4,7	9,6
2010	4,6	4,5	13,7	10,2	18,9	11,1	5,2	9,7
2011	5,3	4,6	14,0	11,0	19,3	10,4	7,4	10,3
2012	5,7	5,1	14,7	15,9	20,1	10,8	7,7	11,4
2013	6,8	5,2	39,6	16,9	20,3	11,1	8,1	15,4
2014	7,4	5,6	31,7	18,6	21,0	11,6	7,7	14,8

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Note-se que os dados dos censos do IBGE ratificam alguns dos aspectos demográficos encontrados na RAIS, com algumas diferenças. Como o censo cobre um período maior (de 1991 a 2010) e considera também os ocupados no mercado de trabalho informal (para além dos ocupados no mercado formal, já coberto pela RAIS), é possível complementar as informações da RAIS para obter o diagnóstico desses grupos ocupacionais do ponto de vista demográfico.

Segundo a tabela 10, as tendências de composição por sexo são confirmadas para enfermagem, patologia e farmácia, demonstrando que não parece haver diferenças significativas quando comparadas as populações ocupadas no total da economia e apenas no mercado de trabalho formal. Nesse sentido, observa-se que desde 1991 os técnicos e auxiliares de enfermagem perfazem em torno de 85% de mulheres ao passo que em patologia e farmácia ocorreu uma importante feminização. Já em saúde bucal, óptica e optometria e agentes comunitários de saúde, as proporções de mulheres encontradas no censo de 2010 eram inferiores às da RAIS do mesmo ano, sugerindo que estas ocupações eram mais masculinas do que se observara anteriormente. Tal resultado aponta que, nestas ocupações, as mulheres tendem a se ocupar no mercado formal proporcionalmente mais do que os homens. O inverso ocorreu para a categoria de diagnóstico, em que a proporção de mulheres encontrada no censo era superior à da RAIS[10].

No que se referem à idade média os dados do censo e da RAIS são convergentes em todas as ocupações, exceto para a área de saúde bucal, que apresentou médias maiores naquela fonte de informação, relativamente a esta (tabela 11). Sugere-se, portanto, que os ocupados no mercado formal tendiam a ser mais jovens do que os ocupados no mercado informal[11].

Por fim, os dados dos censos mostram que as proporções de indivíduos que possuíam nível superior completo que estavam ocupados nestas ocupações de nível médio eram maiores do que aquelas encontradas na RAIS. Assim, a tendência de aumento desse grupo de indivíduos foi mais intensa do que se observara, destacando que boa parte desses indivíduos tem operado na informalidade[12].

[10] Neste caso, deve-se analisar este resultado com cautela, pois nesta categoria o número de vínculos por emprego chega a 1,3. Dessa forma, a proporção em relação ao total do emprego não pode ser diretamente comparada com a proporção em relação ao total da população ocupada.

[11] Atente-se aqui para o fato de que muitos desses ocupados podem ser, na verdade, dentistas práticos localizados na informalidade e ilegalidade desse mercado de trabalho.

[12] Esta situação é notória tendo em vista o contexto de crescimento de cursos superiores da área da saúde à época, a qual se deu muito superior à demanda de profissionais de saúde. Para mais detalhes, consultar o relatório referente às profissões de nível superior, constante do mesmo Projeto Colaborativo.

Tabela 10 – Brasil, 1991, 2000 e 2010: Proporção de mulheres entre os ocupados no trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico, por ano e ocupação/área.

	1991	2000	2010
Enfermagem	85,3	86,9	83,2
Saúde Bucal	14,6	27,1	46,2
Óptica e optometria	22,5	18,6	39,2
Diagnóstico	38,6	41,9	44,2
Patologia	59,9	64,9	70,4
Farmácia	25,3	52,0	67,9
Agente comunitário de saúde	-	54,2	66,2

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE (microdados 1991, 2000 e 2010).

Tabela 11 – Brasil, 1991, 2000 e 2010: Idade média dos ocupados no trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico, por ano, sexo e ocupação/área.

	1991			2000			2010		
	Fem	**Mas**	**Total**	**Fem**	**Mas**	**Total**	**Fem**	**Mas**	**Total**
Enfermagem	35,7	34,4	35,5	37,2	34,0	36,7	37,6	36,1	37,3
Saúde Bucal	30,9	34,7	34,2	33,0	36,6	35,6	35,0	38,9	37,1
Óptica e optometria	34,7	32,9	33,3	33,7	34,4	34,3	35,8	37,4	36,8
Diagnóstico	35,5	35,5	35,5	37,4	37,2	37,3	35,8	37,6	36,8
Patologia	32,3	34,5	33,2	34,1	35,6	34,6	36,3	38,6	37,0
Farmácia	32,8	36,0	35,2	31,4	33,7	32,5	31,1	34,5	32,2
Agente comunitário de saúde	-	-	-	33,1	36,1	34,4	36,2	37,3	36,6

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE (microdados 1991, 2000 e 2010).

Tabela 12 – Brasil, 1991, 2000 e 2010: Proporção de ocupados no trabalho principal da semana de referência do Censo Demográfico com nível superior, por ano e ocupação/área.

Ocupação	1991	2000	2010
Enfermagem	2,9	4,7	9,8
Saúde Bucal	4,0	5,7	12,6
Óptica e optometria	6,1	7,4	23,3
Diagnóstico	5,9	8,2	20,8
Patologia	15,8	15,2	24,1
Farmácia	14,6	18,2	18,2
Agente comunitário de saúde	-	4,4	8,3

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE (microdados 1991, 2000 e 2010).

A tabela 13 refere-se à natureza jurídico-institucional das entidades empregadoras, mais especificamente a proporção de empregos estabelecidos com entidades públicas, de acordo com a RAIS. Verifica-se que prevalecem os vínculos com o setor privado, sendo uma exceção o grupo de Agentes Comunitários de Saúde, o que se explica pelo fato de o exercício dessa ocupação se dar exclusivamente no âmbito do SUS. Contudo, ainda existem, e em proporção relevante até 2007, vínculos com a iniciativa privada, tendo em vista que existe a possibilidade de contratação indireta mediante contrato, convênio ou termo de parceria com entidade de direito privado. Chama atenção o grupo de técnicos em óptica e optometria, cuja proporção de vínculos no setor público cresceu vertiginosamente a partir de 2006.

As tabelas 14 e 15 apresentam a evolução salarial média dos vínculos de emprego nas sete ocupações/áreas investigadas, sendo que a primeira descreve o salário mensal média ao longo do ano e a segundo o mesmo salário médio por hora semanal de trabalho. Em todos os casos, o incremento ao ano foi superior a 7%, sendo que os maiores foram observados entre técnicos em óptica e optometria, agentes comunitários de saúde e técnicos em farmácia. Os maiores salários, ao final do período, eram dos empregos de óptica e optometria, diagnóstico e patologia, que são as ocupações mais tecnológicas, com maior presença masculina e maior contingente de ocupados com nível superior de escolaridade.

Tabela 13 – Brasil, 2003 a 2014: Proporção de empregos, ativos em 31 de dezembro, em estabelecimentos públicos, segundo ano e ocupação.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	44,0	32,0	1,9	33,6	40,9	12,0	56,3	31,5
2004	44,3	31,2	1,8	33,0	43,0	37,2	58,0	35,5
2005	44,5	32,3	3,8	34,8	43,5	34,8	61,8	36,5
2006	43,8	31,2	28,2	33,7	43,0	33,8	70,6	40,6
2007	43,7	37,1	32,5	33,6	40,9	30,6	75,1	41,9
2008	43,3	35,7	32,4	32,7	42,5	25,2	83,9	42,2
2009	43,1	34,1	36,0	29,4	41,6	31,9	87,7	43,4
2010	42,8	34,1	35,0	28,1	39,7	24,8	88,7	41,9
2011	42,7	33,5	46,8	26,6	38,1	25,0	88,7	43,1
2012	41,5	32,2	46,5	30,0	37,1	23,8	89,0	42,9
2013	41,1	33,3	48,6	29,3	34,6	25,6	90,8	43,3
2014	39,8	32,2	51,4	28,2	32,2	24,2	89,7	42,5

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 14 – Brasil, 2003 a 2014: Remuneração média, em Reais, dos vínculos ativos em 31 de dezembro, segundo ano e ocupação.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	767,50	486,20	592,20	1.031,00	894,40	588,20	335,10	670,65
2004	837,90	525,60	643,70	1.118,60	980,90	639,10	369,90	730,80
2005	902,70	569,10	710,70	1.206,10	1.080,10	711,00	408,00	798,30
2006	982,70	613,30	1.186,00	1.314,50	1.171,80	813,70	481,00	937,60
2007	1.040,80	695,10	1.286,20	1.398,90	1.214,50	902,10	533,20	1.010,10
2008	1.124,90	763.4	1.366,30	1.551,00	1.232,90	1.085,10	657.7	1.010,90
2009	1.220,90	817,80	1.725,00	1.630,50	1.453,50	1.108,20	728,10	1.240,60
2010	1.317,30	884,80	1.850,70	1.774,80	1.539,20	1.236,50	807,80	1.344,50
2011	1.433,40	962,80	2.163,10	1.899,30	1.607,30	1.341,50	890,00	1.471,10
2012	1.579,60	1.080,60	2.644,00	2.381,80	1.752,30	1.525,80	1.026,30	1.712,90
2013	1.723,80	1.187,40	3.105,30	2.619,50	1.895,90	1.671,70	1.069,30	1.896,10
2014	1.861,40	1.295,60	3.538,80	2.826,20	2.048,40	1.777,50	1.185,10	2.076,10
Incremento	**8,39**	**9,32**	**17,65**	**9,60**	**7,82**	**10,58**	**12,17**	**10,82**

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

Tabela 15 – Brasil, 2003 a 2014: Remuneração média por hora, em Reais, dos vínculos ativos em 31 de dezembro, segundo ano e ocupação.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS	Total
2003	5,15	3,12	3,40	9,14	4,15	3,64	2,16	4,39
2004	5,38	3,10	3,61	9,91	4,16	3,85	2,39	4,63
2005	7,72	3,33	3,90	10,79	4,57	4,17	2,50	5,28
2006	6,20	3,56	6,07	11,79	4,99	4,65	2,97	5,75
2007	6,60	4,10	6,61	12,58	5,13	5,15	3,32	6,21
2008	6,68	4,08	7,48	13,74	4,96	5,37	4,12	6,63
2009	7,71	4,78	9,29	14,66	6,22	6,68	4,61	7,71
2010	8,23	5,10	10,04	15,80	6,57	7,25	5,33	8,33
2011	9,07	5,62	11,70	17,06	7,20	8,02	5,78	9,21
2012	10,10	6,23	14,15	20,23	7,85	8,89	6,52	10,57
2013	11,24	6,86	16,60	22,19	8,51	9,75	6,80	11,71
2014	12,42	7,40	18,49	23,95	9,29	10,16	7,80	12,79
Incremento	**8,33**	**8,17**	**16,64**	**9,15**	**7,60**	**9,78**	**12,38**	**10,21**

Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2003-2014).

3.3. Distribuição do emprego

No que concerne à distribuição de postos de trabalho, observamos que o Sudeste concentra a maior oferta do país, com mais da metade dos vínculos (ativos e não ativos) de técnicos em enfermagem (54,8%), técnicos em saúde bucal (51,5%) técnicos em aparelhos de diagnóstico (58,7%), técnicos em patologia clínica (62,0%) e técnicos em Farmácia (54%). No Nordeste há uma proporção maior, ainda que não seja a maioria, de Agentes Comunitários de Saúde (35,6%) e técnicos em óptica (40,8%). Esses dados são coerentes quando os associamos à maior incorporação tecnológica e maior oferta de educação profissional na região Sudeste. Os mapas 1 a 7 descrevem o número de vínculos de emprego ativos por estado e ocupação/área.

Mapa 1 – Brasil, 2014. Distribuição do número de vínculos ativos em 31 de dezembro de técnicos e auxiliares de enfermagem, por UF.



Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2014).

Mapa 2 – Brasil, 2014. Distribuição do número de vínculos ativos em 31 de dezembro de técnicos e auxiliares de saúde bucal e protéticos, por UF.



Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2014).

Mapa 3 – Brasil, 2014. Distribuição do número de vínculos ativos em 31 de dezembro de técnicos em óptica e optometria, por UF.



Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2014).

Mapa 4 – Brasil, 2014. Distribuição do número de vínculos ativos em 31 de dezembro de técnicos em aparelhos de diagnóstico e tratamento médicos, por UF.



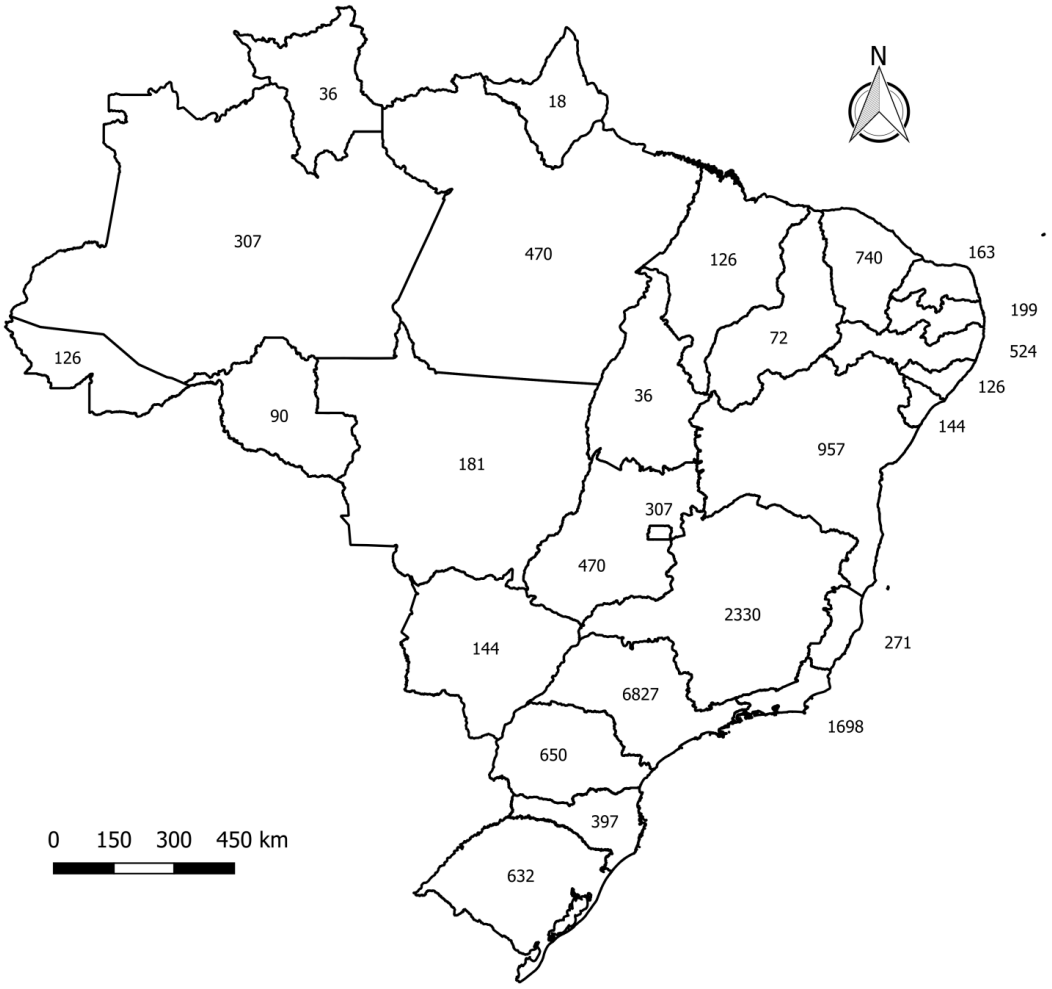
Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2014).

Mapa 5 – Brasil, 2014. Distribuição do número de vínculos ativos em 31 de dezembro de técnicos e auxiliares em patologia clínica, por UF.



Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2014).

Mapa 6 – Brasil, 2014. Distribuição do número de vínculos ativos em 31 de dezembro de técnicos de farmácia, por UF.



Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2014).

Mapa 7 – Brasil, 2014. Distribuição do número de vínculos ativos em 31 de dezembro de agentes comunitários de saúde, por UF.



Fonte: EPSM a partir da Relação Anual de Informações Sociais (microdados 2014).

3.4. Fluxos de formação

As tabelas 16, 17 e 18 descrevem os números básicos[13] referentes aos cursos de formação profissional registrados no censo escolar do INEP, no período de 2007 a 2014. O maior volume de cursos está concentrado em enfermagem. Todas as áreas cresceram no período observado, exceto a de óptica e optometria, a qual praticamente manteve o mesmo número de cursos. Os cursos em Saúde Bucal e de ACS apresentaram os maiores incrementos, de 10,87% e 18,69% ao ano, respectivamente, embora com números absolutos baixos ao final do período, 313 e 73 cursos. As áreas de diagnóstico, patologia e farmácia cresceram em torno de 7% ao ano. Já a enfermagem também descreveu uma trajetória ascendente, mas moderada, de 2,68%.

O número de matrículas e de concluintes, porém, apresentaram trajetórias distintas, pois no caso dos ACS houve redução dos contingentes de alunos, a despeito do aumento no número de cursos. Note-se que esta é uma área em que não há exigência de formação para exercer a ocupação. Nestes indicadores, a saúde bucal permaneceu como uma das que mais cresceu no período, tendo sido acompanhada pelos cursos de farmácia. Considerando as diferenças por sexo, observa-se que nos volumes de matrícula, não há diferenças significativas, exceto entre os ACS, em que a redução foi maior dos matriculados do sexo masculino. Já nos números de concluintes, os dados mostram diferenças nos cursos de saúde bucal e farmácia, já que o crescimento de novos profissionais foi mais significativo entre mulheres, no primeiro caso e entre homens, no segundo.

[13] Para estudos mais aprofundados sobre formação de ocupações técnicas em saúde, consultar Pronko et. al. (2011) e Morosini et. al. (2013).

Tabela 16 – Brasil, 2007 a 2014: Número de cursos, segundo ano e ocupação.

	Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnóstico	Patologia	Farmácia	ACS
2007	1.248	152	29	267	180	143	22
2008	1.334	166	26	295	189	164	11
2009	1.147	173	22	299	160	168	21
2010	1.198	211	20	321	214	193	33
2011	1.275	221	23	343	210	189	31
2012	1.338	269	29	363	229	191	32
2013	1.352	272	22	388	231	193	32
2014	1.502	313	24	445	298	230	73
Inc.	**2,68**	**10,87**	**-2,67**	**7,57**	**7,47**	**7,02**	**18,69**

Fonte: EPSM a partir do Censo Escolar (microdados 2007 a 2014).

Tabela 17 – Brasil, 2007 a 2014: Número de matrículas (total, masculino e feminino), segundo ano e ocupação/área.

Ano		Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnósti-co	Patologia	Farmácia	ACS
Total	**2007**	249.994	13.180	3.146	40.264	19.304	13.462	19.638
	2008	260.590	12.916	2.578	43.356	19.952	15.038	19.600
	2009	272.428	18.792	3.200	48.266	16.586	16.078	25.016
	2010	289.982	21.418	2.758	56.602	32.708	19.442	15.124
	2011	299.676	23.780	2.328	57.782	24.120	19.656	14.430
	2012	285.830	30.592	3.390	53.242	26.416	20.954	18.370
	2013	284.720	27.350	2.424	58.210	26.554	21.996	8.530
	2014	339.358	35.474	3.182	79.616	42.728	32.176	14.546
	Inc.	**4,46**	**15,19**	**0,16**	**10,23**	**12,02**	**13,26**	**-4,20**
Masculino	**2007**	34.540	2.782	1.456	14.942	2.960	2.664	5.436
	2008	34.544	2.510	1.288	15.266	3.032	2.648	4.298
	2009	35.212	3.660	1.606	16.158	2.624	2.750	6.184
	2010	37.364	4.298	1.362	18.570	7.536	3.346	3.896
	2011	37.184	4.842	1.040	18.364	3.728	3.064	3.782
	2012	35.180	5.810	1.512	17.234	3.920	3.314	4.284
	2013	36.504	5.690	1.088	17.978	3.908	3.410	1.918
	2014	45.348	7.442	1.414	25.786	6.812	5.562	2.510
	Inc.	**3,97**	**15,09**	**-0,42**	**8,11**	**12,64**	**11,09**	**-10,45**
Feminino	**2007**	215.454	10.398	1.690	25.322	16.344	10.798	14.202
	2008	226.046	10.406	1.290	28.090	16.920	12.390	15.302
	2009	237.216	15.132	1.594	32.108	13.962	13.328	18.832
	2010	252.618	17.120	1.396	38.032	25.172	16.096	11.228
	2011	262.492	18.938	1.288	39.418	20.392	16.592	10.648
	2012	250.650	24.782	1.878	36.008	22.496	17.640	14.086
	2013	248.216	21.660	1.336	40.232	22.646	18.586	6.612
	2014	294.010	28.032	1.768	53.830	35.916	26.614	12.036
	Inc.	**4,54**	**15,22**	**0,65**	**11,38**	**11,90**	**13,75**	**-2,34**

Fonte: EPSM a partir do Censo Escolar (microdados 2007 a 2014).

Tabela 18 – Brasil, 2007 a 2014: Número de concluintes (total, masculino e feminino), segundo ano e ocupação/área.

Ano		Enfermagem	Saúde Bucal	Óptica e Optometria	Diagnósti-co	Patologia	Farmácia	ACS
Total	**2007**	43.218	2.626	862	4.864	4.102	1.250	2.998
	2008	84.920	4.982	586	14.172	6.784	5.064	10.432
	2009	76.532	6.132	520	11.604	3.526	3.390	12.076
	2010	83.806	5.928	554	13.032	7.906	5.140	1.222
	2011	87.274	8.892	600	16.248	8.238	5.936	1.122
	2012	82.680	10.264	722	13.942	7.002	5.832	3.204
	2013	78.622	8.844	622	12.470	7.820	6.108	2.198
	2014	77.792	10.994	738	12.962	8.766	6.054	2.084
	Inc.	**8,76**	**22,70**	**-2,19**	**15,03**	**11,46**	**25,28**	**-5,06**
Masculino	**2007**	5.602	350	386	1.786	608	220	640
	2008	10.338	806	318	4.988	976	880	1.922
	2009	9.170	912	264	3.890	490	506	2.886
	2010	10.178	1.278	268	4.052	1.332	774	228
	2011	10.106	1.564	262	5.234	1.130	786	198
	2012	9.460	1.824	276	4.372	810	888	804
	2013	9.640	1.756	296	3.854	996	856	414
	2014	9.218	2.198	366	3.996	1.174	860	440
	Inc.	**7,37**	**30,02**	**-0,76**	**12,19**	**9,86**	**21,50**	**-5,21**
Feminino	**2007**	37.616	2.276	476	3.078	3.494	1.030	2.358
	2008	74.582	4.176	268	9.184	5.808	4.184	8.510
	2009	67.362	5.220	256	7.714	3.036	2.884	9.190
	2010	73.628	4.650	286	8.980	6.574	4.366	994
	2011	77.168	7.328	338	11.014	7.108	5.150	924
	2012	73.220	8.440	446	9.570	6.192	4.944	2.400
	2013	68.982	7.088	326	8.616	6.824	5.252	1.784
	2014	68.574	8.796	372	8.966	7.592	5.194	1.644
	Inc.	**8,96**	**21,30**	**-3,46**	**16,50**	**11,72**	**26,00**	**-5,02**

Fonte: EPSM a partir do Censo Escolar (microdados 2007 a 2014).

3.5. Cenários para 2030

A tabela 19 apresenta, em números absolutos, as projeções quinquenais das ocupações técnicas em saúde no Brasil. No sentido de possibilitar as comparações pertinentes, também foram projetados o crescimento populacional, a população economicamente ativa (ocupada e desocupada), o número de empregos formais no total da economia e o número de empregos formais entre as categorias técnicas da saúde. Para tanto, foi calculada a taxa de incremento geográfico anual, considerando o intervalo analisado neste trabalho, que vai do ano de 2003 ao ano de 2014. Contudo, por se tratar de um intervalo temporal consideravelmente longo, optou-se por recortar dois períodos menores (2003 a 2008; 2008 a 2014), com o intuito não só de aproximar a taxa média de crescimento à realidade atual, mas também de comparar períodos da história recente que foram bastante peculiares no que tange à oferta de trabalho e emprego no Brasil, sobretudo na área da saúde.

A análise das taxas de projeção calculadas para os três intervalos temporais supracitados explicita o cenário de crescimento econômico experimentado pelo Brasil no início do século XXI, com posterior arrefecimento. As taxas de incremento geográfico do quinquênio 2003-2008 apontam para um considerável aumento da população ocupada e consequente decréscimo da população desocupada, bem como revelam um aumento considerável no número de empregos formais (seja para o total da economia, seja para as ocupações técnicas em saúde especificamente). Para cálculo das projeções optou-se por usar como taxa de referência o sexênio 2008-2014, não só pela maior proximidade temporal, mas, sobretudo por este apresentar um crescimento mais tímido e, logo, mais próximo ao cenário econômico hodierno.

Em relação às ocupações aqui analisadas, observaram-se diferentes tendências. Os técnicos de enfermagem e os técnicos em aparelhos de diagnóstico e tratamento médico são os que sofreram uma variação menor na comparação dos intervalos 2003-2008 e 2008-2014. Pode-se inferir que estas ocupações já tinham, mesmo antes do período de maior crescimento econômico do país, um mercado mais estruturado de demandas, por atuarem em grandes estruturas de prestação de serviços saúde, como por exemplo, em hospitais, cuja dinâmica de consumo do serviço não diminui em função do cenário econômico. Assim, para os próximos anos espera-se um crescimento sustentado e resistente aos possíveis cenários socioeconômicos.

Em similitude, os técnicos em óptica e optometria também não experimentaram grande variação nas taxas de crescimento, e a despeito da desaceleração da economia na década de 2010, os mesmos mantiveram no intervalo 2008-2014 uma taxa de incremento consideravelmente alta. Note-se que este cenário contradiz o que era esperado se considerássemos apenas a tendência de formação, já que, segundo os dados do censo escolar do INEP, houve queda no número de cursos da área. Aqui, entretanto, ocorreu uma dinâmica peculiar de aumento de preenchimento de postos de trabalho por profissionais com nível superior de escolaridade. Note-se que aumentou o número de cursos de nível superior nesta área sem que houvesse o respectivo reconhecimento do exercício profissional por meio de legislação competente. Esse cenário, se mantido, acarretará em continuidade do crescimento dos empregos da ocupação de nível técnico. Caso ocorra reconhecimento da profissão de nível superior, a correspondente de nível técnico poderá inclusive se excluir.

Os técnicos em saúde bucal e os ACS, por sua vez, tiveram um crescimento vertiginoso no quinquênio 2003-2008, presumivelmente associado à expansão dos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que ganhou maior velocidade e amplitude na sua implantação, sobretudo a partir de 2003. Por outro lado, o objetivo de ampliação da cobertura da ESF foi alcançado na maioria dos municípios brasileiros em meados da década de 2000 e posterior universalização em 2010, estabelecendo o decréscimo da taxa de incremento anual para o intervalo de 2008 a 2014. Esse cenário impõe limites ao que podemos esperar nos próximos anos para os ACS em função do limite da política. O mesmo não pode ser dito dos técnicos de saúde bucal, os quais se ocupam muito mais no mercado privado. Neste último caso, os mesmos estarão mais sujeitos às flutuações econômicas, já que, ao contrário de áreas como enfermagem e diagnóstico, dependem de pequenos serviços (comumente consultórios individuais e clínicas de pequeno porte), os quais estão mais sujeitos à capacidade de consumo da população em geral.

Por fim, entre os técnicos em farmácia, houve um crescimento maior no intervalo 2008-2014, o que confirma a tendência observada nos dados de formação e a despeito do menor dinamismo do emprego no período (se comparado com o sexênio anterior). Neste caso, é possível que esteja ocorrendo uma dinâmica de hierarquização do processo de trabalho dos serviços farmacêuticos, a qual tem aumentado a demanda por trabalhadores subordinados ao farmacêutico de nível superior.

Tabela 19 – Brasil, 2003 a 2030: Estoques populacionais, incremento e projeção.

Indicadores / CBO2002	2003	2014	Inc Geo Anual	Inc Geo 2003-2008	Inc Geo 2008-2014	Projeção			
						2015	2020	2025	2030
Projeção da População (IBGE)									
Total	176.871.437	202.768.562	1,2	1,4	1,1	204.999.016	216.524.754	228.698.509	241.556.713
População Economicamente Ativa - PEA (em milhões)									
Ocupada	76.421.209	92.869.853	1,7	2,5	1,1	93.891.421	99.170.315	104.746.005	110.635.180
Desocupada	8.950.356	7.571.693	-1,5	-3,9	0,5	7.609.551	8.037.386	8.489.275	8.966.571
PEA Total	85.371.565	100.441.546	1,4	1,9	1,1	101.546.403	107.255.685	113.285.963	119.655.283
Emprego RAIS									
Total da economia	29.544.927	49.571.510	4,8	5,9	3,8	51.455.227	54.348.214	57.403.855	60.631.294
Categorias Técnicas da Saúde*									
Total da economia (vínculos ativos)	667.449	1.419.815	7,1	9,8	4,9	1.489.385	1.573.124	1.661.571	1.754.990
% Categorias Técnicas da saúde/Total da economia	2,25	2,86	-	-	-				
Categorias Pesquisadas (Estoque total)									
Técnicos em Enfermagem (indivíduos)	453.640	837.579	5,7	6,5	5,0	879.547	928.904	981.130	1.036.293
Técnicos em Enfermagem (vínculos ativos)	482.412	865.638	5,5	6,0	4,9	908.054	959.108	1.013.032	1.069.989
Técnicos em saúde bucal e protéticos (indivíduos)	36.615	104.770	10,0	14,2	6,6	111.684	117.964	124.596	131.602
Técnicos em saúde bucal e protéticos (vínculos ativos)	32.434	84.058	9,0	12,1	6,5	89.521	94.555	99.871	105.486
Técnicos em óptica e optometria (indivíduos)	1.974	7.288	12,6	15,5	10,2	8.031	8.483	8.960	9.464
Técnicos em óptica e optometria (vínculos ativos)	1.694	6.155	12,4	15,7	9,8	6.758	7.138	7.539	7.963
Técnicos em Ap. de Diag. e Trat. Médico (indivíduos)	19.378	51.870	9,4	9,8	8,9	56.486	59.662	63.017	66.560
Técnicos em Ap. de Diag. e Trat. Médico (vínculos ativos)	22.864	60.832	9,3	9,0	9,5	66.611	70.356	74.312	78.490

(continua)

(continuação)

Indicadores / CBO2002	2003	2014	Inc Geo Anual	Inc Geo 2003-2008	Inc Geo 2008-2014	Projeção			
						2015	2020	2025	2030
Técnicos em Patologia Clínica (indivíduos)	17.181	45.224	9,2	12,3	6,6	48.208	50.919	53.782	56.806
Técnicos em Patologia Clínica (vínculos ativos)	17.842	41.549	8,0	10,5	5,9	44.000	46.474	49.087	51.847
Técnicos em Farmácia (indivíduos)	10.856	22.311	6,8	5,2	8,0	24.095	25.451	26.882	28.393
Técnicos em Farmácia (vínculos ativos)	9.392	18.060	6,1	3,6	8,2	19.540	20.640	21.800	23.026
Agentes Comunitários de Saúde (indivíduos)	115.058	274.741	8,2	15,2	2,7	282.159	298.023	314.779	332.477
Agentes Comunitários de Saúde (vínculos ativos)	100.811	252.769	8,7	14,5	4,0	262.879	277.660	293.271	309.759

Font**e:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: projeção da população do Brasil 2000-2060. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: indicadores IPEA. 1992 – 2014. Relação Anual de Informações Sociais/MTE**:** microdados. 2003-2014.

4. Conclusão

Este estudo teve como objetivo analisar a composição, estrutura, tendências e perspectivas da força de trabalho e dos mercados das ocupações de nível técnico e médio da saúde, no Brasil das últimas décadas. De maneira mais específica, o trabalho procurou aprofundar a análise do processo de crescimento e formalização dos mercados de trabalho ocorrido nos anos 2000 e seu arrefecimento no início dos anos 2010. Para tanto, lançamos mão de um conjunto de bases de dados através das quais foi possível cotejar informações sobre estas ocupações. Tais bases impuseram limites quanto à escolha das ocupações e áreas que poderiam ser analisadas ao longo do período que vai da década de 1990 até meados da década de 2010.

No cômputo geral, o mercado de trabalho das sete ocupações analisadas seguiu uma tendência de crescimento ao longo dos anos 2000, acompanhando o dinamismo da economia, o desenvolvimento de políticas públicas no setor e a ampliação dos cursos de formação profissional. A partir dos anos 2010 esse crescimento desacelerou em função da crise econômica e da descontinuidade do escopo e abrangência das políticas públicas de saúde. Entretanto, o comportamento de cada ocupação se deu de forma distinta, sendo que as áreas menos impactadas foram aquelas com mercados de trabalho consolidados, no caso enfermagem e diagnóstico. As ocupações de saúde bucal e agentes comunitários de saúde sofreram um impacto maior, sobretudo em função da dependência que possuem em relação à política de atenção básica e ou de serviços de saúde de pequeno porte. Já as ocupações de técnicos de farmácia e de óptica e optometria desconheceram o cenário recente e mantiveram uma dinâmica própria.

Os resultados mostram também tendências demográficas de mudança ao longo do período analisado como a feminização de todas as ocupações (com exceção da enfermagem, que manteve mais de 80% de mulheres em sua composição) e o envelhecimento (embora residual). Note-se também o aumento expressivo de ocupados com nível superior completo, o que indica, por um lado, a existência de uma força de trabalho sobre qualificada e, por outro, a insuficiência do mercado de profissões de nível superior em saúde em absorver esta mão de obra, a qual, portanto, opera de forma incompatível com sua qualificação.

A despeito das tendências de mudança, permaneceram iniquidades entre os grupos ocupacionais. Assim, grupos de ocupações mais tecnológicas e com maior presença masculina, como óptica e optometria, aparelhos de diagnóstico médico e patologia clínica, mantiveram-se com os melhores salários, tendo sido aquelas que mais ampliaram a participação de pessoas com nível superior. Além disso, o contingente de empregos e de indivíduos ocupados nas ocupações de nível técnico e médio da saúde continua concentrado na região Sudeste do país e no mercado de trabalho privado, à exceção dos agentes comunitários de saúde quem, por estarem atrelados à política pública de atenção básica estão mais bem distribuídos no território.

Cabe mencionar ainda que o estudo aqui proposto avançou no sentido de aprimorar o conhecimento em coleta, tratamento e análise de dados que forneçam sinais das ocupações de saúde de nível médio e técnico, o qual tem sido a missão da EPSM desde sua fundação. Entretanto, ainda há muito a ser feito, sobretudo em termos de integração entre as fontes de dados aqui trabalhadas e também com outras fontes e a identificação de outras ocupações que possam ser compatibilizadas entre as fontes, o que irá permitir realizar análises aprofundadas, baseadas em técnicas estatísticas avançadas, especialmente com o objetivo de investigar as relações entre formação e inserção no mercado de trabalho e seus impactos sobre o sistema de saúde brasileiro.

No que se refere especificamente à projeção, entendemos que a metodologia utilizada, quando aplicada à população em questão tem produzido resultados interessantes. Técnicas mais sofisticadas poderiam ter sido usadas, no entanto, a grande oportunidade que dá a RAIS, aliada à precariedade de outros sistemas estatísticos e registros administrativos, justifica muito o uso da metodologia aqui adotada. Além disso, a flexibilidade de se desenharem cenários hipotéticos permite considerar aspectos relativos à demanda futura por Recursos Humanos de Saúde, elemento que não é explorado diretamente nos modelos. Assume-se que em estudos futuros os resultados deverão ser revistos à luz de novas evidências.

Referências

CARDOSO JR., J. C. De volta para o futuro? As fontes de recuperação do emprego formal no Brasil e as condições para sua sustentabilidade temporal. **Texto para Discussão nº1310**, IPEA: Brasília, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733, mai./jun. 2003.

DALPOZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. N. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil, In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Volume 3: Organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p. 187-235, 2013.

DIEESE. **O Mercado de Trabalho Formal Brasileiro: Resultados da RAIS 2013**. São Paulo: DIEESE, set. 2014. Disponível em: < http://www.dieese.org.br/notatecnica/2014/notaTec140Rais2013.pdf.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO. **Dimensionamento da demanda de educação profissional técnica em saúde.** (Relatório de Pesquisa) Belo Horizonte : EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2009.

GIRARDI, S. N. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia de Saúde da Família. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.45, p. 11-23, maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 1991,2000, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo Escolar:** microdados. Brasília: INEP/MEC, 2007-2014.

MÉDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro, ENSP, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite / Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: DAB/MS, 2002.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações:** CBO - 2010 - 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Relação Anual de Informações Sociais**: RAIS: microdados. Brasília: MTE, 2003-2014.

MOROSINI, M. V. G. C. et. al. (org.) **Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ/MS, 2013.

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabajo en salud: conceptos y medidas. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 20, n.4, p. 524-534, 1996.

NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. **O perfil do emprego na Função Saúde**. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999 (mimeo).

PRONKO, M. et. al. (org.) **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ/MS, 2011.

ZAEYEN, A. et. al. Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. **Texto para Discussão nº 370**, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1995.

Apêndice A – Estudo de classificações das ocupações de nível técnico e médio da saúde

CURSO	Técnico em Acupuntura
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Outros – Eixo Ambiente e Saúde (1999)
CBO	Profissão: Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas (3221)
	○ Técnico em acupuntura (3221-05)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Profissionais de Nível Médio de Medicina Tradicional e Alternativa (3230)
OBS:	Passou a figurar no CNAE na última mostra do Censo Demográfico (2010), a mesma classificação é usada para outras duas profissões.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Agente Comunitário de Saúde
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Agente Comunitário de Saúde (1001)
CBO	Profissão: Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde (5151)
	○ Agente Comunitário de Saúde (5151-05)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Agentes da saúde e do Meio Ambiente (3522)
Censo 2010	Profissão: Trabalhadores Comunitários da Saúde (3253)
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Análises Clínicas
	Denominações anteriormente utilizadas: Análises clínicas – exames laboratoriais. Biodiagnóstico. Biodiagnóstico laboratorial. Biodiagnóstico / patologia clínica. Laboratório clínico. Laboratório de análises clínicas e banco de sangue. Laboratório de análises clínicas. Laboratório de patologia e análises clínicas. Laboratório em biodiagnóstico. Laboratório. Patologia clínica e biodiagnóstico. Patologia clínica e TPC. Patologia clínica. Patologia e análises clínicas.
Censo da Educação Básica	Análises clínicas (1002)
CBO	Profissão: Técnicos de laboratórios de saúde e bancos de sangue (3242)
	○ Técnico em patologia clínica (3242-05)
Censo 91	Profissão: Técnico em Análise Clínica (168)
Censo 2000	Profissão: Técnicos de Laboratórios de Análises Clínicas (3242)
Censo 2010	Profissão: Técnicos de Laboratórios Médicos (3212)
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Biotecnologia
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Biotecnologia (1003)
CBO	Profissão: Técnicos de apoio à biotecnologia (3253)
	○ Técnico em biotecnologia (código 3253-05)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Técnicos de Apoio a Biotecnologia (3253)
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	Aparece apenas na mostra do Censo Demográfico de 2002.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Citopatologia
	Denominações Anteriormente Utilizadas: Análises clínicas – exames laboratoriais. Biodiagnóstico. Biodiagnóstico laboratorial. Biodiagnóstico/ patologia clínica. Citologia. Citotécnico. Laboratório clínico. Laboratório de análises clínicas e banco de sangue. Laboratório de análises clínicas. Laboratório de patologia e análises clínicas. Laboratório em biodiagnóstico. Laboratório.
Censo da Educação Básica	Citopatologia (1004)
CBO	Profissão: Técnicos de laboratórios de saúde e bancos de sangue (3242)
	○ Citotécnico (3242-15)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Cuidados de Idosos
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Cuidados de Idosos (1029)
CBO	Profissão: Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos (5162)
	○ Cuidador de idosos (código 5162-10)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Enfermagem
	Denominações Anteriormente Utilizadas: Enfermagem com habilitação em assistência à saúde coletiva. Enfermagem do trabalho com habilitação em tratamento intensivo e de urgência. Enfermagem em assistência domiciliar. Enfermagem em saúde pública. Enfermagem no trabalho.
Censo da Educação Básica	Enfermagem (1029)
CBO	Profissão: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (código 3222)
	○ Técnico de enfermagem (código 3222-05) ○ Técnico de enfermagem de terapia intensiva (código 3222-10) ○ Técnico de enfermagem do trabalho (código 3222-15) ○ Técnico de enfermagem psiquiátrica (código 3222-20) ○ Auxiliar de enfermagem (3222-30) ○ Auxiliar de enfermagem do trabalho (3222-35) ○ Técnico de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (código 3222-45) ○ Auxiliar de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (código 3222-50)
Censo 91	Profissão: Enfermeiros Não Diplomados (162)
Censo 2000	Profissão: Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (3222)
Censo 2010	Profissão: Profissionais de Nível Médio de Enfermagem (3221)
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Equipamentos Biomédicos
	Denominações anteriormente utilizadas: Equipamentos médico-hospitalares. Equipamentos para a área de saúde. Instalação e manutenção de equipamentos médico-hospitalares. Manutenção de equipamentos odontomédico-hospitalares. Manutenção hospitalar.
Censo da Educação Básica	Equipamentos Biomédicos (1007)
CBO	Profissão: Técnicos em manutenção e reparação de equipamentos biomédicos (9153)
	○ Técnico em manutenção de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares (9153 – 05)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Estética
	Denominações anteriormente utilizadas: Embelezamento facial e corporal. Esteticista com qualificação profissional em esteticista facial. Esteticista corporal. Esteticista. Estética e cosmetologia. Estética integral. Esteticista facial e esteticista corporal.
Censo da Educação Básica	Estética (1008)
CBO	Profissão: Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas (3221)
	○ Esteticista (3221-30)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão:
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Farmácia
	Denominações anteriormente utilizadas: Gestão de farmácia. Farmácia bioquímica. Farmácia da área de saúde. Farmácia e laboratório.
Censo da Educação Básica	Farmácia (1009)
CBO	Profissão: Técnico em farmácia e em manipulação farmacêutica (3251)
	○ Técnico em farmácia (3251-15)
Censo 91	Profissão: Práticos de Farmácia (132)
Censo 2000	Profissão: Técnicos em Farmácia (3251)
Censo 2010	Profissão: Técnicos e Assistentes Farmacêuticos (3213)
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Gerência em Saúde
	Denominações anteriormente utilizadas: Administração de serviços de saúde. Administração hospitalar. Gestão da saúde pública. Gestão de serviços de saúde. Serviços administrativos na saúde.
Censo da Educação Básica	Gerência em Saúde (1010)
CBO	Profissão: Não há correspondência
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Hemoterapia
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Hemoterapia (1011)
CBO	Profissão: Técnicos de laboratórios de saúde e bancos de sangue (3242)
	○ Técnico em hemoterapia (3242-20)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Imobilizações Ortopédicas
	Denominações anteriormente utilizadas: Gesso hospitalar. Imobilização ortopédica. Imobilização.
Censo da Educação Básica	Imobilizações Ortopédicas (1014)
CBO	Profissão: Técnicos de imobilizações ortopédicas (3226)
	○ Técnico de imobilização ortopédica (3226-05)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Massoterapia
	Denominações anteriormente utilizadas: Ciências das massagens e bem-estar corporal. Massagem com ênfase em massagem terapêutica. Massagens terapêuticas, modalidade: chinesa tui-ná. Massoterapia e estética aplicada. Massoterapia e naturologia clínica. Massoterapia neuromuscular. Massoterapia, estética e reparadora. Shiatsu. Shiatsuterapia e massagem terapêutica chinesa tui-ná. Shiatsuterapia.
Censo da Educação Básica	Massoterapia (1015)
CBO	Profissão: Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas (3221)
	○ Massoterapeuta (3221-20)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Profissionais de Nível Médio de Medicina Tradicional e Alternativa (3230)
OBS:	Passou a figurar no CNAE na última mostra do Censo Demográfico (2010), a mesma classificação é usada para outras duas profissões.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Necropsia
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Necropsia (1030)
CBO	Profissão: Técnicos em necrópsia e taxidermistas (3281)
	○ Embalsamador (3281-05) ○ Taxidermista (3281-10)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Técnicos de Conservação, Dissecação e Empalhamento de Corpos Embalsamadores e Taxidermistas (3281)
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	Aparece apenas na mostra do Censo Demográfico de 2002.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Nutrição e Dietética
	Denominações anteriormente utilizadas: Gestão da nutrição. Nutrição.
Censo da Educação Básica	Nutrição e Dietética (1018)
CBO	Profissão: Técnicos em produção, conservação e de qualidade de alimentos (3252)
	○ Técnico em nutrição e dietética (3252-10)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Óptica
	Denominações anteriormente utilizadas: Administrador de óptica. Óptica oftálmica. Ótica.
Censo da Educação Básica	Óptica (1019)
CBO	Profissão: Técnicos em óptica e optometria (3223)
	○ Técnico em óptica e optometria (3223-05)
Censo 91	Profissão: Ortoptista e Óticos (164)
Censo 2000	Profissão: Ortoptistas e Óticos (3223)
Censo 2010	Profissão: Técnicos em Optometria e Ópticos (3254)
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Órteses e Próteses
	Denominações anteriormente utilizadas: Laboratório de prótese dentária. Laboratório de prótese odontológica. Prótese odontológica.
Censo da Educação Básica	Órteses e Próteses (1020)
CBO	Profissão: Técnicos em próteses ortopédicas (3225)
	○ Técnico de ortopedia (3225-05)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Podologia
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Podologia (1021)
	Profissão: Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas (3221)
CBO	○ Podólogo (código 3221-10)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Profissão: Profissionais de Nível Médio de Medicina Tradicional e Alternativa (3230)
OBS:	Passou a figurar no CNAE na última mostra do Censo Demográfico (2010), a mesma classificação é usada para outras duas profissões.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Prótese Dentária
	Denominações anteriormente utilizadas: Laboratório de prótese dentária. Laboratório de prótese odontológica. Prótese odontológica
Censo da Educação Básica	Prótese Dentária (1022)
CBO	Profissão: Técnicos de odontologia (3224)
	○ Protético dentário (3224-10) ○ Auxiliar de prótese dentária (3224-20)
Censo 91	Profissão: Protéticos (167)
Censo 2000	Profissão: Técnicos de Odontologia (3224)
Censo 2010	Profissão: Técnicos de Próteses Médicas e Dentárias (3214)
OBS:	No Censo Demográfico de 2002 a ocupação e divide a classificação com outra profissão.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Radiologia
	Denominações anteriormente utilizadas: Radiologia clínica. Radiologia com ênfase em medicina nuclear. Radiologia com ênfase em radiodiagnóstico. Radiologia com ênfase em radioterapia. Radiologia diagnóstica. Radiologia e diagnóstico por imagem em saúde. Radiologia e diagnóstico por imagem. Radiologia e diagnóstico. Radiologia e imagenologia. Radiologia humana. Radiologia médica – medicina nuclear. Radiologia médica – radiodiagnóstico. Radiologia médica – radioterapia. Radiologia médica e diagnóstico por imagem em saúde. Radiologia médica e radiodiagnóstico. Radiologia médica. Radiologia modalidade radiodiagnóstico médico. Radiologia odontológica. Radioterapia. Raio X.
Censo da Educação Básica	Radiologia (1023)
CBO	Profissão: Tecnólogos e técnicos em métodos de diagnósticos e terapêutica (3241)
	○ Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia (3241-05) ○ Técnico em métodos gráficos em cardiologia (3241-10) ○ Técnico em radiologia e imagenologia (3241-15) ○ Tecnólogo em radiologia (3241-20)
Censo 91	Profissão: Profissão: Operadores de Equipamentos Médicos e Odontológicos (165)
Censo 2000	Profissão: Operadores de Equipamentos Médicos e Odontológicos (3241)
Censo 2010	Profissão: Técnicos em Aparelhos de Diagnóstico e Tratamento Médico (3211)
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Reabilitação de Dependentes Químicos (1024)
CBO	Profissão: Não há correspondência
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Registros e Informações em Saúde
	Denominações anteriormente utilizadas: Registro e informação em saúde. Serviços administrativos na saúde.
Censo da Educação Básica	Registros e Informações em Saúde (1026)
CBO	Profissão: Não há correspondência
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Não há correspondência
Censo 2010	Profissão: Não há correspondência
OBS:	

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Saúde Bucal
	Denominações anteriormente utilizadas: Atendente de consultório dentário. Higiene bucal. Higiene dentária.
Censo da Educação Básica	Saúde Bucal (1012)
CBO	Profissão: Técnicos de odontologia (3224)
	○ Técnico em saúde bucal (3224-05) ○ Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família (3224-25) ○ Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família (3224-30)
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Técnicos de Odontologia (3224)
Censo 2010	Profissão: Dentistas Auxiliares e Ajudantes de Odontologia (3251)
OBS:	Passou a figurar no CNAE na mostra do Censo Demográfico de 2002 com o mesmo código de outra ocupação.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Veterinária
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Outros – Eixo Ambiente e Saúde (1999)
CBO	Profissão: Não há correspondência
Censo 91	Profissão: Não há correspondência
Censo 2000	Profissão: Técnicos em Veterinária (3231)
Censo 2010	Profissão: Técnicos e Assistentes Veterinários (3240)
OBS:	Passou a figurar no CNAE na mostra do Censo Demográfico de 2002.

Fonte: Censo Escolar do INEP/MEC/Catálogo Nacional de Cursos Técnicos; Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002; Censo Demográfico do IBGE de 1991-2000-2010.

CURSO	Técnico em Vigilância em Saúde
	Denominações anteriormente utilizadas:
Censo da Educação Básica	Vigilância em Saúde (1028)
CBO	Profissão: Profissão: Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde (5151)
	○ Visitador Sanitário (5151-20) ○ Agente de Combate às endemias (5151-40)
Censo 91	○
Censo 2000	Profissão: Técnicos em Veterinária (3231)
Censo 2010	Profissão: Técnicos e Assistentes Veterinários (3240)



http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br

epsm@nescon.medicina.ufmg.br

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

RELATÓRIO FINAL (APÊNDICE E):

REVISÃO DE METODOLOGIAS DE DIMENSIONAMENTO E PROJEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde

Relatório Final (APÊNDICE E)

REVISÃO DE METODOLGIAS DE DIMENSI-ONAMENTO E PROJEÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Belo Horizonte, fevereiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

Equipe de estagiários
Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis

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

Sumário

Apresentação 5
Introdução 6
1. Metodologia 10
2. Resultados 11
3.1. Revisão das abordagens e parâmetros de projeção 11
I. Oferta 12
II. Demanda 14
III. Necessidade 17
IV. Benchmarking 19
3.2 Experiências internacionais 23
Canadá 23
Holanda 26
Estados Unidos 27
Reino Unido 30
Referências Bibliográficas: 34

Apresentação

Esta publicação é parte do "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde", estabelecido a partir de Termo de Cooperação entre a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS). No âmbito do projeto, corresponde a uma atividade prevista na "Ação 2 – Desenvolvimento de metodologias de projeção para o planejamento da força de trabalho em saúde".

Introdução

O setor de saúde é considerado uma atividade econômica de trabalho intensivo, onde os recursos humanos são o insumo mais importante para a prestação de cuidados à saúde, bem como a maior proporção de despesas, representando mais de 70% do custo de cuidados à saúde (Bloor & Maynard, 2003; Mable & Marriott, 2001). Desta forma, o planejamento de recursos humanos em saúde é fundamental para a prestação de um serviço de saúde de qualidade. Longe de ser um processo simples, o planejamento de recursos humanos envolve estimar a força de trabalho necessária para atender às demandas futuras de serviços de saúde (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

A força de trabalho em saúde é representada por uma diversificada agregação de grupos e indivíduos que trabalham em uma grande variedade de posições. Não se trata de um número fixo, sendo constantemente moldado por influências externas e a classificação usualmente leva em consideração o fato de profissões serem ou não regulamentadas e reconhecidas. O termo "força de trabalho" em saúde, geralmente, diz respeito a profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, mas há também uma definição ampliada da força de trabalho em saúde que inclui a força de trabalho não-profissional, como lideres comunitários, voluntários, pacientes que exercem autocuidados e familiares que prestam cuidados à saúde. Neste ensaio vamos trabalhar com a primeira definição, considerando especificamente a força de trabalho médica.

Atualmente o grande desafio para muitos sistemas de saúde é planejar a força de trabalho para garantir o número adequado de profissionais no futuro. O planejamento pretende enfrentar os seguintes problemas: (1) o excesso de profissionais em algumas ocupações ou a falta em outros; (2) a formação insuficiente ou treinamento inadequado; (3) má distribuição funcional da força de trabalho, como por exemplo, excesso de especialistas ou cirurgiões, que tende a conduzir o sistema de saúde em direção ao cuidado urbano e hospitalar; (4) má distribuição geográfica da força de trabalho entre áreas rurais e urbanas; (5) pressão política de se contratar mais trabalhadores do que o plausível, resultando em baixos salários, baixa produtividade e alta taxa de rotatividade de pessoal (Hall 2008).

Nesta perspectiva, o objetivo fundamental do planejamento da força de trabalho médica é assegurar que existam profissionais suficientes, com as especialidades adequadas, no

lugar certo, na hora certa, prestando o serviço certo e eficaz para a população que o necessita, com um custo acessível (Hall, 2007, Mable & Marriott, 2001). A expectativa de falta de médicos gera a preocupação de que os pacientes serão privados de importantes serviços de saúde, os profissionais ficarão sobrecarregados, os preços ficarão mais altos e haverá um maior tempo de espera para serviços de saúde. Por outro lado, extrapolar o número ideal de médicos pode resultar em custos excessivos dos recursos de saúde, prestação de serviços desnecessários e subemprego de profissionais com uma correspondente perda de habilidades (AMWAC Report 2003.1; Grumbach, 2002). Ambos os cenários podem gerar um quadro de saúde populacional defasado. Atualmente muitos países estão alternando entre excesso e escassez de profissionais de saúde (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

A demanda e oferta são influenciadas por vários fatores relativamente 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, F. G 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 médico, como o envelhecimento e feminização da profissão (Channon, Matthews & Lerberghe, 2007).

Um aspecto ainda pouco abordado 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) ou vertical (também conhecida como *task-shifting*, a transferência de responsabilidades, para outras categoriais profissionais ou para categorias técnicas) (Campos F. E, Machado M. H, Girardi S. N., 2009 & Smits M, Slenter V, Geurts J, 2010).

A principal forma de intervir sobre o balanceamento entre oferta e demanda é através da definição do número de trabalhadores de saúde a serem formados. Entretanto, a decisão de treinar mais ou menos trabalhadores 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, etc.

Além de fatores externos, tudo que influencia ou altera o sistema de saúde tem implicações diretas para aqueles que trabalham nele. A maneira como os recursos humanos são preparados, organizados, empregados e remunerados afeta sua capacidade de prestar cuidados de qualidade no contexto de mudanças nos modelos e nos papéis da atenção à saúde (Mable & Marriott, 2001).

O mercado da força de trabalho em saúde se dá a partir de uma interação entre demanda e oferta. Como já apontamos acima, a demanda e a oferta são influenciadas ou determinadas por vários fatores. A demanda por especialistas de saúde ou de prestação de serviços de saúde está normalmente relacionada ao tamanho e estrutura demográfica de uma população, às expectativas dos usuários de serviços de saúde e à renda da sociedade. Por sua vez, a oferta da força de trabalho é determinada pela renda, pela percepção do status dos trabalhadores de saúde, pelo relacionamento entre diferentes profissionais de saúde, como a mistura de habilidades e o uso de substitutos e por fatores políticos externos que regulam a oferta de médicos de acordo com especialidades (Bloor & Maynard, 2003).

O planejamento da demanda e da oferta de recursos humanos está sujeito a dois pontos fracos: ao examinar isoladamente a pratica médica, ignora a relação entre médicos e outros profissionais (ex: usar enfermeiras anestesistas no lugar de médicos) e geralmente se baseia na oferta de médicos, ignorando possíveis mudanças comportamentais e utilizando estimativas de demandas incorretas com parâmetros fixos (ex: relação médico/população). Isto reflete o pressuposto dos planejadores de força de trabalho de que o sistema atual de prestação de cuidados a saúde é eficiente levando-os a fazer projeções baseadas nesse sistema, sob a hipótese de que a atual relação médico/população é adequada (Bloor & Maynard, 2003).

Várias ferramentas de projeção foram desenvolvidas direcionadas a essas questões, no entanto, estas têm se mostrado inadequadas ou são implantadas de forma inadequada (Roberfroid, Stordeur & Leonard, 2009). Muitos autores consideram que o contínuo desequilíbrio da força de trabalho em saúde, ora apontando excesso e ora apontando escassez de profissionais de saúde é resultado de métodos de projeção inadequados (L. O´Brien-Pallas et al, 2001).

Diante disto nos deparamos com duas questões: (1) qual o número de profissionais necessários diante da atual configuração do sistema de saúde? (2) quais parâmetros pode-

rão ser utilizados para calcular o número adequado de médicos de acordo com cada especialidade? São questões muito "complexas", pois os diversos grupos que tem interesses na área da saúde têm visões diferentes e perseguem objetivos diferentes. Assim como apontam Smits, Slenter e Geurts (2010) envolvem: **aspectos múltiplos**, tais como cuidados para pacientes, capacidade instalada para formar médicos, a gestão de problemas de saúde, os custos da atenção à saúde, os salários para os trabalhadores de saúde, etc.; **níveis múltiplos**, pois as questões podem ser abordadas a nível nacional, regional e local; e **objetivos múltiplos**, pois estas questões poderão ser analisadas com objetivos distintos, tais como a redução de gastos, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, a melhoria da gestão, etc.; e paradigmas múltiplos, o paradigma econômico, econométrico, político ou médico.

Na tentativa de responder a essas questões será feita uma revisão de literatura das principais abordagens e modelos de projeção existentes para calcular a demanda e oferta de médicos, dando alguns exemplos de como estes são aplicados nos diversos países e quais são os parâmetros utilizados internacionalmente para planejar e calcular os recursos humanos em saúde.

1. Metodologia

Foi realizada uma pesquisa em bases de dados eletrônicas (Medline-Ovid, Sciello, Pubmed), com os seguintes termos de busca: "*health", "workforce" "workforce planning", "workforce staffing", "workforce forecast", workforce projection", "health human resource planning", "forecast models", "distribution of medical specialties".* Essa busca foi restrita a documentos publicados em português, holandês, inglês e espanhol, entre os anos de 1990 e 2011. Procurou-se durante a busca dar destaque a artigos de revisão que abordam o tema.

Foram também realizadas buscas complementárias no *Google Scholar* e foram revisadas as bibliografias dos artigos já recuperados como relevantes. Os seguintes países forma incluídos na busca: Canadá, Estados Unidos, Holanda e Reino Unido, pois tratam-se de países que têm mostrado maior preocupação com a previsão do número e da distribuição de recursos humanos em saúde e com maior bibliografia disponível sobre o tópico.

2. Resultados

3.1. Revisão das abordagens e parâmetros de projeção

Diferentes abordagens vêm sendo utilizados por planejadores de políticas públicas para prever a demanda e a oferta de profissionais de saúde em seus respectivos países. Cada abordagem possui métodos e modelos diferentes que são constantemente aprimorados e combinados entre si de forma a obter um resultado cada vez mais satisfatório. O grande número de possíveis modelos de projeção e a necessidade de constante aperfeiçoamento destas reflete a limitação de cada uma. Os modelos geralmente demonstram ser úteis em situações específicas, porém geralmente não se revelam precisos para uma projeção de longo prazo ou em áreas geográficas e populações extensas (O´Brien-Pallas, et al, 2001). A própria existência de diferentes modelos para projeção de médicos reflete o fato de que não existe um método que seja melhor do que outro. Um problema central dos planejadores de recursos humanos em saúde é exatamente a escolha da abordagem e, por conseguinte do modelo adequado de projeção. Os resultados das projeções baseadas em diferentes modelos levam a diferentes recomendações de políticas de saúde (Hall, 1978).

Da mesma forma, os parâmetros utilizados para projetar o número "ideal" de médicos variam de acordo com a abordagem e o modelo utilizado. Estes também vão sendo transformados e adaptados de acordo com mudanças de natureza demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, políticas e organizacionais, dentre outras.

É importante ressaltar que muitos parâmetros utilizados em cada abordagem são subjetivos e por isso de difícil definição. Nem sempre os modelos de planejamento incorporam importantes parâmetros devido a variedade de dados necessários e dificuldade e impossibilidade em coleta-los, como por exemplo: acesso ao impacto de novas tecnologias, doenças emergentes, mudanças demográficas, etc. A literatura não fornece dados precisos sobre quais parâmetros são utilizados em cada país, pois estes podem variar de acordo com os dados disponíveis, além de serem influenciados por fatores sociais, culturais e políticos.

Os principais modelos de projeção de médicos encontrados na literatura geralmente se baseiam em quatro tipos de abordagens: oferta, demanda, necessidade e 'benchmarking'

(Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009). A projeção de médicos geralmente combina vários modelos, como por exemplo, a associação de parâmetros baseados na oferta e na demanda, que permite a análise das lacunas para os anos seguintes e a tomada de medidas para que a oferta de médicos seja adequada à demanda (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009). A seguir discorreremos brevemente sobre as quatro abordagens e os principais parâmetros utilizados dentro de cada abordagem.

I. Oferta

Características e pressupostos

Para os planejadores recursos humanos em saúde a "oferta" se refere à disponibilidade e características de recursos humanos em certo momento ou em momento futuro de acordo com determinados pressupostos sobre produção, uso e perda (Hall, 1978). Os modelos baseados na oferta buscam calcular o número de profissionais necessários para servir a população no futuro. Esta abordagem se baseia na relação de médicos por habitantes e parte do pressuposto de que o número de profissionais estimados no futuro deve estar de acordo com o volume de serviços atualmente prestados à população (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009; O´Brien-Pallas et al 2001). Modelos baseados na oferta entendem que o número, nível e distribuições de profissionais atuais são adequados e que a idade e gênero dos profissionais permanecerão constantes no futuro.

A análise da oferta deve levar consideração três componentes: (i) a oferta atual, que incluem aqueles profissionais ativos (que estão trabalhando ou estão à procura de trabalho) e inativos (aposentados ou que estão trabalhando em outras áreas ocupacionais); (ii) a oferta de futuros profissionais (graduandos e imigrantes de outras regiões ou países) e (iii) a expectativas de perdas (aposentadorias, mortes, emigração e transferência para outras áreas ocupacionais) (Hall, 1978).

De acordo com Hall (1978) os planejadores de recursos humanos em saúde geralmente dão preferencia aos modelos baseados na oferta para realização de projeções, visto que dados de oferta são mais fáceis de coletar e são aparentemente mais confináveis do que os de demanda e necessidade. Este mesmo autor argumenta que a força de trabalho em um país é dinâmica, portanto os dados de oferta (por exemplo, a atual razão de médicos

por habitantes), podem revelar um retrato importante da situação naquele determinando momento, mas a informação vai ser muito mais útil e válida se dos dados forem coletados periodicamente, permitindo assim a identificação de tendências com relação ao grupo em questão.

Um fator importante a se levar em consideração na projeção da oferta de médicos é o cálculo do *Full-time-equivalente* (FTE), ou equivalente em tempo integral, visto que o uso da simples contagem de médicos para análises implica que todos os médicos são iguais em termos de sua capacidade em promover cuidado ao paciente, porém isto não é possível, já que alguns médicos trabalham em tempo integral, outros meio horário, outros são aposentados, etc (Canadá, 2002-2003). Desta forma, o cálculo do FTE, permite a conversão daqueles médicos que trabalham em tempo parcial em médicos que trabalham em tempo integral (Hall, 1978).

Parâmetros de oferta

O principal parâmetro da abordagem de projeção da oferta é a razão de médicos por habitantes. Os modelos que se baseados nesta abordagem, no entanto, podem ganhar complexidade ao integrar parâmetros de demanda como mudanças demográficas, parâmetros relacionados à produtividade profissional e relacionados ao mercado de trabalho (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009.

Os parâmetros de natureza demográfica incluem idade e gênero dos profissionais. As especialidades médicas tradicionais que possuem uma força de trabalho com idades avançadas vão possuir uma dinâmica de reposição bem diferente das especialidades caracterizadas por profissionais mais jovens. Por sua vez, o constante aumento da taxa de feminização para quase todas as especialidades médicas também muda a dinâmica do mercado de trabalho, pois reduz o tempo de trabalho global, já que as mulheres tendem a ter carga horária de trabalho reduzida para conciliar a vida profissional e a vida familiar (Barber, P & López-Valcárcel B G, 2010; Pérez, López-Valcárcel & Vega, 2011);

Os parâmetros relacionados ao mercado de trabalho incluem o número de estudantes de medicina, número de médicos que entram e saem no mercado de trabalho, a migração e emigração de médicos entre regiões e países. Já os que medem a produtividade, incluem o tipo e número de procedimentos realizados (Hall, 1978)

Devem ser incluídas também na projeção da oferta, as mudanças de natureza política, que regulam a oferta de médicos de acordo com cada especialidade médica e percepção do status destes profissionais, por meio do relacionamento entre diferentes categorias profissionais, e da mistura de habilidades e uso de substitutos (Hall, 1978; Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

Observa-se também nas sociedades mais desenvolvidos uma tendência cada vez maior de valorizar o tempo de lazer em relação ao tempo de trabalho, contribuindo para a redução da jornada de trabalho dos profissionais. (Barber, P & López-Valcárcel B G, 2010; Pérez, López-Valcárcel & Vega, 2011).

Principais limitações

A principal limitação dos modelos baseados na projeção da oferta de médicos é de que parte do pressuposto de que a atual razão de médicos por habitantes é adequada, ou seja, uma má projeção base, provavelmente continuará nas metas anuais projetadas. Outra limitação importante é de que não considera a evolução da demanda (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

II. Demanda

Características e pressupostos

A abordagem baseada na demanda se refere à quantidade e tipos de serviços de saúde que a população de uma determinada área, em um determinado momento, irá buscar. A partir desta demanda, projeta-se a força de trabalho necessária para produzir estes serviços de saúde (Hall, 1978; Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

Os modelos baseados na demanda levam em consideração, principalmente, a atual taxa de utilização de serviços de saúde como um indicador da demanda de médicos (Goodman et al 1996) e a atual razão de médicos por habitante da população em referencia. Partem dos seguintes pressupostos: a atual demanda para cuidados de saúde e composição dos serviços de saúde é adequada; os requisitos para recursos de saúde de acordo com idade e gênero permanecerão constantes no futuro; e que o perfil demográfico da

população muda ao longo do tempo de acordo com projeções baseadas nas tendências atualmente observadas. (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

Os modelos que projetam a demanda de médicos devem fazer suposições sobre a série de serviços que os médicos vão fornecer e o volume de serviços que os pacientes irão utilizar. Porém, essas suposições devem levar em consideração possíveis mudanças demográficas, tecnológicas, econômicas, políticas e organizacionais. Muitas vezes torna-se difícil prever quais doenças e tratamentos irão existir no futuro, e consequentemente, qual o volume de serviços e tipos de especialistas serão demandados para atender a essas possíveis doenças (CGME, 2010).

Hall (1978) pontua que um dos mais difíceis e importantes aspectos do planejamento de recursos humanos em saúde é projeção da demanda. Sem um conhecimento claro das variáveis que afetam as demandas para serviços de saúde e de como estas variam de acordo com o tempo, as análises mais sofisticadas da força de trabalho em saúde contribuem pouco para a formulação de políticas públicas para este segmento.

Parâmetros de demanda

Os principais parâmetros utilizados para projetar a demanda de médicos são a taxa de utilização de serviços de saúde e a razão de médicos por habitantes. Importantes fatores que afetam diretamente a demanda de médicos devem ser incluídos na projeção, como fatores demográficos, econômicos, socioculturais, políticos, de saúde, de acesso e tecnológicos (Hall, 1978, CGME, 2010).

Os fatores demográficos incluem tamanho, distribuição, densidade, crescimento, idade e sexo da população em referência (Hall, 1978). O envelhecimento da população, por exemplo, aumenta a necessidade de médicos geriatras, urologistas e médicos da família (Barber, P & López-Valcárcel B G, 2010). Também são levados em consideração os movimentos migratórios exteriores e interiores (Pérez, López-Valcárcel & Vega, 2011).

Fatores de ordem econômica envolvem questões relacionadas a preço de serviços e rendimento da população. O preço é uma variável mediadora, ou seja, se a demanda excede a oferta, ou vice-versa, o preço aumenta (Hall, 1978). Diversos estudos têm demonstrado que o aumento do nível de renda aumenta a demanda de serviços de saúde (Pérez, López-Valcárcel & Vega, 2011). Também afetam a demanda os fatores de ordem políti-

ca, que envolvem mudanças organizacionais, regulatórias de gestão e as políticas de saúde (Pérez, López-Valcárcel & Vega, 2011).

Os fatores socioculturais incluem duas variáveis importantes que afetam a demanda e que geralmente se sobrepõe, respectivamente, o nível educacional e o nível de conscientização de saúde da população, ou seja, o grau em que a população tem consciência e conhecimento da disponibilidade de determinados serviços de saúde. Nesta perspectiva, se no nível de conscientização é baixo a demanda por serviços de saúde também é baixa, o que pode não corresponder a real necessidade de saúde daquela população (Hall, 1978).

Fatores relacionados ao estado de saúde de uma determinada população e que afetam a demanda de serviços, incluem entre outras, doenças emergentes (por exemplo: AIDS que surgiu nos anos 80), mudanças de hábitos (tabagismo, sedentarismo, obesidade), taxa de utilização de serviços (Pérez, López-Valcárcel & Vega, 2011).

Já os fatores relacionados a acessibilidade incluem distância, tempo de esperada, preço, existência de barreiras culturais e sociais para receber determinado serviço, atendimento inapropriado ou impessoal e a própria maneira de como é organizada o sistema de saúde no país (Hall, 1978; Pérez, López-Valcárcel & Vega, 2011)

A disponibilidade de profissionais e número de leitos também são fatores que afetam a demanda de serviços e consequentemente a demanda por médicos. Por exemplo, se existe um número grande de leitos e de médicos o número de utilização de serviços será maior do que se fosse o contrario (Hall, 1978).

A existência de tecnologias em saúde possui um efeito direto nos serviços que podem ser oferecidos à população e no número e competência de profissionais para administra-las (Hall, 1978). O impacto de novas tecnologias pode aumentar a demanda de determinadas especialidades, ao criar de novas funções e procedimentos para o médico desempenhar (Barber, P & López-Valcárcel B G, 2010).

Principais limitações

Uma das limitações da abordagem baseada na demanda é que a mesma perpetua a utilização de serviços de saúde da atualidade e ignora evidências de que o aumento da oferta de médicos pode aumentar a utilização dos serviços (Goodman et al 1996). Outras limi-

tações são: não considerar as insuficiências na qualidade e acesso dos serviços de saúde; não levar em consideração possíveis mudanças nos padrões de comportamento, tendências de emprego e fatores ambientais; não considerar demandas para serviços preventivos e pesquisa para tendências futuras; e requerer uma grande variedade de dados, muitas vezes difíceis de serem acessados. (McQuide P, Stevens J, Settle D, 2008; Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

III. Necessidade

Características e pressupostos

A abordagem baseada na necessidade envolve estimar, o número de trabalhadores ou quantidade de serviços necessários para prover um padrão de serviços ideal de forma a manter a população saudável, a partir de opiniões de profissionais e peritos (Hall, 1978; Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009). Este método procura determinar quais são os serviços que as pessoas realmente necessitam para mantê-las saudável. A necessidade excede a demanda quando não há recursos suficientes para produzir os serviços que devem suprir as necessidades levantadas (Hall, 1978). Envolve estipular as carências do atual sistema e a partir delas fazer projeções futuras. (Goodman et al 1996).

As projeções são feitas a partir da opinião de profissionais, levando em consideração primordialmente aspectos médicos e tecnológicos (Hall, 1978). Reúne, portanto, informações sobre o estado de saúde da população, padrões de prevalência de doenças, dados demográficos, etc. (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009). Outras questões, como custo, capacidade de fornecer o serviço necessário e o grau em que as pessoas procuram determinados serviços são importantes, porém secundárias (Hall, 1978).

Para utilizar a abordagem baseada na necessidade, os planejadores devem (1) determinar as taxas de mortalidade e morbidade de cada doença; (2) preparar normas que controlam o número, tipo, frequência e qualidade de serviços a serem prestados para os pacientes de cada categoria de doença; (3) preparar normas para converter os vários tipos de serviços prestados em tempo gasto de cada profissional para realizar o serviço; (4) calcular o total de horas necessárias no ano em questão para a população projetada, baseado na taxa de morbidade, nos serviços necessários para cada pessoa doente e no

tempo em horas necessárias para realização de cada serviço; e (5) dividir o total de horas necessárias do profissional pela média de horas trabalhadas por pessoa para determinar a oferta de mão de obra necessária (Hall, 78).

A validade desta abordagem depende da habilidade de prever desenvolvimentos tecnológicos que afetam a necessidade de determinada especialidade e da suposição de que as taxas de doenças e os resultados associados aos cuidados médicos são conhecidos, ou possivelmente determinados através de pesquisa.

Parâmetros de necessidade

Os principais parâmetros utilizados nesta abordagem são: estado de saúde da população; padrões de prevalência de doenças; porcentagem da população com esta doença que deve consultar um especialista; taxas de procedimentos que devem ser realizados por um especialista; internações hospitalare, consultas por procedimento; e carga de trabalho (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

Os avanços tecnológicos possuem um papel importante na mudança de necessidade de especialistas, já que a necessidade se define como a capacidade do profissional de utilizar o conhecimento e ferramentas diagnósticas e terapêuticas atuais para melhorar a saúde a população (Pérez, López-Valcárcel & Veja, 2011). Fülöp (2007) defende a ideia de que a necessidade de serviços de saúde não pode ser precisamente planejada, podendo ser na melhor das hipóteses estimada.

Principais limitações

A complexidade de muitas doenças e a demora de resultados de pesquisa em contraste com o ritmo acelerado das mudanças tecnológicas se torna uma limitação para a utilização de modelos baseados na necessidade (Goodman, et al 1996). Outras limitações incluem a necessidade de conhecimento detalhado da eficácia de cada um dos serviços médicos para as condições especificas; e partir do pressuposto de que os recursos de saúde serão aplicados de acordo com os níveis de necessidade (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009).

IV. Benchmarking

Características e pressupostos

Finalmente, os modelos que utilizam como base o *Benchmarkin*' pretendem identificar países ou regiões que possuem uma similaridade demográfica e de perfis de saúde, porém diferem no custo e 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 médico 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 Reporte, 1996).

Parâmetros de benchmarking

A abordagem *Benchmarking* tem o intuito de comparar países ou municípios de semelhantes perfis demográficos e de saúde, mas que se diferenciam quanto ao custo e utilização dos recursos do sistema de saúde. O sistema de saúde de referência será aquele que utiliza um número menor de profissionais de saúde, sem uma considerável perda na qualidade de serviço prestado ao paciente. Portanto, o principal parâmetro utilizado nessa abordagem é o número de médicos por habitantes ajustados por diferenças na faixa etária e sexo das populações. Além disso, essa abordagem é comumente mesclada a outras abordagens, como de oferta ou demanda descritas acima e, nesse caso, os parâmetros utilizados seriam iguais aos da abordagem com o qual o modelo foi mesclado, como o número de médicos registrados nos conselhos, o número de médicos ativos, taxa de utilização de serviços, número de pacientes atendidos por profissional, entre outros.

Principais limitações

De acordo com Withy e Skamoto (2010) a utilização de um *benchmark* para calcular a demanda de médicos é o método metodologicamente mais fácil e mais barato, porém o menos preciso. Este método é válido somente se comunidades e planos de saúde são comparáveis em termos de dados demográficos chave, parâmetros de saúde, sistemas de saúde e em aspectos culturais. Outro ponto fraco é que geralmente não possuem um critério claro de escolha para a referência (Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009). Como tal, essa abordagem pode ser duramente criticada pelo fato de ser muito difícil obter uma comparabilidade aceitável.

O quadro 1 resume os principais parâmetros de cada abordagem citados acima, suas principais vantagens e limitações.

Quadro 1 – Resumo abordagens, parâmetros e limitações.

Abordagens	Principais parâmetros utilizados	Principais Vantagens	Principais Limitações
Oferta	Atual taxa de médicos/habitantes; Entrada e saída do mercado de trabalho; Entrada e saída do curso de medicina; Regulação do mercado; Renda; Perfil dos trabalhadores; Mistura de habilidades e uso de substitutos; Informações demográficas dos profissionais (idade, gênero, envelhecimento e feminização, etc.) Migração de médicos entre países; Jornada de trabalho.	Facilidade de acesso dos dados de oferta Rápido e fácil de calcular	Parte do pressuposto de que a atual razão de médico/habitante é adequada; Não considera a evolução da demanda.
Demanda	Impacto de novas tecnologias; Organização do sistema de saúde Nível de renda da população Doenças emergentes; Mudanças e perfil demográfico; Mudanças e perfil epidemiológico Taxa de utilização de serviços; Razão de médicos/habitantes. Movimentos migratórios exteriores e interiores	Metas economicamente viáveis devido a inexistência de pouca ou nenhuma mudança nas taxas de utilização dos serviços de saúde baseada nas características da população.	A maior parte desses parâmetros requer uma grande quantidade de dados que muitas vezes não estão disponíveis; Parâmetros são sensíveis ao ambiente e rapidamente alterados; Não considera a demanda de serviços não curativos (ex: prevenção e pesquisa) Perpetua a utilização atual dos serviços, não levando em consideração os serviços inadequados. A qualidade de serviços prestados ao paciente é de difícil mensurabilidade

(continua)

(continuação)

Necessidade	Situação de saúde da população Padrões de prevalecia e incidência de doenças; Taxa de procedimentos realizados por especialidade Número de internações hospitalares Número de consultas por procedimentos Carga de trabalho médico. Avanços tecnológicos	Tem a capacidade de projetar o número de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população; Independe da situação atual dos serviços de saúde; Útil na determinação de programas específicos como, por exemplo, controle de tubérculos, cuidado dental para crianças.	Necessita de dados detalhados sobre a eficácia de serviços médicos de determinada condição de saúde; Grande diferencia entre a necessidade de saúde e a capacidade em satisfazê-la. Dificuldade de controlar e assegurar de que se a oferta esta adequada, os profissionais iram produzir os serviços necessários e a população irá usufruir dos mesmos. Não considera mudanças tecnológicas e mudanças na organização de serviços de saúde; Ignora a questão sobre a eficiência na alocação de forca de trabalho entre diferentes setores da sociedade. Tem um caráter mais subjetivo, pois utilizam opiniões de peritos
Benchmarking	Número de médicos/habitantes ajustados; Número de profissionais de saúde por paciente; Parâmetros de outras abordagens*;	Metodologicamente fácil e barato	Diversos fatores não mensuráveis como fatores culturais devem ser renegados; A qualidade de serviços prestados ao paciente é de difícil mensurabilidade; Dificuldade em obter uma comparabilidade aceitável; Geralmente não possui um critério claro de escolha para a referência

Fonte: Roberfroid, Léonard & Stordeur, 2009; Pérez, López-Valcárcel & Veja, 2011, Weiner, 2004, Hall,1978.
*Como a abordagem de benchmarking é geralmente mesclada a abordagens baseadas na oferta e da demanda, os parâmetros utilizados seriam iguais aos da abordagem com a qual o modelo foi mesclado.

3.2 Experiências internacionais

A forma e contexto de projeção da força de trabalho em saúde variam muito entre países, pois são reflexos de diferenças de políticas de saúde, políticas educacionais, sistemas de saúde, estilo de governo no próprio grau em que o planejamento da força de trabalho é centralizado (Hall, 1978).

Existe também uma grande variação na densidade de médicos por habitantes entre países. Por exemplo, nos países pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (*Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD*), enquanto, em 2009, a Áustria relatava 4.7 médicos por 1.000 habitantes, a Noruega, 4.0 e a Alemanha 3.6, ou seja uma densidade relativamente alta. Outros países revelam uma realidade bem diferente para este mesmo ano, como México 2.0, Polônia 2.2 e Estados Unidos 2,4. Esta grande variedade de oferta sugere que a demanda de médicos nos países também deve variar bastante (Simoens S. & Hurst J., 2006).

Como já discorrido nas sessões anteriores, não existe um método perfeito e único para planejar e calcular o número ideal de profissionais de saúde. Cada modelo apresenta uma serie de limitações, desta forma, os países estudados geralmente utilizam uma combinação de modelos, visto que a maioria não permite ser aplicados em sua forma pura.

A seguir serão apresentadas algumas experiências internacionais de planejamento de força de trabalho em saúde, respectivamente do Canada, Holanda, Estados Unidos, Espanha e Reino Unido.

Canadá

O Canadá é um país federativo, em que a responsabilidade de planejamento ocorre em nível territorial e provincial, sendo que somente alguns aspectos da política de saúde são determinados e coordenados nacionalmente. Cada província segue, portanto sua própria abordagem de planejamento da força de trabalho. A assistência em saúde no Canada é financiada por um sistema de seguro de saúde público, distribuído através de organizações tanto públicas quanto privadas. Este financiamento é realizado com base no número de habitantes de cada província. O governo federal busca incentivar as províncias a seguir as normas nacionais, como os princípios de universalidade da cobertura, o livre acesso aos serviços ou da portabilidade de co-

bertura de uma província para outra. As próprias províncias financiam a formação, que lhes confere o controle do crescimento da força de trabalho. Escolas de medicina e vagas de pós-graduação são reguladas, sendo que o número de vagas é ajustado de acordo com a projeção da demanda. Uma vez que o médico é qualificado não existem limites impostos sobre vagas de trabalho (Dussault et al 2010).

Um artigo publicado por Basu e Gupta em 2006 descreve um modelo de projeção que prevê a demanda e oferta *Full Time Equivalent* (FTE) de médicos na Nova Escócia, uma das províncias do Canadá, para o ano de 2020 para clínica médica, especialidades clínicas e especialidades cirúrgicas. O modelo de oferta primeiro calcula o número de especialistas de acordo com sexo e idade e depois transforma em FTE. As horas trabalhadas dependem, portanto do sexo, idade e da especialidade. De acordo com Basu e Gupta (2006), a vantagem em utilizar a medida de FTE é o fato que esta incorpora a intensidade da carga de trabalho médico.

Este modelo de oferta utiliza dados históricos para projetar a oferta de médicos. Ele calcula o fluxo positivo e negativo da força de trabalho. O fluxo positivo inclui as novas entradas e imigração e o fluxo negativo a emigração (para o exterior), aposentadoria e morte. Além disso, calcula também a migração interprovincial que pode representar tanto o fluxo negativo quanto o positivo. A partir disso, o modelo adiciona o fluxo do estoque do ano anterior para determinar o estoque atual. É considerado um modelo rico, pois calcula todo o estoque e fluxo para cada ano, por idade, sexo e especialidade, já que as horas trabalhadas pelos médicos estão diretamente relacionadas a idade, sexo e especialidade.

Para a projeção da oferta foi utilizado um banco de dados canadense (*Southam Medical Database - SMDB*) que contém os seguintes dados para o período de 1974 a 2002: identificação do médico, sexo, ano de nascimento, província de residência, status de atividade, faculdade e ano de formação e especialidade médica. Esse banco de dados foi utilizado para seguir o médico durante um período de tempo determinado. A partir desse banco os seguintes dados foram levantados: entrada no mercado de trabalho (primeira entrada no banco de dados), mudança de especialidade, doença, licença de trabalho temporária, emigração, aposentadoria e morte. Dados de imigração foram retirados do *Citizenship and Immigration Canada* (CIC) e informações dos médicos antes da entrada no mercado de trabalho foram resgatadas do *Education Registry* (CAPER) e *Canadian Medical Association*. Dados que medem a intensidade dos serviços prestados em termos de FTE foram retirados do *National Physician Database* (NPDB).

Já o modelo de demanda prevê a utilização de serviços médicos baseado no pressuposto de que as taxas de prevalência de doenças permanecerão as mesmas. Estas taxas de prevalência de doenças são parametrizadas, podendo ser alteradas. Os dados utilizados para o cálculo do FTE dos médicos dos três grupos de especialidades, respectivamente clínica médica, especialidades clínicas e especialidades cirúrgicas, estudados no ano base incluem os dados de faturação dos médicos. Em particular foram utilizadas as seguintes informações: identificação do médico (codificado), especialidade médica, o montante pago ao médico por procedimento, a identificação do paciente (codificada), idade e sexo do paciente, o diagnostico e uma variável que indica se o procedimento foi realizado dentro ou fora de um hospital.

A metodologia utilizada para projetar a demanda de médicos na província envolveu três etapas: (i) primeiro foi estabelecido o FTE para cada médico, de acordo com as 40 especialidades reconhecidas na Nova Escócia; (ii) em seguida foram calculados o FTE para cada serviço de um médico, distribuindo o FTE de cada médico entre os serviços que o mesmo realiza; (iii), finalmente, foi utilizado o Modelo Canadense de Projeção Estática (*Statistics Canada´s Population Projections*) para projetar a demanda futura dos três grupos de especialidade: clínica médica, especialidades clínicas e especialidades cirúrgicas.

A metodologia para projetar a oferta envolve uma abordagem de estoque/fluxo. O estoque representa a quantidade de médicos ativos no final de um ano predeterminado. Fluxo, por sua vez, representa a quantidade de mudanças que ocorrem anualmente. Ao comparar os dois pontos no tempo é possível verificar as mudanças no estoque. No caso dos médicos as mudanças de fluxo são geralmente consequentes do número de entradas no mercado de trabalho, número de entradas na graduação, número de emigrantes, número de aposentados, número de mortos. Os resultados desta projeção indicaram que sob a hipótese de *status quo*, a demanda por serviços médicos vai superar o crescimento da oferta para os três grupos de especialidades.

De acordo com Basu e Gupta (2006), uma vez que a demanda futura é determinada, o modelo de oferta pode identificar instrumentos políticos (novas entradas, imigração, emigração, aposentadoria) necessários para fechar a lacuna entre demanda e oferta.

Holanda

Na Holanda as associações profissionais têm voz nas decisões no processo de entrada para especializações médicas, porém as vagas para residência são determinadas em última instância pelo Governo. Em 1999 a Real Sociedade de Medicina criou o Conselho para Planejamento da Força de Trabalho Médico (*Capaciteitsorgaan*) com financiamento do Ministério da Saúde. Este conselho tripartite (grupos profissionais, seguradoras e instituições de ensino) é responsável por prever a oferta e a demanda de cuidados médicos e a necessidade de vagas para especialistas na Holanda. Para tal fim, o Conselho desenvolveu, entre 2000 e 2008, um modelo de projeção de força de trabalho necessária para manter um equilíbrio entre demanda e oferta. Este modelo define o equilíbrio considerando as listas de espera para consultas de especialidades e o grau de ocupação de vagas para especialistas (Smits, Slenter & Geurts, 2010).

A partir de simulações feitas com o modelo, o conselho recomenda ao Ministério da Saúde o número necessário de médicos por especialidade a ser incluído em programas de pós-graduação/residência, de forma a manter o equilíbrio entre demanda e oferta da força de trabalho. O Ministério recebe as recomendações e o Governo disponibiliza até 1.5 milhões de Euros por ano a serem distribuídos entre os hospitais de ensino. Este modelo vem sendo utilizado na Holanda desde 2000, inicialmente apenas para estipular o número de matriculas necessárias para os cursos de graduação e a partir de 2006 também para as matriculas nas residências (Smits, Slenter & Geurts, 2010).

O modelo leva em consideração parâmetros demográficos (população, evolução da população por idade e por sexo), epidemiológicos (evolução do padrão de doenças), sociais e culturais (foco maior no paciente, autonomia do paciente, nível educacional), demanda não atendida (listas de espera, vagas não preenchidas), tempo de trabalho (trabalho integral e trabalho parcial), além de mudanças no processo de trabalho, incluindo as mudanças horizontais (relação atenção primária e outros níveis de atenção) e mudanças verticais (redistribuição de tarefas médicas para outros profissionais). Quanto aos recursos humanos, considera entre outros o FTE, ano de aposentaria, porcentagem de especialistas imigrantes e desistências ao longo da formação (Cacapaciteitsplan, 2010).

Um artigo publicado por Smits, Slenter e Geurts (2010) descreve uma avaliação do modelo, baseado em uma simulação realizada em 2008. Nesta simulação foram utilizadas 22 variáveis, distribuídas da seguinte forma: 8 variáveis para calcular a oferta baseado em dados do ano

base 2007 (número de especialistas por sexo e FTE); 5 variáveis para calcular o número de especialistas em formação (2007 – 2015), incluindo o número de estudantes por sexo e eficiência do programa; 4 variáveis para calcular o numero de especialistas em programas de treinamento após 2015; 3 variáveis para calcular o número de especialistas imigrantes; e 2 variáveis para calcular a demanda de especialistas.

Além disto, foram incluídas 7 variáveis adicionais para calcular o impacto de possíveis efeitos sobre a demanda e a oferta de saúde, que incluem desenvolvimentos epidemiológico, desenvolvimentos sociocultural, desenvolvimento de conhecimento médico, substituição horizontal de médicos (por enfermeiros, por exemplo), substituição por outras especialidades e crescimento da prática *part-time* de especialistas.

Uma análise sensitiva demonstrou que apenas sete das 22 variáveis afetam significamente o resultado do modelo e que o impacto das variáveis adicionais é maior do que o das 22 variáveis básicas. Estas variáveis adicionais influenciam somente a demanda e não a oferta de saúde, no entanto o modelo utiliza a mesmas para calcular mudanças na oferta ao invés de calcular mudanças na demanda. Este fato sugere que o modelo está correto com relação ao calculo do número necessário de entradas em programas de formação de especialistas, porem não pode ser utilizado para projetar a demanda e oferta futura de saúde (Smits, Slenter & Geurts, 2010).

Estados Unidos

O planejamento de políticas de recursos humanos em saúde nos Estados Unidos é de responsabilidade tanto do governo federal quanto dos governos estaduais. O governo federal é responsável por gerar informações atualizadas dos profissionais, incluindo número de vagas ocupadas, número de vagas disponíveis, salários, infraestrutura de trabalho, entre outras. Os governos estaduais são responsáveis por financiar e planejar a formação médica, proporcionar licença para exercer a profissão e regular a prática e seguros privados de saúde. Além disso, é de responsabilidade do governo estadual, desenvolver programas regulatórios e promover incentivos para os profissionais optarem por certas especialidades médicas e localizações de trabalho (Mable AL, Marriott J, 2001).

A comissão especifica para pós-graduação médica (*Council on Graduate Medical Educação*, COGME), que há décadas estuda a evolução da força de trabalho no país e aconselha o governo sobre possíveis linhas de ação, publicou em 2005 um relatório que descreve projeções

de oferta, demanda e necessidade de médicos generalistas e não generalistas até 2020. O modelo utilizado para a projeção foi baseado em padrões históricos do uso de serviços e padrões de pratica dos médicos aplicados a força de trabalho e a população esperada dos Estados Unidos até 2020.

O modelo de projeção de oferta utilizou como unidade de analise o FTE do médico ativo. Os principais indicadores utilizados foram:

- ✓ O número de novas entradas no mercado de trabalho e a fonte da entrada (escolas médicas dos Estados Unidos, escolas médicas canadenses e escolas médicas do exterior);
- ✓ A distribuição da oferta atual e de novas entradas de acordo com o gênero e seu efeito com relação ao número de horas trabalhadas para calcular o FTE;
- ✓ A distribuição da oferta atual de acordo com idade;
- ✓ Aposentadoria, morte e outras medidas que excluem o profissional do quadro de oferta atual;
- ✓ A distribuição da atual oferta de acordo com especialidade e as especialidades escolhidas pelas novas entradas.
- ✓ A taxa dos diferentes tipos de atividades profissionais (por exemplo: atendimento ao paciente, atividades de ensino e pesquisa).

Foram ainda construídos cenários que retratam possíveis mudanças nos serviços de saúde e na medicina. Os mesmos foram analisados de forma a medir o impacto dessas mudanças sobre a oferta futura de médicos. Por exemplo, existe uma tendência entre os novos médicos de ter uma vida profissional e atividades pessoais balanceadas, levando a redução do número de horas tralhadas. Da mesma forma o fenômeno da feminização e envelhecimento da força de trabalho também vem refletindo em uma redução do número de horas trabalhadas. Se as novas gerações de médicos preferem trabalhar menos horas, a oferta de médicos FTE será reduzida. Levando em consideração este cenário a projeção da oferta de médicos revelou um aumento de 13%, enquanto a projeção inicial revelou um aumento de 24 % da oferta de médicos nos Estados Unidos entre 2000 e 2020.

A projeção da demanda de médicos foi realizada de acordo com o Modelo Federal de Demanda de Médicos (*Federal Physician Demanda Model – PDM*), que propõe atribuir a populações especificas diferentes configurações de prestação de serviços e definir a força de trabalho para cada configuração. Assim, para definir tais configurações de prestação de serviços,

primeiro o modelo define a população de acordo com gênero, idade, localização (urbana ou rural) e tipo de seguro de saúde. A partir disto o modelo calcula o numero de médicos necessários para alcançar os requisitos da população, baseado em como a população é distribuída nestas configurações. Estes cálculos são baseados em tendências históricas do uso de serviços de saúde. O relatório apontou que a demanda de médicos foi projetada para crescer 26 por centro dentre 2000 e 2020. Levando em consideração o crescimento projetado de 18 por centro da população americana para este período, foi identificado um aumento de 7 por centro da demanda para médicos expressados em uma razão de médicos FTE por habitante.

Assim como na realização da projeção da oferta, também foram construídos cenários alternativos para a projeção da demanda, como o efeito do crescimento da economia sobre a demanda de médicos, o efeito da mudança da taxa de utilização de acordo com a idade. Levando em consideração tais cenários a demanda de médicos para o período de 2000 a 2020 terá um aumento de 300,000 médicos FTE, enquanto a projeção inicial revelou um aumento da demanda de 210,000 médicos FTE.

Para o cálculo da necessidade de médicos também são utilizados os padrões atuais de utilização de serviços de saúde. Porém diferentemente da demanda, o cálculo da necessidade inclui o nível de utilização de serviços de saúde de pessoas que não são seguradas por alguma seguradora de saúde. A projeção partiu do pressuposto de que o uso de serviços de saúde de quem não possui plano de saúde irá alcançar o nível de uso dos que possuem plano de saúde se os recursos fossem disponibilizados de acordo com duas necessidades.

A projeção revelou um crescimento de quase 37% da necessidade de médicos entre o período de 2000 e 2020. Levando em consideração a projeção de um crescimento de 18% da população dos Estados Unidos no período, estima-se um crescimento de 16% da necessidade de médicos, per capita, expressa em uma razão de médicos FTE por população. Cenários alternativos também foram aplicados na projeção da necessidade, como: as alterações na taxa de utilização de serviços médicos de acordo com a idade e a identificação e eliminação de utilização de serviços desnecessários. O relatório concluiu que a partir das projeções realizadas (oferta, demanda e necessidade) que o país enfrentará em 2020 escassez de 85.000 a 96.000 médicos (CPGME, 2005).

Reino Unido

O planejamento de recursos humanos em saúde no Reino Unido é de reponsabilidade do Departamento de Saúde (*Health Department*), em que o recém-estabelecido Centro de Inteligência de Força de Trabalho (*Center for Workforce Intelligence-CfWI*) possui um papel significativo na projeção e recomendações do número de profissionais a serem treinados. O CFWI trabalha em parceria com as Autoridades Estratégicas de Saúde (*Strategic Health Authorities-SHAs*) e com as sociedades profissionais (*Royal Colleges*), entre outras instituições (Dussault et al, 2010). O Sistema Nacional de Saúde *(National Health Sistem-NHS*) é conduzido separadamente para cada uma das quatro nações do Reino Unido (Escócia, Inglaterra, Irlanda do Norte e País de Gales). Como não existe uma limitação entre trabalhar em um país ou outro, o planejamento da força de trabalho de cada um deve ser feito com o conhecimento do outro.

Relatórios anuais do NHS sobre a oferta e a demanda de médicos especialistas no Reino Unido têm indicado, por um lado excesso de oferta de uma série de especialidades médicas, enquanto algumas permaneceram estáveis e outras indicam sub-oferta (CfWI Medical Specialty Training, 2011). O Reino Unido possui atualmente cerca de 2,5 médicos por 1.000 habitantes, número considerado abaixo da média dos países pertencentes a OECD. Maynard publicou em 2006 que houve um aumento significativo no financiamento do NHS e que o número de entrada para o curso de medicina aumentou cerca de 60% nos seis anos anteriores, reforçando a lógica de planejamento futuro de que a proporção da população de médicos no Reino Unido era baixa em comparação com outros países da OECD com capacidade econômicas similares (Maynard, 2006).

Nos últimos anos o planejamento de força de trabalho em saúde tem se baseado na projeção da oferta futura de profissionais, principalmente de médicos. O planejamento focado na demanda e na necessidade ainda é modesto e pouco utilizado, apesar de sua importância ser reconhecida. O número de profissionais projetados para o futuro tem sido modelado utilizando informações sobre o atual estoque de força de trabalho e ajustado pela estimativa de fluxo de aposentadoria (baseado na idade) e novas entradas (baseado no número de médicos em formação). As estimativas de demandas futuras são em grande parte estimuladas por projeções feitas por grupos profissionais, em que o principal enfoque tem sido calcular de diferentes grupos profissionais de saúde necessários para efeitos de calcular o número vagas de graduação ou para garantir um número suficiente de postos em pós-graduação. Estas decisões são em sua maior parte tomadas a nível regional ou nacional e não a nível das organizações prestadoras de serviços. Estas são somente algumas das limitações do planejamento de força de

trabalho apontadas no relatório da NHS (Imison C., Buchan J. & Xavier S., 2009).

Em 2011 o CfWI publicou um relatório em que buscou identificar especialidades médicas que correm maior risco de terem excesso ou sub-oferta de profissionais, além de identificar possíveis desequilíbrios regionais. O principal objetivo deste relatório era oferecer aconselhamento sobre o número de médicos por especialidade a serem treinados para 2011, analisando como era constituída a força de trabalho médico durante o outono de 2010. Neste relatório o CfWI descreve, para cada especialidade médica reconhecida atualmente, a projeção da demanda, da oferta, a análise do cruzamento das duas e recomendações futuras.

Para a estimativa da projeção da oferta, considera-se o número atual de especialistas mais a diferença entre o número de especialistas que irão entrar e sair da força de trabalho. Para a estimativa da entrada e da saída são utilizadas, entre outras, as seguintes variáveis: número de futuros aposentados, licença para jovens (Young leaver), de profissionais que retornaram ao mercado de trabalho, de imigrantes, de novas posições de trabalho, de profissionais em treinamento.

Para a projeção da demanda são realizadas dois tipos de análise. A primeira compara a oferta de especialistas com a projeção da demanda de acordo com os especialistas e de acordo com o crescimento populacional (por sexo e faixa etária). Ao levar em consideração a faixa etária mais importante para determinada especialidade, eles calculam a futura demanda igualando o crescimento do número de especialistas futuramente necessários ao crescimento populacional dessa faixa etária. Essa primeira analise, comparando as projeções de oferta e demanda das especialidades, serve para indicar se a especialidade tem uma tendência para sub-oferta ou super-oferta de profissionais.

A segunda análise é denominada captação ponderada (*Weighted Capitation)*, que estima o intervalo em que se pode esperar uma alteração do número de residentes necessários. Esta analise não define o nível de crescimento ou redução, mas fornece uma estimativa de onde existe um crescimento ou uma redução levando em consideração todos os indicadores para analise. Para a estimativa do intervalo, primeiro é calculada uma razão entre o número atual de captação sobre o número estimado por região do Reino Unido, que são posteriormente comparadas entre si. Usando a região com a segunda razão mais alta e a região com a segunda razão mais baixa, é calculado um intervalo para o número de residentes, como se todas as regiões apresentassem as mesmas razões destas regiões base. Em seguida é realizada uma comparação com o número atual de residentes, indicando assim as diferenças. Essa análise

serve principalmente para verificar se a recomendação final dada pela CfWI é robusta, pois caso a recomendação não esteja nesse intervalo estimado, mais análises serão feitas a fim de avaliar a recomendação final (CfWI, 2011).

3. Considerações finais

Percebe-se pela literatura disponível que na maioria dos países pesquisados não existe uma formula única para se estabelecer a razão ideal de médicos por habitantes. Normalmente os planejadores de força de trabalho em saúde utilizam uma combinação de modelos e métodos para realizar projeções de médicos, que são constantemente moldados e adaptados. Além disto, fica evidente que as projeções da força de trabalho não podem ser realizadas isoladamente, pois são altamente dependentes de fatores demográficos, sociais, culturais e econômicos que afetam o sistema de saúde dos diversos países.

Grande parte da literatura retrata modelos de projeções e dos parâmetros especificados em termos de variáveis (por exemplo, demográficas e epidemiologias), porém não argumentam a existência ou não de parâmetros fixos, como razão de médicos por habitantes e de como estas razões seriam possivelmente calculadas.

Apesar de todas as abordagens listadas nesta revisão estarem sujeitas a falhas, cada modelo serve como um elemento indicativo para os planejadores de políticas públicas. O planejamento da força de trabalho não necessita ser perfeito, mas para ser eficaz o planejamento e as projeções devem ser vistas como um processo interativo, que vai sendo aprimorado com o tempo.

Referências Bibliográficas:

AUSTRALIAN MEDICAL WORKFORCE ADVISORY COMMITTEE. Medical workforce planning in Australia. Australian Health Review, 2000, 23:4.

AUSTRALIAN MEDICAL WORKFORCE ADVISORY COMMITTEE. Specialist Medical Workforce Planning in Australia - A guide to the planning process used by the Australian Medical Workforce Advisory Committee. AMWAC Report, Sidney, 2003.

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

BARBER, P.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. Human Resource for Health, 2010, 8:24.

BASU, K. GUPTA A. Physician Demand and Supply Forecast Model for Nova Scotia, Canada. **Cah Sociol Demogr Med** 2005: (45): 255-285.

BLOOR, K.; MAYNARD, A. Planning human resources in health care: towards an economic approach - An international comparative review. **Canadian Health Services Research Foundation**, 2003. (http://hrhresourcecenter.org/node/274)

CAMPOS F. E, Machado M. H, Girardi S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, 2009. (44): 13-24.

CAPACITEITS ORGAAN. **Capaciteitsplan 2010**: Medish en Klinisch Technologische Specialisten. Deelreport 1, Utrecht, 2010. (www.capaciteitsorgaan.nl).

CENTER FOR WORKFORCE INTELLIGENCE (CfWI). **Recomdendation for Medical Specialty Training**. 2011.

CENTER FOR WORKFORCE INTELLIGENCE (CfWI). **Shape of medical workforce:** medical technical specification. 2012.

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.

COUNCIL ON GRADUATE MEDICAL EDUCATION. **Evaluation of Specialty Physician Workforce Methodologies**. CGME Resource Paper, 2000.

COUNCIL ON GRADUATE MEDICAL EDUCATION. Physican Workforce Policy Guidelines for the United States, 2000-2020. Sixteenth Report, U.S. Department of health and human services, jan. 2005.

DUSSAULT, Gilles et al. Assessing future health workforce needs. **Policy summary prepared for the Belgian EU Presidency Conference on Investing in Europe´s health workforce of tomorrow**: scope for innovation and collaboration. La Hulpe, set. 2010.

GIRARDI, S. N. (1986) O perfil do “emprego” em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 423-439.

GOODMAN, David C. et al. **Benchmarking the US physician workforce**: an alternative to needs-based or demand-based planning. JAMA, 1996.

GRUMBACH, K. Fighting hand to hand over physician workforce policy: the invisible hand of the market meets the heavy hand of government planning. **Health Affairs**, 2002.

HALL, T. Why plan human resources for health. **Human Resources for Health Development Journal**, pp. 77-86, 1998.

IMISON, C.; BUCHAN, J.; XAVIER, S. **NHS Workforce Planning**: limitations and possibilities. London: King´s Fund, 2009.

MABLE, A. L.; MARRIOTT, J. *Steady state: finding a sustainable balance point.* ***International review of health workforce planning***. Wolfe Island: Health Human Resources Strategies Division, 2001.

MAYNARD, A. Medical Workforce Planning: Some forecasting Challenges. **The Australian Economic Review**, vol. 39, nº 3, pp. 323-329, 2006.

MCQUIDE, P.; STEVENS, J.; SETTLE, D. Overview of human resources for health projection models: technical brief. **Capacity Project**, 2008. (http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_12.pdf)

O’BRIEN-PALLAS, L. et al. Forecasting models for human resources in health care. **Journal of Advanced Nursing**, 33(1):120-129, 2001.

PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; VEGA, R. S**. Oferta, demanda y necessidad de médicos especialistas em Brasil**: proyecciones a 2020. Feb. 2011.

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.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SIMOENS, S.; HURST, J. The supply of physician services in OECD Countries. **OECD Health Working Papers**, 2006.

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

STORDEUR, S.; LÉONARD, C. Challenges in physician supply planning: the case of Bel-

gium**. Human Resource for Health.** 2010, 8:28.

WEINER, J. P. Prepaid Group Practice Staffing And U.S. Physician Supply: lessons for workforce policy. What can we learn from examining the staffing levels of some of the country´s largest organized delivery systems? **Health Affairs**, pp. 43-59, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2006**: working together for health. 2006.

ZURN, P. et al. Imbalance in the health workforce. **Human Resource for Health**, 2002: 2 (13):1-12.



http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br

epsm@nescon.medicina.ufmg.br

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

RELATÓRIO FINAL (APÊNDICE F):

DOCUMENTOS TÉCNICOS DE ACOMPANHAMENTO DA REGULAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Belo Horizonte,

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde

Relatório Final (APÊNDICE F)

DOCUMENTOS TÉCNICOS DE ACOMPANHAMENTO DA REGULAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Belo Horizonte, fevereiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

Equipe de estagiários
Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos

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

Sumário

Apresentação 4

1º documento – Modelo de regulação das profissões de saúde no Brasil 5

2º documento – Modelos alternativos de regulação profissional 9

3º documento – Relação de Profissões Reguladas em Estados/Localidades selecionados nos Estados Unidos e no Canadá 20

4º documento – Proposta para criação de um Conselho Consultivo de Regulação das Profissões de Saúde no Brasil 31

5º documento - Legislação e Projetos de Lei sobre exercício profissional em saúde (2013) 35

6º documento - Legislação e Projetos de Lei sobre exercício profissional em saúde (2014) 88

7º documento – Profissões reguladas, lei de regulamentação, escopos de prática, projetos de lei e ocupações não reguladas 148

8º documento - Descrição, requisitos educacionais e taxonomia das profissões e ocupações de saúde segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 234

Apresentação

Este relatório é parte do "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde", estabelecido a partir de Termo de Cooperação entre a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS). No âmbito do projeto, corresponde a uma das atividades previstas na "Ação 3 – Acompanhamento da regulação do exercício profissional da força de trabalho em saúde".

O relatório reúne oito documentos técnicos que foram preparados ao longo do projeto colaborativo que tiveram por objetivo subsidiar discussões internas no Ministério da Saúde, em especial no Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), além de eventos internacionais sobre o tema, realizados pelo Ministério da Saúde com o apoio da equipe EPSM. Os documentos são os seguintes:

(i) Modelo de regulação das profissões de saúde no Brasil;

(ii) Modelos alternativos de regulação profissional;

(iii) Relação de Profissões Reguladas em Estados/Localidades selecionados nos Estados Unidos e no Canadá;

(iv) Proposta para criação de um Conselho Consultivo de Regulação das Profissões de Saúde no Brasil;

(v) Atualização da Legislação e Projetos de Lei sobre exercício profissional em saúde no ano de 2013;

(vi) Atualização da Legislação e Projetos de Lei sobre exercício profissional em saúde no ano de 2014;

(vii) Profissões reguladas, lei de regulamentação, escopos de prática, projetos de lei e ocupações não reguladas;

(viii) Descrição, requisitos educacionais e taxonomia das profissões e ocupações de saúde segundo a Classificação Brasileira de Ocupações.

1º documento – Modelo de regulação das profissões de saúde no Brasil

O autogoverno das profissões e a autorização legal de direitos exclusivos de prática, através de atos privativos das profissões autorreguladas, podem ser definidas como as características essenciais do modelo brasileiro de regulação profissional. Porém o nosso modelo encontra-se vulnerável à captura pelos interesses corporativos das próprias profissões e do mundo dos "negócios" instituído em torno das profissões; em que pesem os esforços realizados ao longo dos últimos anos para abertura às demandas dos consumidores.[1]

Há duas peças institucionais fundamentais neste modelo de autorregulação:

As **Leis de Exercício**, que concedem às profissões a auto regulação e também criam reservas de mercado, que podem implicar em monopólios profissionais mais ou menos extensos sobre campos de atividades, dependendo, entre outras coisas, da extensão do escopo de práticas conferidos à profissão, do grau de privatividade ou exclusividade conferida pelas leis específicas da profissão, e da capacidade de controle permanente das reservas legais pelas instituições de fiscalização do exercício.[2] Em outros termos, a regulação profissional dá aos Conselhos *direitos de propriedade*, por restringir o acesso de outras profissões, reguladas ou não, à prática dos atos regulados como privativos e ostentação de títulos profissionais no mercado. Quanto maior a extensão do escopo de práticas e quanto mais extensa a lista de atos exclusivos ou privativos a ela legalmente atribuídos maior será o tamanho de sua propriedade (ou do domínio patrimonial da profissão.)[3]

A outra peça são os **Conselhos Profissionais**, que são autarquias federais especiais (ou seja, instituições que têm o poder de regular os seus membros e são parte do estado, um ramo de descentralização do governo, uma agência do Estado brasileiro) com autoridade reguladora. Sua principal missão deveria ser garantir a proteção do público e da integridade das profissões. São escopos dos Conselhos Profissionais:

- Registrar e autorizar os profissionais para a prática;
- Confirmar as regras e estatutos, incluindo os códigos de ética, que regem a prática dos seus membros;

- Estabelecer a vigilância da profissão e sua disciplina.

Porém, estes Conselhos, devido àquela vulnerabilidade de instauração do corporativismo, na prática, exercem muito mais que tais prerrogativas, se tornando órgãos corporativistas que estabelecem monopólios sobre as profissões, sobre os escopos e sobre reservas de mercado, muito pela força politica exacerbada que exercem e acabam impedindo e/ou atrasando a evolução de politicas públicas para a Saúde e muitas vezes dificultando até mesmo a promoção e a prática da saúde pública. O que leva a instituição no campo profissional do que pode ser chamado de *direito de propriedade* para uma corporação sobre um campo mais ou menos exclusivo de expertise constituído como patrimônio da profissão.

O quadro que vemos é de abusos no exercício das prerrogativas de autogoverno, insuficiente transparência e responsabilização com relação ao público, baixo compromisso com relação a metas governamentais de melhorar o acesso do público aos serviços dos profissionais, e resistências com relação a metas gerenciais de organização mais eficientes do processo de entrega dos serviços, além de impedimentos de avaliação de criação de novas profissões que viriam a contribuir para o quadro profissional da saúde no país.

O modelo brasileiro de autorregulação está esgotado principalmente pelas seguintes causas, expostas por Girardi[4]:

(i) O modelo vigente não protege o público; é insuficiente no sentido da proteção do interesse público, em função da pequena abertura e transparências dos Conselhos e pelo excessivo zelo protecionista com que estes brindam as próprias profissões reguladas em detrimento do público, especialmente nos processos que envolvem conflitos éticos, erro profissional e de má-prática.

(ii) O modelo já não serve, com raras exceções, à profissões há muito estabelecidas e legitimadas, posto que mudanças, adequações, evoluções na regulação destas profissões caem num anacronismo; além de ser insuficiente no que respeita ao atendimento de novas demandas de re-regulação das próprias profissões regulamentadas; o caso da penosa discussão sobre a Lei do Ato Médico é exemplo mais que suficiente.

(iii) O atual modelo não serve à gerência. Baseado na definição de campos exclusivos pouco definidos e atos privativos às profissões regulamentadas (por meio das Leis de Exercício Profissional) o modelo dificulta a plena utilização e com-

binação das competências dos diversos profissionais num trabalho multidisciplinar e multiprofissional (AIDS, PSF etc.)

(iv) O modelo é insuficiente no que diz respeito à necessária permeabilidade a mecanismos e instâncias de coordenação de uma política de governo para as profissões; uma vez que administradores e gerentes de serviços de saúde se veem engessados no cotidiano por um sistema que delimita legalmente monopólios sobre extensos e imprecisos campos de prática e dificulta a utilização plena das competências e o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar.

(v) Ele não permite a expressão das minorias profissionais bem como o reconhecimento da diferença e do espaço que tais profissões têm na real prática da saúde brasileira; da livre escolha pelos usuários de práticas alternativas seguras. Isto é crucial para o funcionamento de uma sociedade democrática.

(vi) O modelo oferece resistência e cria barreiras ao reconhecimento/criação de novas profissões de saúde. O corporativismo acusa um elitismo e relativa impermeabilidade do sistema com relação às demandas das ocupações de menor prestígio social e poder econômico. Isto se dá pelo receio da perda de escopos de prática antes exclusivos, fator decisivo para a manutenção das reservas de mercado por parte das profissões.

(vii) O modelo não acompanha a evolução tecnológica da saúde (telemática e telemedicina; tele-cuidado);

Na realidade, atualmente observam-se pressões de várias vertentes para mudanças de um ou outro aspecto do modelo a partir de diversas fontes: o público em geral, através de manifestações sociais e de insatisfação como usuários, as próprias profissões reguladas e as que demandam regulação, os administradores e gerentes de serviços, e o próprio Governo, em sua necessidade de elaborar politicas públicas para melhoria da saúde, para minimização da escassez e fixação de profissionais médicos (como o Programa Mais Médicos), etc.

Nesse sentido, o modelo precisa ser reformado, seja sob a perspectiva setorial da saúde, seja de uma perspectiva mais geral, adequadas às necessidades legitimamente postas nas sociedades democráticas contemporâneas.

E os processos de reforma profissional não podem ser pontuais nesta ou naquela profissão, como tem sido a prática recente. Há de se revisar todo o sistema de regulação pro-

fissional vigente, e estas reformas passam necessariamente pela abertura de quatro grandes capítulos temáticos, como definiu Girardi[5]:

I. A revisão do marco legal de regulamentação profissional
II. A revisão das estruturas institucionais da regulação profissional
III. A revisão dos escopos de prática (ou campos de prática) legalmente atribuídos às profissões
IV. A avaliação da autorregulação profissional e o desenho de alternativas.

A reforma da regulação profissional deve se pautar por diretrizes que visem reforçar os aspectos positivos do sistema de autorregulação vigente, em especial seu potencial para garantir a qualidade dos padrões técnicos e éticos do exercício profissional e de proteção do público, contudo deve esforçar-se para criar mecanismos que compensem suas falhas, criando um sistema que balanceia o a autorregulação e as necessidades do sistema de saúde, permitindo uma melhor provisão dos serviços prestados e dando ao Estado capacidade para coordenar, de fato, as politicas públicas do SUS e das profissões, sob o princípio geral da utilidade pública da regulação.

2º documento – Modelos alternativos de regulação profissional

1 – LEGISLAÇÃO GUARDA-CHUVA E CONSELHO CONSULTIVO

Uma das alternativas ao modelo de auto-regulação é criar-se um misto entre este e o modelo burocrático, gerencial ou departamental, em que o exercício das profissões regulamentadas é fiscalizado por órgãos ou departamentos da administração direta do poder executivo.

O primeiro modelo alternativo tem como peça fundamental a implementação de um único corpo legal para regulamentar todas as profissões de saúde, o que é chamada nos países que aplicam tal modelo de *legislação guarda-chuva*.

Esse modelo pressupõe a promulgação de uma lei abrangente que fornece um quadro regulamentar uniforme para todas as profissões, mais fluído e flexível, associado à regulamentações que estabelecem normas para uma determinada profissão[6], inerentes às características dela sempre tendo como base o princípio de *regulamentações compartilhadas* entre as profissões, o que é chamado de escopos de prática compartilhados.

Este paradigma de regulação parte da definição de escopos de prática não exclusivos ou compartilhados e atos reservados (ou mais genericamente ainda atividades reservadas). Em nenhum dos casos estes atos são, a priori, entendidos como privativos ou exclusivos a uma determinada profissão. Escopos de prática sobrepostos (overlapping scopes of practice) são não apenas reconhecidos como encorajados.

Importante explicar este fato: a medicina, por exemplo, manterá para si muitos dos atos que hoje são estabelecidos como exclusivos, porém atos considerados de menor risco e que outra profissão tem um nível técnico suficiente para tal prática será autorizado a uma ou mais de uma profissão, como enfermeiros e fisioterapeutas, por exemplo.

Importante ressaltar então a definição de atos reservados (controlados ou autorizados). Estes remetem a tarefas, serviços e procedimentos que envolvem risco significativo de dano aos pacientes. Estes estão seriam restritos apenas aos membros das profissões autorizadas, mas não constituem base de exclusividade ou monopólio de uma profissão

isolada. De qualquer forma, nenhuma pessoa não pertencente às profissões autorizadas por lei àquela prática, pode exercer atos autorizados sem incorrer em prática ilegal.[7]

Porém outras práticas de menor risco e com profissões cuja expertise capacita a sua prática poderão ser compartilhados entre uma ou mais profissões. Ou seja, alguns dos atos do médico que representam menor risco poderão ser praticados por enfermeiros e fisioterapeutas. De mesma forma práticas antes exclusivas dos profissionais da Enfermagem que representam menor risco poderão ser praticadas pelos Técnicos de Enfermagem. Ou ainda prática de menor risco antes praticadas por Dentistas passariam a poder ser praticadas pelos Técnicos em Saúde Bucal.

Seria este o caso do diagnóstico, que em casos cabíveis poderia ser praticado pelo enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, etc. Ou o caso de procedimentos de menor risco concernentes ao parto, que poderiam ser praticados por enfermeiros obstetras ou até mesmo pelos profissionais em Obstetrícia.

Estes escopos compartilhados poderiam existir sob duas espécies:

- Atos delegados e;
- Atos supervisionados.

Em tese, a delegação supõe que as tarefas delegadas possam ser realizadas sem a presença do profissional que o delegou. O ato supervisionado, por seu turno, implica num controle mais intenso, podendo exigir a presença física do supervisor. Os atos delegados sob supervisão seriam acompanhados de instruções escritas sobre o modo de prática do ato seja sob protocolo geral seja através de instruções específicas sobre casos.

Em geral, os processos de delegação envolveriam de forma pró-ativa a participação dos Conselhos Profissionais que regulam a profissão que delega o ato, sob circunstâncias especiais, inclusive na elaboração dos protocolos de prática.[8] Neste sentido, a chamada *legislação guarda-chuva* estabeleceria de forma explícita disposições que permitam a não profissionais exercerem certas atividades, sob circunstâncias e tarefas bem delimitadas, no sentido de responder às necessidades da população.

Da mesma forma, a lei estabeleceria um quadro que autoriza a profissionais não médicos, notadamente enfermeiros, a exercerem certas atividades médicas, desde que passíveis de verificação.

Estas duas formas complementam o quadro destas "inovações" e têm o sentido explícito de promover o reconhecimento das competências laborais efetivamente demonstradas e certificadas bem como de propiciar o pleno uso dos recursos humanos. Situações especiais, como a escassez de recursos humanos em determinadas áreas geográficas e territoriais, situações emergenciais, especificidades de hábitos culturais ou mesmo necessidades de ordem gerencial colocadas por projetos inovativos em determinadas áreas assistenciais (a exemplo da área de saúde mental), justificam a delegação de atos profissionais autorizados a uma profissão a membros de outras profissões e pessoal auxiliar.[9]

Esta nova legislação viria a revogar as leis de exercício hoje em vigor. Esta tarefa parece demasiadamente complicada, uma vez que vencer esta batalha contra os conceitos será muito complicado. Diante da complexidade da estruturação e feitura de uma lei como esta faz-se necessária a criação de um órgão, um grupo responsável por elaborá-la.

A alternativa mais acertada seria a criação de uma Comissão ou um Órgão provisório dentro do Ministério da Saúde para cuidar de estudos, pesquisas e da elaboração do melhor quadro regulatório possível, que defina quais atos serão reservados a esta ou aquela profissão e quais serão compartilhados e delegados, à quais profissões caberão estes últimos e quem exercerá a supervisão.

Este órgão seria composto, além de pessoal especializado do próprio Ministério, especialistas em regulação, em políticas públicas e em direito, sempre com a preocupação de não afastar aqueles com formação em áreas alheias à saúde, estabeleceram critérios de análise para determinar quais as profissões seriam inseridas no pacote de profissões de saúde, ou seja, quais deveriam ser reguladas, de que forma, como os escopos de prática serão divididos, quais serão reservados, quais delegados e compartilhados, etc; também caberia a este grupo determinar quais profissões não devem ser reguladas. Definindo então o que será submetido ao poder legislativo local. Durante os estudos também deverão ser trazidos a esta Comissão os Gestores de Saúde, representantes de usuários e a sociedade civil como um todo.

Deverão ser convocados durante as discussões a participar todos e quaisquer grupos que tenham (explicita e publicamente) alguma demanda de regulação, re-regulação de práticas já estabelecidas, desregulação etc., a fim de ouvir suas propostas, buscando otimizar os estudos e atingir de forma mais objetiva os chamados "escopos de prática" reclamados por cada um e examinar as confluências, as sobreposições de escopos, as coisas supérfluas que não necessitavam regulação, etc.

A proposta elaborada por esta Comissão será, posteriormente, encaminhada ao Congresso para aprovação.

A parte à chamada Legislação Guarda-Chuva é preciso que se crie, neste modelo, órgãos que façam o controle e mantenham o equilíbrio da regulação profissional.

Como dito anteriormente, a auto-regulação será parcialmente mantida, o que significa dizer que os Conselhos Profissionais continuarão a existir, porém suas prerrogativas serão limitadas e mais condizentes com as funções que de fato deveria realizar. Além de que será apenas uma modalidade de entidade responsável pela regulação, diferentemente de hoje, onde é praticamente a única.

Para que isto aconteça é necessário que nesta Legislação Guarda-Chuva contenha cláusula que altere as Leis dos Conselhos para adequá-los em sua formação e para vincular suas atuações obrigatoriamente ao interesse público, e isto há de contar expressamente na nova lei.

A composição dos Conselhos deve, ser altarada mediante a lei e ser composta entre 40% à 50% por representantes da sociedade civil , seguindo a lógica do controle social: gestores, usuários, prestadores de serviço e trabalhadores.

Os Conselhos Profissionais terão por missão:

a) *Regular a prática da profissão e controlar seus membros de acordo com a Lei das Profissões (em questão);*
b) *Desenvolver e manter padrões de qualidade profissional para emitir certificados e registros;*
c) *Manter programas e standards de prática que assegurem a qualidade dos profissionais;*
d) *Manter e promover programas de educação permanente;*

e) Estabelecer e controlar o padrão e a qualidade ética dos seus membros;

f) Fiscalizar o exercício dos membros.

Tais responsabilidades serão asseguradas pela obrigatoriedade de três procedimentos: promover encontros e audiências públicas e abertas; ter representação pública nos seus Conselhos; promover uma estrutura comum para processos de reclamação pública e processos disciplinares. E isto se dará da seguinte forma:

- A composição dos Conselhos deverá ser altarada mediante a lei e ser composta entre 40% a 50% por representantes da sociedade civil, não profissionais da área de saúde, gestores, etc.
- Todos os Conselhos contarão com uma estrutura comum composta por um Conselho Diretor e as seguintes Comissões: Comitê Executivo, Comitê de Registro de Profissionais; Comitê de Reclamação; Comitê Disciplinar; Comitê de Aptidão Profissional; Comitê de Qualidade; Comitê de Relações com Pacientes.

Pode-se dizer que o poder dos Colégios foi mantido e inclusive reforçado no exercício de suas legítimas funções, qual seja o controle da qualidade técnica e ética dos pares e o respeito ao público.

Além do novo e remodelado Conselho Profissional, Órgão Consultivo deverá ser criado. Este órgão, que seria um Conselho Consultivo de Regulação das Profissões é certamente uma grande inovação que este modelo proposto traz. Ele poderia ser instituído pela própria Lei Guarda-Chuva e teria natureza de órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, como ocorre, por exemplo, com o Conselho Nacional de Saúde.

A função deste órgão é de ser um órgão consultivo. Eles não provêm licença, não impõem regras, não estabelecem suspensões, ou seja, não têm nenhum poder de lei. Eles apenas aconselham e recomendam o ministro de saúde sobre questões relativas à regulação profissional em geral, mas mais notadamente:

- Que profissões deveriam estar ou não estar regulamentadas.
- Possíveis emendas ou mudanças regulatórias referentes à nova lei profissional.

- Funções estatutárias, isto é, eles seriam requisitados pelo legislativo a avaliar os programas dos Conselhos Profissionais e também suas demandas, ou seja, possíveis demandas dos Conselhos de alteração ou revisão de escopos de prática ou de outros assuntos referentes a regulação da profissão passariam por avaliação deste Conselho Consultivo.

- Quaisquer outras matérias requisitadas pelo Ministro relacionadas à regulação profissional.

Caberia de mesma forma a este órgão uma avaliação posterior à promulgação da lei quanto a sua eficiência prática, em conjunto com outros órgãos do Ministério da Saúde. Esta avaliação seria determinada pela própria lei, podendo ser de 3 anos, 5 anos ou o tempo que for julgado mais adequado. Esta avaliação seria útil para avaliar o novo sistema de regulação, as novas práticas compartilhadas e sua real efetividade no Sistema Único de Saúde. Ao fim desta avaliação o órgão enviará ao Ministro da Saúde parecer quanto à manutenção e possíveis adequações a serem feitas nesta *Lei Guarda-Chuva* apresentada.

Esta agência, apesar de conectada ao Ministério, seria como um braço independente, tendo uma relação menos estreia com o Ministério, sem a ideia de hierarquia. Pois que é uma agência que não pode refletir a burocracia, ela tem refletir o interesse do público. Os seus membros não se reporta ao Ministro, apenas administrativamente. Seria, com todo rigor, de agência independente.

Esta agência responderia a questões dirigidas pelo Ministério, essas são questões de consulta. Como por exemplo: criação de novos Conselhos, novas profissões que buscam regulamentação, profissões que demandam mudanças em sua regulação, etc.

Um exemplo de função deste órgão seria, por exemplo, a criação de um documento no qual são encontrados os passos do processo para aqueles que desejam se tornar regulamentados. Neste documento várias questões seriam respondidas e serviriam de subsidio para estudos que avaliem a possibilidade da regulação de tal profissão e se isto é realmente ou não de interesse público e de utilidade para a boa prática da Saúde Pública.

Esta agência teria também como função realizar estudos, avaliações, sobre todos os Projetos de Lei apresentados no Congresso sobre regulação profissional das profissões de saúde. Estas avaliações serviriam de subsidio ao Ministério quanto a viabilidade de determinado projeto.

Quanto a pessoal este Órgão contará com corpo de especialistas em regulação, em saúde pública em assuntos jurídicos e contará também com o controle social: gestores, usuários, prestadores de serviço e trabalhadores.

O orçamento deste órgão integrará o do Ministério da Saúde.

2 – LEGISLAÇÃO GUARDA-CHUVA E ORGÃO REGULADOR

Esta proposta mantém todo o modelo de Legislação Guarda-Chuva nos moldes da proposta anterior, valendo em sua integralidade, com os escopos de prática compartilhados, etc.

Também se mantém a proposta de reformulação dos Conselhos Profissionais, também nos moldes acima citados.

O que diferencia esta proposta da anterior é órgão que será criado complementarmente a este Legislação Guarda-Chuva. Enquanto a proposta anterior prevê a criação de um Órgão Consultivo, esta propõe a criação de uma Autarquia, com poderes e atuações mais amplos. Defendendo sempre o interesse público e das necessidades do SUS ela se valeria de promover um balanço entre interesses conflitantes dos diversos atores que atuam no campo: profissões regulamentadas, grupos que demandam regulação, usuários e gestores de serviços, Governo, etc.

Este Órgão regulador teria o objetivo de coordenar a política de regulação profissional e ocupacional em saúde. Além desta coordenação, também teria atuação no sentido de garantir que cada Conselho Profissional exerça a prerrogativa de proteção ao público. As diretrizes desta Autarquia quanto à politicas de regulação profissional deverão estar em congruência com as politicas governamentais de saúde e sempre seguindo os princípios e interesse público e do SUS.

A Autarquia também englobaria o caráter consultivo do órgão previsto na proposta anterior, cumprindo as mesmas funções; porém em particular ela exerceria funções de controle e supervisão. Por exemplo, ele monitoraria o funcionamento dos mecanismos de avaliação de competência, educação continuada e ética dos profissionais dos Conselhos profissionais. Ficaria a cargo dela garantir que a *Legislação Guarda-Chuva* proposta seja efetivamente exercida.

De mesma forma a entidade faria supervisão e fiscalização das contas e orçamentos dos Conselhos, bem como atos de seus membros, tendo poder, inclusive de requerer afastamento ou destituição do cargo de algum deles, sempre observando procedimentos previamente determinados e com direito assegurado à ampla defesa.

Outra função desta entidade seria o dever de informar o Governo sobre qualquer Conselho que apresente um déficit ou cujos rendimentos sejam insuficientes para cumprir as suas funções; bem como informar qualquer Conselho que não cumpra os deveres que lhe são impostas pela Lei e pela Constituição, caso em que o Governo poderá promover interferência no Conselho.

A entidade também poderá exigir dos Conselhos o fornecimento, no prazo e na forma indicada, de todos os documentos, relatórios ou informações necessárias ao desempenho das suas funções.

A criação, fusão, desmembramento ou dissolução de Conselhos também passará por esta Autarquia que, mediante interesse público e viabilidade operacional, de gestão, etc., decidirá a viabilidade e necessidade do proposto.

Os códigos de ética de cada profissão, elaborados pelos respectivos Conselhos terão de ser submetidos à Entidade para avaliação e aprovação; bem como o corpo de sanções aplicadas aos profissionais, formas de procedimento interno e politicas de educação permanente. De mesma forma ele poderá regular, por exemplo, os limites dos montantes monetários que um Conselho poderá cobrar de seus profissionais.

Toda a politica de regulação profissional e ocupacional em saúde ficará a cargo desta entidade em parceria com o Ministério da Saúde, sendo que ela poderá recomendar ao Governo práticas, propostas, Projetos de Lei necessários à melhoria do sistema de regulação.

A análise da viabilidade de todos os Projetos de Lei referentes à regulação profissional na área de saúde também ficará a cargo desta instancia.

Uma das inovações desta figura jurídica é que, ainda quanto aos projetos de lei, profissões ou ocupações que quiserem algum nível de regulação ou desregulação poderão ingressar proposta nesta Autarquia, que, munida de procedimento especifico para este ingresso, analisará o caso e, se necessário, instaurará estudos específicos em âmbito interno, contando com seu corpo de especialistas e chamando também o controle social: gestores, usuários, prestadores de serviço e trabalhadores; além de especialistas especificos da profissão/ocupação com fins de fumentar parecer favoravel ou não à regulementação. Caso o parecer seja favoravel a Autarquia elaborará documento com motivos e razões, além de projeto de um Projeto de Lei, a serem encaminhados ao Executivo para que então passe a tramitar por via de Projeto de Lei de iniciativa do executivo nas casas legislativas.

Internamente à Autarquia existirá um Comitê que tratará das questões de responsabilidade profissional. Este conselho trata-se de um tribunal quasi-judicial. Sua função é levar a cabo revisões das decisões dos "Comitês de Reclamação" internos dos Conselhos, a pedido das partes envolvidas. A Autarquia também cumpre a função de acelerar os processos de julgamento de erro profissional, má prática e má conduta ética por parte dos profissionais, sob requisição dos pacientes, em caso de demoras injustificadas.

Caberia de mesma forma a este órgão uma avaliação posterior à promulgação da lei quanto a sua eficiência prática, em conjunto com outros órgãos do Ministério da Saúde. Esta avaliação seria determinada pela própria lei, podendo ser de 3 anos, 5 anos ou o tempo que for julgado mais adequado. Esta avaliação seria útil para avaliar o novo sistema de regulação, as novas práticas compartilhadas e sua real efetividade no Sistema Único de Saúde. Ao fim desta avaliação o órgão enviará ao Ministro da Saúde parecer quanto à manutenção e possíveis adequações a serem feitas nesta *Lei Guarda-Chuva* apresentada. Este órgão também faria relatórios anuais sobre o tema de Regulação Profissional, informando o Governo sobre as medidas tomadas de acordo com suas prerrogativas.

Quanto a pessoal esta Autarquia contará com corpo de especialistas em regulação, em saúde pública em assuntos jurídicos e contará também com o controle social: gestores, usuários, prestadores de serviço e trabalhadores.

Esta Autarquia, como qualquer outra, terá autonomia financeiro/orçamentária e de gestão. Porém, como parte da Administração Indireta, será fiscalizada segundo todas as regras da Administração Pública.

Referências bibliográficas

1 GIRARDI, Sabado Nicolau. Elementos para Estratégia de Reforma [mimeo]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012

2 GIRARDI, S.N. Dilemas da regulamentação profissional na área de saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, v.2, n.5, 2002.

3 GIRARDI, S.N. Dilemas da regulamentação profissional na área de saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília, v.2, n.5, 2002.

4 GIRARDI, Sabado Nicolau. Elementos para Estratégia de Reforma [mimeo]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012

5 GIRARDI, Sabado Nicolau. The Regulation of Health Professions in Brazil: Dilemmas and Directions to Reform. In: First World Health Professions Conference on Regulation: 'The Role and Future of Health Professions Regulation', 2008, Geneva.

6 BOURGEAULT, Ivy Lynn. O Papel do Estado nas Políticas Reguladoras das Ocupações Profissionaisn Área da Saúde. In: Seminário Internacional Sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, 2013, Brasilia.

7 GIRARDI, Sabado Nicolau. Elementos para Estratégia de Reforma [mimeo]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012

8 GIRARDI, Sabado Nicolau. Elementos para Estratégia de Reforma [mimeo]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012

9 GIRARDI, Sabado Nicolau. Elementos para Estratégia de Reforma [mimeo]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012

3º documento – Relação de Profissões Reguladas em Estados/Localidades selecionados nos Estados Unidos e no Canadá

Profissões Reguladas em Estados/Localidades Selecionadas

Canadá	EUA
Ontário Alberta British Columbia Quebec	Virginia New York Rhode Island

- **ONTÁRIO:**

1. Acupuncturist and Traditional Chinese Medicine Practitioner
2. Audiologists and Speech-Language Pathologist
3. Chiropodist
4. Chiropractor
5. Dental Hygienist
6. Dental Technologist
7. Dentist
8. Denturist
9. Dietician
10. Knesiologist
11. Massage Therapist
12. Medical Laboratory Technologist
13. Medical Radiation Technologist
14. Midwife
15. Nurse
16. Occupational Therapist
17. Optician
18. Optometrist
19. Pharmacist
20. Physician and Surgeon (Doctor)
21. Physiotherapist
22. Psychologist
23. Respiratory Therapist
24. Veterinarian

Obs.: Interessante notar no sistema de regulação profissional praticado em Ontário o fato de haver 24 profissões de saúde reguladas, enquanto dentre todas as outras profissões afora a área de saúde existem apenas 18 possuem este caráter; ou seja, a atuação, a presença, do Estado na regulação das profissões de saúde é maior do que noutras áreas, demonstrando, portanto, o interesse e, poderíamos dizer o dever, do Estado de chamar para si e atuar neste sentido.

- **ALBERTA**

1. Acupuncturist: Acupuncturist
2. Audiologist
3. Chiropractor
4. Combined Laboratory and X-Ray Technologist
5. Dental Assistant
6. Dental Hygienist
7. Dental Technologist / Technician
8. Dentist
9. Denturist
10. Dietitian / Registered Nutritionist
11. Emergency Medical Personnel
12. Hearing Aid Practitioner
13. Medical, Diagnostic and Therapeutic Technologists
14. Medical Laboratory Technologist
15. Midwife
16. Nurse – Licensed Practical
17. Nurse – Psychiatric
18. Nurse – Registered
19. Occupational Therapist
20. Optician
21. Optometrist
22. Pharmacist
23. Physician / Surgeons
24. Physiotherapist / Physical Therapist
25. Podiatrist
26. Psychologist
27. Respiratory Therapist
28. Speech-Language Pathologist

Obs.: Em Alberta o número de profissões de saúde reguladas ainda sobe, em relação a Ontário, sendo 28.

- **BRITISH COLUMBIA**

1. Acupuncture
2. Audiology
3. Chiropractic
4. Dental Hygiene
5. Dental Technology
6. Dentistry
7. Denturism
8. Dietetics
9. Emergency Medical Assisting
10. Health Care Assistant
11. Massage Therapy
12. Medicine
13. Midwifery
14. Naturopathic Medicine
15. Nursing (Licensed Practical)
16. Nursing (Registered)
17. Nursing (Registered Psychiatric)
18. Occupational Therapy
19. Opticianry
20. Optometry
21. Pharmacy
22. Physical Therapy
23. Podiatric Medicine
24. Psychology
25. Speech and Hearing Health Professions
26. Traditional Chinese Medicine

Obs.: Em British Columbia, como se vê, são 26 as profissões reguladas, sendo que destas 25 são autorreguladas, distribuídas em 22 concelhos profissionais.

- **QUEBEC**

1. Acupuncturist
2. Audiologist
3. Chiropractor
4. Dental Hygienist
5. Dental Technician
6. Dentist
7. Denturologist
8. Dietician
9. Medical Technologist
10. Midwive
11. Nurse
12. nursing Assistant
13. Occupational Therapist
14. Optometrist
15. Podiatrist
16. Pharmacist
17. Physician
18. Radiation Oncology Technologist, Medical Imaging Technologist - Radiodiagnosis, Medical Imaging Technologist - Nuclear Medicine, Medical Electrophysiology Technologist
19. Veterinary Surgeon
20. Physical Rehabilitation Therapist
21. Physiotherapis
22. Psychologist
23. Sexologist
24. Registered Respiratory Therapist
25. Speech Therapists

Obs.: Levando-se em consideração o fato de Quebec regular 53 profissões, é possível perceber a predominância das profissões de saúde dentre elas, o que denota a atuação do Estado neste campo da regulação e a importância da presença de uma politica para as profissões de saúde.

- **VIRGINIA**

1. Administrator-in-Training
2. Advanced Certified Nurse Aide
3. ALF-Administrator-In-Training
4. Applied Psychologist
5. Assistant Behavior Analyst
6. Assisted Living Facility Administrator
7. Assisted Living Facility Preceptor
8. Associate Social Worker
9. Athletic Trainer
10. Audiologist
11. Authorization to Prescribe
12. Behavior Analyst
13. Business Controlled Substances Registration
14. Certified Massage Therapist
15. Certified Nurse Aide
16. Certified Substance Abuse Counselor
17. Chiropractor
18. Clinical Nurse Specialist
19. Clinical Psychologist
20. Conscious/Moderate Sedation
21. Continuing Education Provider
22. Cosmetic Procedure Certification
23. Courtesy Card
24. Crematories
25. Deep Sedation/General Anesthesia
26. Dental Assistant II

27. Dental Faculty
28. Dental Hygienist
29. Dental Hygienist Teacher
30. Dental Restricted Volunteer
31. Dental Teacher
32. Dental Temporary Permit
33. Dentist
34. Dentist Restricted Permit
35. Dentist-Temporary Resident
36. Direct Access Certification
37. Embalmer
38. Enteral Conscious/Moderate Sedation
39. Equine Dental Technician
40. Funeral Branch Establishment
41. Funeral Director
42. Funeral Establishment
43. Funeral Service Intern
44. Funeral Service Licensee
45. Humane Society
46. Interns & Residents
47. Licensed Acupuncturist
48. Licensed Clinical Social Worker
49. Licensed Marriage and Family Therapist
50. Licensed Midwife
51. Licensed Nurse Practitioner
52. Licensed Practical Nurse
53. Licensed Professional Counselor
54. Licensed Social Worker

55. Limited Radiologic Technologist
56. Limited Use Pharmacy Technician
57. Medical Equipment Supplier
58. Medication Aide
59. Medicine & Surgery
60. Mobile Dental Facility
61. Non-resident Pharmacy
62. Non-resident Wholesale Distributor
63. Non-restricted Manufacturer
64. Nursing Home Administrator
65. Nursing Home Preceptor
66. Occupational Therapist
67. Occupational Therapy Assistant
68. Optometrist-Non Therapeutic Pharmaceutical Agents
69. Optometrist-Therapeutic Pharmaceutical Agents Certified
70. Oral/Maxillofacial Surgeon Registration
71. Osteopathy & Surgery
72. Permitted Physician
73. Pharmacist
74. Pharmacy
75. Pharmacy Intern
76. Pharmacy Technician
77. Physical Therapist
78. Physical Therapist Assistant
79. Physician Assistant
80. Physician Selling Controlled Substances
81. Podiatry
82. Professional Designation

83. Radiologic Technologist
84. Radiologist Assistant
85. Registered Nurse
86. Registered Social Worker
87. Rehabilitation Provider
88. Respiratory Care Practitioner
89. Restricted Manufacturer
90. Restricted Volunteer
91. School Psychologist
92. School Psychologist-Limited
93. School Speech-Language Pathologist
94. Sex Offender Treatment Provider
95. Speech-Language Pathologist
96. Substance Abuse Counseling Assistant
97. Substance Abuse Treatment Practitioner
98. Surface Transport & Removal Services
99. Temporary Conscious/Moderate Sedation
100. University Limited License
101. Veterinarian
102. Veterinary Establishment - Full Service
103. Veterinary Establishment – Restricted
104. Veterinary Technician
105. Warehouser
106. Wholesale Distributor

Obs.: Em Virginia, Estados Unidos, são 106 profissões/ocupações distribuídas em 13 concelhos.

- **NEW YORK**

1. Acupuncture
2. Audiology
3. Chiropractic
4. Clinical Laboratory Technologists
5. Cytotechnologists
6. Clinical Laboratory Technicians
7. Certified Histological Technicians
8. Dentists
9. Dental Anesthesia/Sedation
10. Dental Hygienists
11. Certified Dental Assistants
12. Dietetics-Nutrition
13. Massage Therapy
14. Medical Physics
15. Physicians
16. Physician Assistants
17. Specialist Assistants
18. Creative Arts Therapists
19. Marriage and Family Therapists
20. Mental Health Counselors
21. Psychoanalysts
22. Midwifery
23. Registered Professional Nurses
24. Nurse Practitioners
25. Licensed Practical Nurses
26. Occupational Therapists
27. Occupational Therapy Assistants
28. Ophthalmic Dispensing
29. Optometry
30. Perfusion
31. Pharmacists
32. Pharmacy Establishments
33. Physical Therapists
34. Physical Therapist Assistants
35. Podiatry
36. Polysomnographic Technology
37. Psychology
38. Certified Public Accountants
39. Public Accountants
40. Respiratory Therapists
41. Respiratory Therapy Technicians
42. Licensed Clinical Social Worker (LCSW)
43. Speech-Language Pathology
44. Veterinarian
45. Veterinary Technician

Obs.: São ao todo 45 profissões de saúde reguladas num universo de 65 no total reguladas pelo estado de New York

- **RHODE ISLAND**

1. Acupuncturists
2. Ambulance Services
3. Assisted Living Residence Administrators
4. Athletic Trainers
5. Barbers
6. Chiropractors
7. Dentists/Dental Hygenists
8. Dietitians
9. Electrologists
10. Embalmers
11. Estheticians
12. Hairdressers
13. Hearing Aid Dealers & Fitters
14. Interpreters for the Deaf
15. Laboratory Technologists
16. Manicurists
17. Marriage & Family Therapists
18. Massage Therapists
19. Mental Health Counselors
20. Midwives
21. Nursing Assistants
22. Nursing Home Administrators
23. Occupational Therapists
24. Opticians
25. Optometrists
26. Pharmacies
27. Physical Therapists
28. Physicians
29. Physician Assistants
30. Podiatrists
31. Prosthetists
32. Psychologists
33. Respiratory Care Practitioners
34. Social Workers
35. Speech Pathologists
36. Tattoo Artists
37. Veterinarians

Obs.: Além do alto número de profissões reguladas, é interessante observar como este estado enxerga de forma ampla a questão das profissões de saúde, uma vez que incluem barbeiros, manicures e tatuadores em sua regulação.

4º documento – Proposta para criação de um Conselho Consultivo de Regulação das Profissões de Saúde no Brasil

Este documento visa propor ações para o fortalecimento do papel da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na condução das políticas de regulação e provimento dos profissionais de saúde. Para tanto, propõe-se uma reestruturação da atual Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde as Profissões de saúde, conforme proposta a seguir:

Propõe-se a criação de um **Conselho Consultivo de Regulação das Profissões de Saúde**, a ser instituído por uma portaria do Ministério da Saúde. Trata-se de um órgão colegiado de assessoramento, que terá por finalidade orientar a atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, na formulação das políticas e aperfeiçoamento dos processos de regulação das profissões de saúde para o Sistema Único de Saúde.

O Conselho Consultivo deverá estar vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário da SGTES, sendo composto por representantes de órgãos e entidades designados em ato específico do Ministro de Estado da Saúde. A condição de membro do Conselho será considerada serviço público relevante e não ensejará remuneração especifica. A seguir uma lista propositiva para os representantes do Conselho Consultivo:

- Diretoria de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da SGTES, que o presidirá.
- Diretoria de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da SGTES.
- Diretoria de Gestão da Educação na Saúde da SGTES.
- Representante do Ministério da Educação
- Representante do Ministério do Trabalho

- Representante das Instituições de Educação Superior (Federais, Privadas não-lucrativas e Privadas Comunitárias e Confessionais)
- Representante das Escolas Técnicas do SUS
- Representante dos Conselhos Profissionais da área da Saúde
- Representante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
- Conass
- Conasems
- Assessoria Parlamentar do MS

Competências:

Ao Conselho Consultivo para o Aperfeiçoamento dos Processos de Regulação das Profissões de Saúde, serão atribuídas as seguintes competências:

- Apresentar sugestões e avaliar propostas para formulação de políticas para a regulação das profissões de saúde, em consonância com as diretrizes do SUS;
- Apresentar sugestões para elaboração de instrumentos e protocolos de análise das demandas por regulamentação profissional na área da saúde;
- Apresentar sugestões para as ações de revisão do marco legal de regulamentação;
- Apresentar sugestões para revisão das estruturas institucionais de regulação das profissões de saúde;
- Apresentar sugestões para revisão dos escopos de prática (ou campos de prática) legalmente atribuídos às profissões;
- Apresentar sugestões para regulação, des-regulação e re-regulação das profissões de saúde, com base nas demandas de regulamentação no Legislativo, no Sistema Educacional e nas necessidades de provimento de profissionais no SUS;
- Avaliar estudos e propor o aprimoramento das normas relativas à regulação das profissões de saúde;
- Apresentar sugestões de estratégias para desenvolvimento de ações que promovam a transparência dos órgãos reguladores do exercício das profissões de saúde, bem co-

mo a manutenção de um sistema de informação sobre os profissionais ativos sob suas respectivas jurisdições.

O Conselho Consultivo para o Aperfeiçoamento dos Processos de Regulação das Profissões de Saúde reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada trimestre (ou bimestre ??) e, extraordinariamente, por convocação do seu presidente ou de seus membros, registrando suas discussões e deliberações em Ata.

Câmaras Consultivas Temáticas – CCT

Deverão ser instituídas, no âmbito do Conselho Consultivo para o Aperfeiçoamento dos Processos de Regulação das Profissões de Saúde, por meio de Portarias ministeriais específicas, Câmaras Consultivas Temáticas encarregadas de apreciar e propor sugestões acerca de temas relacionados ao constante aprimoramento da Política Regulatória. Num primeiro momento serão instituídas as seguintes Câmaras Consultivas Temáticas – CCT:

- Câmara Consultiva Temática – "Revisão do Marco Regulatório do Exercício das Profissões de Saúde". A CCT Revisão do Marco Regulatório, a ser instituída por Resolução específica, tem por finalidade elaborar estudos sobre o sistema de regulação profissional na saúde, bem como propor elementos que subsidiem a elaboração de novo Marco Regulatório das profissões de saúde em consonância com as diretrizes e necessidades de provimento de profissionais de saúde no SUS. Isto inclui a análise da legislação concernente a cada uma das profissões regulamentadas do setor, como a análise das demandas de regulamentação de profissões ou grupos ocupacionais emergentes que demandam o *status* de profissão regulamentada.
- Câmara Consultiva Temática – "Revisão dos escopos e campos de prática". A CCT - Revisão dos escopos de prática, a ser instituída por Resolução específica, tem por finalidade elaborar estudos sobre os escopos e campos de prática das profissões de saúde, bem como propor elementos que subsidiem a melhor utilização e aproveitamento dos atos e atividades das profissões de saúde.

- Câmara Consultiva Temática – "Elaboração de Instrumentos e Protocolos de regulação profissional". A CCT Elaboração de protocolos, a ser instituída por Resolução especifica, tem por finalidade elaborar instrumentos e protocolos de análise para demandas profissionais, que levem em consideração as necessidades sociais, econômicas, demográficas, do sistema formador e do mercado de trabalho da área.
- Câmara Consultiva Temática Especial - "Regulação do Trabalho em Saúde (atual CRTS, de caráter permanente) – A CCT Regulação do Trabalho em Saúde, tem por finalidade principal estabelecer o diálogo entre as profissões de saúde, com vistas a dirimir disputas e conflitos intra e inter-profissionais, e estabelecer acordos entre profissões e jurisdições de atuação profissional que se interpõem, promovendo o consenso técnico e a cooperação intra e inter-profissional, com vistas ao melhor aproveitamento dos recursos humanos no SUS, especialmente em situações especiais, como a de escassez de recursos humanos em determinadas áreas geográficas e territoriais, e em outras situações emergenciais em áreas assistenciais específicas (saúde mental, saúde materno-infantil, etc).

As Câmaras Consultivas Temáticas terão em sua composição, representantes de diversos segmentos de interesse específico ao tema, e poderão, no caso de a complexidade dos trabalhos ensejarem a elaboração de análise, relatórios e estudos aprofundados, ter a ajuda de especialistas *ad hoc* para a execução dos seus trabalhos.

5º documento - Legislação e Projetos de Lei sobre exercício profissional em saúde (2013)

1. PROJETOS DE LEI ATUALIZADOS

ACUPUNTURA

Projeto de Lei 1.549/2003

Projeto de Lei 1.549/2003	Disciplina o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências.
Autor	Deputado Celso Russomanno – PP/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Acupunturista/Acupuntor
Projetos de Lei Apensados	PL 2284/2003 (Nelson Marquezelli – PTB/SP) PL 2626/2003 (Chico Alencar – PT/RJ)
Resumo da proposição	Estabelece como habilitados para o exercício profissional da acupuntura os (i) possuidores de diploma de nível superior em Acupuntura; (ii) os diplomados no exterior que revalidaram seus diplomas; (iii) os possuidores de diploma de nível superior na área de saúde, que tenham feito cursos e estágios reconhecimentos pelos respectivos Conselhos; (iv) os praticantes de acupuntura com exercício comprovado até a data da publicação desta lei; (v) os que, na data de entrada em vigor da lei, tenha certificado de curso livre com carga horária mínima de 600 horas/aula teóricas e 300 horas/aula de prática ambulatorial ou que tenham certificado de cursos técnico reconhecido; (vi) os que se submetam e sejam aprovados no exame de suficiência junto ao Conselho Federal de Acupuntura, em até cinco anos da data de entrada em vigor desta lei. Também propõe a criação de um Conselho Federal de Acupuntura.
Situação	Última ação: 28/03/2012- **Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) -** Aprovado requerimento da Sra. Gorete Pereira que solicita realização de Audiência Pública desta Comissão com a presença das Autoridades e Entidades abaixo relacionadas, a fim de discutir o PL 1.549, de 2003, que "disciplina o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências".
Substitutivos e Emendas	Possui emendas e substitutivos da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e da Comissão de Trabalho, de Administração Pública e Serviço Público (CTASP).

Projeto de Lei do Senado 480/2003

Projeto de Lei do Senado 480/2003	Regulamenta o exercício profissional de acupuntura, autoriza a criação do Conselho Federal de Acupuntura, e dá outras providências.
Autor	Senadora Fátima Cleide
Categoria(s) Profissional(is)	Acupunturista
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Estabelece como habilitados para o exercício profissional da acupuntura os (i) diplomados em Acupuntura nos estabelecimentos de ensino superior; (ii) os diplomados no exterior após revalidação do diploma; (iii) os profissionais de nível superior da área de saúde, portadores de certificado de curso de especialização em Acupuntura; (iv) os que tendo concluído o segundo grau, vêm exercendo comprovada e efetivamente, à data da publicação desta lei, as atividades de acupunturista, e dá outras providências.
Situação	Última ação: 07/01/2011 - Arquivada ao final da Legislatura; 04/02/2011 – Arquivado pela SARQ - Secretaria de Arquivo.
Substitutivos e Emendas	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI APENSADO AO PL-7495/2006. VER MODIFICAÇÃO

Projeto de Lei do Senado 48/2007

Projeto de Lei do Senado 48/2007	Estabelece normas para o provimento de cargos e empregos de agentes comunitários de saúde a que se refere o art. 9º da Lei nº 11.350.
Autor	Senador Leomar Quintanilha – PMDB/TO
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL-7495/2006.
Resumo da proposição	Altera o artigo 9º da Lei nº 11.350, que regula a forma de contratação do ACS e do ACE (que deve ser por meio de processo seletivo público), passando a detalhar a forma como devem ser realizados os processos seletivos e estabelecendo prazos para realização dos mesmos.
Situação	Última ação: em 21/02/2011 SEXP - SECRETARIA DE EXPEDIENTE: REMETIDA À CÂMARA DOS DEPUTADOS (numero na Câmara: 486/2011); 16/03/2011 **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) – O projeto foi apensado ao** PL-7495/2006.

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI APENSADO AO PL-7495/2006. VER MODIFICAÇÃO

Projeto de Lei 298/2007

Projeto de Lei 298/2007	Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, na forma do § 5º do art. 198 da Constituição Federal.
Autor	Fernando de Fabinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL 7.495/2006
Resumo da proposição	Estabelece as atribuições das duas categorias e disciplina o processo seletivo, que será realizado de acordo com a natureza e complexidade

	de suas atribuições, exigindo-se deles residência na área da comunidade em que atuam, além de conclusão com aproveitamento de curso de qualificação básica e conclusão do ensino fundamental.
Situação	Última ação : 14/03/2007- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Apensado ao PL 7.495/2006; 14/02/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Indeferido o pedido de desarquivamento desta proposição constante do REQ-1/2011 => PL-7404/2010 por não se tratar de matéria sujeita ao arquivamento previsto no artigo 105 do RICD

Projeto de Lei 7.495/2006

Projeto de Lei 7.495/2006	Regulamenta os §§ 4º e 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
Autor	Senado Federal: Rodolpho Tourinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	Projeto de Lei 298/2007 (Fernando de Fabinho – PFL/BA); PL 486/2011 (Antigo PLS 48/2007); PL 6033/2009; PL 6035/2009 ; PL 6111/2009(1); PL 6681/2009 ; PL 6129/2009 ; PL 6754/2010 ; PL 7056/2010(1) ; PL 7095/2010 ; PL 7363/2010 ; PL 7401/2010 ; PL 658/2011 ; PL 1355/2011 ; PL 1399/2011 ; PL 1692/2011

Resumo da proposição	Cria 5.365 (cinco mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar de combate às Endemias da FUNASA. Revoga a Lei 10.507, de 2002. Regulamenta a Constituição Federal.
Situação	Última ação: 14/03/2012 - **Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)** - Aprovado requerimento do Sr. João Campos que solicita a realização de Audiência Pública com o objetivo de debater questões relacionadas à regulamentação da Emenda Constitucional 63, que trata da criação do Piso Salarial Nacional e as diretrizes do Plano de Carreira dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, com a presença do Senhor Deputado Federal Benjamin Maranhão - Presidente da Comissão Especial Destinada a Proferir Parecer ao Projeto de Lei Nº 7495 de 2006, Senhor Deputado Federal Domingos Dutra - Relator na Comissão Especial Destinada a Proferir Parecer ao Projeto de Lei Nº 7495 de 2006, Sra. Ruth Brilhante - Presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde- Dra. Elane Alves de Almeida - Assessora Jurídica da CONACS.

AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI APENSADO AO PL-7495/2006. VER MODIFICAÇÃO

Projeto de Lei do Senado 48/2007

Projeto de Lei do Senado 48/2007	Estabelece normas para o provimento de cargos e empregos de agentes comunitários de saúde a que se refere o art. 9º da Lei nº 11.350.
Autor	Senador Leomar Quintanilha – PMDB/TO
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL-7495/2006.
Resumo da proposição	Altera o artigo 9º da Lei nº 11.350, que regula a forma de contratação do ACS e do ACE (que deve ser por meio de processo seletivo público), passando a detalhar a forma como devem ser realizados os processos seletivos e estabelecendo prazos para realização dos mesmos.
Situação	Última ação: em 21/02/2011 SEXP - SECRETARIA DE EXPEDIENTE: REMETIDA À CÂMARA DOS DEPUTADOS (numero na Câmara: 486/2011); 16/03/2011 **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) – O projeto foi apensado ao** PL-7495/2006.

Projeto de Lei 298/2007

Projeto de Lei 298/2007	Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, na forma do § 5º do art. 198 da Constituição Federal.
Autor	Fernando de Fabinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL 7.495/2006
Resumo da proposição	Estabelece as atribuições das duas categorias e disciplina o processo seletivo, que será realizado de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições, exigindo-se deles residência na área da comunidade em que atuam, além de conclusão com aproveitamento de curso de qualificação básica e conclusão do ensino fundamental.
Situação	Última ação : 14/03/2007- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputa-**

	dos (MESA): Apensado ao PL 7.495/2006; 14/02/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Indeferido o pedido de desarquivamento desta proposição constante do REQ-1/2011 => PL-7404/2010 por não se tratar de matéria sujeita ao arquivamento previsto no artigo 105 do RICD

Projeto de Lei 7.495/2006

Projeto de Lei 7.495/2006	Regulamenta os §§ 4º e 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
Autor	Senado Federal: Rodolpho Tourinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	Projeto de Lei 298/2007 (Fernando de Fabinho – PFL/BA); PL 486/2011 (Antigo PLS 48/2007); PL 6033/2009; PL 6035/2009 ; PL 6111/2009(1); PL 6681/2009 ; PL 6129/2009 ; PL 6754/2010 ; PL 7056/2010(1) ; PL 7095/2010 ; PL 7363/2010 ; PL 7401/2010 ; PL 658/2011 ; PL 1355/2011 ; PL 1399/2011 ; PL 1692/2011
Resumo da proposição	Cria 5.365 (cinco mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar de combate às Endemias da FUNASA. Revoga a Lei 10.507, de 2002. Regulamenta a Constituição Federal.

Situação	Última ação: 13/10/2011 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA): Prazo para apresentação de recurso (5 sessões ordinárias a partir de 14/10/2011); 26/10/2011: Encerramento automático do Prazo de Recurso. Não foram apresentados recursos; 31/10/2011: Desapensação automática dos Projetos de Lei nºs 4.568/08 (4.907/09 e 6.460/09), deste, em face do arquivamento dos mesmos.

CIRURGIÃO-DENTISTA

Projeto de Lei 1120/2003

Projeto de Lei 1120/2003	Dispõe sobre a residência odontológica obrigatória para o exercício profissional.
Autor	Deputado Ricardo Izar – PTB/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	PL 621/2007 (Gilmar Machado - PT/MG)
Resumo da proposição	Institui a residência obrigatória em Odontologia, como requisito para o exercício da profissão de cirurgião-dentista. A residência terá um período mínimo de 1 ano, com uma jornada de 4 horas diárias, sendo de responsabilidade das instituições de ensino superior e estarão situadas em comunidades carentes onde haja necessidade de assistência odontológica gratuita.
Situação	Última ação: 22/03/2012 - **Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)** Apresentação do Parecer do Relator n. 5 CSSF, pelo Deputado Marcus Pestana (PSDB-MG).

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO)
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de pro-

	ferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Ultima ação: 19/12/2007 – tramitando em conjunto na **Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)** - Aprovado o Parecer contra os votos dos Deputados Maurício Quintella Lessa e Marcelo Ortiz;

Projeto de Lei 3.734/2008

Projeto de Lei 3.734/2008	Altera a lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Altera os artigos 5º e 7º da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, fixando o salário em R$ 7.000,00 mensais, sendo o valor horário de R$31,81. Estabelece que o salário será reajustado anualmente pelo mesmo índice de correção do salário mínimo.
Situação	Ultima ação: 11/05/2012 **COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP) -** À CFT cópia do Ofício CRO-AP Nº 086/12-GAB/PROJUR, do Conselho Regional de Odontologia do Amapá. Solicitação de agilidade na tramitação deste.

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI TRANSFORMADO NA LEI ORDINÁRIA 12.202/2010.

Projeto de Lei 4.881/2009

Projeto de Lei 4.881/2009	Altera a redação do §2° do art. 5° da Lei n° 10.260, de 12 de julho de 2001, para admitir o abatimento do saldo devedor junto ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, mediante servi;o profissional junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, nas áreas de Odontologia e Enfermagem, em localidades carentes.
Autor	Deputado Gilmar Machado – PT/MG
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.974/2009 (Elcione Barbalho – PMDB/PA)
Resumo da proposição	O estudante de odontologia e enfermagem poderá realizar amortizações extraordinárias ou a liquidação do saldo devedor, a qualquer tempo; poderá, ainda, abater 1% do saldo devedor do financiamento, por mês efetivamente trabalhado, mediante contratação de acordo com as devidas normas legais, junto a instituições e programas do SUS, em localidades reconhecidamente carentes de profissionais nestas áreas.
Situação	Ultima ação: 14/01/2010 - Transformado na Lei Ordinária 12202/2010. 10/02/2010 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) Recebimento do Ofício nº 66/10 (CN) comunicando veto parcial e solicitando indicação de membros para integrar a Comissão Mista incumbida de relatar o(s) veto(s).

Projeto de Lei 4.945/2009

Projeto de Lei 4.945/2009	Adota medidas de estímulo à liquidação ou regularização de dívidas originárias do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, aplicando os mesmos critérios da Lei 10.846/04 (MP 141/03).
Autor	Deputado Paulo Pimenta – PT/RS
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista.
Projetos de Lei Apensados	PL 5.370/2009; PL 5628/2009; PL 5558/2009.

Resumo da proposição	Adota os critérios da Lei 10.846/04 para estimular a liquidação ou regularização de dívidas originárias de operações de crédito renegociadas ou repactuadas por estudantes universitários junto ao FIES, nos mesmos moldes que foram adotados para os beneficiários do extinto Crédito Educativo (CREDUC), ou seja, quitar a dívida com 90% de desconto se adimplente e 80% de desconto, se inadimplente.
Situação	Ultima ação: em 15/09/2009 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) Desapensação automática deste e dos PLs 5.370/09, 5.558/09 e 5.628/09, apensados, do PL 4.881/09, principal, em face do arquivamento dos mesmos

EDUCAÇÃO FÍSICA

Projeto de Lei 1.049/2007

Projeto de Lei 1.049/2007	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, acrescentando a profissão de Educação Física.
Autor	Deputado Otávio Leite – PSDB/RJ
Categoria(s) Profissional(is)	Profissional de Educação Física.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal da profissão de educação física.
Situação	Última ação: 31/01/2011 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA): Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

ENFERMEIRO

Projeto de Lei 2.295

Projeto de Lei 2.295	Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
Autor	Senado Federal – Lúcio Alcântara – PSDB/CE
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	PL 969/99 – PL 2.169/99 – 794/2007 – PL 1.891/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO) – PL 2.392/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO).
Resumo da proposição	altera a Lei 7498/86 - que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem - incluindo o seguinte parágrafo: "a duração normal da jornada de trabalho dos Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Parteira não excederá a seis horas diárias e a trinta horas semanais."
Situação	Ultima movimentação: 04/09/2012 - **PLENÁRIO (PLEN) -** Apresentação do Requerimento de Inclusão na Ordem do Dia n. 6057/2012, pelo Deputado Miriquinho Batista (PT-PA), que: "Requer a inclusão na pauta do Projeto de Lei nº 2.295, de 2000". - Apresentação do Requerimento n. 6068/2012, pelo Deputado Fábio Faria (PSD-RN), que: "Requer a inclusão na Ordem do Dia do Projeto de Lei nº 2295 de 2000, que "Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem"".

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI TRANSFORMADO NA LEI ORDINÁRIA 12.202/2010.

Projeto de Lei 4.881/2009

Projeto de Lei 4.881/2009	Altera a redação do §2° do art. 5° da Lei n° 10.260, de 12 de julho de 2001, para admitir o abatimento do saldo devedor junto ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, mediante servi;o profissional junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, nas áreas de Odontologia e Enfermagem, em localidades carentes.
Autor	Deputado Gilmar Machado – PT/MG
Categoria(s)	Enfermeiro.

Profissional(is)	
Projetos de Lei Apensados	PL 4.974/2009 (Elcione Barbalho – PMDB/PA)
Resumo da proposição	O estudante de odontologia e enfermagem poderá realizar amortizações extraordinárias ou a liquidação do saldo devedor, a qualquer tempo; poderá, ainda, abater 1% do saldo devedor do financiamento, por mês efetivamente trabalhado, mediante contratação de acordo com as devidas normas legais, junto a instituições e programas do SUS, em localidades reconhecidamente carentes de profissionais nestas áreas.
Situação	Ultima ação: 14/01/2010 - Transformado na Lei Ordinária 12202/2010

Projeto de Lei 4.945/2009	Adota medidas de estímulo à liquidação ou regularização de dívidas originárias do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, aplicando os mesmos critérios da Lei 10.846/04 (MP 141/03).
Autor	Deputado Paulo Pimenta – PT/RS
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro.
Projetos de Lei Apensados	PL 5.370/2009
Resumo da proposição	Adota os critérios da Lei 10.846/04 para estimular a liquidação ou regularização de dívidas originárias de operações de crédito renegociadas ou repactuadas por estudantes universitários junto ao FIES, nos mesmos moldes que foram adotados para os beneficiários do extinto Crédito Educativo (CREDUC), ou seja, quitar a dívida com 90% de desconto se adimplente e 80% de desconto, se inadimplente.

Situação	Ultima ação: 15/9/2009 PLENÁRIO (PLEN) - Declarado prejudicado, em face da aprovação, em Plenário, do Substitutivo oferecido pelo Relator da Comissão de Educação e Cultura. PL apensado ao 4.881/09 que foi transformado na Lei Ordinária 12202/2010. Em face da transformação relatada, este PL foi arquivado na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)

FARMACÊUTICO

Projeto de Lei 4.928/2001

Projeto de Lei 4.928/2001	Institui o piso salarial dos Farmacêuticos e a jornada de trabalho dos farmacêuticos.
Autor	Ivan Valente – PT/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Farmacêutico
Projetos de Lei Apensados	PL 6.277/2002 (José Carlos Coutinho – RJ); PL 6459/2002.
Resumo da proposição	Fixa o piso salarial (R$ 1500,00) e estabelece que o reajuste obedecerá à política salarial adotada pelo Governo para os trabalhadores em geral. A jornada diária de trabalho não poderá exceder a quatro horas, perfazendo vinte horas semanais. E o horário normal diário poderá ser acrescido de, no máximo, duas horas suplementares.
Situação	Última ação: em 12/09/2005 - Encerramento automático do Prazo de Recurso - Pareceres Contrários quanto ao Mérito; 13/04/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Apresentação do REQ 1263/2011, pelo Dep. Ivan Valente, que solicita o desarquivamento de proposição. Aguardando Deliberação deste Recurso na MESA.

Projeto de Lei 6.277/2002

Projeto de Lei 6.277/2002	Institui o piso salarial dos Farmacêuticos e a jornada de trabalho dos farmacêuticos.
Autor	José Carlos Coutinho – RJ
Categoria(s) Profissional(is)	Farmacêutico
Projetos de Lei Apensados	PL 4.928/2001 (Ivan Valente – PT/SP)
Resumo da proposição	Tramitando em conjunto com o PL 4.928/2001. Aprovado como substitutivo na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) em 15/12/2004. Aprovado na Comissão De Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), com rejeição. Apresentado recurso. Última ação: em 12/09/2005 – aguardando deliberação de recurso.

Situação	Última ação: 08/04/2002 - COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP) Publicação Inicial no DCD de 5/4/2002 PÁG 13586 COL 01. Projeto apensado ao PL-4928/2001, portanto passa a tramitar em conjunto com o especificado. (Acompanhar, portanto, o projeto citado).

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Fisioterapeuta.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 4.293/01. Última ação: em 31/01/2011 - **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

FISIOTERAPEUTA

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Fonoaudiólogo.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 4.293/01. Última ação: em 31/01/2011 - **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

FONOAUDIÓLOGO

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Fonoaudiólogo.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 4.293/01. Última ação: em 31/01/2011 - **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

MÉDICO-VETERINÁRIO

Projeto de Lei 4.293/2001

Projeto de Lei 4.293/2001	Modifica o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputado Carlos Batata – PSDB/PE
Categoria(s) Profissional(is)	Médico-Veterinário
Projetos de Lei Apensados	PL 5.265/2001 (Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM); PL 1.049/2007; PL 2.079/2007; PL 2.080/2007.
Resumo da proposição	Inclui a profissão de veterinário no dispositivo do Código Penal referente ao exercício ilegal da profissão (art. 282 do Decreto-Lei 2.848/1940), passando a considerá-lo como crime.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA).Última ação: em 31/01/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)** – Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

MÉDICO

Projeto de Lei 650/2007

Projeto de Lei 650/2007	Acrescenta alínea "l" ao art. 15 da lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que "dispõe sobre os Conselhos de medicina, e dá outras providências."
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 999/2007 (Marcos Medrado - PDT/BA); PL-6867/2010
Resumo da proposição	Altera a lei 3.268/57, que "dispõe sobre os conselhos de medicina, e dá outras providências", instituindo como atribuição dos Conselhos Regionais de Medicina a realização de exame de proficiência como condição para o exercício profissional da Medicina.
Situação	Ultima movimentação: 23/04/2012 **Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) -** Designado Relator, Dep. Roberto Santiago (PSD-SP).

Projeto de Lei 65/2003

Projeto de Lei 65/2003	Proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos e dá outras providências.
Autor	Deputado Arlindo Chinaglia – PT/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 3.624/2004 (Rafael Guerra – PSDB/MG)
Resumo da proposição	proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos, a partir da promulgação desta lei, e demanda a regulamentação de normas específicas para a validação de cursos de medicina feitos no exterior.
Situação	Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 3.624/2004

Projeto de Lei 3.624/2004	Dispõe sobre as condições para o credenciamento de escolas de medicina e para a autorização de funcionamento e credenciamento de cursos de medicina.
Autor	Deputado Rafael Guerra – PSDB/MG
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 65/2003 (Arlindo Chinaglia – PT/SP) PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO); PL 16/2007
Resumo da proposição	O credenciamento de cursos de medicina fica sujeito a parecer sobre a necessidade social do curso para a região em que se localiza, especialmente em regiões com carência de médicos; e estabelece, ainda, as condições para que o curso seja implantado (infra-estrutura, acesso a hospital que cubra as especialidades básicas, um terço do corpo docente composto de mestres e doutores, desenvolvimento de pesquisa, atividades de extensão, oferta de vagas de residência).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 5.481/2005

Projeto de Lei 5.481/2005	Acrescenta §5.o. ao Art. 18 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, para dispor sobre a inscrição do registro profissional de médico em caso de exercício da atividade em cidades de fronteiras entre Estados jurisdicionados à diferentes Conselhos Regionais.
Autor	Deputado Fernando Coruja – PPS/SC
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Resguarda ao médico, na hipótese de ele atuar em cidades de fronteiras entre Estados jurisdicionados a diferentes Conselhos Regionais, o direito de optar pelo registro profissional unto ao Conselho Regional

	pertencente a uma ou outra jurisdição, assegurando-lhe o exercício profissional na cidade limítrofe pertencente à jurisdição diversa da de sua inscrição
Situação	Arquivado na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: 31/01/2012 - **COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP) -** Ao Arquivo - Memorando nº 06/12 – COPER.

Projeto de Lei 16/2007

Projeto de Lei 16/2007	Dispõe sobre as condições para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos de graduação em medicina e para o credenciamento e o recredenciamento de instituições de ensino que os oferecem.
Autor	Deputado Pinotti – PPS/SC
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 3.624/2004
Resumo da proposição	A autorização de funcionamento de novos cursos de graduação em medicina fica condicionada a parecer favorável das instâncias competentes, observados os seguintes requisitos: caracterização comprovada da necessidade social do curso (incluindo indicadores de médicos/habitantes e levantamento das escolas e cursos médicos já instalados na região); detalhamento dos recursos humanos (docentes e técnicos, bem como alunado interessado na proposta); especificação da infra-estrutura e dos recursos físicos e equipamentos disponíveis para a instituição/curso médico; análise e aferição da qualidade do projeto didático-pedagógico; atendimento das necessidades locais de ensino básico.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 3.624/2004 que por sua vez está apensado ao PL 65/2003. Última ação: 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 16/2007

Projeto de Lei 4.474/2008	Condiciona a concessão de bolsas de estudos em programas de residência médica ao cumprimento de obrigações que especifica.

Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 2.598/2007 (Geraldo Resende – PMDB/MS)
Resumo da proposição	O médico deverá prestar 5 (cinco) anos de trabalho remunerado na rede pública de saúde, após o término da residência médica. A instituição beneficiada com recursos públicos aplicados em residência médica oferecerá pelo menos metade de suas vagas em especialidades prioritárias para o sistema público de saúde.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 2.598/2007. Ultima ação: 16/02/2011– **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Desarquivado nos termos do Artigo 105 do RICD, em conformidade com o despacho exarado no REQ-263/2011.

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO)
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em

	07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 3.734/2008

Projeto de Lei 3.734/2008	Altera a lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico.
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Altera os artigos 5º e 7º da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, fixando o salário em R$ 7.000,00 mensais, sendo o valor horário de R$31,81. Estabelece que o salário será reajustado anualmente pelo mesmo índice de correção do salário mínimo.
Situação	Ultima ação: 11/05/2012 - **COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP) -** À CFT cópia do Ofício CRO-AP Nº 086/12-GAB/PROJUR, do Conselho Regional de Odontologia do Amapá. Solicitação de agilidade na tramitação deste.

NUTRICIONISTAS

Projeto de Lei 2.080/2007

Projeto de Lei 2.080/2007	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, acrescentando a profissão de nutricionista.
Autor	Deputado Jorginho Maluly – DEM/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Nutricionista
Projetos de Lei Apensados	PL 4.293/2001
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal da profissão de Nutricionista.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 4.293/2001 Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA).Última ação: em 31/01/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)** – Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

PARTEIRA TRADICIONAL

Projeto de Lei 7.531/2006

Projeto de Lei 7.531/2006	Dispõe sobre o exercício da atividade de Parteira Tradicional
Autor	Deputado Henrique Afonso – PT/AC
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 2.145/2007
Resumo da proposição	regulamenta o exercício da atividade de parteira tradicional, que será exercida sob a supervisão médica ou de profissional de enfermagem e consiste na prestação de assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. O exercício da atividade é prerrogativa daquelas que residam no local em que exerçam a atividade; portem certificado de curso de formação emitido pelo Ministério da Saúde, ou Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde; comprovem o exercício da atividade mediante declaração da associação da categoria a que pertençam ou de duas Parteiras Tradicionais.
Situação	Última ação: 16/05/2012 **Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)** - Retirado de pauta, de ofício.

Projeto de Lei 2.145/2007

Projeto de Lei 2.145/2007	Regulamenta a atividade de parteira tradicional.
Autor	Deputada Janete Capiberibe – PSB/AP
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 7.531/2006
Resumo da proposição	Atribui à parteira a assistência da gestante durante o pré-natal; assistência à gestante durante o parto natural, em domicílios, em casas de parto e em maternidades públicas e a prestação de cuidados à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. As atividades serão exercidas mediante supervisão de médico ou enfermeiro. Para exercer a ativi-

	dade elas deverão cumprir os requisitos de (i) conclusão de curso de qualificação básica de parteira, ministrado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde; ou apresentar atestado fornecido por entidade de classe da categoria a que esteja filiada, comprovando que exercia a atividade antes da publicação da lei e deverá residir na vizinhança da comunidade onde atua. Deverá, ainda, exercer suas atividades no âmbito do SUS e receberá como salário mínimo o valor de 01 (um) salário mínimo.
Situação	Última ação: em 22/12/2009 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) - Retirado o PL 2145/07, em face do deferimento do requerimento REQ 6099/2009, nos termos do artigo 104 c/c o art. 114, inciso VII, ambos do RICD.

PROFISSÕES DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DE SAÚDE

Projeto de Lei 6.395/2005

Projeto de Lei 6.395/2005	Acrescenta parágrafo ao art. 46 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação.
Autor	Deputado Sandes Júnior – PP/GO
Categoria(s) Profissional(is)	Profissões de nível superior (graduação) da área da saúde.
Projetos de Lei Apensados	PL 3.624/2004 (Rafael Guerra – PSDB/MG) PL 1.037/2007
Resumo da proposição	Modifica o art. 46 da LDB, acrescentando parágrafo que estabelece que o reconhecimento de cursos de graduação na área da saúde bem como o aumento de vagas nos cursos dessa área em funcionamento dependerá de manifestação prévia favorável do Conselho Nacional de Saúde, no caso das instituições de educação superior vinculadas ao sistema federal de ensino, e também do Conselho de Saúde do respectivo Estado ou do Distrito Federal, no caso das instituições de educação superior vinculadas aos sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal.
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico, Cirurgião-Dentista e Psicólogo
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO); PL 3.624/2004; PL 65/2003
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos

	respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 3.734/2008

Projeto de Lei 3.734/2008	Altera a lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico e Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Altera os artigos 5º e 7º da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, fixando o salário em R$ 7.000,00 mensais, sendo o valor horário de R$31,81. Estabelece que o salário será reajustado anualmente pelo mesmo índice de correção do salário mínimo.
Situação	Ultima ação: 11/05/2012 - **COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP) -** À CFT cópia do Ofício CRO-AP Nº 086/12-GAB/PROJUR, do Conselho Regional de Odontologia do Amapá. Solicitação de agilidade na tramitação deste.

Projeto de Lei 2.598/2007

Projeto de Lei	Obriga os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Far-

2.598/2007	mácia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.
Autor	Deputado Geraldo Resende – PMDB/MS
Categoria(s) Profissional(is)	Médico, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.
Projetos de Lei Apensados	PL 3.265/2008 (Ilderlei Cordeiro) e PL 4.474/2008.
Resumo da proposição	Os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, deverão prestar serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais, de forma supervisionada, pelo período de doze meses, de preferência logo após o término da graduação.
Situação	Ultima ação: 23/08/2012 - **Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)** Apresentação do Voto em Separado n. 1 CSSF, pelo Deputado Pastor Eurico (PSB-PE).

Projeto de Lei 3.265/2008

Projeto de Lei 3.265/2008	Constitui banco de profissionais que concluíram a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, para serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.
Autor	Deputado Ilderlei Cordeiro – PPS/AC
Categoria(s) Profissional(is)	profissões de nível superior (graduação).
Projetos de Lei Apensados	PL 2.598/2007 (Geraldo Resende – PMDB/MS); PL-7694/2010; PL-248/2011; PL-1963/2011.
Resumo da proposição	Os estudantes que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, constituirão, pelo período de um ano após a emissão do diploma, um banco de profissionais que poderão ser convocados a prestar serviços remunerados, em comunidades carentes de

	profissionais em suas respectivas áreas de formação, em qualquer lugar do país. Os serviços serão supervisionados, por prazo não superior a um ano, em municípios sob situação de emergência ou estado de calamidade pública.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 2.598/2007. Ultima ação: 23/08/2012 **Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) -** Apresentação do Voto em Separado n. 1 CSSF, pelo Deputado Pastor Eurico (PSB-PE).

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI TRANSFORMADO NA LEI ORDINÁRIA 12.202/2010.

Projeto de Lei 4.881/2009

Projeto de Lei 4.881/2009	Altera a redação do §2° do art. 5° da Lei n° 10.260, de 12 de julho de 2001, para admitir o abatimento do saldo devedor junto ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, mediante servi;o profissional junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, nas áreas de Odontologia e Enfermagem, em localidades carentes.
Autor	Deputado Gilmar Machado – PT/MG
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.974/2009 (Elcione Barbalho – PMDB/PA)
Resumo da proposição	O estudante de odontologia e enfermagem poderá realizar amortizações extraordinárias ou a liquidação do saldo devedor, a qualquer tempo; poderá, ainda, abater 1% do saldo devedor do financiamento, por mês efetivamente trabalhado, mediante contratação de acordo com as devidas normas legais, junto a instituições e programas do SUS, em localidades reconhecidamente carentes de profissionais nestas áreas.
Situação	Ultima ação: 14/01/2010 - Transformado na Lei Ordinária 12202/2010

Projeto de Lei 4.974/2009

Projeto de Lei 4.974/2009	Concede anistia a bolsistas dos cursos da área de ciências da saúde atendidos pela Lei 10.260, de 12 de julho de 2001, que instituiu o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior – FIES.
Autor	Deputado Elcione Barbalho – PMDB/PA
Categoria(s) Profissional(is)	Profissões de Nível Superior (Graduação) da Saúde.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.881/2009 (Gilmar Machado – PT/MG)
Resumo da proposição	A anistia poderá ser requerida por estudantes de ciências da saúde que, após a conclusão do curso, optem por exercer suas profissões em municípios onde haja falta de profissionais e serviços básicos de saúde, por, no mínimo, 24 meses, comprovados mediante apresentação de documentação hábil. A anistia será de 100% do valor devido aos que se estabelecerem nas regiões Norte e Nordeste; 50% na região Centro-Oeste e 25% nas regiões Sudeste e Sul.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Tramitava em conjunto ao PL 4881/09, que foi transformado na lei 12.202/10. Ultima ação: 15/09/2009 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Desapensação automática deste do Projeto de Lei nº 4.881/09, principal, em face do arquivamento deste.

Projeto de Lei 4.974/2009

Projeto de Lei 4.945/2009	Adota medidas de estímulo à liquidação ou regularização de dívidas originárias do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, aplicando os mesmos critérios da Lei 10.846/04 (MP 141/03).
Autor	Deputado Paulo Pimenta – PT/RS
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista e Enfermeiro.
Projetos de Lei Apensados	PL 5.370/2009

Resumo da proposição	Adota os critérios da Lei 10.846/04 para estimular a liquidação ou regularização de dívidas originárias de operações de crédito renegociadas ou repactuadas por estudantes universitários junto ao FIES, nos mesmos moldes que foram adotados para os beneficiários do extinto Crédito Educativo (CREDUC), ou seja, quitar a dívida com 90% de desconto se adimplente e 80% de desconto, se inadimplente.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Tramitava em conjunto ao PL 4881/09, que foi transformado na lei 12.202/10. Ultima ação: 15/09/2009 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Desapensação automática deste do Projeto de Lei nº 4.881/09, principal, em face do arquivamento deste.

Projeto de Lei 5.413/2009

Projeto de Lei 5.413/2009	Altera a Lei 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior.
Autor	Poder Executivo (MEC)
Categoria(s) Profissional(is)	Profissões de Nível Superior.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.881/2009 (Gilmar Machado – PT/MG)
Resumo da proposição	Ajusta as regras do FIES, passando o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação a ser o seu agente operador e criando permissão legal para a amortização do saldo devedor do estudante financiado. O FIES poderá abater, na forma do regulamento, mensalmente, um inteiro por cento do saldo devedor consolidado, incluído os juros devidos no período e independentemente da data de contratação do financiamento, dos estudantes que exercerem a profissão de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção daqueles profissionais, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, na forma do regulamento. O estudante graduado em medicina que optar por ingressar em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, de que trata a Lei 6.932, de 7 de julho

	de 1981, em especialidades prioritárias definidas em ato do Ministro de Estado da Saúde, terá o período de carência estendido por todo o período de duração da residência médica.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Tramitava em conjunto ao PL 4881/09, que foi transformado na lei 12.202/10. Ultima ação: 15/09/2009 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Desapensação automática deste do Projeto de Lei nº 4.881/09, principal, em face do arquivamento deste.

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Fisioterapeuta, Psicólogo, Médico-Veterinário, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto ao PL 4.293/2001. Última ação: 31/01/2011 - **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

PSICÓLOGO

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Psicólogo
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO)
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Psicólogo.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto na CCJC Última ação: em 25/03/2009 – aguardando parecer na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

QUIROPRÁTICO

Projeto de Lei 4.199/2001

Projeto de Lei 4.199/2001	Dá nova redação aos arts. 1°, 2°, 5°, e 12 e acrescenta o art 4°-A e os incisos IV e V no art. 5°, todos do Decreto-Lei no. 938, de 13 de outubro de 1969, e dá outras providências
Autor	Deputado Alberto Fraga – PMDB/DF
Categoria(s) Profissional(is)	Quiroprático/Quiropraxista
Projetos de Lei Apensados	PL 6.277/2002 (José Carlos Coutinho – RJ); PL 6459/2002.
Resumo da proposição	Altera a Lei de exercício da fisioterapia e da terapia ocupacional reconhecendo a profissão de "quiroprático" ou "quiropraxista", definindo-a como profissão de nível superior, cuja atividade privativa é executar métodos e técnicas para realizar a análise diagnóstica dos distúrbios biomecânicos do sistema neuro-músculo-esquelético e corrigir as alterações decorrentes do desalinhamento articular, com técnicas de ajustamento ou manipulação, principalmente da coluna vertebral. Cria, ainda, a categoria profissional de auxiliar de quiropraxia.
Situação	Última ação: 27/01/2012 **COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP) -** Ao Arquivo - Memorando 5/12 - COPER

TECNICOS EM ENFERMAGEM

Projeto de Lei 2.295

Projeto de Lei 2.295	Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
Autor	Senado Federal – Lúcio Alcântara – PSDB/CE
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	PL 969/99 – PL 2.169/99 – 794/2007 – PL 1.891/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO) – PL 2.392/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO).
Resumo da proposição	Altera a Lei 7498/86 - que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem - incluindo o seguinte parágrafo: “a duração normal da jornada de trabalho dos Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Parteira não excederá a seis horas diárias e a trinta horas semanais.”
Situação	Última ação: 04/09/2012 **PLENÁRIO (PLEN) -** Apresentação do Requerimento de Inclusão na Ordem do Dia n. 6057/2012, pelo Deputado Miriquinho Batista (PT-PA), que: "Requer a inclusão na pauta do Projeto de Lei nº 2.295, de 2000"; Apresentação do Requerimento n. 6068/2012, pelo Deputado Fábio Faria (PSD-RN), que: "Requer a inclusão na Ordem do Dia do Projeto de Lei nº 2295 de 2000, que "Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem"“.

Projeto de Lei 1.891

Projeto de Lei 1.891	PL - 1.891 - Acrescenta dispositivo à Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, para dispor sobre a duração do trabalho dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras.
Autor	Deputado Mauro Nazif – PSB/RO
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	PL 2.392/2007 - PL 2.295/2000
Resumo da proposição	fixa a duração do trabalho desses profissionais em 30 horas semanais.

Situação	Última ação: 16/05/2012 **Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) -** Retirado de pauta, de ofício.

Projeto de Lei 26/2007

Projeto de Lei 26/2007	PL 26/2007 Altera a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, para estabelecer prazo para a concessão de registros aos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e às parteiras, bem como para assegurar a esses profissionais acesso diferenciado aos cursos de graduação de nível superior em enfermagem. Autor: Senador Tião Viana – PT/AC
Autor	VICENTE PAULO DA SILVA - PT - SP
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	altera a Lei 7.498/86 - que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem – estabelecendo que a partir de 31 de dezembro de 2017 fica vedada a inscrição de auxiliares e técnicos de enfermagem e de parteiras nos conselhos regionais de enfermagem. Estes profissionais terão acesso diferenciado aos cursos para graduação de nível superior em enfermagem.
Situação	Tramitando no Senado. Ultima ação: MATÉRIA COM A RELATORIA. CE - Comissão de Educação: Distribuído ao Senador Garibaldi Alves, para relatar.

Projeto de Lei 7.531/2006

Projeto de Lei 7.531/2006	Dispõe sobre o exercício da atividade de Parteira Tradicional
Autor	Deputado Henrique Afonso – PT/AC
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 2.145/2007
Resumo da proposição	regulamenta o exercício da atividade de parteira tradicional, que será exercida sob a supervisão médica ou de profissional de enfermagem e

	consiste na prestação de assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. O exercício da atividade é prerrogativa daquelas que residam no local em que exerçam a atividade; portem certificado de curso de formação emitido pelo Ministério da Saúde, ou Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde; comprovem o exercício da atividade mediante declaração da associação da categoria a que pertençam ou de duas Parteiras Tradicionais.
Situação	Última ação: em 08/11/2011- **Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP):** Designada Relatora, Dep. Sandra Rosado (PSB-RN)

Projeto de Lei 2.145/2007

Projeto de Lei 2.145/2007	Regulamenta a atividade de parteira tradicional.
Autor	Deputada Janete Capiberibe – PSB/AP
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 7.531/2006
Resumo da proposição	Atribui à parteira a assistência da gestante durante o pré-natal; assistência à gestante durante o parto natural, em domicílios, em casas de parto e em maternidades públicas e a prestação de cuidados à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. As atividades serão exercidas mediante supervisão de médico ou enfermeiro. Para exercer a atividade elas deverão cumprir os requisitos de (i) conclusão de curso de qualificação básica de parteira, ministrado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde; ou apresentar atestado fornecido por entidade de classe da categoria a que esteja filiada, comprovando que exercia a atividade antes da publicação da lei e deverá residir na vizinhança da comunidade onde atua. Deverá, ainda, exercer suas atividades no âmbito do SUS e receberá como salário mínimo o valor de 01 (um) salário mínimo.
Situação	Última ação: em 22/12/2009 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) - Retirado o PL 2145/07, em face do deferimento do requerimento REQ 6099/2009, nos termos do artigo 104 c/c o art. 114, inciso VII, ambos do RICD.

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Projeto de Lei 2.079/2007

Projeto de Lei 2.079/2007	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, acrescentando a profissão de tecnólogo e técnico em radiologia. Autor: Deputado Jorginho Maluly – DEM/SP
Autor	Deputado Jorginho Maluly – DEM/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Técnico e Tecnólogo em Radiologia.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.293/2001
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal da profissão de tecnólogo e técnico em radiologia.
Situação	Tramitando em conjunto ao PL 4.293/2001. Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: 31/01/2011 **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

Projeto de Lei 5.863/2001

Projeto de Lei 5.863/2001	Altera a Lei 7.394, de 29 de outubro de 1985, que "regula o exercício da profissão de Técnico em Radiologia e dá outras providências" Autor: Deputado Luciano Zica – PT/SP
Autor	Deputado Luciano Zica – PT/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Técnico em Radiologia
Projetos de Lei Apensados	PL 5.874/2001 (apensado o PL 5209/09) – PL 5.170/2005 – PL 7.602/2006 (apensado o PL 4.111/2008).
Resumo da proposição	acrescenta as técnicas de "ressonância", "controle radiológico de bagagens em terminais de passageiros" ao escopo das atividades exercidas pelos Técnicos de Radiologia; estabelece a necessidade de aprovação em exame de admissão para cursar Escola Técnica de Radiologia; estabelece que os trabalhos de administração e supervisão das aplicações das técnicas em radiologia são da competência do Técnico de Radiologia; estabelece que os Técnicos e Auxiliares de Radiologia tenham direito a jornada de trabalho de 24 hs semanais e

	férias de 20 dias por semestre; estabelece que o piso salarial da categoria será definido de acordo com as Convenções Coletivas negociadas por cada Sindicato. Revoga os parágrafos do art. 11, da Lei 7.394/85, visto se tratarem de normas transitórias, atualmente sem aplicação.
Situação	Última ação: 08/05/2012 **Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) -** Recebimento pela CSSF, apensado ao PL-3661/2012

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Terapeuta Ocupacional.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto ao PL 4293/2001; Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: 31/01/2011 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

2. PROJETOS DE LEI A SEREM INCLUÍDOS

ACUPUNTURA:

- SUG 32/2007 CLP: Sugestão
Situação: Apensada à SUG 198/2006 CLP
Identificação da Proposição:
Autor Federação Nacional dos Terapeutas
Apresentação 07/08/2007
Ementa Sugere Projeto de Lei que regulamenta a categoria de Terapeuta e cria o Conselho Federal e os Conselhos Estaduais de Terapeutas.
Explicação da Ementa Considera-se terapia as atividades de acupuntura, moxabustão, shiatsuterapia, auriculoterapia, terapia ortomolecular, terapia antroposófica, neuropatia, yogaterapia, quiropatia, osteopatia, terapia quântica, cromoterapia, terapia ayurvédica, terapia floral, aromaterapia, terapia do toque, magnetoterapia, reflexologia, psicoterapia, terapias psicossomáticas, terapia através da hipnose, terapias através da meditação, terapia da respiração, iridologia, terapia reichiana, bioenergia, massoterapia, tai-chi-chuan, qi gong e chi kun.

- AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS:

- PEC 22/2011: Proposta de Emenda à Constituição
Situação: Aguardando criação de Comissão Temporária na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA); Aguardando Encaminhamento na COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP)
Identificação da Proposição:
Autor Valtenir Pereira - PSB/MT
Apresentação 04/05/2011
Ementa Acrescenta parágrafos ao art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a responsabilidade financeira da União, corresponsável pelo SUS, na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.

- PL 1692/2011 Projeto de Lei
Situação: Apensado ao PL 7495/2006
Identificação da Proposição:
Autor Mandetta - DEM/MS
Apresentação 28/06/2011
Ementa Dispõe sobre as atribuições de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias e sobre a exigência de formação em Curso Técnico em Saúde Comunitária, de nível médio, para o exercício de suas atividades, alterando dispositivos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

- PL 1355/2011 Projeto de Lei
Situação: Apensado ao PL 7495/2006 **Identificação da Proposição:**
Autor Daniel Almeida - PCdoB/BA
Apresentação 17/05/2011

Ementa Dispõe sobre a regulamentação das profissões de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias.
Explicação da Ementa Regulamenta dispositivos do art. 198 da Constituição Federal de 1988 (emenda Constitucional nº 51, de 2006).
Comentário:
O projeto em questão visa a criação de uma lei que passe a ser reguladora das profissões de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias; determinando, inclusive, que estas profissões apenas se darão no âmbito do SUS. O projeto conceitua as profissões e as regulamenta. Em suma, o projeto visa regulamentar as profissões, ampliando para os Agentes de Combate às Endemias os direitos assegurados aos Agentes Comunitários de Saúde pela Lei 10.507, salvo naqueles aspectos que conflitem com a Emenda Constitucional 51.

- PL 658/2011 Projeto de Lei
Situação: Apensado ao PL 7495/2006
Identificação da Proposição:
Autor Romero Rodrigues - PSDB/PB
Apresentação 03/03/2011
Ementa Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para regulamentar a EC nº 63/10, instituir o piso salarial profissional nacional, as Diretrizes do Plano de Carreira, o Curso Técnico das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

- INC 6522/2010
Indicação
Situação: Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)
Identificação da Proposição:
Autor Maurício Rands - PT/PE
Apresentação 14/07/2010
Ementa Sugere ao Ministério da Saúde a criação de cadastro nacional unificado de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.
- INC 6234/2010 Indicação
Situação: Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)
Identificação da Proposição:
Autor Ribamar Alves - PSB/MA
Apresentação 17/03/2010
Ementa Sugere ao Ministro da Educação a criação de escola de treinamento, capacitação e aperfeiçoamento permanente para os agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

- PL 7095/2010 Projeto de Lei
Situação: Apensado ao PL 7056/2010
Identificação da Proposição:
Autor Ribamar Alves - PSB/MA
Apresentação 07/04/2010

Ementa Altera a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, visando regulamentar a E.C. 63/2010, que institui o Piso Salarial Profissional Nacional e Diretrizes para os Planos de Carreira de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias.

- PL 4568/2008 Projeto de Lei
Situação: Arquivada no PLENÁRIO (PLEN)
Origem: PLS 477/2007
Identificação da Proposição
Autor Senado Federal - Expedito Júnior - PR/RO
Apresentação 23/12/2008
Ementa Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para caracterizar como insalubre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.

- PL 4568/2008 Projeto de Lei
Situação: Arquivada no PLENÁRIO (PLEN)
Origem: PLS 477/2007
Identificação da Proposição:
Autor Senado Federal - Expedito Júnior - PR/RO
Apresentação 23/12/2008
Ementa Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para caracterizar como insalubre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.
Comentário:
O projeto visa acrescer um Parágrafo Único ao artigo 2º da lei 11.350/2006, para considerar as profissões de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias como insalubres nos termos do que dispõe o art. 189 da CLT.
OBS.: Este projeto, iniciado no Senado, tem como identificação em sua casa originaria o seguinte código: SF PLS 477/2007.

- SF PLS 379/2011
Autor SENADOR - Eduardo Amorim
Apresentação 05/07/2011
Ementa Acrescenta dispositivos à Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, para incluir atividades do Agente Comunitário de Saúde na sua área de atuação.
Explicação da Ementa
Altera a Lei nº 11.350/2006 - que dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias - para incluir entre as atividades do Agente Comunitário de Saúde a coleta de dados relacionados aos aspectos sociais, econômicos, sanitários e culturais de sua respectiva comunidade de atuação; estabelece que a lei entre em vigor depois de transcorridos 120 dias da data de sua publicação.

- DENTISTAS

- PEC 74/2011 Proposta de Emenda à Constituição
Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)
Identificação da Proposição:
Autor Mendonça Prado - DEM/SE
Apresentação 24/08/2011
Ementa Acrescenta o art. 197-A no Título VIII, Capítulo II, Seção II - "Da Saúde" -, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, criando a carreira de Cirurgião-Dentista de Estado.

- ENFERMEIROS

- PL 2573/2011 Projeto de Lei
Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição:
Autor Romero Rodrigues - PSDB/PB
Apresentação 25/10/2011
Ementa Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que "Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências".
Explicação da Ementa Fixa o piso salarial do enfermeiro em R$ 5.450,00, do técnico de enfermagem em R$ 2.725,00, do auxiliar de enfermagem em R$ 2.180,00 e da parteira em R$ 2.180,00.

- PL 1622/2011 Projeto de Lei
Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição:
Autor Miriquinho Batista - PT/PA
Apresentação 16/06/2011
Ementa Institui a Residência em Enfermagem e dá outras providências.
Explicação da Ementa Os programas de Residência em Enfermagem terão duração mínima de um ano e no máximo dois anos.

- PL 6813/2010
OBS.: Este projeto está relacionado apenas à regulamentação profissional de Técnicos e auxiliares de enfermagem.
Projeto de Lei
Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) **Origem:** PLS 454/2003
Identificação da Proposição
Autor Senado Federal - Gerson Camata - PMDB/RS
Apresentação 11/02/2010
Ementa Dispõe sobre a jornada, condições de trabalho e piso salarial dos técnicos e auxiliares de enfermagem e dá outras providências.

- PL 4924/2009 Projeto de Lei
Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)
Identificação da Proposição
Autor Mauro Nazif - PSB/RO
Apresentação 25/03/2009
Ementa Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.
Explicação da Ementa Altera a Lei nº 7.498, de 1986.
- FARMACÊUTICOS

PL-5359/2009
Projeto de Lei
Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição
Autor Mauro Nazif - PSB/RO
Apresentação 03/06/2009
Ementa Dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e do piso salarial profissional da categoria, e dá outras providências.
Explicação da Ementa Revoga dispositivos do Decreto nº 20.377, de 1931.
Comentário
O decreto em questão, do governo provisório de Vargas (1931), regulamentava a profissão de farmacêutico. Uma lei de 71 que tratava do controle nacional do comércio de drogas revogou este decreto porem mantendo o que tratava de regulação profissional. O projeto de lei em questão visa revogar por completo o Decreto de 1931 e promulgar uma nova lei que disponha tanto sobre regulação profissional da classe quanto sobre seu piso salarial.

SF PLS 443/2009
Projeto de Lei
Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição
Autor Senador Gim Argello
Apresentação 30/09/2009
Ementa Estabelece a duração máxima da jornada de trabalho do farmacêutico.
Comentário: O projeto de lei em questão visa limitar a jornada de trabalho do farmacêutico em trinta horas semanais.

- FISIOTERAPEUTAS

- PL-7500/2010
Projeto de Lei
Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição:
Autor Jorge Tadeu Mudalen - DEM/SP
Apresentação 17/06/2010
Ementa Dá nova redação ao inciso II do art. 5º da Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e acrescenta parágrafo único ao art. 4º da Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998,

para dar competência aos Conselhos Federais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e ao de Educação Física para criar normas de referências relativas à proporcionalidade entre alunos e profissionais nos estabelecimentos que demandam as atividades por esses fiscalizadas.

- PL-5979/2009
Projeto de Lei
Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)
Identificação da Proposição
Autor Mauro Nazif - PSB/RO
Apresentação 03/09/2009
Ementa Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.856, de 1º de março de 1.994, a fim de dispor sobre o piso salarial dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.
Explicação da Ementa Fixa em R$ 4.650,00 (quatro mil, seiscentos e cinqüenta reais) o piso salarial dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

- FONOAUDIOLOGOS

- PL-5394/2009
Projeto de Lei
Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição:
Autor **Mauro Nazif - PSB/RO**
Apresentação 09/06/2009
Ementa Altera a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, a fim de dispor sobre o piso salarial do Fonoaudiólogo.
Comentário O projeto dita que "*É devido ao Fonoaudiólogo o piso salarial de R$ 4.650,00"*; e estabelece também normas de correção anual.

- MÉDICOS

- PL 2598/2007
Obs.: Este projeto trata também de Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional.
Projeto de Lei
Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição
Autor Geraldo Resende - PMDB/MS
Apresentação 12/12/2007
Ementa Obriga os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.

- MÉDICOS-VETERINÁRIOS

PL-6819/2010
Projeto de Lei
Situação: Aguardando constituição de Comissão Temporária na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA); Aguardando Encaminhamento na COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP)
Origem: PLS 249/2006
Identificação da Proposição
Autor Senado Federal - Paulo Paim - PT/RS
Apresentação 11/02/2010
Ementa Altera a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, para dispor sobre a jornada e condições de trabalho dos nutricionistas.
Comentário O projeto busca limitar em trinta horas a jornada de trabalho do nutricionista, alem de determinar condições de trabalho para os nutricionistas, como a determinação do número mínimo de nutricionistas em pessoas jurídicas ou publicas da área de saúde de acordo com a quantidade de leitos disponíveis.

- PL-6375/2009
Projeto de Lei
Situação: Apensado ao PL 5439/2009
Identificação da Proposição:
Autor Maurício Trindade - PR/BA
Apresentação 10/11/2009
Ementa Altera a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, para dispor sobre o piso salarial do Nutricionista.
Comentário:
O projeto dita que "*É devido ao Fonoaudiólogo o piso salarial de R$ 2.500,00"*; e estabelece também normas de correção anual.

- PL-6375/2009 Projeto de Lei
Situação: Apensado ao PL 6819/2010
Identificação da Proposição
Autor Carlos Sampaio - PSDB/SP
Apresentação 25/08/2009
Ementa Altera a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, modificando as condições de trabalho dos nutricionistas e alterando sua jornada de trabalho.
Explicação da Ementa Garante ao nutricionista adicional de insalubridade de 40% (quarenta por cento) sobre o salário mínimo profissional e fixa a jornada de trabalho em no máximo trinta horas semanais.
- PL-5439/2009
Projeto de Lei
Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição
Autor Mauro Nazif - PSB/RO
Apresentação 17/06/2009
Ementa Dispõe sobre o piso salarial do Nutricionista.

- PROFISSÕES DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DE SAÚDE

- PL 2598/2007
Obs.: Este projeto trata também de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional.
Projeto de Lei
Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição
Autor Geraldo Resende - PMDB/MS
Apresentação 12/12/2007
Ementa Obriga os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.

- PSICOLOGOS

- PDC 234/2011
Projeto de Decreto Legislativo
Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição:
Autor João Campos - PSDB/GO
Apresentação 02/06/2011
Ementa Susta a aplicação do parágrafo único do art. 3º e o art. 4º, da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 1/99 de 23 de Março de 1999, que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual.

- PL 2345/2011 Projeto de Lei
Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
Identificação da Proposição
Autor Mauro Nazif - PSB/RO
Apresentação 20/09/2011
Ementa Altera a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, para dispor sobre a jornada de trabalho dos psicólogos.
Explicação da Ementa Fixa em até trinta horas semanais.

6º documento - Legislação e Projetos de Lei sobre exercício profissional em saúde (2014)

1. PROJETOS DE LEI ATUALIZADOS

ACUPUNTURA

Projeto de Lei 1.549/2003

Projeto de Lei 1.549/2003	Disciplina o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências.
Autor	Deputado Celso Russomanno – PP/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Acupunturista/Acupuntor
Projetos de Lei Apensados	PL 2284/2003 (Nelson Marquezelli – PTB/SP) PL 2626/2003 (Chico Alencar – PT/RJ)
Resumo da proposição	Estabelece como habilitados para o exercício profissional da acupuntura os (i) possuidores de diploma de nível superior em Acupuntura; (ii) os diplomados no exterior que revalidaram seus diplomas; (iii) os possuidores de diploma de nível superior na área de saúde, que tenham feito cursos e estágios reconhecimentos pelos respectivos Conselhos; (iv) os praticantes de acupuntura com exercício comprovado até a data da publicação desta lei; (v) os que, na data de entrada em vigor da lei, tenha certificado de curso livre com carga horária mínima de 600 horas/aula teóricas e 300 horas/aula de prática ambulatorial ou que tenham certificado de cursos técnico reconhecido; (vi) os que se submetam e sejam aprovados no exame de suficiência junto ao Conselho Federal de Acupuntura, em até cinco anos da data de entrada em vigor desta lei. Também propõe a criação de um Conselho Federal de Acupuntura.
Situação	Última ação: 28/09/2011 - Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP): Apresentação do Requerimento n. 80/2011, pelo Deputado Vicentinho (PT-SP), que: "Solicita que seja realizada audiência pública para debater o Projeto de Lei nº 1.549/03 - que 'dispõe sobre o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências'"; 05/10/2011 Aprovado requerimento do Sr. Vicentinho que solicita que seja realizada audiência pública para debater o Projeto de Lei nº 1.549/03 - que "dispõe sobre o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências".
Substitutivos e Emendas	Possui emendas e substitutivos da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e da Comissão de Trabalho, de Administração Públi-

	ca e Serviço Público (CTASP).

Projeto de Lei do Senado 480/2003

Projeto de Lei do Senado 480/2003	Regulamenta o exercício profissional de acupuntura, autoriza a criação do Conselho Federal de Acupuntura, e dá outras providências.
Autor	Senadora Fátima Cleide
Categoria(s) Profissional(is)	Acupunturista
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Estabelece como habilitados para o exercício profissional da acupuntura os (i) diplomados em Acupuntura nos estabelecimentos de ensino superior; (ii) os diplomados no exterior após revalidação do diploma; (iii) os profissionais de nível superior da área de saúde, portadores de certificado de curso de especialização em Acupuntura; (iv) os que tendo concluído o segundo grau, vêm exercendo comprovada e efetivamente, à data da publicação desta lei, as atividades de acupunturista, e dá outras providências.
Situação	Última ação: 07/01/2011 - Arquivada ao final da Legislatura; 04/02/2011 – Arquivado pela SARQ - Secretaria de Arquivo.
Substitutivos e Emendas	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI APENSADO AO PL-7495/2006. VER MODIFICAÇÃO

Projeto de Lei do Senado 48/2007

Projeto de Lei do Senado 48/2007	Estabelece normas para o provimento de cargos e empregos de agentes comunitários de saúde a que se refere o art. 9º da Lei nº 11.350.
Autor	Senador Leomar Quintanilha – PMDB/TO
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL-7495/2006.
Resumo da proposição	Altera o artigo 9º da Lei nº 11.350, que regula a forma de contratação do ACS e do ACE (que deve ser por meio de processo seletivo público), passando a detalhar a forma como devem ser realizados os processos seletivos e estabelecendo prazos para realização dos mesmos.
Situação	Última ação: em 21/02/2011 SEXP - SECRETARIA DE EXPEDIENTE: REMETIDA À CÂMARA DOS DEPUTADOS (numero na Câmara: 486/2011); 16/03/2011 **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) – O projeto foi apensado ao** PL-7495/2006.

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI APENSADO AO PL-7495/2006. VER MODIFICAÇÃO

Projeto de Lei 298/2007

Projeto de Lei 298/2007	Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, na forma do § 5º do art. 198 da Constituição Federal.
Autor	Fernando de Fabinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL 7.495/2006
Resumo da proposição	Estabelece as atribuições das duas categorias e disciplina o processo seletivo, que será realizado de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições, exigindo-se deles residência na área da comunidade em que atuam, além de conclusão com aproveitamento de curso de qualificação básica e conclusão do ensino fundamental.
Situação	Última ação : 14/03/2007- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Apensado ao PL 7.495/2006; 14/02/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Indeferido o pedido de desarquivamento desta proposição constante do REQ-1/2011 => PL-7404/2010 por não se tratar de matéria sujeita ao arquivamento previsto no artigo 105 do RICD

Projeto de Lei 7.495/2006

Projeto de Lei 7.495/2006	Regulamenta os §§ 4º e 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
Autor	Senado Federal: Rodolpho Tourinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	Projeto de Lei 298/2007 (Fernando de Fabinho – PFL/BA); PL 486/2011 (Antigo PLS 48/2007); PL 6033/2009; PL 6035/2009 ; PL 6111/2009(1); PL 6681/2009 ; PL 6129/2009 ; PL 6754/2010

	; PL 7056/2010(1) ; PL 7095/2010 ; PL 7363/2010 ; PL 7401/2010 ; PL 658/2011 ; PL 1355/2011 ; PL 1399/2011 ; PL 1692/2011
Resumo da proposição	Cria 5.365 (cinco mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar de combate às Endemias da FUNASA. Revoga a Lei 10.507, de 2002. Regulamenta a Constituição Federal.
Situação	Última ação: 13/10/2011 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA): Prazo para apresentação de recurso (5 sessões ordinárias a partir de 14/10/2011); 26/10/2011: Encerramento automático do Prazo de Recurso. Não foram apresentados recursos; 31/10/2011: Desapensação automática dos Projetos de Lei nºs 4.568/08 (4.907/09 e 6.460/09), deste, em face do arquivamento dos mesmos.

AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI APENSADO AO PL-7495/2006. VER MODIFICAÇÃO

Projeto de Lei do Senado 48/2007

Projeto de Lei do Senado 48/2007	Estabelece normas para o provimento de cargos e empregos de agentes comunitários de saúde a que se refere o art. 9º da Lei nº 11.350.
Autor	Senador Leomar Quintanilha – PMDB/TO
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL-7495/2006.
Resumo da proposição	Altera o artigo 9º da Lei nº 11.350, que regula a forma de contratação do ACS e do ACE (que deve ser por meio de processo seletivo público), passando a detalhar a forma como devem ser realizados os processos seletivos e estabelecendo prazos para realização dos mesmos.
Situação	Última ação: em 21/02/2011 SEXP - SECRETARIA DE EXPEDIENTE: REMETIDA À CÂMARA DOS DEPUTADOS (numero na Câmara: 486/2011); 16/03/2011 **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) – O projeto foi apensado ao** PL-7495/2006.

Projeto de Lei 298/2007

Projeto de Lei 298/2007	Dispõe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, na forma do § 5º do art. 198 da Constituição Federal.
Autor	Fernando de Fabinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	PL 7.495/2006
Resumo da proposição	Estabelece as atribuições das duas categorias e disciplina o processo seletivo, que será realizado de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições, exigindo-se deles residência na área da comunidade em que atuam, além de conclusão com aproveitamento de curso de qualificação básica e conclusão do ensino fundamental.

Situação	Última ação : 14/03/2007- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Apensado ao PL 7.495/2006; 14/02/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Indeferido o pedido de desarquivamento desta proposição constante do REQ-1/2011 => PL-7404/2010 por não se tratar de matéria sujeita ao arquivamento previsto no artigo 105 do RICD

Projeto de Lei 7.495/2006

Projeto de Lei 7.495/2006	Regulamenta os §§ 4º e 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
Autor	Senado Federal: Rodolpho Tourinho – PFL/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Agente de Combate às Endemias
Projetos de Lei Apensados	Projeto de Lei 298/2007 (Fernando de Fabinho – PFL/BA); PL 486/2011 (Antigo PLS 48/2007); PL 6033/2009; PL 6035/2009 ; PL 6111/2009(1); PL 6681/2009 ; PL 6129/2009 ; PL 6754/2010 ; PL 7056/2010(1) ; PL 7095/2010 ; PL 7363/2010 ; PL 7401/2010 ; PL 658/2011 ; PL 1355/2011 ; PL 1399/2011 ; PL 1692/2011
Resumo da proposição	Cria 5.365 (cinco mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar de combate às Endemias da FUNASA. Revoga a Lei 10.507, de 2002. Regulamenta a Constituição Federal.

Situação	Última ação: 13/10/2011 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA): Prazo para apresentação de recurso (5 sessões ordinárias a partir de 14/10/2011); 26/10/2011: Encerramento automático do Prazo de Recurso. Não foram apresentados recursos; 31/10/2011: Desapensação automática dos Projetos de Lei nºs 4.568/08 (4.907/09 e 6.460/09), deste, em face do arquivamento dos mesmos.

CIRURGIÃO-DENTISTA

Projeto de Lei 1120/2003

Projeto de Lei 1120/2003	Dispõe sobre a residência odontológica obrigatória para o exercício profissional.
Autor	Deputado Ricardo Izar – PTB/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	PL 621/2007 (Gilmar Machado - PT/MG)
Resumo da proposição	Institui a residência obrigatória em Odontologia, como requisito para o exercício da profissão de cirurgião-dentista. A residência terá um período mínimo de 1 ano, com uma jornada de 4 horas diárias, sendo de responsabilidade das instituições de ensino superior e estarão situadas em comunidades carentes onde haja necessidade de assistência odontológica gratuita.
Situação	Última ação: 16/11/2011 - Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF): Apresentação do Parecer do Relator n. 4 CSSF, pelo Deputado Marcus Pestana (PSDB-MG); Parecer do Relator, Dep. Marcus Pestana (pendente de análise); Devolvido ao Relator, Dep. Marcus Pestana (PSDB-MG).

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO)
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de pro-

	ferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Ultima ação: 19/12/2007 – tramitando em conjunto na **Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)** - Aprovado o Parecer contra os votos dos Deputados Maurício Quintella Lessa e Marcelo Ortiz;

Projeto de Lei 3.734/2008

Projeto de Lei 3.734/2008	Altera a lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Altera os artigos 5º e 7º da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, fixando o salário em R$ 7.000,00 mensais, sendo o valor horário de R$31,81. Estabelece que o salário será reajustado anualmente pelo mesmo índice de correção do salário mínimo.
Situação	Ultima ação: em 21/03/2011 - **Comissão de Finanças e Tributação (CFT) -** Prazo para Emendas ao Projeto (5 sessões ordinárias a partir de 22/03/2011); Encerrado o prazo para emendas ao projeto. Não foram apresentadas emendas.

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI TRANSFORMADO NA LEI ORDINÁRIA 12.202/2010.

Projeto de Lei 4.881/2009

Projeto de Lei 4.881/2009	Altera a redação do §2° do art. 5° da Lei n° 10.260, de 12 de julho de 2001, para admitir o abatimento do saldo devedor junto ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, mediante servi;o profissional junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, nas áreas de Odontologia e Enfermagem, em localidades carentes.
Autor	Deputado Gilmar Machado – PT/MG
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.974/2009 (Elcione Barbalho – PMDB/PA)
Resumo da proposição	O estudante de odontologia e enfermagem poderá realizar amortizações extraordinárias ou a liquidação do saldo devedor, a qualquer tempo; poderá, ainda, abater 1% do saldo devedor do financiamento, por mês efetivamente trabalhado, mediante contratação de acordo com as devidas normas legais, junto a instituições e programas do SUS, em localidades reconhecidamente carentes de profissionais nestas áreas.
Situação	Ultima ação: 14/01/2010 - Transformado na Lei Ordinária 12202/2010. 10/02/2010 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) Recebimento do Ofício nº 66/10 (CN) comunicando veto parcial e solicitando indicação de membros para integrar a Comissão Mista incumbida de relatar o(s) veto(s).

Projeto de Lei 4.945/2009

Projeto de Lei 4.945/2009	Adota medidas de estímulo à liquidação ou regularização de dívidas originárias do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, aplicando os mesmos critérios da Lei 10.846/04 (MP 141/03).
Autor	Deputado Paulo Pimenta – PT/RS
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista.
Projetos de Lei Apensados	PL 5.370/2009; PL 5628/2009; PL 5558/2009.
Resumo da	Adota os critérios da Lei 10.846/04 para estimular a liquidação ou

proposição	regularização de dívidas originárias de operações de crédito renegociadas ou repactuadas por estudantes universitários junto ao FIES, nos mesmos moldes que foram adotados para os beneficiários do extinto Crédito Educativo (CREDUC), ou seja, quitar a dívida com 90% de desconto se adimplente e 80% de desconto, se inadimplente.
Situação	Ultima ação: em 15/09/2009 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) Desapensação automática deste e dos PLs 5.370/09, 5.558/09 e 5.628/09, apensados, do PL 4.881/09, principal, em face do arquivamento dos mesmos

EDUCAÇÃO FÍSICA.

Projeto de Lei 1.049/2007

Projeto de Lei 1.049/2007	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, acrescentando a profissão de Educação Física.
Autor	Deputado Otávio Leite – PSDB/RJ
Categoria(s) Profissional(is)	Profissional de Educação Física.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal da profissão de educação física.
Situação	Última ação: Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA): Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

ENFERMEIRO

Projeto de Lei 2.295

Projeto de Lei 2.295	Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
Autor	Senado Federal – Lúcio Alcântara – PSDB/CE
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	PL 969/99 – PL 2.169/99 – 794/2007 – PL 1.891/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO) – PL 2.392/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO).
Resumo da proposição	altera a Lei 7498/86 - que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem - incluindo o seguinte parágrafo: "a duração normal da jornada de trabalho dos Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Parteira não excederá a seis horas diárias e a trinta horas semanais."
Situação	Pronta para Pauta no PLENÁRIO (PLEN) - Última atualização: Sendo discutido em Plenário desde 10/2009.

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI TRANSFORMADO NA LEI ORDINÁRIA 12.202/2010.

Projeto de Lei 4.881/2009

Projeto de Lei 4.881/2009	Altera a redação do §2° do art. 5° da Lei n° 10.260, de 12 de julho de 2001, para admitir o abatimento do saldo devedor junto ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, mediante servi;o profissional junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, nas áreas de Odontologia e Enfermagem, em localidades carentes.
Autor	Deputado Gilmar Machado – PT/MG
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.974/2009 (Elcione Barbalho – PMDB/PA)
Resumo da proposição	O estudante de odontologia e enfermagem poderá realizar amortizações extraordinárias ou a liquidação do saldo devedor, a qualquer tempo; poderá, ainda, abater 1% do saldo devedor do financiamento, por mês efetivamente trabalhado, mediante contratação de acordo com as devidas normas legais, junto a instituições e programas do SUS, em localidades reconhecidamente carentes de profissionais nestas áreas.
Situação	Ultima ação: 14/01/2010 - Transformado na Lei Ordinária 12202/2010

Projeto de Lei 4.945/2009

Projeto de Lei 4.945/2009	Adota medidas de estímulo à liquidação ou regularização de dívidas originárias do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, aplicando os mesmos critérios da Lei 10.846/04 (MP 141/03).
Autor	Deputado Paulo Pimenta – PT/RS

Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro.
Projetos de Lei Apensados	PL 5.370/2009
Resumo da proposição	Adota os critérios da Lei 10.846/04 para estimular a liquidação ou regularização de dívidas originárias de operações de crédito renegociadas ou repactuadas por estudantes universitários junto ao FIES, nos mesmos moldes que foram adotados para os beneficiários do extinto Crédito Educativo (CREDUC), ou seja, quitar a dívida com 90% de desconto se adimplente e 80% de desconto, se inadimplente.
Situação	Ultima ação: 15/9/2009 PLENÁRIO (PLEN) - Declarado prejudicado, em face da aprovação, em Plenário, do Substitutivo oferecido pelo Relator da Comissão de Educação e Cultura. PL apensado ao 4.881/09 que foi transformado na Lei Ordinária 12202/2010. Em face da transformação relatada, este PL foi arquivado na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)

FARMACÊUTICO

Projeto de Lei 4.928/2001

Projeto de Lei 4.928/2001	Institui o piso salarial dos Farmacêuticos e a jornada de trabalho dos farmacêuticos.
Autor	Ivan Valente – PT/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Farmacêutico
Projetos de Lei Apensados	PL 6.277/2002 (José Carlos Coutinho – RJ); PL 6459/2002.
Resumo da proposição	Fixa o piso salarial (R$ 1500,00) e estabelece que o reajuste obedecerá à política salarial adotada pelo Governo para os trabalhadores em geral. A jornada diária de trabalho não poderá exceder a quatro horas, perfazendo vinte horas semanais. E o horário normal diário poderá ser acrescido de, no máximo, duas horas suplementares.
Situação	Última ação: em 12/09/2005 - Encerramento automático do Prazo de Recurso - Pareceres Contrários quanto ao Mérito; 13/04/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Apresentação do REQ 1263/2011, pelo Dep. Ivan Valente, que solicita o desarquivamento de proposição. Aguardando Deliberação deste Recurso na MESA.

Projeto de Lei 6.277/2002

Projeto de Lei 6.277/2002	Institui o piso salarial dos Farmacêuticos e a jornada de trabalho dos farmacêuticos.
Autor	José Carlos Coutinho – RJ
Categoria(s) Profissional(is)	Farmacêutico
Projetos de Lei Apensados	PL 4.928/2001 (Ivan Valente – PT/SP)
Resumo da proposição	Tramitando em conjunto com o PL 4.928/2001. Aprovado como substitutivo na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) em 15/12/2004. Aprovado na Comissão De Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), com rejeição. Apresentado recurso. Última ação: em 12/09/2005 – aguardando deliberação de recurso.
Situação	Última ação: 08/04/2002 - COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP) Publicação Inicial no DCD de 5/4/2002

	PÁG 13586 COL 01. Projeto apensado ao PL-4928/2001, portanto passa a tramitar em conjunto com o especificado. (Acompanhar, portanto, o projeto citado).

FISIOTERAPEUTA

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Fisioterapeuta.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 4.293/01. Última ação: em 31/01/2011 - **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

FONOAUDIÓLOGO.

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Fonoaudiólogo.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 4.293/01. Última ação: em 31/01/2011 - **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

MÉDICO-VETERINÁRIO

Projeto de Lei 4.293/2001

Projeto de Lei 4.293/2001	Modifica o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputado Carlos Batata – PSDB/PE
Categoria(s) Profissional(is)	Médico-Veterinário
Projetos de Lei Apensados	PL 5.265/2001 (Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM); PL 1.049/2007; PL 2.079/2007; PL 2.080/2007.
Resumo da proposição	Inclui a profissão de veterinário no dispositivo do Código Penal referente ao exercício ilegal da profissão (art. 282 do Decreto-Lei 2.848/1940), passando a considerá-lo como crime.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA).Última ação: em 31/01/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)** – Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Médico-Veterinário.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 4.293/2001. Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: em 31/01/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)** – Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

MÉDICO

Projeto de Lei 650/2007

Projeto de Lei 650/2007	Acrescenta alínea "l" ao art. 15 da lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que "dispõe sobre os Conselhos de medicina, e dá outras providências."
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 999/2007 (Marcos Medrado - PDT/BA); PL-6867/2010
Resumo da proposição	Altera a lei 3.268/57, que "dispõe sobre os conselhos de medicina, e dá outras providências", instituindo como atribuição dos Conselhos Regionais de Medicina a realização de exame de proficiência como condição para o exercício profissional da Medicina.
Situação	Aguardando Parecer na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)Última ação: 26/05/2011– está tramitando em conjunto com o PL 999/07, na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP).

Projeto de Lei 65/2003

Projeto de Lei 65/2003	Proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos e dá outras providências.
Autor	Deputado Arlindo Chinaglia – PT/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 3.624/2004 (Rafael Guerra – PSDB/MG)
Resumo da proposição	proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos, a partir da promulgação desta lei, e demanda a regulamentação de normas específicas para a validação de cursos de medicina feitos no exterior.
Situação	Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 3.624/2004

Projeto de Lei 3.624/2004	Dispõe sobre as condições para o credenciamento de escolas de medicina e para a autorização de funcionamento e credenciamento de cursos de medicina.
Autor	Deputado Rafael Guerra – PSDB/MG
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 65/2003 (Arlindo Chinaglia – PT/SP) PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO); PL 16/2007
Resumo da proposição	O credenciamento de cursos de medicina fica sujeito a parecer sobre a necessidade social do curso para a região em que se localiza, especialmente em regiões com carência de médicos; e estabelece, ainda, as condições para que o curso seja implantado (infra-estrutura, acesso a hospital que cubra as especialidades básicas, um terço do corpo docente composto de mestres e doutores, desenvolvimento de pesquisa, atividades de extensão, oferta de vagas de residência).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 5.481/2005

Projeto de Lei 5.481/2005	Acrescenta §5.o. ao Art. 18 da Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, para dispor sobre a inscrição do registro profissional de médico em caso de exercício da atividade em cidades de fronteiras entre Estados jurisdicionados à diferentes Conselhos Regionais.
Autor	Deputado Fernando Coruja – PPS/SC
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Resguarda ao médico, na hipótese de ele atuar em cidades de fronteiras entre Estados jurisdicionados a diferentes Conselhos Regionais, o direito de optar pelo registro profissional unto ao Conselho Regional pertencente a uma ou outra jurisdição, assegurando-lhe o exercício

	profissional na cidade limítrofe pertencente à jurisdição diversa da de sua inscrição
Situação	Arquivado na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

Projeto de Lei 16/2007

Projeto de Lei 16/2007	Dispõe sobre as condições para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos de graduação em medicina e para o credenciamento e o recredenciamento de instituições de ensino que os oferecem.
Autor	Deputado Pinotti – PPS/SC
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 3.624/2004
Resumo da proposição	A autorização de funcionamento de novos cursos de graduação em medicina fica condicionada a parecer favorável das instâncias competentes, observados os seguintes requisitos: caracterização comprovada da necessidade social do curso (incluindo indicadores de médicos/habitantes e levantamento das escolas e cursos médicos já instalados na região); detalhamento dos recursos humanos (docentes e técnicos, bem como alunado interessado na proposta); especificação da infra-estrutura e dos recursos físicos e equipamentos disponíveis para a instituição/curso médico; análise e aferição da qualidade do projeto didático-pedagógico; atendimento das necessidades locais de ensino básico.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 3.624/2004 que por sua vez está apensado ao PL 65/2003. Última ação: 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 16/2007

Projeto de Lei 4.474/2008	Condiciona a concessão de bolsas de estudos em programas de residência médica ao cumprimento de obrigações que especifica.

Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 2.598/2007 (Geraldo Resende – PMDB/MS)
Resumo da proposição	O médico deverá prestar 5 (cinco) anos de trabalho remunerado na rede pública de saúde, após o término da residência médica. A instituição beneficiada com recursos públicos aplicados em residência médica oferecerá pelo menos metade de suas vagas em especialidades prioritárias para o sistema público de saúde.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 2.598/2007. Ultima ação: 16/02/2011– **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA):** Desarquivado nos termos do Artigo 105 do RICD, em conformidade com o despacho exarado no REQ-263/2011.

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO)
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES

	(CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 3.734/2008	Altera a lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico.
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Altera os artigos 5º e 7º da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, fixando o salário em R$ 7.000,00 mensais, sendo o valor horário de R$31,81. Estabelece que o salário será reajustado anualmente pelo mesmo índice de correção do salário mínimo.
Situação	Ultima ação: 21/03/2011 - Comissão de Finanças e Tributação (CFT) - Prazo para Emendas ao Projeto (5 sessões ordinárias a partir de 22/03/2011) . 05/04/2011 - **Comissão de Finanças e Tributação (CFT):** Encerrado o prazo para emendas ao projeto. Não foram apresentadas emendas**:** Aguardando Parecer na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)

NUTRICIONISTA

Projeto de Lei 2.080/2007

Projeto de Lei 2.080/2007	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, acrescentando a profissão de nutricionista.
Autor	Deputado Jorginho Maluly – DEM/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Nutricionista
Projetos de Lei Apensados	PL 4.293/2001
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal da profissão de Nutricionista.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 4.293/2001 Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA).Última ação: em 31/01/2011- **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)** – Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

PARTEIRA TRADICIONAL

Projeto de Lei 7.531/2006

Projeto de Lei 7.531/2006	Dispõe sobre o exercício da atividade de Parteira Tradicional
Autor	Deputado Henrique Afonso – PT/AC
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 2.145/2007
Resumo da proposição	regulamenta o exercício da atividade de parteira tradicional, que será exercida sob a supervisão médica ou de profissional de enfermagem e consiste na prestação de assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. O exercício da atividade é prerrogativa daquelas que residam no local em que exerçam a atividade; portem certificado de curso de formação emitido pelo Ministério da Saúde, ou Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde; comprovem o exercício da atividade mediante declaração da associação da categoria a que pertençam ou de duas Parteiras Tradicionais.
Situação	Última ação: em 08/11/2011- **Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP):** Designada Relatora, Dep. Sandra Rosado (PSB-RN)

Projeto de Lei 2.145/2007

Projeto de Lei 2.145/2007	Regulamenta a atividade de parteira tradicional.
Autor	Deputada Janete Capiberibe – PSB/AP
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 7.531/2006
Resumo da proposição	Atribui à parteira a assistência da gestante durante o pré-natal; assistência à gestante durante o parto natural, em domicílios, em casas de parto e em maternidades públicas e a prestação de cuidados à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. As atividades serão exercidas mediante supervisão de médico ou enfermeiro. Para exercer a ativi-

	dade elas deverão cumprir os requisitos de (i) conclusão de curso de qualificação básica de parteira, ministrado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde; ou apresentar atestado fornecido por entidade de classe da categoria a que esteja filiada, comprovando que exercia a atividade antes da publicação da lei e deverá residir na vizinhança da comunidade onde atua. Deverá, ainda, exercer suas atividades no âmbito do SUS e receberá como salário mínimo o valor de 01 (um) salário mínimo.
Situação	Última ação: em 22/12/2009 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) - Retirado o PL 2145/07, em face do deferimento do requerimento REQ 6099/2009, nos termos do artigo 104 c/c o art. 114, inciso VII, ambos do RICD.

PROFISSÕES DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DE SAÚDE

Projeto de Lei 6.395/2005

Projeto de Lei 6.395/2005	Acrescenta parágrafo ao art. 46 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação.
Autor	Deputado Sandes Júnior – PP/GO
Categoria(s) Profissional(is)	Profissões de nível superior (graduação) da área da saúde.
Projetos de Lei Apensados	PL 3.624/2004 (Rafael Guerra – PSDB/MG) PL 1.037/2007
Resumo da proposição	Modifica o art. 46 da LDB, acrescentando parágrafo que estabelece que o reconhecimento de cursos de graduação na área da saúde bem como o aumento de vagas nos cursos dessa área em funcionamento dependerá de manifestação prévia favorável do Conselho Nacional de Saúde, no caso das instituições de educação superior vinculadas ao sistema federal de ensino, e também do Conselho de Saúde do respectivo Estado ou do Distrito Federal, no caso das instituições de educação superior vinculadas aos sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal.
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico, Cirurgião-Dentista e Psicólogo
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO); PL 3.624/2004; PL 65/2003
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de

	direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 3.734/2008

Projeto de Lei 3.734/2008	Altera a lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.
Autor	Deputado Ribamar Alves – PSB/MA
Categoria(s) Profissional(is)	Médico e Cirurgião-Dentista
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	Altera os artigos 5º e 7º da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, fixando o salário em R$ 7.000,00 mensais, sendo o valor horário de R$31,81. Estabelece que o salário será reajustado anualmente pelo mesmo índice de correção do salário mínimo.
Situação	Aguardando Parecer na Comissão de Finanças e Tributação (CFT). Ultima ação: 21/03/2010 **Comissão de Finanças e Tributação (CFT)** Prazo para Emendas ao Projeto (5 sessões ordinárias a partir de 22/03/2011). 05/04/2011 - Encerrado o prazo para emendas ao projeto. Não foram apresentadas emendas.

Projeto de Lei 2.598/2007

Projeto de Lei 2.598/2007	Obriga os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer

	instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.
Autor	Deputado Geraldo Resende – PMDB/MS
Categoria(s) Profissional(is)	Médico, Cirurgião-Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.
Projetos de Lei Apensados	PL 3.265/2008 (Ilderlei Cordeiro) e PL 4.474/2008.
Resumo da proposição	Os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, deverão prestar serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais, de forma supervisionada, pelo período de doze meses, de preferência logo após o término da graduação.
Situação	Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). Ultima ação: 30/11/2011 –Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF): Retirado de pauta a requerimento do Deputado Amauri Teixeira.

Projeto de Lei 3.265/2008

Projeto de Lei 3.265/2008	Constitui banco de profissionais que concluíram a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, para serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.
Autor	Deputado Ilderlei Cordeiro – PPS/AC
Categoria(s) Profissional(is)	profissões de nível superior (graduação).
Projetos de Lei Apensados	PL 2.598/2007 (Geraldo Resende – PMDB/MS); PL-7694/2010; PL-248/2011; PL-1963/2011.
Resumo da proposição	Os estudantes que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, constituirão, pelo período de um ano após a emissão do diploma, um banco de profissionais que poderão ser convocados a prestar serviços remunerados, em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação, em qualquer lugar do país. Os serviços serão supervisionados, por prazo não superior a um ano, em municípios sob situação de emergência ou estado

	de calamidade pública.
Situação	Tramitando em conjunto, apensado ao PL 2.598/2007. Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). Ultima ação: 30/11/2011 –Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF): Retirado de pauta a requerimento do Deputado Amauri Teixeira.

O PROJETO DE LEI A SEGUIR FOI TRANSFORMADO NA LEI ORDINÁRIA 12.202/2010.

Projeto de Lei 4.881/2009

Projeto de Lei 4.881/2009	Altera a redação do §2° do art. 5° da Lei n° 10.260, de 12 de julho de 2001, para admitir o abatimento do saldo devedor junto ao Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, mediante servi;o profissional junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, nas áreas de Odontologia e Enfermagem, em localidades carentes.
Autor	Deputado Gilmar Machado – PT/MG
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.974/2009 (Elcione Barbalho – PMDB/PA)
Resumo da proposição	O estudante de odontologia e enfermagem poderá realizar amortizações extraordinárias ou a liquidação do saldo devedor, a qualquer tempo; poderá, ainda, abater 1% do saldo devedor do financiamento, por mês efetivamente trabalhado, mediante contratação de acordo com as devidas normas legais, junto a instituições e programas do SUS, em localidades reconhecidamente carentes de profissionais nestas áreas.
Situação	Ultima ação: 14/01/2010 - Transformado na Lei Ordinária 12202/2010

Projeto de Lei 4.974/2009

Projeto de Lei 4.974/2009	Concede anistia a bolsistas dos cursos da área de ciências da saúde atendidos pela Lei 10.260, de 12 de julho de 2001, que instituiu o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior – FIES.
Autor	Deputado Elcione Barbalho – PMDB/PA
Categoria(s) Profissional(is)	Profissões de Nível Superior (Graduação) da Saúde.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.881/2009 (Gilmar Machado – PT/MG)
Resumo da proposição	A anistia poderá ser requerida por estudantes de ciências da saúde que, após a conclusão do curso, optem por exercer suas profissões em municípios onde haja falta de profissionais e serviços básicos de saúde, por, no mínimo, 24 meses, comprovados mediante apresentação de documentação hábil. A anistia será de 100% do valor devido aos que se estabelecerem nas regiões Norte e Nordeste; 50% na região Centro-Oeste e 25% nas regiões Sudeste e Sul.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Tramitava em conjunto ao PL 4881/09, que foi transformado na lei 12.202/10. Ultima ação: 15/09/2009 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Desapensação automática deste do Projeto de Lei nº 4.881/09, principal, em face do arquivamento deste.

Projeto de Lei 4.974/2009

Projeto de Lei 4.945/2009	Adota medidas de estímulo à liquidação ou regularização de dívidas originárias do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES, aplicando os mesmos critérios da Lei 10.846/04 (MP 141/03).
Autor	Deputado Paulo Pimenta – PT/RS
Categoria(s) Profissional(is)	Cirurgião-Dentista e Enfermeiro.
Projetos de Lei Apensados	PL 5.370/2009
Resumo da	Adota os critérios da Lei 10.846/04 para estimular a liquidação ou

proposição	regularização de dívidas originárias de operações de crédito renegociadas ou repactuadas por estudantes universitários junto ao FIES, nos mesmos moldes que foram adotados para os beneficiários do extinto Crédito Educativo (CREDUC), ou seja, quitar a dívida com 90% de desconto se adimplente e 80% de desconto, se inadimplente.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Tramitava em conjunto ao PL 4881/09, que foi transformado na lei 12.202/10. Ultima ação: 15/09/2009 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Desapensação automática deste do Projeto de Lei nº 4.881/09, principal, em face do arquivamento deste.

Projeto de Lei 5.413/2009

Projeto de Lei 5.413/2009	Altera a Lei 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior.
Autor	Poder Executivo (MEC)
Categoria(s) Profissional(is)	Profissões de Nível Superior.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.881/2009 (Gilmar Machado – PT/MG)
Resumo da proposição	Ajusta as regras do FIES, passando o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação a ser o seu agente operador e criando permissão legal para a amortização do saldo devedor do estudante financiado. O FIES poderá abater, na forma do regulamento, mensalmente, um inteiro por cento do saldo devedor consolidado, incluído os juros devidos no período e independentemente da data de contratação do financiamento, dos estudantes que exercerem a profissão de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção daqueles profissionais, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, na forma do regulamento. O estudante graduado em medicina que optar por ingressar em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, de que trata a Lei 6.932, de 7 de julho de 1981, em especialidades prioritárias definidas em ato do Ministro de Estado da Saúde, terá o período de carência estendido por todo o

	período de duração da residência médica.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Tramitava em conjunto ao PL 4881/09, que foi transformado na lei 12.202/10. Ultima ação: 15/09/2009 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Desapensação automática deste do Projeto de Lei nº 4.881/09, principal, em face do arquivamento deste.

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Fisioterapeuta, Psicólogo, Médico-Veterinário, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto ao PL 4.293/2001. Última ação: 31/01/2011 - **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)**: Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

PSICÓLOGO

Projeto de Lei 1.037/2007

Projeto de Lei 1.037/2007	Dispõe sobre o proferimento de parecer dos respectivos conselhos federais previamente à autorização de cursos de graduação em direito, medicina, odontologia e psicologia, e dá outras providências.
Autor	Deputado Marcos Medrado – PDT/BA
Categoria(s) Profissional(is)	Psicólogo
Projetos de Lei Apensados	PL 6.395/2005 (Sandes Júnior – PP/GO)
Resumo da proposição	Altera as Leis 9.394/1996 (altera o art. 46, estabelecendo que a autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de direito, medicina, odontologia e psicologia dependerá de parecer dos respectivos conselhos profissionais); 3.268/1957 (altera o art. 5º, acrescentando atribuição do CFM de proferir parecer sobre a autorização de cursos de medicina no território nacional); 4.324/1964 (altera o art. 4º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de odontologia no território nacional); e 5.766/1971 (altera o art. 6º acrescentando atribuição do CFO de proferir parecer sobre a autorização de cursos de psicologia no território nacional).
Situação	Tramitando em conjunto com o PL 6.395/2005, que se encontra apensado ao PL 3.624/2004, que se encontra apensado ao PL 65/2003. Pronto para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Última ação: em 07/02/2008, COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP): Encaminhada à publicação. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania publicado no DCD de 08/02/08, PÁG 0623 COL 02, Letra B.

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Psicólogo.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.

Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto na CCJC Última ação: em 25/03/2009 – aguardando parecer na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

QUIROPRÁTICO

Projeto de Lei 4.199/2001

Projeto de Lei 4.199/2001	Dá nova redação aos arts. 1°, 2°, 5°, e 12 e acrescenta o art 4°-A e os incisos IV e V no art. 5°, todos do Decreto-Lei no. 938, de 13 de outubro de 1969, e dá outras providências
Autor	Deputado Alberto Fraga – PMDB/DF
Categoria(s) Profissional(is)	Quiroprático/Quiropraxista
Projetos de Lei Apensados	PL 6.277/2002 (José Carlos Coutinho – RJ); PL 6459/2002.
Resumo da proposição	Altera a Lei de exercício da fisioterapia e da terapia ocupacional reconhecendo a profissão de "quiroprático" ou "quiropraxista", definindo-a como profissão de nível superior, cuja atividade privativa é executar métodos e técnicas para realizar a análise diagnóstica dos distúrbios biomecânicos do sistema neuro-músculo-esquelético e corrigir as alterações decorrentes do desalinhamento articular, com técnicas de ajustamento ou manipulação, principalmente da coluna vertebral. Cria, ainda, a categoria profissional de auxiliar de quiropraxia.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: 31/01/2011 **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)**. Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

TECNICOS EM ENFERMAGEM

Projeto de Lei 2.295

Projeto de Lei 2.295	Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
Autor	Senado Federal – Lúcio Alcântara – PSDB/CE
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	PL 969/99 – PL 2.169/99 – 794/2007 – PL 1.891/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO) – PL 2.392/2007 (Mauro Nazif – PSB/RO).
Resumo da proposição	Altera a Lei 7498/86 - que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem - incluindo o seguinte parágrafo: "a duração normal da jornada de trabalho dos Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Parteira não excederá a seis horas diárias e a trinta horas semanais."
Situação	Pronta para Pauta no PLENÁRIO (PLEN). Em discussão no Plenário desde 12/2009. Última ação: 30/11/2011 - **PLENÁRIO (PLEN):** Apresentação do Requerimento de Inclusão na Ordem do Dia n. 3947/2011, pelo Deputado Vitor Paulo (PRB-RJ), que: "Requer Inclusão na Pauta da Ordem do Dia do Projeto de Lei nº 2.295 de 2000".

Projeto de Lei 1.891

Projeto de Lei 1.891	PL - 1.891 - Acrescenta dispositivo à Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, para dispor sobre a duração do trabalho dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras.
Autor	Deputado Mauro Nazif – PSB/RO
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	PL 2.392/2007 - PL 2.295/2000
Resumo da proposição	fixa a duração do trabalho desses profissionais em 30 horas semanais.
Situação	Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) - Última ação: 29/10/2009- Mesa Diretora da Câmara dos Deputados

	(MESA): Desapensação automática deste do PL 2.295/2000, principal, em face do arquivamento deste, nos termos do § 4º do artigo 58 do RICD; Arquivado nos termos do § 4º do artigo 58 do RICD (inadequação financeira e orçamentária).

Projeto de Lei 26/2007

Projeto de Lei 26/2007	PL 26/2007 Altera a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, para estabelecer prazo para a concessão de registros aos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e às parteiras, bem como para assegurar a esses profissionais acesso diferenciado aos cursos de graduação de nível superior em enfermagem. Autor: Senador Tião Viana – PT/AC
Autor	VICENTE PAULO DA SILVA - PT - SP
Categoria(s) Profissional(is)	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Projetos de Lei Apensados	
Resumo da proposição	altera a Lei 7.498/86 - que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem – estabelecendo que a partir de 31 de dezembro de 2017 fica vedada a inscrição de auxiliares e técnicos de enfermagem e de parteiras nos conselhos regionais de enfermagem. Estes profissionais terão acesso diferenciado aos cursos para graduação de nível superior em enfermagem.
Situação	Tramitando no Senado. Ultima ação: MATÉRIA COM A RELATORIA. CE - Comissão de Educação: Distribuído ao Senador Garibaldi Alves, para relatar.

Projeto de Lei 7.531/2006

Projeto de Lei 7.531/2006	Dispõe sobre o exercício da atividade de Parteira Tradicional
Autor	Deputado Henrique Afonso – PT/AC
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 2.145/2007

Resumo da proposição	regulamenta o exercício da atividade de parteira tradicional, que será exercida sob a supervisão médica ou de profissional de enfermagem e consiste na prestação de assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. O exercício da atividade é prerrogativa daquelas que residam no local em que exerçam a atividade; portem certificado de curso de formação emitido pelo Ministério da Saúde, ou Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde; comprovem o exercício da atividade mediante declaração da associação da categoria a que pertençam ou de duas Parteiras Tradicionais.
Situação	Última ação: em 08/11/2011- **Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP):** Designada Relatora, Dep. Sandra Rosado (PSB-RN)

Projeto de Lei 2.145/2007

Projeto de Lei 2.145/2007	Regulamenta a atividade de parteira tradicional.
Autor	Deputada Janete Capiberibe – PSB/AP
Categoria(s) Profissional(is)	Parteira Tradicional
Projetos de Lei Apensados	PL 7.531/2006
Resumo da proposição	Atribui à parteira a assistência da gestante durante o pré-natal; assistência à gestante durante o parto natural, em domicílios, em casas de parto e em maternidades públicas e a prestação de cuidados à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido. As atividades serão exercidas mediante supervisão de médico ou enfermeiro. Para exercer a atividade elas deverão cumprir os requisitos de (i) conclusão de curso de qualificação básica de parteira, ministrado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde; ou apresentar atestado fornecido por entidade de classe da categoria a que esteja filiada, comprovando que exercia a atividade antes da publicação da lei e deverá residir na vizinhança da comunidade onde atua. Deverá, ainda, exercer suas atividades no âmbito do SUS e receberá como salário mínimo o valor de 01 (um) salário mínimo.
Situação	Última ação: em 22/12/2009 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) - Retirado o PL 2145/07, em face do deferimento do requerimento REQ 6099/2009, nos termos do artigo 104 c/c o art. 114, inciso VII, ambos do RICD.

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

Projeto de Lei 2.079/2007

Projeto de Lei 2.079/2007	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, acrescentando a profissão de tecnólogo e técnico em radiologia. Autor: Deputado Jorginho Maluly – DEM/SP
Autor	Deputado Jorginho Maluly – DEM/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Técnico e Tecnólogo em Radiologia.
Projetos de Lei Apensados	PL 4.293/2001
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal da profissão de tecnólogo e técnico em radiologia.
Situação	Tramitando em conjunto ao PL 4.293/2001. Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: 31/01/2011 **Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)**: Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

Projeto de Lei 5.863/2001

Projeto de Lei 5.863/2001	Altera a Lei 7.394, de 29 de outubro de 1985, que "regula o exercício da profissão de Técnico em Radiologia e dá outras providências" Autor: Deputado Luciano Zica – PT/SP
Autor	Deputado Luciano Zica – PT/SP
Categoria(s) Profissional(is)	Técnico em Radiologia
Projetos de Lei Apensados	PL 5.874/2001 (apensado o PL 5209/09) – PL 5.170/2005 – PL 7.602/2006 (apensado o PL 4.111/2008).
Resumo da proposição	acrescenta as técnicas de "ressonância", "controle radiológico de bagagens em terminais de passageiros" ao escopo das atividades exercidas pelos Técnicos de Radiologia; estabelece a necessidade de aprovação em exame de admissão para cursar Escola Técnica de Radiologia; estabelece que os trabalhos de administração e supervisão das aplicações das técnicas em radiologia são da competência do Técnico de Radiologia; estabelece que os Técnicos e Auxiliares de

	Radiologia tenham direito a jornada de trabalho de 24 hs semanais e férias de 20 dias por semestre; estabelece que o piso salarial da categoria será definido de acordo com as Convenções Coletivas negociadas por cada Sindicato. Revoga os parágrafos do art. 11, da Lei 7.394/85, visto se tratarem de normas transitórias, atualmente sem aplicação.
Situação	Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF). Última ação: 3/11/2011 **Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)**: Parecer da Relatora, Dep. Benedita da Silva (PT-RJ), pela rejeição deste, do PL 5874/2001, do PL 5170/2005, do PL 7025/2010, e do PL 5209/2009, apensados, com substitutivo, e pela aprovação do PL 7602/2006, e do PL 4111/2008, apensados.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Projeto de Lei 5.265/2001

Projeto de Lei 5.265/2001	Altera o art. 282 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
Autor	Deputada Vanessa Grazziotin – PCdoB/AM
Categoria(s) Profissional(is)	Terapeuta Ocupacional.
Projetos de Lei Apensados	Apensado ao PL 4.293/2001.
Resumo da proposição	Altera o código penal, estabelecendo como crime o exercício ilegal das profissões de: fisioterapeuta, psicólogo, médico veterinário, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo.
Situação	Tramitando em conjunto ao PL 4293/2001; Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Última ação: 31/01/2011 Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA). Arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicação no DCD do dia 01/02/2011 - Suplemento ao nº 14.

PROJETOS DE LEI INCLUÍDOS

ACUPUNTURA:

- SUG 32/2007 CLP:

Sugestão

Situação: Apensada à SUG 198/2006 CLP

Identificação da Proposição:

Autor
Federação Nacional dos Terapeutas

Apresentação
07/08/2007

Ementa
Sugere Projeto de Lei que regulamenta a categoria de Terapeuta e cria o Conselho Federal e os Conselhos Estaduais de Terapeutas.

Explicação da Ementa
Considera-se terapia as atividades de acupuntura, moxabustão, shiatsuterapia, auriculoterapia, terapia ortomolecular, terapia antroposófica, neuropatia, yogaterapia, quiropatia, osteopatia, terapia quântica, cromoterapia, terapia ayurvédica, terapia floral, aromaterapia, terapia do toque, magnetoterapia, reflexologia, psicoterapia, terapias psicossomáticas, terapia através da hipnose, terapias através da meditação, terapia da respiração, iridologia, terapia reichiana, bioenergia, massoterapia, tai-chi-chuan, qi gong e chi kun.

- AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS:

- PEC 22/2011:

Proposta de Emenda à Constituição

Situação: Aguardando criação de Comissão Temporária na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA); Aguardando Encaminhamento na COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP)

Identificação da Proposição:

Autor
Valtenir Pereira - PSB/MT

Apresentação
04/05/2011

Ementa
Acrescenta parágrafos ao art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a responsabilidade financeira da União, corresponsável pelo SUS, na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.

- PL 1692/2011

Projeto de Lei

Situação: Apensado ao PL 7495/2006

Identificação da Proposição:

Autor
Mandetta - DEM/MS

Apresentação
28/06/2011

Ementa
Dispõe sobre as atribuições de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias e sobre a exigência de formação em Curso Técnico em Saúde Comunitária, de nível médio, para o exercício de suas atividades, alterando dispositivos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

- PL 1355/2011

Projeto de Lei

Situação: Apensado ao PL 7495/2006

Identificação da Proposição:

Autor
Daniel Almeida - PCdoB/BA

Apresentação
17/05/2011

Ementa
Dispõe sobre a regulamentação das profissões de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias.

Explicação da Ementa
Regulamenta dispositivos do art. 198 da Constituição Federal de 1988 (emenda Constitucional nº 51, de 2006).

Comentário:

O projeto em questão visa a criação de uma lei que passe a ser reguladora das profissões de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias; determinando, inclusive, que estas profissões apenas se darão no âmbito do SUS. O projeto conceitua as profissões e as regulamenta. Em suma, o projeto visa regulamentar as profissões, ampliando para os Agentes de Combate às Endemias os direitos assegurados aos Agentes Comunitários de Saúde pela Lei 10.507, salvo naqueles aspectos que conflitem com a Emenda Constitucional 51.

- PL 658/2011

Projeto de Lei

Situação: Apensado ao PL 7495/2006

Identificação da Proposição:

Autor
Romero Rodrigues - PSDB/PB

Apresentação
03/03/2011

Ementa
Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para regulamentar a EC nº 63/10, instituir o piso salarial profissional nacional, as Diretrizes do Plano de Carreira, o Curso Técnico das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

- INC 6522/2010

Indicação

Situação: Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)

Identificação da Proposição:

Autor
Maurício Rands - PT/PE

Apresentação
14/07/2010

Ementa
Sugere ao Ministério da Saúde a criação de cadastro nacional unificado de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias.

- INC 6234/2010

Indicação

Situação: Arquivada na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)

Identificação da Proposição:

Autor
Ribamar Alves - PSB/MA

Apresentação
17/03/2010

Ementa
Sugere ao Ministro da Educação a criação de escola de treinamento, capacitação e aperfeiçoamento permanente para os agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

- PL 7095/2010

Projeto de Lei

Situação: Apensado ao PL 7056/2010

Identificação da Proposição:

Autor
Ribamar Alves - PSB/MA

Apresentação
07/04/2010

Ementa
Altera a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, visando regulamentar a E.C. 63/2010, que institui o Piso Salarial Profissional Nacional e Diretrizes para os Planos de Carreira de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias.

- PL 4568/2008

Projeto de Lei

Situação: Arquivada no PLENÁRIO (PLEN)

Origem: PLS 477/2007

Identificação da Proposição

Autor
Senado Federal - Expedito Júnior - PR/RO

Apresentação
23/12/2008

Ementa
Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para caracterizar como insalubre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.

- PL 4568/2008

Projeto de Lei

Situação: Arquivada no PLENÁRIO (PLEN)

Origem: PLS 477/2007

Identificação da Proposição:

Autor
Senado Federal - Expedito Júnior - PR/RO

Apresentação
23/12/2008

Ementa
Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para caracterizar como insalubre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.

Comentário:

O projeto visa acrescer um Parágrafo Único ao artigo 2º da lei 11.350/2006, para considerar as profissões de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias como insalubres nos termos do que dispõe o art. 189 da CLT.

OBS.: Este projeto, iniciado no Senado, tem como identificação em sua casa originaria o seguinte código: SF PLS 477/2007.

- SF PLS 379/2011

Autor
SENADOR - Eduardo Amorim

Apresentação
05/07/2011

Ementa
Acrescenta dispositivos à Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, para incluir atividades do Agente Comunitário de Saúde na sua área de atuação.

Explicação da Ementa

Altera a Lei nº 11.350/2006 - que dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias - para incluir entre as atividades do Agente Comunitário de Saúde a coleta de dados relacionados aos aspectos sociais, econômicos, sanitários e culturais de sua respectiva comunidade de atuação; estabelece que a lei entre em vigor depois de transcorridos 120 dias da data de sua publicação.

- DENTISTAS

- PEC 74/2011

Proposta de Emenda à Constituição

Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)

Identificação da Proposição:

Autor
Mendonça Prado - DEM/SE

Apresentação
24/08/2011

Ementa
Acrescenta o art. 197-A no Título VIII, Capítulo II, Seção II - "Da Saúde" -, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, criando a carreira de Cirurgião-Dentista de Estado.

- ENFERMEIROS

- PL 2573/2011
Projeto de Lei

Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição:

Autor
Romero Rodrigues - PSDB/PB

Apresentação
25/10/2011

Ementa
Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que "Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências".

Explicação da Ementa
Fixa o piso salarial do enfermeiro em R$ 5.450,00, do técnico de enfermagem em R$ 2.725,00, do auxiliar de enfermagem em R$ 2.180,00 e da parteira em R$ 2.180,00.

- PL 1622/2011

Projeto de Lei

Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição:

Autor
Miriquinho Batista - PT/PA

Apresentação
16/06/2011

Ementa
Institui a Residência em Enfermagem e dá outras providências.

Explicação da Ementa
Os programas de Residência em Enfermagem terão duração mínima de um ano e no máximo dois anos.

- PL 6813/2010

OBS.: Este projeto está relacionado apenas à regulamentação profissional de Técnicos e auxiliares de enfermagem.

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Origem: PLS 454/2003

Identificação da Proposição

Autor
Senado Federal - Gerson Camata - PMDB/RS

Apresentação
11/02/2010

Ementa
Dispõe sobre a jornada, condições de trabalho e piso salarial dos técnicos e auxiliares de enfermagem e dá outras providências.

- PL 4924/2009

Projeto de Lei

Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)

Identificação da Proposição

Autor
Mauro Nazif - PSB/RO

Apresentação
25/03/2009

Ementa
Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.

Explicação da Ementa
Altera a Lei nº 7.498, de 1986.

- FARMACÊUTICOS

PL-5359/2009

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição

Autor
Mauro Nazif - PSB/RO

Apresentação
03/06/2009

Ementa
Dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e do piso salarial profissional da categoria, e dá outras providências.

Explicação da Ementa
Revoga dispositivos do Decreto nº 20.377, de 1931.

Comentário

O decreto em questão, do governo provisório de Vargas (1931), regulamentava a profissão de farmacêutico. Uma lei de 71 que tratava do controle nacional do comércio de drogas revogou este decreto porem mantendo o que tratava de regulação profissional. O projeto de lei em questão visa revogar por completo o Decreto de 1931 e promulgar uma nova lei que disponha tanto sobre regulação profissional da classe quanto sobre seu piso salarial.

SF PLS 443/2009

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição

Autor
Senador Gim Argello

Apresentação
30/09/2009

Ementa
Estabelece a duração máxima da jornada de trabalho do farmacêutico.

Comentário:
O projeto de lei em questão visa limitar a jornada de trabalho do farmacêutico em trinta horas semanais.

- FISIOTERAPEUTAS

- PL-7500/2010

Projeto de Lei

Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição:

Autor
Jorge Tadeu Mudalen - DEM/SP

Apresentação
17/06/2010

Ementa
Dá nova redação ao inciso II do art. 5º da Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e acrescenta parágrafo único ao art. 4º da Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, para dar competência aos Conselhos Federais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e ao de Educação Física para criar normas de referências relativas à proporcionalidade entre alunos e profissionais nos estabelecimentos que demandam as atividades por esses fiscalizadas.

- PL-5979/2009

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)

Identificação da Proposição

Autor
Mauro Nazif - PSB/RO

Apresentação
03/09/2009

Ementa
Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.856, de 1º de março de 1.994, a fim de dispor sobre o piso salarial dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Explicação da Ementa
Fixa em R$ 4.650,00 (quatro mil, seiscentos e cinqüenta reais) o piso salarial dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

- FONOAUDIOLOGOS

- PL-5394/2009

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição:

Autor
Mauro Nazif - PSB/RO

Apresentação
09/06/2009

Ementa
Altera a Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981, a fim de dispor sobre o piso salarial do Fonoaudiólogo.

Comentário
O projeto dita que "*É devido ao Fonoaudiólogo o piso salarial de R$ 4.650,00"*; e estabelece também normas de correção anual.

- MÉDICOS

- PL 2598/2007

Obs.: Este projeto trata também de Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição

Autor
Geraldo Resende - PMDB/MS

Apresentação
12/12/2007

Ementa
Obriga os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.

- MÉDICOS-VETERINÁRIOS

PL-6819/2010

Projeto de Lei

Situação: Aguardando constituição de Comissão Temporária na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA); Aguardando Encaminhamento na COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP)

Origem: PLS 249/2006

Identificação da Proposição

Autor
Senado Federal - Paulo Paim - PT/RS

Apresentação
11/02/2010

Ementa
Altera a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, para dispor sobre a jornada e condições de trabalho dos nutricionistas.

Comentário
O projeto busca limitar em trinta horas a jornada de trabalho do nutricionista, alem de determinar condições de trabalho para os nutricionistas, como a determinação do número mínimo de nutricionistas em pessoas jurídicas ou publicas da área de saúde de acordo com a quantidade de leitos disponíveis.

- PL-6375/2009

Projeto de Lei

Situação: Apensado ao PL 5439/2009

Identificação da Proposição:

Autor
Maurício Trindade - PR/BA

Apresentação
10/11/2009

Ementa
Altera a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, para dispor sobre o piso salarial do Nutricionista.

Comentário:
O projeto dita que "*É devido ao Fonoaudiólogo o piso salarial de R$ 2.500,00"*; e estabelece também normas de correção anual.

- PL-6375/2009

Projeto de Lei

Situação: Apensado ao PL 6819/2010

Identificação da Proposição

Autor
Carlos Sampaio - PSDB/SP

Apresentação
25/08/2009

Ementa
Altera a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, modificando as condições de trabalho dos nutricionistas e alterando sua jornada de trabalho.

Explicação da Ementa
Garante ao nutricionista adicional de insalubridade de 40% (quarenta por cento) sobre o salário mínimo profissional e fixa a jornada de trabalho em no máximo trinta horas semanais.

- PL-5439/2009

Projeto de Lei

Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição

Autor
Mauro Nazif - PSB/RO

Apresentação
17/06/2009

Ementa
Dispõe sobre o piso salarial do Nutricionista.

- PROFISSÕES DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DE SAÚDE

- PL 2598/2007

Obs.: Este projeto trata também de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Deliberação na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição

Autor
Geraldo Resende - PMDB/MS

Apresentação
12/12/2007

Ementa
Obriga os estudantes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional, que concluírem a graduação em instituições públicas de ensino ou em qualquer instituição de ensino, desde que custeados por recursos públicos, a prestarem serviços remunerados em comunidades carentes de profissionais em suas respectivas áreas de formação.

-PSICOLOGOS

- PDC 234/2011

Projeto de Decreto Legislativo

Situação: Aguardando Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição:

Autor
João Campos - PSDB/GO

Apresentação
02/06/2011

Ementa
Susta a aplicação do parágrafo único do art. 3º e o art. 4º, da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 1/99 de 23 de Março de 1999, que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual.

- PL 2345/2011

Projeto de Lei

Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Identificação da Proposição

Autor
Mauro Nazif - PSB/RO

Apresentação
20/09/2011

Ementa
Altera a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, para dispor sobre a jornada de trabalho dos psicólogos.

Explicação da Ementa
Fixa em até trinta horas semanais.

7º documento – Profissões reguladas, lei de regulamentação, escopos de prática, projetos de lei e ocupações não reguladas

Antes de se iniciar quaisquer discussões quanto a reformas no paradigma da Regulação Profissional no Brasil é necessário uma compreensão do que seja a regulação profissional em si. Em linhas gerais, regulamentações correspondem ao conjunto de diretrizes, padrões, ou procedimentos instituídos pelo governo, pelas comunidades e grupos sociais para conformar o comportamento dos agentes nas diversas atividades econômicas e sociais. Sua vigência e efetividade se amparam na existência de penalidades ou sanções que restringem a prática das atividades regulamentadas aos agentes que se conformam ao conjunto das regras instituídas. Do ponto de vista estratégico, pode-se definir a regulamentação como o processo de produção e implementação dessas regras e sanções pela interação entre governo, comunidade, setores econômicos e grupos ocupacionais.

Notas conceituais

Regulação profissional

A regulação profissional pode ser caracterizada como campo da regulação econômica e social, sendo que estas últimas têm características muito especificas a serem ressaltadas. A regulação econômica, grosso modo, estabelece regras de entrada e saída em determinados mercados, controle dos preços e lucros, variedade e padrões de qualidade dos bens e serviços, regras de concorrência, etc. A necessidade desta regulação deriva das falhas de mercado, como concentração de poder por uma parcela do mercado ou a disparidade de acesso à informação dos consumidores em relação à produção, oferta e ao serviço em si. A regulação social, por sua vez, procura evitar, ou ao menos minimizar, os impactos negativos resultantes da economia. Poder-se-ia dizer que se trata de uma regulação de proteção, pois este é seu objetivo, quanto ao ambiente, aos consumidores, aos trabalhadores. Constitui-se o triunvirato das intervenções legítimas do es-

tado na economia, juntamente com as politicas redistributivas e politicas macroeconômicos.

De uma maneira bastante simplificada, o que existe de comum em toda e qualquer regulação é que ela representa uma "restrição intencional da livre escolha de um sujeito proveniente de uma fonte externa que não as partes diretamente envolvidas" (Mitnick, 1989). Isto dito, podemos dizer que as profissões são reguladas porque se deixadas por conta dos mecanismos de mercado, as atividades e serviços que elas brindam à sociedade seriam alocados em níveis sub-ótimos. Noutros termos, no balanço entre benefícios e desvantagens, o exercício livre destas atividades, traria mais prejuízos para a sociedade que os porventura ocasionados pela sua regulamentação. Mas esta é apenas uma maneira de enfocar o problema.

Conforme bem situa o economista canadense Robert Evans (1980), a "questão" profissional evoca outras distinções. Diferentemente de outras atividades econômicas e ocupações, os negócios e atividades profissionais funcionam dentro de uma estrutura muito especial de regulação pública, constituída por leis e instituições de fiscalização e controle do exercício, que definem e implementam tanto as regras para entrada nestas atividades como as normas de conduta técnica e ética de seus membros. Mais que isto, esta estrutura especial de regulação pública é constituída por instituições, em larga parte, representada por organizações dos próprios pares profissionais que exercem, por delegação, autoridade de estado (os Conselhos Profissionais). De fato, a autoridade delegada pelo Estado para autogoverno (ou autonomia corporativa) parece ser, então a característica que mais diferencia as profissões, não somente dos demais negócios e atividades econômicas, como das ocupações comuns. O poder de autogoverno concedido a uma profissão guarda dois aspectos essenciais: o poder para "licenciar" ou "autorizar" e a habilidade para disciplinar os indivíduos "licenciados" para o exercício profissional. Essencialmente, o significado desse poder é a autoridade para decidir sobre questões relativas ao *direito de prática*, ou seja a quem será permitido ganhar a vida naquela atividade e a quem não (Casey, 2001: 1-1).

Mas por que isto? Por que razão o Estado e a sociedade brindariam o sistema das profissões com estruturas especiais de regulação pública e, ainda por cima, com capacidade de autogoverno?

Em geral, apresentam-se três argumentos básicos:

(i) a ideia de que o exercício das atividades exercidas pelas profissões implica em riscos que podem afetar profundamente a saúde pública, a segurança, o patrimônio e o bem-estar do público;

(ii) a ideia de que tais atividades envolvem habilidades complexas, com elevado teor científico e técnico em geral não acessíveis sem o concurso de sistemas de formação profissional complexos como as universidades;

(iii) a ideia de que a qualidade e os resultados do trabalho dos profissionais não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo.

Modelos de regulação profissional

A literatura sobre regulamentação profissional refere três modelos diferentes de regular e fiscalizar o exercício das profissões. No modelo dos mercados livres, os trabalhadores competem livremente para serem escolhidos e pagos pelos empregadores e clientes sem restrições de entrada nos mercados ocupacionais. Fala-se, nestes casos, de regulação pelo livre mercado, de exercício livre das profissões ou mesmo de mercados não regulados. No modelo burocrático, gerencial ou departamental, o exercício das profissões regulamentadas é fiscalizado por órgãos ou departamentos da administração direta do poder executivo. No Brasil, as profissões regulamentadas da saúde tiveram seu exercício regulado sob esse modelo até meados dos anos cinquenta; e o modelo de autorregulação profissional, controlado de forma corporativa pelas próprias profissões regulamentadas. Nesse modelo, o poder estatal delega aos próprios "corpos profissionais" *status* de autoridade pública para regular e fiscalizar o exercício das profissões na perspectiva da defesa do interesse público. Desde meados dos anos cinquenta, na área da saúde, o Brasil tem adotado este último modelo, que se consolidou ao longo dos anos sessenta e setenta sendo que os Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional, organizados na forma de autarquias vinculadas ao poder executivo federal, constituem-se na forma institucional que cumpre esse papel.

Adotado tal modelo no Brasil, carece fazer alguns esclarecimentos sobre a autorregulação e como ela se dá. Este modelo se dá através da implementação das leis de exercício, que concedem às profissões a autorregulação baseadas nestes argumentos, também criam *ex ante* reservas de mercado, que podem implicar em monopólios profissionais mais ou menos extensos sobre campos de atividades, dependendo, entre outras

coisas, da extensão do escopo de prática conferido à profissão, do grau de privatividade ou exclusividade conferida aos atos profissionais específicos da profissão, e da capacidade de controle *ex post* das reservas legais pelas instituições de fiscalização do exercício. Em outros termos, a regulação profissional cria *direitos de propriedade* por restringir o acesso à prática dos atos regulados como privativos e ostentação de títulos profissionais no mercado (Girardi, 2000). Quanto maior a extensão do escopo de práticas e quanto mais extensa a lista de atos exclusivos ou privativos a ela legalmente atribuídos maior será o tamanho de sua propriedade (ou do domínio patrimonial da profissão).

Pode-se dizer que o tipo e grau de extensão em que as ocupações e profissões de um determinado setor de atividade são regulamentadas (desde requisitos educacionais, passando pelo registro para executar atos reservados, ao direito de exercício exclusivo), bem como o formato institucional ou modelo de regulação profissional (da desregulação à autorregulação de pares) é função da interação entre variáveis ligadas fundamentalmente:

(i) **Às condições do exercício da atividade profissional**: autonomia, complexidade técnico-científica, graus de assimetria informacional ou de assimetria de competência entre os membros do grupo profissional e os leigos, dificuldade de julgamento espontâneo do público sobre as atividades, procedimentos e os resultados do trabalho dos profissionais, utilidade pública da regulação;

(ii) **Ao poder e recursos dos grupos de interesse articulados em torno da profissão ou ocupação**: tamanho, coesão, concentração de recursos dos grupos de profissionais demandantes da regulação em questão, de grupos profissionais concorrentes trabalhadores, dos grupos de empregadores de profissionais, dos grupos de consumidores, dos grupos de terceiros pagadores, da opinião pública etc.;

(iii) **À forma e modo de funcionamento sistema político-administrativo**, particularmente do legislativo e do executivo que, em última instância, produzem as regulamentações jurídicas e administrativas altas no campo profissional, geralmente conforme alguns autores em troca de votos e impostos.

Escopos de prática

A noção de escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão. O campo de prática define, em termos amplos, o que a profissão faz e como ela faz. Em termos legais, cada profissão regulamentada possui um campo exclusivo de prática, que proíbe outras profissões de praticarem no seu interior, a não ser que sob permissão legal. No interior de seu campo de prática, cada profissão tem atos que lhe são reservados, por lei, de forma exclusiva (ou privativa) – que é de sua propriedade - e atos compartilhados.

Nos novos paradigmas da regulamentação profissional parte da definição de escopos de prática não exclusivos ou compartilhados e atos reservados (ou mais genericamente ainda atividades reservadas). Em nenhum dos casos estes atos são, a priori, entendidos como privativos ou exclusivos a uma determinada profissão, mesmo que por lei, seu exercício seja a ela autorizado e a mais nenhuma outra. Escopos de prática sobrepostos (*overlapping scopes of practice*) são não apenas reconhecidos como encorajados.

Profissões e ocupações reguladas, lei de regulamentação, escopos de prática e projetos de lei

AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Agente de Combate às Endemias	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de exercício: Lei Nº 11.350, De 5 de Outubro de 2006.

Atribuições segundo a Lei de Exercício:

I. Exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Requisitos de Exercício segundo a Lei de Exercício:

I. Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;
II. Haver concluído o ensino fundamental.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 240 horas.

II. Escolaridade mínima de ensino fundamental completo

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	**Categoria**	**Status**	**Ultima Movimentação**
PEC 22/2011	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Fevereiro/2015**
Ementa	Acrescenta parágrafos ao art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7743/2013	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a política de valorização do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 321/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa garantir aos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias gozo de benefício previdenciário independente de contribuição no período que compreende janeiro de 1991 e dezembro de 2006.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 288/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa garantir aos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias gozo de benefício previdenciário independente de contribuição no período que compreende janeiro de 1991 e dezembro de 2006.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7994/2014	**Trabalho**	**Exercício**	**abril/2015**
Ementa	Estabelece que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias ficam sujeitos à integral e exclusiva dedicação às atividades do cargo, ressalvado o desempenho de atividade na área de saúde, havendo compatibilidade de horários.		

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Agente de Comunitário de Saúde	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de Exercício: Lei nº 11.350, De 5 de Outubro de 2006.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

Exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas; em especial são consideradas atividades dos Agentes Comunitários de Saúde:

I. A utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
II. A promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
III. O registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
IV. O estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
V. A realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI. A participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Requisitos de Exercício segundo a Lei de Exercício:

I. Residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
II. Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;
III. Haver concluído o ensino fundamental

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 400 horas
II. Escolaridade mínima: Ensino Fundamental Completo

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PEC 22/2011	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Fevereiro/2015**
Ementa	Acrescenta parágrafos ao art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7743/2013	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a política de valorização do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 321/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa garantir aos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias gozo de benefício previdenciário independente de contribuição no período que compreende janeiro de 1991 e dezembro de 2006.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 288/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa garantir aos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias gozo de benefício previdenciário independente de contribuição no período que compreende janeiro de 1991 e dezembro de 2006.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimenta-ção
PL 7994/2014	**Trabalho**	**Exercício**	**abril/2015**
Ementa	Estabelece que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias ficam sujeitos à integral e exclusiva dedicação às atividades do cargo, ressalvado o desempenho de atividade na área de saúde, havendo compatibilidade de horários.		

ASSISTENTE SOCIAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Assistente Social	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Bacharelado	
Nível de Formação	Superior	

Lei de Exercício: Lei nº 8.662, De 7 de Junho de 1993.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei nº 8.662, De 7 de Junho de 1993.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II. elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III. encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV. orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

V. planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VI. planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VII. prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

VIII. prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais,

IX. planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

X. realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Atribuições privativas segundo a Lei de Exercício:

I. coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II. planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III. assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV. realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V. assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI. treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII. dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII. dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX. elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X. coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
XI. fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
XII. dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
XIII. ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma de bacharel em curso de graduação em serviço social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no país, devidamente registrado no órgão competente;
II. Documentos de identificação pessoal
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional de Serviço Social

Projeto	Categoria	Status	Última Movimentação
PL 430/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais, em específico condições que gerem adicional de insalubridade à profissão		

Projeto	Categoria	Status	Última Movimentação
PL 428/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a inclusão obrigatória de assistentes sociais nas equipes do programa Saúde da Família.		

TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnicos em Saúde Bucal	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de Exercício Nº 11.889, De 24 de Dezembro de 2008.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei 4.324 de 14/04/1964

O Técnico em Saúde Bucal está obrigado a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerça suas atividades.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
II. participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
III. participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
IV. ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;
V. fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

VI. supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;

VII. realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

VIII. inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

IX. proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;

X. remover suturas;

XI. aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII. realizar isolamento do campo operatório;

XIII. exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1.200 horas

Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo

PROJETOS DE LEI EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 1187/2011	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**fevereiro/2015**
Ementa	Altera a Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB, para instituir piso salarial profissional nacional.		

AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Auxiliar em Saúde Bucal	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Lei de Exercício Nº 11.889, De 24 de Dezembro de 2008.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei 4.324 de 14/04/1964

- O Técnico em Saúde Bucal está obrigado a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerça suas atividades.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. organizar e executar atividades de higiene bucal;
II. processar filme radiográfico;
III. preparar o paciente para o atendimento;
IV. auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
V. manipular materiais de uso odontológico;
VI. selecionar moldeiras;
VII. preparar modelos em gesso;

VIII. registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;

IX. executar limpeza, assepsia, desinfeção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

X. realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI. aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII. desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;

XIII. realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; e

XIV. adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 300 horas

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

PROJETOS DE LEI EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 1187/2011	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**fevereiro/2015**
Ementa	Altera a Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB, para instituir piso salarial profissional nacional.		

BIÓLOGO

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Biólogo	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado/Licenciatura	

Lei de Exercício Nº 6.684, De 3 de Setembro de 1979

Lei do Conselho de Fiscalização de Exercício Nº 6.684, De 3 de Setembro de 1979

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. Formular e elaborar estudo, projeto ou pesquisa científica básica e aplicada, nos vários setores da Biologia ou a ela ligados, bem como os que se relacionem à preservação, saneamento e melhoramento do meio ambiente, executando direta ou indiretamente as atividades resultantes desses trabalhos;

II. Orientar, dirigir, assessorar e prestar consultoria a empresas, fundações, sociedades e associações de classe, entidades autárquicas, privadas ou do poder público, no âmbito de sua especialidade;

III. Realizar perícias e emitir e assinar laudos técnicos e pareceres de acordo com o currículo efetivamente realizado.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Apresentar de diploma de graduação devidamente registrado no MEC ou por delegação de competência a estabelecimento de ensino ou diploma expedido por instituição estrangeira de ensino superior.
II. Documentos de identificação pessoal.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 3423/2012	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**fevereiro/2015**
Ementa	Autoriza o biólogo a exercer a responsabilidade técnica pela produção, beneficiamento, reembalagem ou análise de sementes em todas as suas fases.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5755/2013	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a jornada, condições de trabalho e piso salarial dos biólogos e dá outras providências.		

BIOMÉDICO

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Biomédico	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei de Exercício: Lei Nº 6.684, De 3 De Setembro De 1979 E Decreto Nº 88.439, De 28 De Junho De 1983.

Lei do Conselho de Fiscalização de Exercício: Decreto Nº 88.439, De 28 De Junho De 1983.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

- atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnósticos; em especial:

I. realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente;
II. realizar serviços de radiografia, excluída a interpretação;
III. atuar, sob supervisão médica, em serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico e de outros para os quais esteja legalmente habilitado;
IV. planejar e executar pesquisas científicas em instituições públicas e privadas, na área de sua especialidade profissional.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Apresentar de diploma de graduação e histórico universitário emitido por instituição de ensino superior devidamente registrada no MEC
II. Documentos de identificação pessoal.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

CIRURGIÃO-DENTISTAS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Cirurgião Dentista	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei de Exercício: Lei Nº 5.081, De 24 de Agosto de 1966.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei 4.324 de 14/04/1964

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;
II. prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;
III. atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros;
IV. proceder à perícia odonto-legal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;
V. aplicar anestesia local e truncular;
VI. empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;
VII. manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos especí-

ficos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;

VIII. prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;

IX. utilizar, no exercício da função de perito-odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;

II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 mil horas;

III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;

IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Apresentar de diploma de graduação e histórico universitário emitido por instituição de ensino superior devidamente registrada no MEC

II. Documentos de identificação pessoal.

III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 765/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Altera a lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimenta-ção
PL 776/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Altera a lei n.º 3.999, de 15 de dezembro de 1961, para instituir o piso salarial profissional nacional dos médicos e cirurgiões-dentistas.		

EDUCAÇÃO FÍSICA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Profissionais da Educação Física	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado/Licenciatura	

Lei de Exercício: Lei Nº 9.696, De 1 de Setembro de 1998.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício: Lei Nº 9.696, De 1 de Setembro de 1998.

Atribuições segundo a Lei de Exercício:

I. coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, nas áreas de atividades físicas e do desporto.
II. bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, nas áreas de atividades físicas e do desporto.
III. elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio Completo;

II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 mil horas;
III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Educação Física, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Possuir diploma em Educação Física expedido por instituição de ensino superior estrangeira, revalidado na forma da legislação em vigor;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 6708/2013	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Excetuam-se da obrigatoriedade de inscrição nos Conselhos Regionais de Educação Física os profissionais que executam atividades físicas exibidas ou lecionadas com objetivos precipuamente artísticos, religiosos, filosóficos ou de espetáculo.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 1371/2007	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Determina que não estejam sujeitos à fiscalização dos Conselhos Regionais de Educação Física os profissionais de dança, artes marciais e ioga, capoeira e método pilates, seus instrutores, professores e academias.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 1607/2007	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Determina que não estejam sujeitos à fiscalização dos Conselhos Regionais de Educação Física os profissionais de dança, artes marciais, ioga e capoeira, seus instrutores, professores e academias.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 6520/2009 ou PLC 116/2013	**Exercício/Educação**	**Em Tramitação**	**dezembro/2014**
Ementa	Exige que a disciplina Educação Física seja ministrada exclusivamente por professores de Educação Física licenciados em nível superior.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 939/2015	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre responsabilidade técnica nas atividades desenvolvidas nas academias de ginásticas e/ou desportivas.		

ENFERMEIRO

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Enfermeiro	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Leis de Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986 e *Decreto nº 94.406/87.*

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986

Atribuições Segundo a Lei de Exercício:

Privativas:

I. direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
II. organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
III. planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
IV. consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
V. consulta de enfermagem;
VI. prescrição da assistência de enfermagem;
VII. cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
VIII. cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Como integrante da equipe de saúde:

I. participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
II. participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
III. prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
IV. participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
V. prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
VI. prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
VII. assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
VIII. acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
IX. execução do parto sem distocia;
X. educação visando à melhoria de saúde da população.

Aos titulares do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica:

I. assistência à parturiente e ao parto normal;
II. identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
III. realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares
IV. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos correspondentes a 20% da carga horária total do curso;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Enfermagem, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Enfermagem ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 6813/2010	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Julho/2013**
Ementa	Dispõe sobre a jornada, condições de trabalho e piso salarial dos técnicos e auxiliares de enfermagem e dá outras providências.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 969/2015	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a residência em Enfermagem.		
Projeto	**Categoria**	**Status**	**Ultima Movimentação**
PL 729/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 597/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 459/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 50/2015	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a formação continuada dos profissionais de enfermagem.		

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnico de Enfermagem	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Leis de Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986 e *Decreto nº 94.406/87.*

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986

A fiscalização do exercício desta profissão fica a cargo dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, devendo os profissionais estar devidamente cadastrados no Conselho Regional para que possa exercer a profissão.

Atribuições segundo a lei de Exercício:

I. participar da programação da assistência de enfermagem;
II. executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
III. participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
IV. participar da equipe de saúde.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Técnico de Enfermagem, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Enfermagem ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 729/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 597/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 459/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Auxiliar de Enfermagem	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico/Profissional	

Leis de Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986 e *Decreto nº 94.406/87.*

Leis do Conselho de Fiscalização do Exercício: nº 7.498, De 25 de Junho De 1986

A fiscalização do exercício desta profissão fica a cargo dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem, devendo os profissionais estar devidamente cadastrados no Conselho Regional para que possa exercer a profissão.

Atribuições segundo a Lei de Exercício:

I. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
II. Executar ações de tratamento simples;
III. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
IV. participar da equipe de saúde.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Atualmente encontra-se extinto o curso de Auxiliar de Enfermagem, não ocorrendo, portanto, a formação profissional nesta categoria.

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Auxiliar de Enfermagem, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Enfermagem ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 729/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 597/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 459/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.		

FARMACÊUTICOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Farmacêutico	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Decreto que regula o exercício da profissão: nº 85.878, De 7 de Abril de 1981.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960

Atribuições segundo o Decreto regulatório do exercício:

Atribuições Privativas:

I. desempenho de funções de dispensação ou manipulação de fórmulas magistrais e farmacopeias, quando a serviço do público em geral ou mesmo de natureza privada;
II. assessoramento e responsabilidade técnica em:

a. estabelecimentos industriais farmacêuticos em que se fabriquem produtos que tenham indicações e/ou ações terapêuticas, anestésicos ou auxiliares de diagnóstico, ou capazes de criar dependência física ou psíquica;
b. órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se executem controle e/ou inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de produtos que tenham destinação terapêutica, anesté-

sica ou auxiliar de diagnósticos ou capazes de determinar dependência física ou psíquica;

c. órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se pratiquem extração, purificação, controle de qualidade, inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de insumos farmacêuticos de origem vegetal, animal e mineral;
d. depósitos de produtos farmacêuticos de qualquer natureza;

III. a fiscalização profissional sanitária e técnica de empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica;

Atribuições não privativas:

I. a direção, o assessoramento, a responsabilidade técnica e o desempenho de funções especializadas exercidas em:

a. órgãos, empresas, estabelecimentos, laboratórios ou setores em que se preparem ou fabriquem produtos biológicos, imunoterápicos, soros, vacinas, alérgenos, opoterápicos para uso humano e veterinário, bem como de derivados do sangue;
b. órgãos ou laboratórios de análises clínicas ou de saúde pública ou seus departamentos especializados;
c. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos farmacêuticos para uso veterinário;
d. estabelecimentos industriais em que se fabriquem insumos farmacêuticos para uso humano ou veterinário e insumos para produtos dietéticos e cosméticos com indicação terapêutica;
e. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos saneantes, inseticidas, raticidas, antissépticos e desinfetantes;
f. estabelecimentos industriais ou instituições governamentais onde sejam produzidos radioisótopos ou radiofármacos para uso em diagnóstico e terapêutica;

g. estabelecimentos industriais, instituições governamentais ou laboratórios especializados em que se fabriquem conjuntos de reativos ou de reagentes destinados às diferentes análises auxiliares do diagnóstico médico;
h. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos cosméticos sem indicação terapêutica e produtos dietéticos e alimentares;
i. órgãos, laboratórios ou estabelecimentos em que se pratiquem exames de caráter químico-toxicológico, químico-bromatológico, químico-farmacêutico, biológicos, microbiológicos, fitoquímicos e sanitários;
j. controle, pesquisa e perícia da poluição atmosférica e tratamento dos despejos industriais.

II. tratamento e controle de qualidade das águas de consumo humano, de indústria farmacêutica, de piscinas, praias e balneários, salvo se necessário o emprego de reações químicas controladas ou operações unitárias;
III. vistoria, perícia, avaliação, arbitramento e serviços técnicos, elaboração de pareceres, laudos e atestados do âmbito das atribuições respectivas.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima de 150 horas;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Farmácia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Farmácia ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 2459/2011	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Obriga os serviços de saúde que dispensem ou manipulem medicamentos a fornecerem a assistência de farmacêutico como técnico responsável.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4135/2012	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa tornar obrigatória a assistência de técnico responsável na assistência farmacêutica realizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5359/2009	Exercício/Trabalho	Em Tramitação	março/2015
Ementa	Dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e do piso salarial profissional da categoria, e dá outras providências.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4156/2012	Trabalho	Em Tramitação	fevereiro/2015
Ementa	Dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e do piso salarial profissional da categoria, e dá outras providências.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5359/2009	Trabalho/Exercício	Em Tramitação	Março/2015
Ementa	Dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e do piso salarial profissional da categoria, e dá outras providências.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 3539/2012	Trabalho	Em Tramitação	fevereiro/2015
Ementa	Institui o salário mínimo profissional dos farmacêuticos em todo o território nacional, fixando-o em 06 vezes o salário mínimo nacional e dá outras providências.		

FISIOTERAPEUTA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Fisioterapeuta	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Decreto-Lei que regulamenta o exercício da profissão: nº 938, De 13 de Outubro de 1969.

Lei do conselho de fiscalização do exercício nº 6.316 - de 17 de dezembro de 1975

Atribuições segundo o Decreto-Lei que regulamenta o exercício:

Atribuições Privativas:

I. Executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do ciente.

Atribuições não privativas:

I. Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
II. Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
III. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima de 900 horas;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Fisioterapia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Farmácia ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4261/2004 ou PLC 72/2012	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Inclui os profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional no Programa Saúde da Família - PSF.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 988/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa dar competência aos Conselhos Federais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e ao de Educação Física para criar normas de referências relativas à proporcionalidade entre alunos e profissionais nos estabelecimentos que demandam as atividades por esses fiscalizadas.		

TERAPEUTA OCUPACIONAL

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Fisioterapeutas	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Decreto-Lei que regulamenta o exercício da profissão: nº 938, De 13 de Outubro de 1969.

Lei do conselho de fiscalização do exercício nº 6.316 - de 17 de dezembro de 1975

Atribuições segundo o Decreto-Lei que regulamenta o exercício:

Atribuições Privativas:

I. Executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Atribuições não privativas:

I. Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
II. Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
III. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir os Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% de toda a carga horária do curso;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Terapia Ocupacional, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Farmácia ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4261/2004 ou PLC 72/2012	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Inclui os profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional no Programa Saúde da Família - PSF.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 988/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**

Ementa	Visa dar competência aos Conselhos Federais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e ao de Educação Física para criar normas de referências relativas à proporcionalidade entre alunos e profissionais nos estabelecimentos que demandam as atividades por esses fiscalizadas.

FONOAUDIÓLOGO

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Fonoaudiólogos	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Leis que regulamentam o exercício da profissão: Lei nº 6.965, De 9 De Dezembro De 1981 e Decreto Lei nº 87218/81

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício nº 6.965, De 9 De Dezembro De 1981

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição;
II. Participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;
III. Realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
IV. Realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala;
V. Colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências;

VI. Projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas promovidas por entidades públicas, privadas, autarquias e mistas;

VII. Lecionar teoria e prática fonoaudiológicas;

VIII. Dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;

IX. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia;

X. Assessorar órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos no campo da Fonoaudiologia;

XI. Participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar, inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos;

XII. Dar parecer fonoaudiológico, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição;

XIII. Realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.

XIV. Ao Fonoaudiólogo é permitido, ainda, o exercício de atividades vinculadas às técnicas psicomotoras, quando destinadas à correção de distúrbios auditivos ou de linguagem, efetivamente realizado.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;

II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 horas;

III. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;

IV. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Fonoaudiologia oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Fonoaudiologia ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 283/2015	**Trabalho**	**Arquivada**	**março/2015**
Ementa	Fixa a jornada de trabalho do Fonoaudiólogo em, no máximo, 30 horas semanais.		

MÉDICOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Médicos	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 12.842 de 10 de julho de 2013.

Lei do Conselho de fiscalização do exercício nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Atribuições privativas segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
II. Indicação da execução e execução de procedimentos invasivos sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
III. Intubação traqueal;
IV. Coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
V. Execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
VI. Emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

VII. Determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
VIII. Indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
IX. Realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
X. Atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
XI. Atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.
XII. perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;
XIII. III - ensino de disciplinas especificamente médicas;
XIV. IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

São procedimentos invasivos, para efeitos da lei de exercício, as seguintes situações:

I. Invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 7200 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares
IV. Estágios Supervisionados devidos, com carga horária mínima correspondente a 35% da carga completa do curso; sendo 30% no SUS.
V. Aprovação com aproveitamento dos devidos Internatos Médicos curriculares.

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Medicina oficial ou reconhecido pelo MEC;

II. Apresentação de documentos pessoais;

III. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Medicina ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 6126/2013	**Exercício**	**Em Tramitação**	**dezembro/2013**
Ementa	Conhecido como "Ato Médico do Executivo", visa alterar a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 765/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Altera a lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 776/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Altera a lei n.º 3.999, de 15 de dezembro de 1961, para instituir o piso salarial profissional nacional dos médicos e cirurgiões-dentistas.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 490/2015	**Outros**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa estender a isenção do imposto de renda dos médicos residentes aos residentes-multiprofissionais das outras áreas da saúde.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 118/2015	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 3052/2011	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Estende a todas as universidades brasileiras, públicas ou privadas, a condição de revalidar diplomas estrangeiros.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 3845/2012	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7841/2014	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a revalidação e o reconhecimento de diplomas de graduação, mestrado e doutorado expedidos por instituições de ensino superior estrangeiras.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 650/2007	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Estabelece a realização de exame de admissão para o exercício profissional da Medicina.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 999/2007	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Estabelece a realização de exame de admissão para o exercício profissional da Medicina.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4265/2012	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Estabelece a realização de exame de admissão para o exercício profissional da Medicina.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 8285/2012	**Educação**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Estabelece a realização de exame de admissão para o exercício profissional da Medicina.		

MÉDICOS VETERINÁRIOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Médico Veterinário	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Leis que regulam o exercício da profissão: Lei nº 5.517, De 23 de Outubro de 1968 e Decreto Nº 64.704, De 17 de Junho de 1969.

Lei do Conselho de Fiscalização Profissional nº 5.517, De 23 de Outubro de 1968

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

Atribuições privativas:

I. a prática da clínica em todas as suas modalidades;
II. a direção dos hospitais para animais;
III. a assistência técnica e sanitária aos animais sob qualquer forma;
IV. o planejamento e a execução da defesa sanitária animal;
V. a direção técnica sanitária dos estabelecimentos industriais e, sempre que possível, dos comerciais ou de finalidades recreativas, desportivas ou de proteção onde estejam, permanentemente, em exposição, em serviço ou para qualquer outro fim animais ou produtos de sua origem;
VI. a inspeção e a fiscalização sob o ponto-de-vista sanitário, higiênico e tecnológico dos matadouros, frigoríficos, fábricas de conservas de carne e de pes-

cado, fábricas de banha e gorduras em que se empregam produtos de origem animal, usinas e fábricas de lacticínios, entrepostos de carne, leite peixe, ovos, mel, cera e demais derivados da indústria pecuária e, de um modo geral, quando possível, de todos os produtos de origem animal nos locais de produção, manipulação, armazenagem e comercialização;

VII. a peritagem sobre animais, identificação, defeitos, vícios, doenças, acidentes, e exames técnicos em questões judiciais;

VIII. as perícias, os exames e as pesquisas reveladores de fraudes ou operação dolosa nos animais inscritos nas competições desportivas ou nas exposições pecuárias;

IX. o ensino, a direção, o controle e a orientação dos serviços de inseminação artificial;

X. a regência de cadeiras ou disciplinas especificamente médico-veterinárias, bem como a direção das respectivas seções e laboratórios;

XI. a direção e a fiscalização do ensino da medicina-veterinária, bem, como do ensino agrícola-médio, nos estabelecimentos em que a natureza dos trabalhos tenha por objetivo exclusivo a indústria animal;

Atribuições não privativas:

I. as pesquisas, o planejamento, a direção técnica, o fomento, a orientação e a execução dos trabalhos de qualquer natureza relativos à produção animal e às indústrias derivadas, inclusive as de caça e pesca;

II. o estudo e a aplicação de medidas de saúde pública no tocante às doenças de animais transmissíveis ao homem;

III. a avaliação e peritagem relativas aos animais para fins administrativos de crédito e de seguro;

IV. a padronização e a classificação dos produtos de origem animal;

V. a responsabilidade pelas fórmulas e preparação de rações para animais e a sua fiscalização;

VI. a participação nos exames dos animais para efeito de inscrição nas Sociedades de Registros Genealógicos;

VII. os exames periciais tecnológicos e sanitários dos subprodutos da indústria animal;

VIII. as pesquisas e trabalhos ligados à biologia geral, à zoologia, à zootecnia bem como à bromatologia animal em especial;

IX. a defesa da fauna, especialmente o contrôle da exploração das espécies animais silvestres, bem como dos seus produtos;

X. os estudos e a organização de trabalhos sôbre economia e estatística ligados à profissão;

XI. a organização da educação rural relativa à pecuária.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 10% da carga total do curso;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Medicina Veterinária oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Nutrição ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4265/2008	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Visa mudar a composição dos Conselhos Federais e Regionais de Medicina Veterinária, os períodos de mandato e a forma de eleição interna ao Conselho.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5492/2001	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Julho/2009**
Ementa	Dispõe sobre a jornada de Médico, Médico de Saúde Pública, Médico do Trabalho e Médico Veterinário da Administração Pública Federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais, condicionando a opção pelo exercício de atividade em quarenta horas semanais aos interesses da Administração Pública.		

NUTRICIONISTA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Nutricionista	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Lei de Exercício nº 8.234, De 17 De Setembro De 1991.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício nº 6.583, DE 20 de Outubro de 1978.

Atribuições segundo a Lei que regula o exercício da profissão:

Atribuições privativas:

I. direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;
II. planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
III. planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
IV. ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
V. ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
VI. auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética;
VII. assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;

VIII. assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Atribuições não privativas:

I. elaboração de informes técnico-científicos;
II. gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos alimentícios;
III. assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
IV. controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
V. atuação em marketing na área de alimentação e nutrição;
VI. estudos e trabalhos experimentais em alimentação e nutrição;
VII. prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta;
VIII. solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;
IX. participação em inspeções sanitárias relativas a alimentos;
X. análises relativas ao processamento de produtos alimentícios industrializados;
XI. participação em projetos de equipamentos e utensílios na área de alimentação e nutrição.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;
II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3200 horas;
III. Cumprir Atividades Complementares;
IV. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% da carga total do curso;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Nutrição oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;

IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Nutrição ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 6819/2010	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Maio/2014**
Ementa	Fixa a jornada de trabalho dos profissionais nutricionista em 30 horas semanais; e dá outras providências		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5495/2013	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Maio/2014**
Ementa	Fixa a jornada de trabalho dos profissionais nutricionista em 30 horas semanais.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5854/2009	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Maio/2014**
Ementa	Garante ao nutricionista adicional de insalubridade de 40% (quarenta por cento) sobre o salário mínimo profissional e fixa a jornada de trabalho em no máximo trinta horas semanais.		

PSICÓLOGOS

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Psicólogos e Psicanalistas	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado/Licenciatura	

Leis e Decretos que regulamentam o exercício da profissão: Lei nº 4.119, De 27 de Agosto de 1962 e Decreto Nº 53.464, de 21 de Janeiro de 1964.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional: Lei nº 5.766/71

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício da profissão:

I. Métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:
   a. diagnóstico psicológico;
   b. orientação e seleção profissional;
   c. orientação psicopedagógica;
   d. solução de problemas de ajustamento.

II. Colaborar em assuntos psicológicos ligados a outras ciências

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo;

II. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4000 horas na modalidade bacharelado;
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4800 horas na modalidade licenciatura;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% da carga total do curso;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Psicologia oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Psicologia ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 1015/2015	**Trabalho/Educação**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Altera a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que "Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo", para fixar o piso salarial da categoria.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 818/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de psicologia nas unidades hospitalares e dá outras providências.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 769/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Altera a Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962, que "dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo" para dispor sobre a jornada semana de trabalho do psicólogo.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 769/2015	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Altera a Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962, que "dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo" para dispor sobre a jornada semana de trabalho do psicólogo.		

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnico em Radiologia	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Leis e Decretos que regulamentam o exercício da profissão: nº 7.394, De 29 de Outubro de 1985 e Decreto Nº 92.790, De 17 de Junho de 1986.

Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional nº 7.394, De 29 de Outubro de 1985.

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Executar técnicas radiológicas, no setor de diagnóstico;
II. Executar técnicas radioterápicas, no setor de terapia;
III. Executar técnicas radioisotópicas, no setor de radioisótopos;
IV. Executar técnicas no setor industrial;
V. Executar técnicas de medicina nuclear.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;
II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Técnico em Radiologia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais.
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia ao qual deseja estar filiado.

PROJETOS EM TRAMITAÇÃO NO CONGRESSO:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 3661/2012	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o exercício das profissões de Técnico e Tecnólogo em Radiologia e de Bacharel em Ciências Radiológicas		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5863/2001	**Exercício/Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Inclui entre as atividades do Técnico em Radiologia, a ressonância magnética e o controle radiológico de bagagens; fixa a jornada de trabalho em 24 (vinte e quatro) horas semanais e as férias em 20 (vinte) dias por semestre.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7025/2010	**Trabalho**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a jornada de trabalho do técnico em radiologia, autorizando jornada de trabalho superior ao limite estabelecido se houver acúmulo com outra função, desde que esta não implique o exercício de atividade considerada insalubre ou perigosa,		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4111/2008	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Visa estender aos professores de radiologia e aos enfermeiros que trabalhem diretamente com raios-x a jornada reduzida e o adicional de risco e insalubridade concedidos aos técnicos de radiologia.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7602/2006	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Concede férias de 20 (vinte) dias consecutivos por semestre de atividade profissional e aposentadoria especial aos profissionais expostos à radiação.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7065/2006	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Fevereiro/2015**
Ementa	Dispõe sobre a proteção aos trabalhadores ocupacionalmente expostos à radiação, regulamenta o art. 12 da Convenção 115 da Organização Internacional do Trabalho e dá outras providências.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5170/2005	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Aumentando o salário mínimo profissional do Técnico em Radiologia para quatro salários mínimos.		

TÉCNICO DE PRÓTESE DENTÁRIA

A Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Auxiliar de Prótese Dentária	
Lei de Exercício Profissional	X	
Conselho de Fiscalização de Exercício	X	
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Normas que regulamentam o exercício da profissão: Lei nº 6.710, de 05 de novembro de 1979; Decreto 87.689, de 11 de outubro de 1982; e Resolução CFO 63/2005.

Os Técnicos em Prótese Dentária estão obrigados a se registrar nos Conselhos Regionais de Odontologia de cuja jurisdição exerça suas atividades.

Atribuições segundo as normas que regulam o exercício (sob supervisão do dentista):

I. Executar a parte mecânica dos trabalhos odontológicos;
II. Ser responsável, perante o serviço de fiscalização respectivo, pelo cumprimento das disposições legais que regem a matéria;
III. Ser responsável pelo treinamento de auxiliares e serventes do laboratório de prótese odontológica.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

III. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;

IV. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

V. Possuir diploma obtido em curso de Técnico em Radiologia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
VI. Apresentação de documentos pessoais.
VII. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.
VIII. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Técnicos em Radiologia ao qual deseja estar filiado

Ocupações não reguladas e seus projetos de lei

CABELEIREIRO; BARBEIRO, AUXILIAR DE CABELEIREIRO, MANICURO, PEDICURE E MAQUIADOR.

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

V. Curso com carga horária mínima de 800 horas;

VI. Escolaridade mínima: Ensino Fundamental Incompleto;

VII. 1 (um) ano de experiência.

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4771/2009	**Exercício**	**Em Tramitação**	**fevereiro/2015**
Ementa	Regulamenta a atividade de cabeleireiro profissional autônomo e atividades como barbeiro, auxiliar de cabeleireiro, manicure, pedicure, esteticista, maquiador e depilador.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 6116/2009	**Exercício**	**Em Tramitação**	**fevereiro/2015**
Ementa	Dispõe sobre o exercício da profissão de cabeleireiro.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 4111/2004	**Exercício**	**Em Tramitação**	**fevereiro/2015**
Ementa	Dispõe sobre a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Cabeleireiros e Barbeiros.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5230/2013	**Exercício**	**Em Tramitação**	**maio/2015**
Ementa	Acrescenta dispositivos à Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2.012, para dispor sobre a regulamentação e base de tributação do "salão-parceiro" e do "profissional-parceiro".		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 1260/2015	**Exercício**	**Em Tramitação**	**abril/2015**
Ementa	Dispõe sobre a regulamentação da profissão de cabeleireiro e maquiador.		

ESTETICISTA; TÉCNICO EM ESTÉTICA, TERAPEUTA ESTETICISTA (TECNÓLOGO EM ESTÉTICA)

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Esteticista	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Tecnólogo	
Nível de Formação	Tecnológico	

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 2400 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 998/2003	**Exercício**	**Em Tramitação**	**setembro/2014**
Ementa	Dispõe sobre a Regulamentação da profissão de Esteticista.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 7933/2014	**Exercício**	**Em Tramitação**	**setembro/2014**
Ementa	Dispõem sobre a regulamentação da profissão de esteticista, técnico em estética, terapeuta esteticista (tecnólogo em estética) e dermo-esteticista (Bacharel em Estética) e da outras providências.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 959/2003	**Exercício**	**Em Tramitação**	**setembro/2014**
Ementa	Dispõe sobre a regulamentação das profissões de Técnico de Estética e de Terapeuta Esteticista.		

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5230/2013	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Acrescenta dispositivos à Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2.012, para dispor sobre a regulamentação e base de tributação do "salão-parceiro" e do "profissional-parceiro".		

INSTRUMENTADOR CIRÚRGICO

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Instrumentador Cirúrgico	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Formação completa em curso de Técnico em Enfermagem (1200h)
II. Curso com carga horária mínima de 80 horas;
III. Escolaridade mínima: Ensino Médio Incompleto;

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 642/2007 – PLC 75/2014	**Exercício**	**Em Tramitação**	**março/2015**
Ementa	Dispõe sobre a Regulamentação da profissão de Instrumentador Cirúrgico.		

PARTEIRA TRADICIONAL

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Parteira Leiga	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC		X
Grau Acadêmico		
Nível de Formação		

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 359/2015	Exercício	Em Tramitação	março/2015
Ementa	Regulamenta a atividade de parteira tradicional.		

PERFUSIONISTA

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Perfusionista	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Pós-Graduado	

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1500 horas;
II. Escolaridade mínima: Ensino Superior Completo;
III. Formação completa em curso de Enfermagem ou Fisioterapia ou Biomedicina.

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 1587/2007	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Junho/2012**
Ementa	Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Perfusão Cardiocirculatória e Respiratória.		

PODÓLOGOS

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Podólogo	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Tecnológico	
Nível de Formação	Tecnólogo	

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 6042/2005	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Dispõe sobre o exercício da profissão de Podólogo e dá outras providências.		

QUIROPRAXISTA OU QUIROPRÁTICO

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Quiropraxista	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Superior	
Nível de Formação	Bacharelado	

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 4050 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 114/2015	**Exercício**	**Em Tramitação**	**Março/2015**
Ementa	Regulamenta o exercício da profissão de Quiropraxista.		

TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Profissão/Ocupação:	Sim	Não
Classificação CBO	Técnico em Nutrição e Dietética	
Lei de Exercício Profissional		X
Conselho de Fiscalização de Exercício		X
Curso Reconhecido pelo MEC	X	
Grau Acadêmico	Técnico	
Nível de Formação	Técnico Profissional	

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Curso com carga horária mínima de 1200 horas;

II. Escolaridade mínima: Ensino Médio Completo;

Projetos de lei em tramitação:

Projeto	Categoria	Status	Ultima Movimentação
PL 5056/2013	**Exercício**	**Em Tramitação**	**fevereiro/2015**
Ementa	Dispõe sobre a profissão de Técnico em Nutrição e Dietética, regulamenta o seu exercício e dá outras providências.		

8º documento - Descrição, requisitos educacionais e taxonomia das profissões e ocupações de saúde segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

Este documento tem por objetivo apresentar as profissões e ocupações de saúde que estão listadas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Através da CBO é possível identificar um conjunto de ocupações e famílias ocupacionais de nível superior, técnico, elementar e gerencial que estão diretamente associadas com a prestação de serviços de saúde. Esta identificação foi feita após a análise taxonômica e da natureza do trabalho, dos níveis e tipos de qualificação exigidos e ou das habilidades requeridas para o exercício. A ocupação, registrada por um código de seis dígitos, é o menor nível de desagregação da CBO, ao passo que a família ocupacional, a quatro dígitos, reúne um conjunto de ocupações com estreito parentesco. Na maioria dos casos, ocupações de saúde compõem a totalidade de uma família ocupacional. Em outros casos, porém, algumas ocupações integram famílias que não podem ser consideradas da saúde em sua totalidade. Este exercício é interessante, na medida em que é possível identificar aquelas profissões e ocupações reguladas na área da saúde, mas também aqueles que não são reguladas que sequer possuem demandas de regulação profissional e aquelas que possuem demandas.

Médicos

LEI Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013

Descrição:

O profissional que atua como médico tem como objetivo a saúde do ser humano e, para isso, realiza consultas, tratamentos e atendimentos médicos, geralmente como autônomo, sem supervisão e com horários irregulares (exceto a profissionais do Programa de Estratégia de Saúde da Família, que cumprem carga horária semanal prevista em Portaria específica). Tem como formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Eles atuam também na implementação de ações para prevenção de doenças, na promoção da saúde individual e coletiva e na coordenação de programas e serviços em saúde. Além disso, eles também efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas, elaboram documentos e difundem conhecimentos da área médica.

Requisitos Mínimos:

Essas ocupações são exercidas por profissionais com formação superior em Medicina em curso com carga horária mínima de 7.200 horas[2], credenciados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2251 - Médicos clínicos
    - 2251-03 - Médico infectologista
    - 2251-05 - Médico acupunturista
    - 2251-06 - Médico legista
    - 2251-09 - Médico nefrologista
    - 2251-10 - Médico alergista e imunologista
    - 2251-12 - Médico neurologista
    - 2251-15 - Médico angiologista
    - 2251-18 - Médico nutrologista
    - 2251-20 - Médico cardiologista
    - 2251-21 - Médico oncologista clínico
    - 2251-22 - Médico cancerologista pediátrico

    - 2251-24 - Médico pediatra
    - 2251-25 - Médico clínico
    - 2251-27 - Médico pneumologista
    - 2251-30 - Médico de família e comunidade
    - 2251-33 - Médico psiquiatra
    - 2251-35 - Médico dermatologista
    - 2251-36 - Médico reumatologista
    - 2251-39 - Médico sanitarista
    - 2251-40 - Médico do trabalho
    - 2251-42 - Médico da estratégia de saúde da família
    - 2251-45 - Médico em medicina de tráfego
    - 2251-48 - Médico anatomopatologista
    - 2251-50 - Médico em medicina intensiva
    - 2251-51 - Médico anestesiologista
    - 2251-54 - Médico antroposófico
    - 2251-55 - Médico endocrinologista e metabologista
    - 2251-60 - Médico fisiatra
    - 2251-65 - Médico gastroenterologista
    - 2251-70 - Médico generalista
    - 2251-75 - Médico geneticista
    - 2251-80 - Médico geriatra
    - 2251-85 - Médico hematologista
    - 2251-95 - Médico homeopata

- 2252 - Médicos em especialidades cirúrgicas
    - 2252-03 - Médico em cirurgia vascular
    - 2252-10 - Médico cirurgião cardiovascular
    - 2252-15 - Médico cirurgião de cabeça e pescoço
    - 2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo
    - 2252-25 - Médico cirurgião geral
    - 2252-30 - Médico cirurgião pediátrico
    - 2252-35 - Médico cirurgião plástico
    - 2252-40 - Médico cirurgião torácico
    - 2252-50 - Médico ginecologista e obstetra
    - 2252-55 - Médico mastologista
    - 2252-60 - Médico neurocirurgião
    - 2252-65 - Médico oftalmologista
    - 2252-70 - Médico ortopedista e traumatologista
    - 2252-75 - Médico otorrinolaringologista
    - 2252-80 - Médico coloproctologista
    - 2252-85 - Médico urologista
    - 2252-90 - Médico cancerologista cirúrgico
    - 2252-95 - Médico cirurgião da mão

- 2253 - Médicos em medicina diagnóstica e terapêutica
    - 2253-05 - Médico citopatologista
    - 2253-10 - Médico em endoscopia
    - 2253-15 - Médico em medicina nuclear
    - 2253-20 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
    - 2253-25 - Médico patologista
    - 2253-30 - Médico radioterapeuta
    - 2253-35 - Médico patologista clínico / medicina laboratorial
    - 2253-40 - Médico hemoterapeuta
    - 2253-45 - Médico hiperbarista
    - 2253-50 - Médico neurofisiologista clínico

Enfermeiros

LEI N^{o} 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986

Descrição:

Os enfermeiros atuam prestando assistência ao paciente em clínicas, hospitais, ambulatórios, postos de saúde, em domicílio, entre outros, realizando consultas e procedimentos específicos e prescrevendo cuidados, intervindo sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, capacitado a atuar como promotor da saúde integral do ser humano. Eles também coordenam e auditam serviços de enfermagem, implementam ações para promover a saúde, podendo também realizar pesquisas. Trabalham em equipe com revezamento de turnos, com exceção dos que atuam na Estratégia de Saúde da Família, que trabalham somente em horário diurno e com carga horária determinada em portaria específica.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício dessas ocupações deve-se possuir curso superior de Enfermagem em curso com carga horária mínima de 4.000 horas[3] e registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2235 - Enfermeiros e afins
    - 2235-05 - Enfermeiro
    - 2235-10 - Enfermeiro Auditor
    - 2235-15 - Enfermeiro de Bordo
    - 2235-20 - Enfermeiro de Centro Cirúrgico
    - 2235-25 - Enfermeiro de terapia intensiva
    - 2235-30 - Enfermeiro do trabalho
    - 2235-35 - Enfermeiro nefrologista
    - 2235-40 - Enfermeiro neonatologista
    - 2235-45 - Enfermeiro obstétrico
    - 2235-50 - Enfermeiro psiquiátrico
    - 2235-55 - Enfermeiro puericultor e pediátrico
    - 2235-60 - Enfermeiro sanitarista
    - 2235-65 - Enfermeiro da estratégia de saúde da família
    - 2235-70 - Perfusionista

Cirurgiões dentistas

LEI N^{o} 5.081, DE 24 DE AGOSTO DE 1966

Descrição:

O cirurgião dentista atende e orienta pacientes e realiza procedimentos odontológicos, além de promover e realizar a prevenção à saúde e ações de saúde coletiva, estabelecendo diagnóstico e prognóstico. Também podem realizar pesquisas. Sua atuação pode ser nas áreas de odontologia legal e saúde coletiva, dentística, prótese e prótese maxilofacial, odontopediatria e ortodontia, radiologia, patologia, estomatologia, periodontia, traumatologia bucomaxilofacial e implantologia, sendo capacitado ao exercício de tais atividades referentes a saúde bucal da sociedade .

Requisitos Mínimos:

Para o exercício da profissão deve-se ter formação em odontologia em curso com carga horária mínima de 4.000 horas[2] e registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e atualização constante.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2232 - Cirurgiões-dentistas
    - 2232-04 - Cirurgião dentista - auditor
    - 2232-08 - Cirurgião dentista - clínico geral
    - 2232-12 - Cirurgião dentista - endodontista
    - 2232-16 - Cirurgião dentista - epidemiologista
    - 2232-20 - Cirurgião dentista - estomatologista
    - 2232-24 - Cirurgião dentista - implantodontista
    - 2232-28 - Cirurgião dentista - odontogeriatra
    - 2232-32 - Cirurgião dentista - odontologista legal
    - 2232-36 - Cirurgião dentista - odontopediatra
    - 2232-40 - Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
    - 2232-44 - Cirurgião dentista - patologista bucal
    - 2232-48 - Cirurgião dentista - periodontista
    - 2232-52 - Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
    - 2232-56 - Cirurgião dentista - protesista
    - 2232-60 - Cirurgião dentista - radiologista
    - 2232-64 - Cirurgião dentista - reabilitador oral

- 2232-68 - Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
- 2232-72 - Cirurgião dentista de saúde coletiva
- 2232-76 - Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
- 2232-80 - Cirurgião dentista - dentística
- 2232-84 - Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
- 2232-88 - Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
- 2232-93 - Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família

Farmacêuticos

LEI Nº 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014

Descrição:

O farmacêutico atua na realização de análises clínicas, biológicas, microbiológicas, fisio-oquímicas, toxicológicas e bromatológicas e na realização de tarefas de desenvolvimento, produção e distribuição de produtos farmacêuticos, tais como medicamentos, cosméticos e alimentos especiais. Além disso, esses profissionais atuam na fiscalização - tanto de estabelecimentos, quanto de produtos, serviços e atividades profissionais - na orientação sobre produtos e seu correto uso, prestando serviços farmacêuticos, podendo também elaborar, coordenar e implementar políticas de medicamentos e realizar pesquisas sobre os efeitos de medicamentos e/ou outras substâncias sobre o corpo humano e animal.

Requisitos Mínimos:

Essas ocupações requerem curso superior em Farmácia Bioquímica em curso com carga horária mínima de 4.000 horas[3] e registro no Conselho Regional de Farmácia. Atualmente a formação é única, substituindo as duas formações anteriores: a de farmácia e a de bioquímica.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2234 - Farmacêuticos
    - 2234-05 - Farmacêutico
    - 2234-15 - Farmacêutico analista clínico
    - 2234-20 - Farmacêutico de alimentos
    - 2234-25 - Farmacêutico práticas integrativas e complementares
    - 2234-30 - Farmacêutico em saúde pública
    - 2234-35 - Farmacêutico industrial
    - 2234-40 - Farmacêutico toxicologista
    - 2234-45 - Farmacêutico hospitalar e clínico

Veterinários

LEI N^{o} 5.517, DE 23 DE OUTUBRO DE 1968

Descrição:

O veterinário atua na prática clínica médica veterinária, contribuindo para a saúde e o bem estar do animal e nas áreas comerciais de agropecuária, biotecnologia e de preservação ambiental, elaborando laudos, atestados e pareceres. Além disso, os veterinários podem atuar na fomentação da produção animal, no desenvolvimento de atividades de pesquisa e extensão e na promoção de saúde pública, da defesa do consumidor e sanitária animal, assim como nas produções industriais e tecnológicas e na assessoria da elaboração de legislação pertinente.

Requisitos Mínimos:

Estas ocupações devem ser exercidas por profissionais com escolaridade de ensino superior completo em medicina veterinária em curso com carga horária mínima de 4.000 horas[2] e registro no Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2233 - Veterinários e zootecnistas
    - **2233-05 - Médico veterinário**
    - 2233-10 - Zootecnista

Psicólogos

LEI Nº 4.119, DE 27 DE AGOSTO DE 1962

Descrição:

Os psicólogos atuam estudando, pesquisando e avaliando o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais das pessoas, tanto como pessoas individuais, quanto como agrupamento social, tendo como finalidade sua análise, tratamento e orientação. A partir de um acompanhamento, esses profissionais podem diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais, assim como de adaptação social, investigando fatores inconscientes do comportamento e tornando-os visíveis, permitindo ao paciente vivenciar um processo de tratamento e até cura. Além disso, o psicólogo pode desenvolver pesquisas experimentais, teóricas e clínicas, coordenando equipes e atividades de área, podendo atuar em sua profissão de modo autônomo ou não e com ou sem supervisão.

Requisitos Mínimos:

É exigido o nível superior completo com carga horária mínima de 4.000 horas[2] no curso de Psicologia e registro no Conselho Regional de Psicologia (CRP). Os cursos de qualificação também variam de cursos básicos de duzentas a quatrocentas horas/aula, como no caso do psicólogo hospitalar, mais de quatrocentas horas/aula para os psicólogos jurídicos, psicanalistas e neuropsicólogos, até cursos de especialização para os psicólogos clínicos e sociais. A formação desses profissionais é um conjunto de atividades desenvolvidas por eles, mas os procedimentos são diferentes quanto a aspectos formais relacionados às instituições que os formam.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2515 - Psicólogos e psicanalistas
    - 2515-05 - Psicólogo educacional
    - 2515-10 - Psicólogo clínico
    - 2515-15 - Psicólogo do esporte
    - 2515-20 - Psicólogo hospitalar
    - 2515-25 - Psicólogo jurídico
    - 2515-30 - Psicólogo social
    - 2515-35 - Psicólogo do trânsito
    - 2515-40 - Psicólogo do trabalho
    - 2515-45 - Neuropsicólogo
    - 2515-50 - Psicanalista
    - 2515-55 - Psicólogo acupunturista

Assistentes Sociais

LEI Nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993

Descrição:

Os assistentes sociais são preparados para atuar nas expressões da questão social, implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento. Atua nas políticas públicas e nas organizações da sociedade civil. Atuam em equipes, sob supervisão ocasional, orientando indivíduos, famílias, comunidades e instituições a respeito de seus direitos e deveres, serviços e recursos sociais e programas de educação. Além disso, eles planejam, coordenam e avaliam planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional, tanto na esfera pública, quanto na privada. Desempenham, também, tarefas administrativas, articulam recursos disponíveis e orientam e monitoram ações em desenvolvimento relacionados à economia doméstica, desenvolvimento humano, economia familiar, educação do consumidor, alimentação, saúde e etc.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessas ocupações requer curso superior em serviço social com carga horária mínima de 3.000 horas[2] e registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRSS).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2516 - Assistentes sociais e economistas domésticos
    - **2516-05 - Assistente social**
    - 2516-10 - Economista doméstico

Biólogos

LEI Nº 6.684, DE 3 DE SETEMBRO DE 1979

Descrição:

Os biólogos podem atuar com a fixação da ISO 1400 nas empresas, estudam seres vivos, atuam em hospitais, laboratórios, estações de cultivo, biotérios, jardins zoológicos e botânicos, parques e reservas naturais, criadouros. Além disso, desenvolvem pesquisas na área de biologia, biologia molecular, biotecnologia, biologia ambiental e epidemiologia e inventariam biodiversidade. Muitos biólogos exercem suas atividades em ambientes acadêmicos e institutos de pesquisas, podendo ser classificados como pesquisadores e professores. Podem trabalhar também com consultoria e assessoria.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessa profissão requer curso superior em Ciências Biológicas com carga horária mínima de 3.200 horas[3] e registro no Conselho Regional de Biologia (CRB).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2211 - Biólogos e afins
    - 2211-05 - Biólogo

Nutricionistas

LEI N^{o} 8.234, DE 17 DE SETEMBRO DE 1991.

Descrição:

O nutricionista presta assistência principalmente no ramo da segurança alimentar e na atenção dietética. Colabora com pessoas em boas ou más condições de saúde, autando na manutençãp e recuperação da saúde, estudando, organizando, avaliando processos de alimentação e nutrição e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais. Elaboram programas de educação nutricional, podendo estruturar e gerenciar serviços de atendimento ao consumidor no setor das indústrias alimentícias, além de lecionar cursos. O profissional pode atuar em áreas como creches, escolas, hotéis, restaurantes comerciais e industriais (atuando com alimentação coletiva); ambiente hospitalar, indústria de alimentos, setor de saúde pública e atendimento ao consumidor. Uma tendência que está entrando em ação é a nutrição animal.

Requisitos Mínimos:

Para ingressar nessas ocupações é necessário que o trabalhador tenha curso superior em nutrição em curso com carga horária mínima de 3.200 horas[3] e registro no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2237 - Nutricionistas
    - 2237-05 - Dietista
    - **2237-10 - Nutricionista**

Fisioterapeutas

DECRETO-LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969

Descrição:

O fisioterapeuta atua tendo como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas e potencialidades. Para isso, ele atua atendendo e avaliando as condições físicas de seus clientes, utilizando protocolos específicos da fisioterapia e suas especialidades e aplicando nesses técnicas fisioterapêuticas para prevenção, readaptação e recuperação. O fisioterapeuta atua também na área de educação em saúde através de palestras, distribuindo materiais educativos e orientações para melhor qualidade de vida das pessoas, assim como desenvolvendo e implementando programas de prevenção em saúde geral e do trabalho. Além disso, o profissional atual gerenciando serviços de saúde, orientando e supervisionando recursos humanos, exercendo atividades técnico-científicas por meio da realização de pesquisas, trabalhos específicos, organização e participação em eventos científicos.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício dessas ocupações é exigido curso superior na área de fisioterapia em curso com carga horária mínima de 4.000 horas[3], com registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2236 - Fisioterapeutas
    - 2236-05 - Fisioterapeuta geral
    - 2236-25 - Fisioterapeuta respiratória
    - 2236-30 - Fisioterapeuta neurofuncional
    - 2236-35 - Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional
    - 2236-40 - Fisioterapeuta osteopata
    - 2236-45 - Fisioterapeuta quiropraxista
    - 2236-50 - Fisioterapeuta acupunturista
    - 2236-55 - Fisioterapeuta esportivo
    - 2236-60 - Fisioterapeuta do trabalho

Fonoaudiólogos

LEI Nº 6.965, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1981.

Descrição:

O fonoaudiólogo atua no atendimento de pacientes e clientes visando a prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas, por meio de protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia. O profissional atua efetuando avaliações e diagnósticos fonoaudiólogos e orientando-os. O profissional atua também no desenvolvimento de programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida, exercendo atividades administrativas, de ensino e pesquisa e na administração de recursos humanos, materiais e financeiros. Tem como perfil a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício dessa ocupação é exigido curso superior na área de fonoaudiologia em curso com carga horária mínima de 3.200 horas[3], com registro no conselho profissional pertinente (CREFONO).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2238 - Fonoaudiólogos
    - 2238-10 - Fonoaudiólogo geral
    - 2238-15 - Fonoaudiólogo educacional
    - 2238-20 - Fonoaudiólogo em audiologia
    - 2238-25 - Fonoaudiólogo em disfagia
    - 2238-30 - Fonoaudiólogo em linguagem
    - 2238-35 - Fonoaudiólogo em motricidade orofacial
    - 2238-40 - Fonoaudiólogo em saúde coletiva
    - 2238-45 - Fonoaudiólogo em voz

Profissionais de Educação Física

LEI Nº 9.696, DE 1 DE SETEMBRO DE 1998.

Descrição:

O profissional de Educação Física atua principalmente em escolas e academias. Exerce suas atividades no desenvolvimento de atividades físicas e movimento humano, instruindo os indivíduos quanto a técnicas desportivas e nas regras pertinentes aos esportes. Atua também realizando projetos educacionais no campo dos exercícios físicos, na área da saúde e no desenvolvimento esportivo. Além disso, ele também pode atuar nos informes técnicos e científicos na área de atividades físicas e do desporto. A área de atuação é ampla, podendo ser em clinicas médicas e fisioterápicas, clubes, hotéis, órgãos da administração pública, academias e etc.

Requisitos Mínimos:

O exercício das ocupações da família requer formação superior em educação física em curso com carga horária mínima de 3.200 horas[3], com registro no Conselho Regional de Educação Física (CREF).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2241 - Profissionais da educação física
    - 2241-05 - Avaliador físico
    - 2241-10 - Ludomotricista
    - 2241-15 - Preparador de atleta
    - 2241-20 - Preparador físico
    - 2241-25 - Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol)
    - 2241-30 - Técnico de laboratório e fiscalização desportiva
    - 2241-35 - Treinador profissional de futebol

Terapeutas Ocupacionais

DECRETO-LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969

Descrição:

O terapeuta ocupacional conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional. Realiza intervenções e tratamento de pacientes utilizando procedimentos específicos de terapia ocupacional e ortóptica. Para tal, o profissional atua avaliando funções e atividades, analisando condições dos pacientes e clientes, realizando diagnósticos e atuando na orientação de pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis. O terapeuta ocupacional pode, ainda, atuar no desenvolvimento de programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício dessas ocupações é exigido curso superior em uma das áreas: terapia ocupacional (com carga horária mínima de 3.200 horas[3]), ortóptica e musicoterapia, com registros nos conselhos profissionais pertinentes (CREFITO). No caso específico da musicoterapia, podem atuar profissionais de outras áreas com especialização em musicoterapia.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2239 - Terapeutas ocupacionais e ortoptistas
    - **2239-05 - Terapeuta ocupacional**
    - 2239-10 - Ortoptista

Biomédicos

LEI Nº 6.684, DE 3 DE SETEMBRO DE 1979

Descrição:

O profissional que atua como biomédico é responsável por analisar amostras hematológicas, ambientais, moleculares e de materiais biológicos e bromatológicos, por meio de uma coleta e preparação de amostras e materiais. Visando o melhor resultado das análises finais para uma posterior liberação e emissão de laudos, o profissional seleciona equipamentos e insumos. Além disso, ele atua desenvolvendo pesquisas técnico-científicas, atua em bancos de sangue e de células tronco hematopoiéticas, opera equipamentos de diagnósticos por imagem e radioterapia, participa na produção de vacinas, biofármacos e reagentes e executa reprodução assistida e circulação extracorpórea. O biomédico pode, também, atuar na prestação de assessoria e consultoria técnico-científica.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício da função é necessário graduação em curso superior de Biomedicina com carga horária mínima de 3.200 horas[3] e registro no Conselho Regional de Biomedicina (CRBM).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2212 - Biomédicos
    - 2212-05 - Biomédico

Tecnólogo em Radiologia

CONTER Nº 2 DE 04.05.2012

Descrição:

Os tecnólogos em radiologia atuam realizando técnicas radiológicas para obter imagens em diagnóstico médico e imagens para radiologia industrial, podendo supervisionar as aplicações da radiação e coordenar equipes de Radiologia, realizar vistoria e parecer técnico em sua área de formação e realizar e supervisionar testes de controle de qualidade. Além disso, ele pode atuar gerenciando, implementando e executando programas de radioproteção, gerenciamento de resíduos em serviços de radiologia e realizando protocolos e procedimentos para aquisição de imagens em ressonância magnética e radiologia veterinária.Na radioterapia e Medicina Nuclear, o tecnólogo de radiologia pode aplicar a radiação ionizante como forma de tratamento.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessa ocupação requer Diploma de Graduação em Tecnologia em Radiologia com carga horária mínima de 2.400 horas[4] e registro no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTR).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3241 - Tecnólogos e técnicos em métodos de diagnósticos e terapêutica
  - 3241-05 - Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia
  - 3241-10 - Técnico em métodos gráficos em cardiologia
  - 3241-15 - Técnico em radiologia e imagenologia
  - **3241-20 - Tecnólogo em radiologia**
  - 3241-25 - Tecnólogo oftálmico

Tecnólogos em Gestão Hospitalar

RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 374 do Conselho Federal de Administração, de 12 de novembro de 2009.

Descrição:

Os tecnólogos em gestão hospitalar são os responsáveis pela gerência dos trabalhos e ações de saúde, gestão de pessoas e recursos financeiros e humanos, atuando na supervisão de contratos e convênios e na coordenação das interfaces com entidades sociais e profissionais. Além disso, são os responsáveis também por organizar os fluxos e informações de trabalho, por planejar as estratégias para as unidades de saúde, por gerenciar e desenvolver os programas para a melhor avaliação e ampliação das tecnologias em saúde e para realizar mecanismos para controle de compras e custos.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessa ocupação requer formação em curso superior de tecnologia em gestão hospitalar com carga horária mínima de 2.400 horas[4] e registro no Conselho Regional de Administração (CRA).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 1312 - Diretores e gerentes de operações em empresas e unidades de saúde e afins
    - 1312-05 - Diretor de serviços de saúde
    - 1312-10 - Gerente de serviços de saúde
    - **1312-15 - Tecnólogo em gestão hospitalar**
    - 1312-20 - Gerontólogo

Tecnólogos em Sistemas Biomédicos

Descrição:

Os tecnólogos em sistemas biomédicos são os responsáveis pelas manutenções, reparações, reformas e instalações de equipamentos garantindo o seu bom estado para o uso, podendo fazer parte de equipes de projeto e pesquisa relacionados à essa área. São responsáveis também pela análise de custos, taxas e investimentos em relação a novos equipamentos, além de treinar e coordenar equipes responsáveis pela manutenção e operação de equipamentos médicos, elaborando procedimentos e normas, assim como avaliações de funcionalidade e redução de risco dos mesmos.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessas ocupações requer formação em curso superior de tecnologia em sistemas biomédicos, com carga horária mínima de 2.400 horas[4].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 1427 - Gerentes de manutenção e afins
    - 1427-05 - Gerente de projetos e serviços de manutenção
    - **1427-10 - Tecnólogo em sistemas biomédicos**

Diretores e Gerentes de Serviços de Saúde

Lei nº 6794 de 19 de dezembro de 1994

Descrição:

Os diretores e gerentes de serviços de saúde atuam no planejamento, coordenação e avaliação de ações de saúde, administrando os recursos financeiros, gerenciando os recursos humanos, coordenando interfaces com entidades sociais e profissionais e estabelecendo estratégias para unidades de saúde.

Requisitos Mínimos:

Exige-se ensino superior completo somado à formação no curso técnico em gerência de saúde, com carga mínima exigida de 1.200 horas[4].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 1312 - Diretores e gerentes de operações em empresas e unidades de saúde e afins
    - **1312-05 - Diretor de serviços de saúde**
    - **1312-10 - Gerente de serviços de saúde**
    - 1312-15 - Tecnólogo em gestão hospitalar
    - 1312-20 - Gerontólogo

Osteopatas e Quiropraxistas

Lei nº 71/2013 2 de setembro

Portaria 207-B/2014 e 207-D/2014

Descrição:

Os osteopatas e quiropraxistas atuam no atendimento e tratamento de pacientes e clientes, realizando ajustes quiropráticos, aplicando nesses o chamado tratamento manipulativo osteopático (TMO) e estabelecendo diagnósticos osteopáticos e quiropráticos. Além disso, os osteopatas e quiropraxistas atuam dando orientações, elaborando programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida e exercendo atividades técnico-científicas por meio da realização de pesquisas, de trabalhos específicos e na organização e participação em eventos científicos. Trabalham com o diagnostico, tratamentos e prevenção de transtornos neuro músculo esqueléticos.

Requisitos mínimos:

Para atuar nessas ocupações é necessário que os profissionais sejam detentores da cédula profissional, que é emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Essa emissão precisa estar condicionada à titularidade de diploma correspondente. É reconhecida autonomia na categoria profissional da prática das terapêuticas não convencionais.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2261 - Osteopatas e quiropraxistas
    - 2261-05 - Quiropraxista
    - 2261-10 - Osteopata

Técnicos de Enfermagem

LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986

Descrição:

Os técnicos de enfermagem podem atuar tanto de forma autônoma, quanto em equipe, sendo supervisionados por profissionais com formação superior na área da saúde. Suas atividades são desempenhadas em clínicas, domicílios, hospitais e demais locais onde é oferecida assistência médica. Podem atuar em algumas áreas como cirurgia, terapia, obstetrícia, entre outras e prestam assistência a pacientes. Além disso, realizam a administração de medicamentos, cuidados com instrumentos cirúrgicos, fazem registros e relatórios e promovem a saúde.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessas ocupações requer formação em curso técnico em enfermagem, com carga horária mínima de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem
  - **3222-05 - Técnico de enfermagem**
  - **3222-10 - Técnico de enfermagem de terapia intensiva**
  - **3222-15 - Técnico de enfermagem do trabalho**
  - **3222-20 - Técnico de enfermagem psiquiátrica**
  - **3222-25 - Instrumentador cirúrgico**
  - 3222-35 - Auxiliar de enfermagem do trabalho
  - 3222-40 - Auxiliar de saúde (navegação marítima)
  - **3222-45 - Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família**
  - 3222-50 - Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família

Técnicos em Saúde Bucal

LEI Nº 11.889, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008

Descrição:

Os técnicos em saúde bucal atuam em programas de promoção, prevenção e tratamento na saúde bucal, trabalhando em clinicas, consultórios e estabelecimentos públicos de saúde. Trabalhando também com próteses dentárias, na administração de pessoas, materiais e finanças sob supervisão de cirurgiões dentistas.

Requisitos Mínimos:

O acesso a essas ocupações requer formação profissional técnica em nível médio específica: curso técnico em laboratório de prótese dentária, com formação de 1.200 horas[3], e técnico em saúde bucal, com formação de 1.200 horas[3] também, além de registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3224 - Técnicos de odontologia
    - **3224-05 - Técnico em saúde bucal**
    - 3224-10 - Protético dentário
    - 3224-15 - Auxiliar em saúde bucal
    - 3224-20 - Auxiliar de prótese dentária
    - **3224-25 - Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família**
    - 3224-30 - Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família

Protético Dentário e Auxiliar de Prótese Dentária

LEI N^{o} 6.710, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1979

Descrição:

(Vide Técnicos em Saúde Bucal)

Requisitos Mínimos:

(Vide Técnicos em Saúde Bucal)

Condições Gerais de Exercício:

Os técnicos em prótese dentária atuam em laboratórios privados, desenvolvendo o trabalho individualmente ou com auxílio de auxiliares de próteses dentárias, trabalhando em conjunto com o cirurgião dentista para restabelecer a capacidade mastigatória e estética (dentária ou facial) por meio de próteses.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3224 - Técnicos de odontologia
    - 3224-05 - Técnico em saúde bucal
    - **3224-10 - Protético dentário**
    - 3224-15 - Auxiliar em saúde bucal
    - 3224-20 - Auxiliar de prótese dentária
    - 3224-25 - Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família

3224-30 - Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família

Tecnólogos e Técnicos em Terapias Alternativas e Estéticas

PL 1297/2011

Descrição:

Os tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas trabalham, em sua maioria, como autônomos, atuando nos procedimentos terapêuticos manipulativos, energéticos e vibracionais para tratamentos de moléstias psico neuro funcionais, musculoesqueléticas e energéticas. Atuam também no tratamento de patologias e deformidades podais por meio da utilização de instrumentos perfurocortantes, medicamentos de uso tópico e órteses. Também fazem recomendações quanto a prática de exercícios e utilização de essências florais e fitoterápicos, buscando a recondução rumo ao equilíbrio energético, fisiológico e psicoorgânico.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessas ocupações requer curso técnico de nível médio na área de atuação. Para ser considerado tecnólogo é necessário a formação no curso superior de tecnologia em estética e cosmética, cuja carga mínima é de 2.400 horas[2].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3221 - Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas
    - 3221-05 - Técnico em acupuntura
    - 3221-10 - Podólogo
    - 3221-15 - Técnico em quiropraxia
    - 3221-20 - Massoterapeuta
    - 3221-25 - Terapeuta holístico
    - 3221-30 – Esteticista
    - 3221-35 - Doula

Técnicos em Óptica e Optometria

PL 369/2011

Descrição:

Os técnicos em óptica e optometria trabalham sem supervisão na confecção e na adaptação de lentes de contato e na montagem de óculos, além de realizarem exames optométricos e de aplicarem próteses oculares. Esses técnicos podem também atuar na venda de produtos e serviços ópticos e optométricos, atuando como responsáveis técnicos de centros de adaptação de lentes de contato e de laboratórios e estabelecimentos ópticos, assim como na gerência desses, podendo também emitir laudos e pareceres ópticos optométricos.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessas ocupações requer curso técnico em óptica, com carga horária de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3223 - Técnicos em óptica e optometria
    - 3223-05 - Técnico em óptica e optometria

Técnicos em Próteses Ortopédicas

Descrição:

Os técnicos em próteses ortopédicas atuam sem supervisão no desenvolvimento, na projeção, confecção, adaptação e reparo de órteses e próteses, após interpretação das especificações médicas, sendo essas órteses ou próteses aparelhos para correção ou apoio para pessoas lesionadas fisicamente. Além disso, esses técnicos atuam no acompanhamento do funcionamento desses materiais, prestando assistência técnica neles.

Requisitos Mínimos:

O exercício pleno das atividades dessa ocupação requer o ensino médio completo e a formação no curso técnico em órteses e próteses, com formação de 800 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3225 - Técnicos em próteses ortopédicas
    - 3225-05 - Técnico de ortopedia

Técnicos de Imobilização Ortopédica

PL 1681/1999

Descrição:

Os técnicos de imobilização ortopédica atuam sob supervisão médica e são responsáveis pela confecção e retirada de aparelhos ortopédicos, no auxilio aos médicos quanto a realização de trações e redução de mobilidade e no preparo do ambiente para pequenos procedimentos, tais como anestesias e suturas.

Requisitos Mínimos:

O exercício da ocupação requer ensino de nível médio, mais curso técnico em imobilizações ortopédicas, com carga horária mínima de 800 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3226 - Técnicos de imobilizações ortopédicas
    - 3226-05 - Técnico de imobilização ortopédica

Técnicos em Equipamentos Médicos e Odontológicos

Descrição:

(Vide Tecnólogo em Radiologia)

Requisitos Mínimos:

(Vide Tecnólogo em Radiologia)

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3241 - Tecnólogos e técnicos em métodos de diagnósticos e terapêutica
    - **3241-05 - Técnico em métodos eletrográficos em encefalografia**
    - **3241-10 - Técnico em métodos gráficos em cardiologia**
    - **3241-15 - Técnico em radiologia e imagenologia**
    - 3241-20 - Tecnólogo em radiologia
    - 3241-25 - Tecnólogo oftálmico

Técnicos e Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

Resolução nº 485 de 21/08/2008

Descrição:

Os técnicos e auxiliares técnicos em patologia clínica atuam com supervisão de profissionais (como bioquímicos) na coleta, recebimento e distribuição de material biológico de pacientes, preparando amostras do material biológico, realizando exames conforme o protocolo e operando equipamentos analíticos e de suporte. Além disso, eles atuam efetuando registros, orientando os pacientes, e na execução, checagem, calibragem e manutenção corretiva dos equipamentos.

Requisitos Mínimos:

Para a ocupação de técnico requer-se curso técnico em análises clínicas, com carga exigida de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3242 - Técnicos de laboratórios de saúde e bancos de sangue
    - 3242-05 - Técnico em patologia clínica
    - 3242-15 - Citotécnico
    - 3242-20 - Técnico em hemoterapia

Técnicos em Manipulação Farmacêutica

Descrição:

Os técnicos em manipulação farmacêutica atuam em equipe e sob supervisão direta do farmacêutico em farmácias de manipulação e na indústria de fabricação de produtos químicos, realizando operações farmacotécnicas, conferindo fórmulas, efetuando manutenção de rotina em equipamentos, em utensílios de laboratório e em rótulos das matérias primas. Além de atuarem também controlando o estoque, fazendo testes de qualidade de matérias primas, de equipamentos e de ambientes e documentando atividade e procedimentos da manipulação farmacêutica.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício dessas ocupações requer-se ensino médio e curso técnico em farmácia, com carga minima exigida de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3251 - Técnico em farmácia e em manipulação farmacêutica
    - 3251-05 - Auxiliar técnico em laboratório de farmácia
    - 3251-10 - Técnico em laboratório de farmácia
    - 3251-15 - Técnico em farmácia

Técnicos de Apoio à Biotecnologia

LEI Nº 11.105, DE 24 DE MARÇO DE 2005.

Descrição:

Os técnicos de apoio à biotecnologia atuam auxiliando profissionais com formação superior na área da saúde no desenvolvimento de culturas in vivo e in vitro, cultivando microrganismos e tecidos vivos. Realizam experimentos com DNA e providenciam materiais relacionados à biotecnologia conforme os protocolos. Analisam os diversos compostos biológicos e químicos e são permitidos criarem animais para realização de experimentos.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício dessas ocupações requer-se ensino médio e curso técnico em biotecnologia, com carga minima exigida de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3253 - Técnicos de apoio à biotecnologia
    - 3253-05 - Técnico em biotecnologia
    - 3253-10 - Técnico em imunobiológicos

Técnicos em Segurança no Trabalho

LEI Nº 7.410, DE 27 DE NOVEMBRO DE 1985.

Descrição:

Os técnicos em segurança do trabalho atuam, sob supervisão permanente, na elaboração e implementação de política de saúde e segurança no trabalho, realizando auditorias, acompanhamento, avaliações na área, identificando variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente e desenvolvendo ações educativas na área de saúde e segurança no trabalho. Além disso, participam de perícias e fiscalizações, integram processos de negociação, participam da adoção de tecnologias e processos de trabalho, investigam e analisam acidentes de trabalho, recomendam medidas de prevenção e de controle e gerenciam documentação de SST - Sistema de gestão de qualidade na área de Segurança e Saúde no Trabalho.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessa ocupação requer formação de nível médio e curso técnico de segurança no trabalho, com carga horária mínima de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 3516 - Técnicos em segurança do trabalho
    - 3516-05 - Técnico em segurança do trabalho
    - 3516-10 - Técnico em higiene ocupacional

Técnico em Manutenção de Equipamentos e Instrumentos Médico-hospitalares

Norma nº 33, de 2008 - Crea-RS

LEI Nº 5.194, DE 24 DE DEZEMBRO DE 1966.

Descrição:

O técnico em manutenção de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares trabalham em equipe sob supervisão ocasional de engenheiros realizando manutenção, instalação, testes e ensaios de equipamentos e instrumentos médico odonto hospitalares. Além de atuarem também na elaboração de documentação técnica, no treinamento da equipe técnica e de usuários e na prestação de atendimento a clientes.

Requisitos Mínimos:

O exercício profissional requer formação técnica em equipamentos biomédicos, com carga mínima horária exigida de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 9153 - Técnicos em manutenção e reparação de equipamentos biomédicos
    - 9153-05 - Técnico em manutenção de equipamentos e instrumentos médico-hospitalares

Auxiliares de Laboratório da Saúde

Resolução nº 485 de 21/08/2008

Descrição:

Os auxiliares de laboratórios da saúde trabalham sob constante supervisão de técnicos titulares especializados orientando e verificando o preparo do paciente para a coleta de material biológico, auxiliando os técnicos no preparo de vacinas, expedindo fórmulas, sob orientação e supervisão e preparando meios de cultura, estabilizantes e hemoderivados. Além disso, o auxiliar de laboratório de saúde organiza o trabalho, recuperando material, o lavando, secando, separando e embalando, atuando tanto em hospitais e laboratórios, quanto em farmácias, indústrias farmacêuticas, bancos de sangue e centros hematológicos.

Requisitos Mínimos:

O exercício dessas ocupações requer formação técnica em qualquer um desses cursos: técnico em análises químicas (com carga horária de 1.200 horas³), técnico em análises clínicas (com carga de 1.200 horas³), técnico em citopatologia (com carga de 1.200 horas³), técnico em hemoterapia (1.200 horas de carga horária³), técnico em imobilizações ortopédicas (que possui 800 horas de carga horária³) e técnico em radiologia (que possui 1.200 horas³ de carga mínima).

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 5152 - Auxiliares de laboratório da saúde
    - 5152-05 - Auxiliar de banco de sangue
    - 5152-10 - Auxiliar de farmácia de manipulação
    - 5152-15 - Auxiliar de laboratório de análises clínicas
    - 5152-20 - Auxiliar de laboratório de imunobiológicos
    - 5152-25 - Auxiliar de produção farmacêutica

Cuidadores de Idosos

PL 4702/2012

Descrição:

Os cuidadores de idosos atuam sob alguma supervisão a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, cuidando de idosos (como o próprio nome já fala por si só), zelando pelo bem estar, saúde, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. Esse trabalho pode ser exercido tanto nos domicílios, quanto em instituições cuidadoras.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício da ocupação é necessário ter formação em curso técnico de cuidador de idosos com uma carga mínima de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 5162 - Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos
    - 5162-05 - Babá
    - **5162-10 - Cuidador de idosos**
    - 5162-15 - Mãe social
    - 5162-20 - Cuidador em saúde

Ocupações de nível médio ou elementar

Agentes Comunitários de Saúde

DECRETO Nº 8.474, DE 22 DE JUNHO DE 2015

Descrição:

Os agentes comunitários de saúde trabalham em equipe nas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) sob supervisão permanente de profissionais com curso superior na área da saúde na promoção e prevenção da saúde, orientando e acompanhando famílias e grupos em seus domicílios e os encaminhando aos serviços de saúde. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde, consolidando e analisando as informações obtidas. Participa, com as equipes de saúde e a comunidade, da elaboração, implementação, avaliação e reprogramação do plano de ação local de saúde. Participa e mobiliza a população para as reuniões do conselho de saúde. Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais, sensibilizando a comunidade para a convivência. Promovem a integração entre a população atendida e os serviços de atenção básica à saúde.

Requisitos Mínimos:

O exercício profissional requer ensino fundamental, além de curso técnico em saúde comunitária (chamado no passado de técnico em agente comunitário de saúde), cuja carga horária exigida é de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 5151 - Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde
    - **5151-05 - Agente comunitário de saúde**
    - 5151-10 - Atendente de enfermagem
    - 5151-15 - Parteira leiga
    - 5151-20 - Visitador sanitário
    - 5151-25 - Agente indígena de saúde
    - 5151-30 - Agente indígena de saneamento
    - 5151-35 - Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)
    - 5151-40 - Agente de combate às endemias
    -

Agente de Combate às Endemias

DECRETO Nº 8.474, DE 22 DE JUNHO DE 2015

LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006
PORTARIA Nº 1.007, DE 4 DE MAIO DE 2010

Descrição:

O agente de combate às endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado[4.]

Requisitos Mínimos:

A lei nº 11350/06 estabelece que "O Agente de Combate às Endemias deverá haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e haver concluído o ensino fundamental".

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 5151 - Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde
    - 5151-05 - Agente comunitário de saúde
    - 5151-10 - Atendente de enfermagem
    - 5151-15 - Parteira leiga
    - 5151-20 - Visitador sanitário
    - 5151-25 - Agente indígena de saúde
    - 5151-30 - Agente indígena de saneamento
    - 5151-35 - Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)
    - **5151-40 - Agente de combate às endemias**

Recepcionistas de Consultório Médico ou Dentário

Descrição:

Os recepcionistas de consultório médico ou dentário recepcionam e prestam serviços de auxílio a partir de atendimentos telefônicos, fornecendo informações, marcando entrevistas e consultas e recebendo clientes ou visitantes, averiguando suas necessidades e os dirigindo ao local ou à pessoa procurada. Podendo até indicar e reservar acomodações e passagens, observando normas internas de segurança, conferindo documentos e idoneidade dos clientes e notificando seguranças sobre presenças estranhas, além de organizar informações e planejar o trabalho do cotidiano.Podem trabalhar com supervisão permanente.

A hotelaria tem se tornado muito importante tendendo a crescer a quantidade de empregados necessários na rede hoteleira

Requisitos Mínimos:

Embora a demanda por funcionários qualificados esteja aumentando, não é exigido nenhum curso específico para essa ocupação, tendo como requisito básico apenas o Ensino Médio completo. Algumas empresas realizam mini cursos e/ou orientações pertinentes ao cargo, e alguns contratantes podem até exigir uma qualificação técnica a fim de atender as exigências específicas desejadas.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 4221 - Recepcionistas
    - 4221-05 - Recepcionista, em geral
    - **4221-10 - Recepcionista de consultório médico ou dentário**
    - 4221-15 - Recepcionista de seguro saúde
    - 4221-20 - Recepcionista de hotel
    - 4221-25 - Recepcionista de banco
    - 4221-30 - Concierge

Recepcionistas de Seguro de Saúde

Descrição:

Vide (Recepcionistas de Consultório Médico ou Dentário)

Requisitos Mínimos:

Vide (Recepcionistas de Consultório Médico ou Dentário)

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 4221 - Recepcionistas
    - 4221-05 - Recepcionista, em geral
    - 4221-10 - Recepcionista de consultório médico ou dentário
    - **4221-15 - Recepcionista de seguro saúde**
    - 4221-20 - Recepcionista de hotel
    - 4221-25 - Recepcionista de banco
    - 4221-30 - Concierge

Atendente de Farmácia – Balconista

Descrição:

O atendente, conhecido também como balconista, de farmácia atua individualmente sob supervisão (permanente ou ocasional) na venda de mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha, além de promover a venda, demonstrando seu funcionamento, informando ao cliente sobre as vantagens de sua aquisição, expondo as mercadorias de forma atrativa e/ou distribuindo amostras. Sua atuação também pode ser feita no registro de entrada e saída de mercadorias, fazendo inventário de mercadorias para reposição e elaborando relatórios de vendas, promoções, demonstrações e pesquisa de preços. Além disso, os atendentes de farmácia prestam serviços aos clientes, tais como troca de mercadorias e aplicação de injeção.

Requisitos Mínimos:

Para o exercício dessas ocupações requer-se ensino médio e curso técnico em farmácia, com carga mínima exigida de 1.200 horas[3].

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 5211 - Operadores do comércio em lojas e mercados
    - 5211-05 - Vendedor em comércio atacadista
    - 5211-10 - Vendedor de comércio varejista
    - 5211-15 - Promotor de vendas
    - 5211-20 - Demonstrador de mercadorias
    - 5211-25 - Repositor de mercadorias
    - **5211-30 - Atendente de farmácia - balconista**
    - 5211-35 - Frentista
    - 5211-40 - Atendente de lojas e mercados

Profissionais das Terapias Criativas, Equoterápicas e Naturológicas

PL 1297/2011

Descrição:

Os profissionais de terapias criativas, equoterápicas e naturológicas atuam realizando atendimentos terapêuticos por meio de técnicas e métodos específicos de arteterapia, equoterapia, musicoterapia e naturologia e dando orientações. Além disso, eles atuam desenvolvendo programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida e exercendo atividades técnico-científicas por meio da realização de pesquisas e de trabalhos específicos e na organização e participação em eventos científicos.

Família Ocupacional (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações):

- 2263 - Profissionais das terapias criativas, equoterápicas e naturológicas
  - 2263-05 - Musicoterapeuta
  - 2263-10 - Arteterapeuta
  - 2263-15 - Equoterapeuta
  - 2263-20 - Naturólogo

EPSM

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO

RELATÓRIO FINAL – (APÊNDICE G):

COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA CAPACITAÇÃO DE GESTORES, DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES E CONDUÇÃO DE PROCESSOS DE DIÁLOGOS ONLINE

Belo Horizonte

Fevereiro de 2017

Universidade Federal de Minas Gerais

NESCON

Rede Observatório

Organização Pan-Americana da Saúde

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Faculdade de Medicina - FM

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM

Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde

Relatório Final – (APÊNDICE G)

COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA CAPACITAÇÃO DE GESTORES, DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES E CONDUÇÃO DE PROCESSOS DE DIÁLOGOS *ONLINE*

Belo Horizonte, fevereiro de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Reitor: Jaime Arturo Ramírez
Vice-reitora: Sandra Goulard Almeida

FACULDADE DE MEDICINA
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes
Vice-diretor: Humberto José Alves

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 Girard

Equipe de pesquisadores

Ana Carolina Maciel de Assis Chagas
Ana Cristina de Sousa van Stralen
Alice Werneck Massote
Cristiana Leite Carvalho
Erick de Oliveira Faria
Flávio Paiva Loureiro
Jackson Freire Araújo
Joana Natália Cella
Joice Carvalho Rodrigues
Júlia Leite de Carvalho Fernandes
Juliana de Oliveira Costa
Juliano de Carvalho Fonseca
Laura Rodriguez Wong
Lucas Wan Der Maas
Luis Antônio Bonolo Campos
Moisés Humberto Sandoval González
Renata Bernardes David
Tiago Henrique de Pinho Marques França
Thaís Viana Lauar

Equipe de Estagiários

Arlem Gonçalves Braz
Camila de Araújo Dornelas
Daniel de Souza Marcolino
Daniele Ferreira de Paulo
Danielle Aparecida Pinto
Fernanda Anastacia dos Santos
Henrique Campos Araújo Klein
Isabelle Fernanda Prado dos Reis
Kariny Calixto Ferreira Costa
Lilian de Carvalho Costa
Lucas Martins de Lima
Lúcia Rodrigues dos Santos
Maíra Luanna de Matos Domingos
Márcio Augusto Canedo de Oliveira
Marcos Vinícius Silva
Maria Luiza Bertoldo Vago
Marina Rodrigues Madeira
Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira
Pedro da Rocha Liz Araújo
Priscilla Daniele Figueiredo da Silva
Poliana Dutra da Silva
Rainer Roland Santos
Samuel Valério da Silva
Stephanie Priscila de Oliveira
Suelen Martins
Vanessa Pereira Alves
Victor Ivo dos Santos

Sumário

Apresentação 5
1. Diálogo Online sobre o Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia 6
1.1 Introdução 6
1.2 Metodologia 7
1.3 Material de Apoio 9
1.4 Participantes 10
1.5 Sínteses diárias 13
1.6 Considerações Finais 21
2. Survey Online: Expansão do Escopo de Prática de profissionais da Atenção Primária em Saúde 22
2.1 Introdução 22
2.2 Participantes 23
2.3 Resultado Tabular Survey Online 24
2.4 Instrumento do Survey Online 62
3. Conteúdo das oficinas disponibilizado na website da EPSM 68

Apresentação

Este documento é um relatório relativo à ação de cooperação técnica para capacitação de gestores, divulgação de informação e condução de processos de diálogos *online*. Esta ação faz parte do "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde" da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG). Tal projeto compõe um amplo processo de cooperação, estabelecido desde 2013 com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, cujo objetivo geral é produzir informações e análises nos temas de demografia, formação, mercado de trabalho, projeção e regulação da força de trabalho em saúde, bem como capacitar gestores e pesquisadores nestes temas.

No projeto original estavam previstas a realização das seguintes atividades:

- Oficina *online* de capacitação em análise de força de trabalho em saúde com a participação de gestores de Recursos Humanos em Saúde;
- Oficina *online* de capacitação sobre regulação do exercício profissional em saúde;
- Diálogos o*nline* para discussão e elaboração de proposta técnica para o protocolo de regulação do exercício profissional em saúde no Brasil;
- Diálogos *online* sobre temas da agenda corrente.

Como destacado em relatórios anteriores, estas atividades não foram realizadas, pois dependiam do Ministério da Saúde, o qual não indicou agenda e público participante para os eventos, com exceção dos diálogos *online* sobre temas da agenda corrente. Neste caso, foram realizados sobre o tema "Mercado de trabalho em Fonoaudiologia", cujo relatório pode ser consultado no capítulo 1 do presente relatório. Quanto às demais atividades, e considerando o término da vigência do projeto, optou-se por substituí-las. Em substituição aos diálogos *online* sobre o protocolo de regulação profissional foi aplicado um *survey online* sobre o tema, mais especificamente sobre expansão dos escopos de prática das profissões de saúde, cujos resultados constam no capítulo 2. Em substituição às oficinas, foi disponibilizada através do *website* da EPSM uma plataforma *online* desenvolvida a partir dos conteúdos elaborados, os quais podem ser consultados no capítulo 3.

1. Diálogo Online sobre o Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia

1.1 Introdução

A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, atendendo a uma demanda do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde realizou, entre os dias 25 e 29 de Janeiro de 2016, o "Diálogo Online sobre Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia". Este diálogo é uma atividade componente do "Projeto Colaborativo em Investigação e Capacitação de Gestores em Análise, Planejamento e Regulação da Força de Trabalho em Saúde", estabelecido a partir de Termo de Cooperação entre a EPSM e a SGETS. No âmbito do projeto, refere-se à atividade prevista na "Ação 4 – Cooperação técnica para capacitação de gestores, divulgação de informação e condução de processos de diálogos online".

A realização do Diálogo Online foi conduzida com base em uma ferramenta de governo eletrônico participativo, desenvolvida e testada em experiências anteriores pela EPSM. Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa conduzida através da internet, na qual os participantes dialogam sobre um determinado tema da agenda política de forma coordenada e informada, com vistas à proposição de recomendações sobre aquele tema. Com características semelhantes aos grupos focais, mas conduzidos virtualmente, os Diálogos proveem um espaço de entendimento, discussão e deliberação, reunindo um número maior e mais abrangente de participantes e por mais tempo, a exemplo das conferências e convenções.

O Diálogo está assentado sobre dois objetivos iniciais: (i) o desenvolvimento da metodologia dos diálogos online como mecanismo de debate auxiliar aos processos de gestão e investigação e a (ii) discussão de temas de relevância para as políticas públicas em saúde. A partir do tema proposto pretendeu-se promover debates e gerar reflexões sobre remuneração por desempenho na atenção básica. Não sendo o diálogo uma arena de deliberação formal, a exemplo das assembleias e convenções que visam à produção de decisões vinculantes, o objetivo foi, antes de tudo, o de ampliar a compreensão dos problemas a partir da troca de opiniões entre os participantes.

A participação foi gratuita, mediante preenchimento de cadastro online e aceitação de um Termo de Concordância. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer nº CAAE –37577514.0.0000.5149). Foram convidados a participar dessa iniciativa, profissionais e estudantes de fonoaudiologia, além de representantes do Conselho Federal de Fonoaudiologia e de Conselhos Regionais de Fonoaudiologia, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Sindicatos de Fonoaudiologia, bem como professores universitários e especialistas no tema.

Este relatório visa apresentar o resultado final das principais discussões e recomendações apontadas durante o Diálogo Online, que ocorreu entre às 14 horas do dia 25 de janeiro às 18 horas do dia 29 de janeiro de 2016. A plataforma utilizada para a realização do Diálogo Online, com os respectivos conteúdos desenvolvidos, encontra-se disponível em http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo09/.

1.2 Metodologia

Uma plataforma web foi especialmente construída para abrigar o Diálogo Online sobre "Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia". As discussões do Diálogo ocorreram a partir de troca de experiências relacionadas ao tema, além de debates envolvendo textos, artigos e vídeos disponibilizados na página do evento. O endereço eletrônico da plataforma é o http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo09/.

Os participantes receberam um convite por e-mail, no qual constava o link para acesso à plataforma. Ao se cadastrarem na plataforma, os participantes, por meio de senha pessoal, tiveram acesso a todos os recursos disponíveis no site. A ficha cadastral continha dados do perfil dos participantes (nome, sexo, data de nascimento, escolaridade, município e UF de residência, profissão e local de trabalho).

As discussões do diálogo online ocorreram a partir de tópicos listados em uma programação previamente definida. O Programa, disponibilizado na plataforma, foi organizado em cinco sessões, que continham a data e os tópicos das discussões (Figura 1). As discussões foram estruturadas em três grandes eixos: (1) Perfil da Força de Trabalho em Fonoaudiologia; (2) Fluxos da formação profissional do fonoaudiólogo; (3) Emprego, salários

e inserção dos fonoaudiólogos no SUS. Para acessar os debates do dia e postar suas mensagens, os participantes entravam em um dos tópicos do diálogo, que continha o histórico de mensagens do dia por ordem cronológica de postagem. Nesta página o participante poderia visualizar as discussões, enviar suas próprias mensagens e comentar mensagens anteriores. O Diálogo Online foi realizado em um período de cinco dias corridos e não foi sincronizado, isto é, os participantes puderam dar sua opinião no momento que lhes conviesse, dentro do limite de dias estabelecido para cada tópico de debate.

Figura 1 – Programa Diálogo Online Remuneração por Desempenho na Atenção Básica



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia – 2016.

Além dos fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia, participaram ainda especialistas, que foram convidados especificamente para o diálogo online com o objetivo de expor opiniões e desenvolver reflexões, ativar o debate a partir de informações e dados específicos sobre os temas, problematizar os pontos de vista e destacar as posições levantadas pelos participantes. As discussões foram mediadas por moderadores no sentido de manter o foco na discussão em pauta, esclarecer dúvidas e facilitar os diálogos. Além disso, foram introduzidas questões para estimular as discussões. Finalmente, sínteses diárias foram disponibilizadas a fim de apresentar um relato sucinto das discussões de cada tópico e situar os participantes que não tiveram a oportunidade de acompanhar ou participar durante todo o tempo.

Para fundamentar seus argumentos ou esclarecer os temas, os participantes tiveram

acesso a uma biblioteca virtual temática. A biblioteca foi construída por uma comissão científica especificamente para este diálogo. Foi disponibilizado material de apoio sobre os temas, bem como sobre temas correlatos que poderiam servir de base para as discussões. Este material incluiu textos dos especialistas, artigos, vídeos, atos normativos e outras publicações sobre mercado de trabalho e atuação do fonoaudiólogo, principalmente no SUS. Os participantes também puderam disponibilizar materiais e textos para publicação na biblioteca virtual.

1.3 Material de Apoio

Com o intuito de oferecer suporte aos participantes, foram então selecionados diversos artigos, atos normativos, relatórios, dissertações, vídeos e textos produzidos pelos especialistas que participaram sobre o tema. Os atos normativos sugeridos para consulta foram o Decreto N° 87.218 de 31 de maio de 1982, e a Lei 6.965, de 9 de dezembro de 1981 que dispõem sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, além da Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Já entre os artigos selecionados, estão 15 textos de revistas nacionais e internacionais indexadas. Alguns especialistas disponibilizaram textos e vídeos produzidos especialmente para este diálogo, e uma participante disponibilizou sua dissertação de mestrado com tema pertinente às discussões. Toda a biblioteca virtual construída encontra-se disponível na plataforma do evento.

Também foram preparados dados sobre o mercado de trabalho em fonoaudiologia, os quais foram utilizados como ponto de debate. Fazem parte dos dados construídos:

- Os dados referentes aos vínculos dos fonoaudiólogos no mercado de trabalho formal, obtidos através da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), do ano de 2014;
- Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, relativos aos postos de trabalho de fonoaudiólogos em estabelecimentos de saúde no período 2010-2014 e seus atributos (tais como tipo de vínculo e natureza jurídica, tipo e localização do estabelecimento);
- Estatísticas a partir dos dados do Censo da Educação Superior do Ministério da Educação referentes ao número e à evolução dos cursos de graduação em

fonoaudiologia, entre 1991 e 2013, e seus fluxos tais como número de vagas, ingressos, percentual de não preenchimento de vagas, concluintes, etc.

- Estatísticas quanto ao número de profissionais, a razão entre o número de fonoaudiólogos por habitantes e perfil demográfico da força de trabalho em fonoaudiologia provenientes do Conselho Federal de Fonoaudiologia (anos de 2009 e 2015) e Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010.

1.4 Participantes

Foram convidados a participar do Diálogo Online profissionais e estudantes de fonoaudiologia, além de representantes do Conselho Federal de Fonoaudiologia e de Conselhos Regionais de Fonoaudiologia, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Sindicatos de Fonoaudiologia, bem como professores universitários e especialistas no tema, selecionados a partir de cadastro da UNASUS e de indicação de nomes pela SGTES e de outros profissionais e especialistas da área. Após o processo de checagem inicial do cadastro, foram enviados 684 convites por e-mail. O convite continha o link para acesso à plataforma, na qual era possível realizar o cadastro. Paralelamente a este processo, a realização do Diálogo Online foi divulgada no website do Conselho Federal de Fonoaudiologia e da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e por meio de mailing enviado a faculdades e universidades, direcionados a coordenadores dos cursos de fonoaudiologia.

Ao todo, 144 pessoas habilitaram-se a participar do evento, cadastrando-se no site, dentre estes, fonoaudiólogos e estudantes de fonoaudiologia, profissionais de outras áreas e especialistas convidados. Destes, 128 (89%) acessaram as páginas de discussão pelo menos uma vez entre 25 e 29 de janeiro de 2016. Para fins de análise, optou-se por considerar estes 128, aqui denominados “participantes”. Algumas informações sobre os participantes são apontadas nas tabelas a seguir.

A participação por região variou bastante, sendo 57,8% dos participantes oriundos da região Sudeste e 18,8% dos participantes eram da região Nordeste. As regiões Sul e Norte concentraram menos de 10 dos participantes cada, enquanto a região Centro-Oeste contou com 11,7%. O total de sete participantes não informou a UF de origem. O equivalente a 52,4% dos participantes foi representado por fonoaudiólogos, enquanto 14,8% eram

estudantes de fonoaudiologia. Os profissionais de outras áreas responderam por 18% da participação, ao passo que aqueles participantes que não declararam sua ocupação corresponderam a 14,8%. Em relação à distribuição por sexo, 85,2% dos participantes eram mulheres e 14,8% homens.

Os participantes representaram uma gama de instituições acadêmicas, assistenciais e de gestão, incluindo: instituições de ensino superior, públicas e privadas, centros de pesquisa, centros de reabilitação, hospitais, policlínicas, consultórios particulares, secretarias municipais e estaduais de saúde e ministério da saúde.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por Categoria

Categoria	Inscritos		Participantes	
	N	%	N	%
Fonoaudiólogos	76	52,8	67	52,4
Estudantes de Fonoaudiologia	19	13,2	19	14,8
Profissionais de outras áreas	25	17,4	23	18,0
Não informado	24	16,6	19	14,8
Total	**144**	**100**	**128**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia – 2016.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por Sexo

Sexo	Inscritos		Participantes	
	N	%	N	%
Feminino	120	88,3	109	85,2
Masculino	24	16,7	19	14,8
Total	**144**	**100**	**128**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia – 2016.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes por UF e região.

País/Região/UF	Inscritos		Participantes	
	N	%	N	%
Norte	**4**	**2,8**	**3**	**2,3**
Rondônia	-	-	-	-
Acre	-	-	-	-
Amazonas	3	2,1	3	2,3
Roraima	-	-	-	-
Pará	1	0,7	-	-
Amapá	-	-	-	-
Tocantins	-	-	-	-
Nordeste	**26**	**18,1**	**24**	**18,8**
Maranhão	2	1,4	1	0,8
Piauí	1	0,7	1	0,8
Ceará	7	4,9	6	4,7
Rio Grande do Norte	3	2,1	3	2,3
Paraíba	2	1,4	2	1,6
Pernambuco	3	2,1	3	2,3
Alagoas	-	-	-	-
Sergipe	-	-	-	-
Bahia	8	5,5	8	6,3
Sudeste	**83**	**57,6**	**74**	**57,8**
Minas Gerais	49	34,0	44	34,3
Espírito Santo	1	0,7	1	0,8
Rio de Janeiro	7	4,9	6	4,7
São Paulo	26	18,0	23	18,0
Sul	**6**	**4,2**	**5**	**4,0**
Paraná	1	0,7	1	0,8
Santa Catarina	2	1,4	2	1,6
Rio Grande do Sul	3	2,1	2	1,6
Centro-Oeste	**17**	**11,8**	**15**	**11,7**
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-
Mato Grosso	-	-	-	-
Goiás	7	4,9	7	5,2
Distrito Federal	10	6,9	8	6,3
Não informado	**8**	**5,5**	**7**	**5,2**
Total	**144**	**100,0**	**128**	**100**

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG - Diálogo Online sobre Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia – 2016.

1.5 Sínteses diárias

SÍNTESE DO DIA 25/01/2016 – ABERTURA

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 25 de janeiro foi reservado para abertura do evento, orientações sobre o funcionamento do Diálogo Online sobre "Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia" e apresentação dos participantes. Participaram da sala de abertura, até às 18h, 10 pessoas, além da especialista Cristiana Leite Carvalho e dos moderadores Renata Bernardes David e Tiago França.

TEMAS DE DISCUSSÃO

Durante o primeiro dia de discussão, os participantes também tiveram a oportunidade de se apresentar e relatar suas expectativas sobre as possíveis abordagens e discussões sobre o mercado de trabalho em fonoaudiologia.

Observou-se, nas apresentações, que o Diálogo contou com participantes de diferentes perfis: fonoaudiólogos inseridos no setor público, privado e estudantes. Estes profissionais atuam em diferentes níveis de atenção e na docência, além de, em alguns casos, possuírem dois ou mais vínculos de trabalho. Esta amostra reflete alguns aspectos da situação do Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia, como vamos discutir nos próximos dias. Por exemplo, dentre os fonoaudiólogos cadastrados no CNES, cada profissional possui em média 1,4 vínculos de trabalho.

Foi recomendada a leitura e análise dos dados do documento "Número de profissionais e Perfil da força de trabalho em fonoaudiologia", disponibilizado no material de apoio para a discussão do dia seguinte, 26/01, sobre o Perfil da força de trabalho em fonoaudiologia. Foi realizada, ainda, uma prévia do que seria a discussão, acerca da apresentação e discussão dos dados de quantidade e distribuição dos fonoaudiólogos no país, considerando o perfil sócio demográfico dos trabalhadores.

SÍNTESE DO DIA 26/01/2016

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 26 de janeiro foi destinado à abordagem específica sobre “Perfil da Força de Trabalho em Fonoaudiologia”. O fórum foi aberto às 8h e contou com moderação até às 18h. Participaram da sala, até este horário, 08 (oito) pessoas, além das especialistas: Cristiana Leite Carvalho, Maria Helena Machado, Bianca Queiroga, e do também especialista Lucas Wan Der Maas, bem como os moderadores Erick de Oliveira Faria, Juliana de Oliveira Costa, Joana Natalia Cella e Renata Bernardes David.

TEMAS DE DISCUSSÃO

O fórum foi aberto com o convite à leitura e à análise dos dados do Censo 2010 e daqueles fornecidos pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, referentes ao número e perfil dos profissionais de Fonoaudiologia, disponibilizados no site do evento, como material de apoio.

Durante a discussão sobre o tema “Perfil da Força de Trabalho em Fonoaudiologia”, alguns dos participantes relataram suas experiências e principalmente as dificuldades enfrentadas na inserção e atuação profissional. Os especialistas responderam a dúvidas dos participantes e levantaram aspectos importantes sobre o assunto. Os pontos em destaque foram:

- A distribuição heterogênea dos profissionais no país, com concentração maior na região Sudeste e notável crescimento do número de fonoaudiólogos na região Nordeste;
- O crescimento do número de cursos de graduação em fonoaudiologia na região Nordeste e o fechamento de cursos na região Sudeste como possível justificativa para o crescimento do número de profissionais no nordeste do país;
- A desvalorização profissional referente à remuneração, relacionada também à oferta de profissionais nas diferentes regiões do país. A região Nordeste foi apontada como aquela onde estão as menores médias salariais do país (com relato de experiência no setor público);

- A “desistência” de atuação como fonoaudiólogo (a) devido aos baixos salários;
- A diferença salarial e de distribuição de profissionais encontradas ao se comparar grandes centros com regiões interioranas;
- O percentual de fonoaudiólogos atuantes como indicador de empregabilidade: de acordo com a relação entre os dados do Censo e os do Conselho, a estimativa deste percentual ficava em torno de 70%, considerada alta na área da saúde; levantado então se tal estimativa seria razoável e se de fato reflete uma “boa” situação de empregabilidade, e qual seria o impacto disso, entre disponibilidade e qualidade de emprego;
- A caracterização da profissão de fonoaudiologia como predominantemente feminina;
- A apresentação de dados sobre o perfil dos profissionais da região Centro-Oeste e Norte, como, por exemplo, a predominância de profissionais do sexo feminino e com especialização como maior nível de formação;
- A questão do ingresso nas universidades por meio das cotas e programas de financiamento, e a recente mudança no perfil dos estudantes, que apresentam então uma real necessidade de exercer a profissão após o término dos estudos, além do trabalho autônomo como principal ocupação e o favorecimento deste tipo de atividade nos grandes centros urbanos justificando o perfil profissional apontado pelos participantes;
- A baixa atratividade do serviço público, geralmente em regiões distantes dos grandes centros, que apresentam salários pouco atrativos também, desfavorecendo a migração e fixação profissional nessas regiões;
- A falta de oportunidade de trabalho e carreira para os profissionais no Brasil;
- O paradoxo vivido pelos profissionais diplomados principalmente a partir de 2012, preparados para atuar no SUS, porém com poucas oportunidades dignas de trabalho.

SÍNTESE DO DIA 27/01/2016

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 27 de janeiro foi o segundo dia de discussão sobre o tema "Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia", com abordagem específica sobre "Fluxos da formação profissional do fonoaudiólogo". O fórum foi aberto às 8h e contou com moderação até às 18h. O debate contou, até às 18:00h, com 14 (quatorze) pessoas, além da especialista Edinalva Neves Nascimento, e o também especialista Lucas Wan Der Maas, e os moderadores Juliana de Oliveira Costa, Renata Bernardes David e Tiago França.

TEMAS DE DISCUSSÃO

O fórum foi iniciado com um convite ao resgate das estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas nos cursos de graduação, de pós-graduação e educação permanente. Foi sugerida, ainda a leitura e análise dos dados do INEP, e dos textos referentes à formação de profissionais de saúde no Brasil e à regulação profissional e mercado de trabalho em saúde, disponibilizados no site do evento, como material de apoio. Vários participantes relataram suas experiências em metodologias de ensino-aprendizagem durante a formação profissional de cada um, além de dificuldades oriundas do processo de formação, enfrentadas ao se deparar com o mercado de trabalho. Seguem as principais questões apontadas durante todo o dia de debate sobre a temática específica "Fluxos da formação profissional do fonoaudiólogo":

- A abordagem precária ou mesmo ausente de conteúdos relevantes e/ou determinantes durante a formação profissional para a inserção no mercado de trabalho, como por exemplo, "saúde ocupacional", "saúde coletiva" e "empreendedorismo";
- A importância da prática e do contato com profissionais além dos docentes, inclusive precocemente, durante a graduação, como processo de ensino-aprendizagem de diversas competências;
- As hipóteses para o fenômeno de abertura de vagas de graduação em fonoaudiologia maior que a demanda, considerando as taxas de abandono e desperdício de vagas no Brasil como um todo e a relação deste fato com uma percepção de condições

desfavoráveis no mercado de trabalho, a falta de conhecimento sobre as possibilidades de atuação no mercado de trabalho, ou ainda a falta de identificação com a profissão ainda durante a graduação;

- A importância da educação permanente para a tentativa de sanar eventuais conteúdos e atividades práticas pouco ou não abordados durante a graduação;
- A necessidade, de acordo com as Diretrizes Curriculares, de se formar profissionais generalistas, críticos e reflexivos que possam ir em busca do conhecimento de acordo com a necessidade do profissional e do serviço, visto que os cursos de graduação não conseguem formar seus alunos em relação a todos os conteúdos e áreas existentes dentro da nossa profissão;
- A percepção de que as possibilidades de atuação do fonoaudiólogo são muito mais amplas que o apresentado durante a graduação, o que, muitas vezes, causa a saturação de áreas como a de Audiologia, por exemplo;
- A baixa oferta de vagas para fonoaudiólogos em programas de residência multiprofissional oferecidos por prefeituras ou mesmo em cenários como o NASF;
- A relação entre o desperdício e abandono de vagas na graduação em fonoaudiologia com a grande oferta de vagas em outras áreas, a abertura de novos cursos após o Reuni, o alto valor das mensalidades em escolas privadas;
- O impacto no mercado de trabalho das oportunidades de emprego e salário, bem como a identificação com a profissão nas escolhas profissionais.

SÍNTESE DO DIA 28/07/2013

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 28 de janeiro foi o terceiro dia de discussão sobre o tema "Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia", e abordou especificamente as questões acerca de "Emprego, salários e inserção dos fonoaudiólogos no SUS". O debate contou, até às 18:00h, com 08 (oito) participantes, além das especialistas Regina Yu Shon Chun, Gabriella Duarte, Maria Patricia do Nascimento e Cristiana Carvalho, dos especialistas Sábado Nicolau Girardi e Raimundo Oliveira Neto, e com a moderação de Erick de Oliveira Faria, Renata Bernardes David, Joana Cella e Alice Massote .

TEMAS DE DISCUSSÃO

O fórum foi iniciado com a fala do especialista Raimundo Neto acerca da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva instituída em 2004, e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS, em 2012, como garantidoras da presença do fonoaudiólogo nas equipes de trabalho, fomentando a consolidação do trabalho desse profissional. Destacou, ainda, o trabalho de fonoaudiólogos no SUS, em MG, na regulação assistencial e gestão da rede, como um importante campo de atuação deste profissional, e, ainda, o desafio enfrentado pelos profissionais em fonoaudiologia em geral frente a uma política salarial adequada. A especialista Gabriella Duarte levantou questões referentes à inserção do Fonoaudiólogo no SUS: quais seriam os principais avanços e desafios, e os espaços ocupados pelos participantes. Foi incentivada a leitura e análise dos dados do CNES e da RAIS, e dos demais textos referentes ao tema, disponibilizados no site do evento, como material de apoio. Vários participantes relataram suas experiências e expectativas de inserção no mercado de trabalho, além das dificuldades enfrentadas. Seguem os principais pontos levantados durante o debate sobre o tema específico "Emprego, salários e inserção dos fonoaudiólogos no SUS":

- A importância da atuação de órgãos representativos da categoria na garantia e afirmação de direitos, como por exemplo, sindicatos (piso salarial, valor mínimo por procedimento, etc) e conselhos;
- O avanço, ainda que incipiente demonstrado pelos dados do CNES e relato dos profissionais, da profissão no SUS, e a necessidade de se avançar ainda mais,

rompendo desafios como, por exemplo, a consolidação da formação em Saúde Coletiva nos cursos de forma transversal e não apenas como responsabilidade dos docentes da área de Saúde Coletiva;

- A importância do registro dos procedimentos realizados pelo profissional no campo de trabalho, da participação de fonoaudiólogos em espaços de controle social, de construção dos Instrumentos de Gestão, e na realização de ações intersetoriais como instrumentos fortalecedores da categoria e de inserção profissional no sistema de saúde;
- A recorrente assimetria e necessidade de equiparação salarial entre fonoaudiólogos e demais membros em uma mesma equipe multidisciplinar (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo), cumprindo, todos, a mesma carga horária;
- A importância da participação de profissionais em consultas públicas, como por exemplo, sobre os procedimentos fonoaudiológicos de crianças com microcefalia, como espaço também de esclarecimentos da atuação profissional;
- A importância da articulação política entre os profissionais e o município em que atuam;
- O levantamento de áreas na fonoaudiologia, atualmente, de maior inserção no mercado de trabalho (saúde ocupacional, home care, por exemplo);
- As grandes diferenças salariais entre estados e entre os diferentes vínculos empregatícios;
- A dificuldade enfrentada, muitas vezes, frente aos gestores, de visão da profissão como personagem atuante na atenção primária, e não somente em serviços especializados;
- A importância crescente, demonstrada a partir dos dados apresentados, da participação do setor de administração pública (que reflete o número de vínculos de trabalho formais no SUS) ao longo das últimas décadas na contratação de fonoaudiólogos, além de outros setores como os serviços sociais, que incluem as instituições privadas não lucrativas;
- A necessidade de divulgação do papel do fonoaudiólogo nos diferentes níveis de cuidado e também para além dos limites da área da saúde, junto aos gestores e à população;
- A importância de definição de indicadores de necessidades, para nortear a distribuição de vínculos dentro da rede.

SÍNTESE DO DIA 29/01/2016

INFORMAÇÕES GERAIS

O dia 29 de janeiro foi destinado a sínteses, recomendações e sugestões sobre encaminhamentos do Diálogo Online. Participaram da sala de abertura, até as 18h, sete pessoas, além dos especialistas Regina Yu Shon Chun e Raimundo Oliveira Neto e dos moderadores Renata Bernardes David, Joana Cella e Alice Massote.

TEMAS DE DISCUSSÃO

De uma forma geral, houve vários agradecimentos por parte dos participantes, que avaliaram de forma positiva os "Diálogos Online", salientando a atualidade dos temas do debate, a contribuição para a discussão sobre políticas públicas de saúde, o papel da fonoaudiologia no SUS e as perspectivas de atuação profissional, troca de experiências e conhecimentos (pessoais e regionais) e a disponibilidade de material de apoio de qualidade.

O especialista Raimundo Oliveira Neto ressaltou a ampliação do mercado de trabalho para fonoaudiólogos no SUS. Entretanto, ainda há grandes desafios, como a criação de planos de carreira e remuneração adequada para a categoria, além da conclusão da transição para o Modelo Biopsicossocial, garantido também pela preconização do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF (OMS) no âmbito do SUS. A especialista Regina Yu Shon Chun sugeriu que o Diálogo Online fique disponível para consulta por meio de links nos sites da SBFa e dos Conselhos de Fonoaudiologia.

O Diálogo Online inseriu-se na agenda de demanda de gestores governamentais da área da saúde e educação com o objetivo de auxiliar a discussão de temas relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde, trabalhando conceitos, metodologias e fontes de informações comumente utilizadas na análise e no planejamento da força de trabalho em saúde, especificamente na área de fonoaudiologia. A interpretação dos dados possibilitará a utilização dos mesmos como subsídio para formulação e revisão das políticas desenvolvidas pela SGTES.

O debate será continuado por meio da realização da segunda etapa do Diálogo Online sobre Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia, que terá como propósito ampliar o debate

sobre mercado de trabalho e propor ações que possam subsidiar as políticas públicas relacionadas ao acesso e qualidade dos serviços de fonoaudiologia no país.

1.6 Considerações Finais

O Diálogo Online é uma ferramenta que tem potencial para ampliar e criar novos dispositivos para a participação de diferentes atores sociais na definição e implementação de políticas públicas. Os debates colaboraram para um melhor entendimento do tema abordado, para a troca de experiências e para o levantamento e avaliação de possíveis tomadas de decisões em relação à atuação e inserção de fonoaudiólogos no SUS. O presente Diálogo abordou as discussões sobre o tema "Mercado de Trabalho em Fonoaudiologia", que surge como considerável ponto de pauta, ganhando espaço nas discussões entre pesquisadores e gestores estaduais e municipais de Saúde no Brasil. O Apêndice a seguir, parte integrante deste documento, apresenta as sínteses das discussões realizadas neste Diálogo Online.

Faz-se importante, dessa forma, a investigação acurada da situação dos profissionais de fonoaudiologia no país, com destaque para o perfil da força de trabalho, os fluxos de formação profissional e as questões envolvendo a inserção do fonoaudiólogo no SUS – empregos e salários. Espera-se, portanto, que as deliberações e análises advindas deste evento contribuam para o movimento já iniciado para formulação de políticas públicas em saúde, incluindo o planejamento e fomento das políticas de formação, atuação e inserção profissional no campo da saúde, em especial, em Fonoaudiologia, considerando que a demanda por esses profissionais pode ser compreendida em diferentes dimensões – no que diz respeito aos aspectos quantitativos e qualitativos, distribuição regional dos profissionais, equidade de acesso aos serviços e ações de saúde.

De forma geral, houve vários agradecimentos por parte dos participantes, gestores e especialistas, que avaliaram de forma positiva os "Diálogos Online", salientando a contribuição para qualificação da gestão e valorização dos profissionais da atenção básica, troca de experiências e conhecimentos (pessoais e regionais) e a disponibilização de material de apoio de qualidade. Para o ano de 2016 está programada a realização de outras edições dos Diálogos Online, visando fortalecer esta estratégia e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços do SUS.

2. Survey Online: Expansão do Escopo de Prática de profissionais da Atenção Primária em Saúde

2.1 Introdução

A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, atendendo a uma demanda do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde realizou entre os dias 25/11/2016 e 15/01/2017 um *Survey Online* sobre Expansão de Escopos de Prática de Profissionais na Atenção Primária em Saúde.

A noção de escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão. Define, em termos amplos, o que a profissão faz e como ela faz, isto é, os papéis, funções, responsabilidades e atividades para as quais os indivíduos dentro da profissão são educados, competentes e autorizados a exercer.

A maneira como os escopos de prática são estabelecidos e legalmente definidos impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho em saúde - se como campos de atividades exclusivos a profissões específicas e de forma pouco flexível ou, ao invés, se com maior flexibilidade, menor exclusividade e maior compartilhamento, e sobreposição de atividades entre os profissionais - pode limitar ou, ao contrário, promover maior acessibilidade com menores custos dos serviços.

O objetivo deste *Survey* foi de conhecer a opinião de diferentes atores na área da saúde, que incluíram profissionais de saúde, representantes de entidades profissionais, representantes de instituições de ensino, autoridades governamentais, pesquisadores e especialistas sobre questões que envolvem a expansão, ampliação do escopo dos profissionais que atuam na atenção primária.

2.2 Participantes

Foi construído um questionário para ser autoaplicado por meio eletrônico (via internet). Os participantes foram apresentados a um total de 19 afirmativas sobre a expansão de escopo de prática e foram solicitados a indicar o nível de concordância para casa uma delas a partir de uma escala de cinco pontos. Para a operacionalização do instrumento, foi utilizado o *software* online *Survey Monkey*. Um total de 1.835 pessoas respondeu ao questionário (Tabela 4 e 5)

Tabela 4 – Respondentes do *Survey Online* por profissão/ocupação principal

Profissão/Ocupação principal	N	%
Enfermeiro	596	32,5
Médico	355	19,4
Oura profissão/ocupação de saúde	242	13,2
Psicólogo	124	6,8
Dentista	95	5,2
Técnico de Enfermagem	89	4,9
Outra profissão/ocupação	68	3,7
Farmacêutico	66	3,6
Fisioterapeuta	66	3,6
Nutricionista	48	2,6
Terapeuta Ocupacional	33	1,8
Agente Comunitário de Saúde	32	1,7
Educador físico	16	0,9
Técnico de Saúde Bucal	4	0,2
Total	1834	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 5 – Respondentes do *Survey Online* por área principal de atuação

Principal Ara de Atuação	N	%
Assistência	1261	68,8
Ensino e Pesquisa	251	13,7
Gestão	213	11,6
Outra área	81	4,4
Dirigentes/membros de conselhos e sindicatos	17	0,9
Não Informado	11	0,6
Total	1834	100

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

2.3 Resultado Tabular Survey Online

Tabela 6. A expansão dos escopos clínicos de profissionais contribui para aumentar o acesso à atenção primária em saúde. (por exemplo: enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos realizarem atividades que são exclusivas de médicos; médicos generalistas realizando escopos que são exercidos por especialistas, etc.).

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	5	15,6	1	3,1	4	12,5	6	18,8	15	46,9	1	3,1	0	0,0
Dentista	95	12	12,6	7	7,4	12	12,6	22	23,2	41	43,2	1	1,1	0	0,0
Educador físico	16	1	6,3	1	6,3	3	18,8	4	25,0	4	25,0	3	18,8	0	0,0
Enfermeiro	596	95	15,9	56	9,4	75	12,6	94	15,8	261	43,8	12	2,0	3	0,5
Farmacêutico	66	4	6,1	5	7,6	6	9,1	22	33,3	28	42,4	1	1,5	0	0,0
Fisioterapeuta	66	17	25,8	6	9,1	7	10,6	9	13,6	25	37,9	2	3,0	0	0,0
Médico	355	85	23,9	35	9,9	34	9,6	60	16,9	125	35,2	16	4,5	0	0,0
Nutricionista	48	5	10,4	5	10,4	10	20,8	18	37,5	10	20,8	0	0,0	0	0,0
Psicólogo	124	22	17,7	5	4,0	18	14,5	28	22,6	50	40,3	1	0,8	0	0,0
Técnico de Enfermagem	89	16	18,0	13	14,6	11	12,4	19	21,3	26	29,2	3	3,4	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	4	1	25,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	6	18,2	7	21,2	5	15,2	6	18,2	8	24,2	1	3,0	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	47	19,4	15	6,2	34	14,0	45	18,6	82	33,9	16	6,6	3	1,2
Outra profissão/ocupação	68	4	5,9	0	0,0	7	10,3	21	30,9	30	44,1	4	5,9	2	2,9
Total	1.834	320	17,4	156	8,5	227	12,4	355	19,4	705	38,4	62	3,4	9	0,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 7. A expansão dos escopos clínicos de profissionais contribui para aumentar o acesso à atenção primária em saúde. (por exemplo: enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos realizarem atividades que são exclusivas de médicos; médicos generalistas realizando escopos que são exercidos por especialistas, etc.).

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	246	19,5	116	9,2	148	11,7	220	17,4	485	38,5	40	3,2	6	0,5
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	5	29,4	0	0,0	2	11,8	1	5,9	9	52,9	0	0,0	0	0,0
Ensino e Pesquisa	251	22	8,8	20	8,0	30	12,0	58	23,1	108	43,0	11	4,4	2	0,8
Gestão	213	29	13,6	16	7,5	35	16,4	56	26,3	68	31,9	8	3,8	1	0,5
Não informado	11	2	18,2	0	0,0	1	9,1	4	36,4	3	27,3	1	9,1	0	0,0
Outra	81	16	19,8	4	4,9	11	13,6	16	19,8	32	39,5	2	2,5	0	0,0
Total	1.834	320	17,4	156	8,5	227	12,4	355	19,4	705	38,4	62	3,4	9	0,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 8. A expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde contribui para aumentar a qualidade da atenção primária em saúde.

Área	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	2	6,3	0	0,0	3	9,4	9	28,1	16	50,0	1	3,1	1	3,1
Dentista	95	6	6,3	8	8,4	13	13,7	21	22,1	47	49,5	0	0,0	0	0,0
Educador físico	16	1	6,3	1	6,3	1	6,3	4	25,0	6	37,5	3	18,8	0	0,0
Enfermeiro	596	40	6,7	44	7,4	46	7,7	136	22,8	322	54,0	5	0,8	3	0,5
Farmacêutico	66	1	1,5	4	6,1	3	4,5	22	33,3	36	54,5	0	0,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	4	6,1	4	6,1	10	15,2	12	18,2	36	54,5	0	0,0	0	0,0
Médico	355	50	14,1	33	9,3	31	8,7	58	16,3	174	49,0	7	2,0	2	0,6
Nutricionista	48	2	4,2	3	6,3	4	8,3	15	31,3	22	45,8	1	2,1	1	2,1
Psicólogo	124	3	2,4	4	3,2	9	7,3	36	29,0	71	57,3	0	0,0	1	0,8
Técnico de Enfermagem	89	3	3,4	7	7,9	7	7,9	17	19,1	53	59,6	1	1,1	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	4	1	25,0	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	1	3,0	3	9,1	4	12,1	10	30,3	14	42,4	1	3,0	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	15	6,2	13	5,4	30	12,4	51	21,1	124	51,2	8	3,3	1	0,4
Outra profissão/ocupação	68	2	2,9	3	4,4	4	5,9	20	29,4	37	54,4	2	2,9	0	0,0
Total	1.834	131	7,1	127	6,9	166	9,1	413	22,5	958	52,2	29	1,6	10	0,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 9. A expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde contribui para aumentar a qualidade da atenção primária em saúde.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	92	7,3	96	7,6	106	8,4	259	20,5	683	54,2	17	1,3	8	0,6
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	2	11,8	0	0,0	2	11,8	1	5,9	12	70,6	0	0,0	0	0,0
Ensino e Pesquisa	251	16	6,4	14	5,6	26	10,4	70	27,9	116	46,2	9	3,6	0	0,0
Gestão	213	12	5,6	14	6,6	22	10,3	58	27,2	106	49,8	0	0,0	1	0,5
Não informado	11	1	9,1	0	0,0	2	18,2	5	45,5	2	18,2	1	9,1	0	0,0
Outra	81	8	9,9	3	3,7	8	9,9	20	24,7	39	48,1	2	2,5	1	1,2
Total	1.834	131	7,1	127	6,9	166	9,1	413	22,5	958	52,2	29	1,6	10	0,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 10. A expansão dos escopos clínicos dos profissionais de saúde tem como pré-requisito a capacitação / treinamento teórico e prático.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	0	0,0	1	3,1	3	9,4	8	25,0	20	62,5	0	0,0	0	0,0
Dentista	95	2	2,1	2	2,1	8	8,4	11	11,6	69	72,6	2	2,1	1	1,1
Educador físico	16	0	0,0	1	6,3	0	0,0	4	25,0	9	56,3	2	12,5	0	0,0
Enfermeiro	596	12	2,0	25	4,2	44	7,4	110	18,5	386	64,8	10	1,7	9	1,5
Farmacêutico	66	1	1,5	1	1,5	1	1,5	10	15,2	51	77,3	2	3,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	2	3,0	1	1,5	7	10,6	11	16,7	43	65,2	1	1,5	1	1,5
Médico	355	17	4,8	14	3,9	21	5,9	61	17,2	224	63,1	15	4,2	3	0,8
Nutricionista	48	0	0,0	2	4,2	4	8,3	13	27,1	29	60,4	0	0,0	0	0,0
Psicólogo	124	1	0,8	0	0,0	9	7,3	30	24,2	83	66,9	0	0,0	1	0,8
Técnico de Enfermagem	89	2	2,2	4	4,5	4	4,5	17	19,1	60	67,4	2	2,2	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	1	3,0	1	3,0	3	9,1	6	18,2	18	54,5	2	6,1	2	6,1
Oura profissão/ocupação de saúde	242	7	2,9	4	1,7	21	8,7	44	18,2	152	62,8	12	5,0	2	0,8
Outra profissão/ocupação	68	2	2,9	4	5,9	4	5,9	20	29,4	35	51,5	3	4,4	0	0,0
Total	1.834	47	2,6	60	3,3	129	7,0	346	18,9	1.182	64,4	51	2,8	19	1,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 11. A expansão dos escopos clínicos dos profissionais de saúde tem como pré-requisito a capacitação / treinamento teórico e prático.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	32	2,5	41	3,3	93	7,4	222	17,6	826	65,5	31	2,5	16	1,3
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	0	0,0	1	5,9	0	0,0	2	11,8	12	70,6	1	5,9	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	6	2,4	8	3,2	19	7,6	54	21,5	154	61,4	8	3,2	2	0,8
Gestão	213	7	3,3	9	4,2	12	5,6	46	21,6	134	62,9	5	2,3	0	0,0
Não informado	11	0	0,0	0	0,0	2	18,2	4	36,4	4	36,4	1	9,1	0	0,0
Outra	81	2	2,5	1	1,2	3	3,7	18	22,2	52	64,2	5	6,2	0	0,0
Total	1.834	47	2,6	60	3,3	129	7,0	346	18,9	1.182	64,4	51	2,8	19	1,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 12 - A expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde deve ser garantida por Lei.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	1	3,1	1	3,1	0	0,0	4	12,5	25	78,1	1	3,1	0	0,0
Dentista	95	5	5,3	4	4,2	8	8,4	15	15,8	55	57,9	6	6,3	2	2,1
Educador físico	16	0	0,0	0	0,0	1	6,3	3	18,8	10	62,5	2	12,5	0	0,0
Enfermeiro	596	16	2,7	19	3,2	40	6,7	75	12,6	432	72,5	10	1,7	4	0,7
Farmacêutico	66	1	1,5	3	4,5	2	3,0	10	15,2	46	69,7	3	4,5	1	1,5
Fisioterapeuta	66	3	4,5	3	4,5	8	12,1	13	19,7	37	56,1	2	3,0	0	0,0
Médico	355	39	11,0	19	5,4	32	9,0	60	16,9	175	49,3	27	7,6	3	0,8
Nutricionista	48	3	6,3	1	2,1	5	10,4	9	18,8	27	56,3	3	6,3	0	0,0
Psicólogo	124	3	2,4	2	1,6	15	12,1	20	16,1	78	62,9	6	4,8	0	0,0
Técnico de Enfermagem	89	2	2,2	2	2,2	3	3,4	13	14,6	63	70,8	5	5,6	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	4	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	0	0,0	1	3,0	2	6,1	9	27,3	19	57,6	2	6,1	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	9	3,7	9	3,7	26	10,7	40	16,5	145	59,9	9	3,7	4	1,7
Outra profissão/ocupação	68	2	2,9	3	4,4	7	10,3	13	19,1	39	57,4	4	5,9	0	0,0
Total	1.834	84	4,6	68	3,7	149	8,1	285	15,5	1.153	62,9	80	4,4	15	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 13. A expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde deve ser garantida por Lei.

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	59	4,7	46	3,6	94	7,5	183	14,5	820	65,0	51	4,0	8	0,6
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	15	88,2	1	5,9	0	0,0
Ensino e Pesquisa	251	10	4,0	9	3,6	24	9,6	45	17,9	141	56,2	18	7,2	4	1,6
Gestão	213	8	3,8	10	4,7	19	8,9	42	19,7	127	59,6	6	2,8	1	0,5
Não informado	11	0	0,0	1	9,1	1	9,1	2	18,2	5	45,5	2	18,2	0	0,0
Outra	81	7	8,6	2	2,5	10	12,3	13	16,0	45	55,6	2	2,5	2	2,5
Total	1.834	84	4,6	68	3,7	149	8,1	285	15,5	1.153	62,9	80	4,4	15	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 14. A existência de protocolos é suficiente para expandir os escopos clínicos de profissionais de saúde devidamente capacitados (com treinamento teórico e prático).

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	1	3,1	5	15,6	10	31,3	5	15,6	10	31,3	1	3,1	0	0,0
Dentista	95	16	16,8	24	25,3	21	22,1	21	22,1	11	11,6	2	2,1	0	0,0
Educador físico	16	4	25,0	2	12,5	2	12,5	3	18,8	4	25,0	1	6,3	0	0,0
Enfermeiro	596	85	14,3	118	19,8	113	19,0	138	23,2	129	21,6	10	1,7	3	0,5
Farmacêutico	66	9	13,6	9	13,6	15	22,7	14	21,2	19	28,8	0	0,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	17	25,8	15	22,7	13	19,7	10	15,2	10	15,2	0	0,0	1	1,5
Médico	355	86	24,2	55	15,5	52	14,6	59	16,6	82	23,1	14	3,9	7	2,0
Nutricionista	48	4	8,3	16	33,3	13	27,1	5	10,4	8	16,7	1	2,1	1	2,1
Psicólogo	124	24	19,4	21	16,9	35	28,2	27	21,8	14	11,3	3	2,4	0	0,0
Técnico de Enfermagem	89	13	14,6	20	22,5	16	18,0	14	15,7	21	23,6	3	3,4	2	2,2
Técnico de Saúde Bucal	4	1	25,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	11	33,3	8	24,2	8	24,2	2	6,1	3	9,1	1	3,0	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	37	15,3	57	23,6	44	18,2	43	17,8	47	19,4	7	2,9	7	2,9
Outra profissão/ocupação	68	8	11,8	13	19,1	16	23,5	14	20,6	13	19,1	4	5,9	0	0,0
Total	1.834	316	17,2	364	19,8	358	19,5	356	19,4	372	20,3	47	2,6	21	1,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 15. A existência de protocolos é suficiente para expandir os escopos clínicos de profissionais de saúde devidamente capacitados (com treinamento teórico e prático).

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	208	16,5	236	18,7	240	19,0	243	19,3	289	22,9	29	2,3	16	1,3
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	4	23,5	0	0,0	5	29,4	4	23,5	2	11,8	1	5,9	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	48	19,1	66	26,3	59	23,5	36	14,3	32	12,7	10	4,0	0	0,0
Gestão	213	38	17,8	44	20,7	34	16,0	55	25,8	36	16,9	3	1,4	3	1,4
Não informado	11	1	9,1	4	36,4	4	36,4	0	0,0	1	9,1	1	9,1	0	0,0
Outra	81	17	21,0	14	17,3	16	19,8	18	22,2	12	14,8	3	3,7	1	1,2
Total	1.834	316	17,2	364	19,8	358	19,5	356	19,4	372	20,3	47	2,6	21	1,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 16. **As Leis de exercício profissional no Brasil, baseadas em atos privativos, restringem a possibilidade de expansão de escopos clínicos dos profissionais de saúde.**

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	1	3,1	2	6,3	7	21,9	8	25,0	9	28,1	5	15,6	0	0,0
Dentista	95	5	5,3	6	6,3	13	13,7	26	27,4	41	43,2	4	4,2	0	0,0
Educador físico	16	0	0,0	0	0,0	2	12,5	4	25,0	6	37,5	3	18,8	1	6,3
Enfermeiro	596	34	5,7	52	8,7	90	15,1	140	23,5	248	41,6	24	4,0	8	1,3
Farmacêutico	66	1	1,5	4	6,1	7	10,6	15	22,7	34	51,5	5	7,6	0	0,0
Fisioterapeuta	66	6	9,1	5	7,6	12	18,2	19	28,8	17	25,8	5	7,6	2	3,0
Médico	355	35	9,9	28	7,9	52	14,6	68	19,2	116	32,7	50	14,1	6	1,7
Nutricionista	48	3	6,3	7	14,6	6	12,5	16	33,3	11	22,9	3	6,3	2	4,2
Psicólogo	124	9	7,3	12	9,7	25	20,2	28	22,6	42	33,9	8	6,5	0	0,0
Técnico de Enfermagem	89	9	10,1	11	12,4	8	9,0	29	32,6	23	25,8	8	9,0	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	4	1	25,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	2	6,1	3	9,1	3	9,1	13	39,4	9	27,3	3	9,1	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	19	7,9	17	7,0	45	18,6	51	21,1	84	34,7	21	8,7	5	2,1
Outra profissão/ocupação	68	3	4,4	4	5,9	8	11,8	16	23,5	28	41,2	7	10,3	2	2,9
Total	1.834	128	7,0	151	8,2	279	15,2	434	23,7	669	36,5	146	8,0	27	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 17. As Leis de exercício profissional no Brasil, baseadas em atos privativos, restringem a possibilidade de expansão de escopos clínicos dos profissionais de saúde.

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	94	7,5	111	8,8	195	15,5	294	23,3	445	35,3	100	7,9	22	1,7
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	1	5,9	0	0,0	3	17,6	3	17,6	8	47,1	1	5,9	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	8	3,2	16	6,4	38	15,1	58	23,1	103	41,0	26	10,4	2	0,8
Gestão	213	15	7,0	16	7,5	27	12,7	56	26,3	88	41,3	11	5,2	0	0,0
Não informado	11	0	0,0	0	0,0	5	45,5	3	27,3	0	0,0	3	27,3	0	0,0
Outra	81	10	12,3	8	9,9	11	13,6	20	24,7	25	30,9	5	6,2	2	2,5
Total	1.834	128	7,0	151	8,2	279	15,2	434	23,7	669	36,5	146	8,0	27	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 18. A garantia de segurança do cuidado e de redução de riscos de danos físicos e mentais é condição indispensável para a expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	0	0,0	0	0,0	2	6,3	4	12,5	21	65,6	2	6,3	3	9,4
Dentista	95	2	2,1	0	0,0	11	11,6	17	17,9	63	66,3	2	2,1	0	0,0
Educador físico	16	0	0,0	0	0,0	1	6,3	5	31,3	8	50,0	2	12,5	0	0,0
Enfermeiro	596	14	2,3	13	2,2	44	7,4	108	18,1	397	66,6	11	1,8	9	1,5
Farmacêutico	66	2	3,0	0	0,0	5	7,6	13	19,7	44	66,7	2	3,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	2	3,0	1	1,5	5	7,6	12	18,2	44	66,7	2	3,0	0	0,0
Médico	355	9	2,5	5	1,4	26	7,3	66	18,6	224	63,1	20	5,6	5	1,4
Nutricionista	48	1	2,1	1	2,1	0	0,0	15	31,3	30	62,5	1	2,1	0	0,0
Psicólogo	124	3	2,4	2	1,6	12	9,7	26	21,0	79	63,7	1	0,8	1	0,8
Técnico de Enfermagem	89	1	1,1	4	4,5	3	3,4	14	15,7	61	68,5	2	2,2	4	4,5
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	2	6,1	2	6,1	2	6,1	6	18,2	18	54,5	3	9,1	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	2	0,8	6	2,5	17	7,0	52	21,5	152	62,8	6	2,5	7	2,9
Outra profissão/ocupação	68	0	0,0	1	1,5	3	4,4	18	26,5	41	60,3	5	7,4	0	0,0
Total	1.802	38	2,1	36	2,0	129	7,2	353	19,6	1.163	64,5	57	3,2	26	1,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 19. A garantia de segurança do cuidado e de redução de riscos de danos físicos e mentais é condição indispensável para a expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde.

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	29	2,3	27	2,1	97	7,7	238	18,9	808	64,1	41	3,3	21	1,7
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	0	0,0	0	0,0	1	5,9	2	11,8	11	64,7	2	11,8	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	2	0,8	4	1,6	18	7,2	49	19,5	166	66,1	7	2,8	5	2,0
Gestão	213	4	1,9	5	2,3	10	4,7	48	22,5	140	65,7	4	1,9	2	0,9
Não informado	11	0	0,0	0	0,0	1	9,1	2	18,2	6	54,5	2	18,2	0	0,0
Outra	81	3	3,7	0	0,0	4	4,9	18	22,2	53	65,4	3	3,7	0	0,0
Total	1.834	38	2,1	36	2,0	131	7,1	357	19,5	1.184	64,6	59	3,2	29	1,6

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 20. A capacitação/treinamento teórico e prático de profissionais de saúde aumenta a segurança e reduz os riscos de danos à saúde.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	1	3,1	0	0,0	0	0,0	1	3,1	28	87,5	1	3,1	1	3,1
Dentista	95	0	0,0	2	2,1	4	4,2	17	17,9	71	74,7	1	1,1	0	0,0
Educador físico	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	31,3	10	62,5	1	6,3	0	0,0
Enfermeiro	596	3	0,5	5	0,8	9	1,5	99	16,6	472	79,2	3	0,5	5	0,8
Farmacêutico	66	0	0,0	0	0,0	2	3,0	9	13,6	55	83,3	0	0,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	1	1,5	1	1,5	1	1,5	12	18,2	51	77,3	0	0,0	0	0,0
Médico	355	7	2,0	4	1,1	17	4,8	56	15,8	263	74,1	7	2,0	1	0,3
Nutricionista	48	0	0,0	0	0,0	3	6,3	11	22,9	33	68,8	1	2,1	0	0,0
Psicólogo	124	0	0,0	2	1,6	9	7,3	27	21,8	85	68,5	0	0,0	1	0,8
Técnico de Enfermagem	89	1	1,1	1	1,1	0	0,0	10	11,2	75	84,3	0	0,0	2	2,2
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	0	0,0	1	3,0	3	9,1	8	24,2	21	63,6	0	0,0	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	1	0,4	2	0,8	8	3,3	35	14,5	188	77,7	3	1,2	5	2,1
Outra profissão/ocupação	68	0	0,0	1	1,5	3	4,4	16	23,5	46	67,6	1	1,5	1	1,5
Total	1.802	13	0,7	20	1,1	59	3,3	306	17,0	1.372	76,1	17	0,9	15	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 21. A capacitação/treinamento teórico e prático de profissionais de saúde aumenta a segurança e reduz os riscos de danos à saúde.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		**Não quero/ não sei opinar**		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	11	0,9	14	1,1	36	2,9	200	15,9	978	77,6	11	0,9	11	0,9
Dirigente/membro de conselhos e sindica-tos e afins	17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8	14	82,4	0	0,0	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	2	0,8	3	1,2	13	5,2	45	17,9	184	73,3	3	1,2	1	0,4
Gestão	213	0	0,0	2	0,9	6	2,8	44	20,7	158	74,2	1	0,5	2	0,9
Não informado	11	0	0,0	1	9,1	2	18,2	3	27,3	4	36,4	1	9,1	0	0,0
Outra	81	1	1,2	0	0,0	2	2,5	13	16,0	62	76,5	2	2,5	1	1,2
Total	1.834	14	0,8	20	1,1	59	3,2	307	16,7	1.400	76,3	18	1,0	16	0,9

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 22. **Uma estratégia para compensar a escassez de profissionais de saúde, especialmente de médicos, em áreas remotas e desassistidas, é a expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde não médicos de nível superior na atenção primária.**

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	1	3,1	3	9,4	7	21,9	5	15,6	13	40,6	3	9,4	0	0,0
Dentista	95	15	15,8	10	10,5	15	15,8	27	28,4	27	28,4	1	1,1	0	0,0
Educador físico	16	1	6,3	0	0,0	2	12,5	4	25,0	7	43,8	2	12,5	0	0,0
Enfermeiro	596	96	16,1	54	9,1	86	14,4	129	21,6	217	36,4	7	1,2	7	1,2
Farmacêutico	66	6	9,1	3	4,5	6	9,1	17	25,8	32	48,5	2	3,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	12	18,2	6	9,1	11	16,7	15	22,7	20	30,3	2	3,0	0	0,0
Médico	355	115	32,4	39	11,0	42	11,8	64	18,0	84	23,7	11	3,1	0	0,0
Nutricionista	48	4	8,3	7	14,6	8	16,7	9	18,8	16	33,3	2	4,2	2	4,2
Psicólogo	124	11	8,9	9	7,3	25	20,2	34	27,4	38	30,6	6	4,8	1	0,8
Técnico de Enfermagem	89	13	14,6	6	6,7	11	12,4	23	25,8	30	33,7	3	3,4	3	3,4
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	3	9,1	5	15,2	6	18,2	13	39,4	4	12,1	1	3,0	1	3,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	31	12,8	31	12,8	33	13,6	56	23,1	79	32,6	6	2,5	6	2,5
Outra profissão/ocupação	68	8	11,8	4	5,9	8	11,8	14	20,6	30	44,1	3	4,4	1	1,5
Total	1.802	317	17,6	174	9,7	253	14,0	405	22,5	586	32,5	46	2,6	21	1,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 23. Uma estratégia para compensar a escassez de profissionais de saúde, especialmente de médicos, em áreas remotas e desassistidas, é a expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde não médicos de nível superior na atenção primária.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	247	19,6	123	9,8	172	13,6	271	21,5	404	32,0	30	2,4	14	1,1
Dirigente/membro de conselhos e sindica-tos e afins	17	3	17,6	0	0,0	3	17,6	3	17,6	7	41,2	0	0,0	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	27	10,8	22	8,8	36	14,3	60	23,9	96	38,2	9	3,6	1	0,4
Gestão	213	27	12,7	23	10,8	34	16,0	56	26,3	65	30,5	4	1,9	4	1,9
Não informado	11	2	18,2	3	27,3	2	18,2	1	9,1	2	18,2	1	9,1	0	0,0
Outra	81	12	14,8	6	7,4	13	16,0	19	23,5	25	30,9	5	6,2	1	1,2
Total	1.834	318	17,3	177	9,7	260	14,2	410	22,4	599	32,7	49	2,7	21	1,1

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 24. Uma estratégia para reduzir o número de encaminhamentos e aliviar as filas em hospitais e/ou em centros de especialidades é a expansão dos escopos clínicos de médicos em unidades básicas de saúde.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	0	0,0	1	3,1	2	6,3	5	15,6	23	71,9	0	0,0	1	3,1
Dentista	95	8	8,4	3	3,2	8	8,4	32	33,7	40	42,1	3	3,2	1	1,1
Educador físico	16	0	0,0	1	6,3	1	6,3	5	31,3	8	50,0	1	6,3	0	0,0
Enfermeiro	596	35	5,9	50	8,4	69	11,6	148	24,8	281	47,1	8	1,3	5	0,8
Farmacêutico	66	1	1,5	8	12,1	6	9,1	22	33,3	29	43,9	0	0,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	6	9,1	4	6,1	8	12,1	19	28,8	27	40,9	1	1,5	1	1,5
Médico	355	30	8,5	21	5,9	39	11,0	71	20,0	183	51,5	5	1,4	6	1,7
Nutricionista	48	0	0,0	4	8,3	7	14,6	16	33,3	16	33,3	4	8,3	1	2,1
Psicólogo	124	5	4,0	4	3,2	18	14,5	34	27,4	56	45,2	2	1,6	5	4,0
Técnico de Enfermagem	89	3	3,4	4	4,5	9	10,1	22	24,7	43	48,3	3	3,4	5	5,6
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	2	6,1	5	15,2	8	24,2	7	21,2	7	21,2	3	9,1	1	3,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	14	5,8	15	6,2	27	11,2	63	26,0	112	46,3	6	2,5	5	2,1
Outra profissão/ocupação	68	1	1,5	1	1,5	10	14,7	18	26,5	35	51,5	2	2,9	1	1,5
Total	1.802	106	5,9	120	6,7	212	11,8	457	25,4	838	46,5	38	2,1	31	1,7

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 25. Uma estratégia para reduzir o número de encaminhamentos e aliviar as filas em hospitais e/ou em centros de especialidades é a expansão dos escopos clínicos de médicos em unidades básicas de saúde.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	77	6,1	86	6,8	143	11,3	316	25,1	599	47,5	17	1,3	23	1,8
Dirigente/membro de coselhos e sindicatos e afins	17	1	5,9	0	0,0	0	0,0	3	17,6	12	70,6	0	0,0	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	12	4,8	17	6,8	32	12,7	58	23,1	116	46,2	13	5,2	3	1,2
Gestão	213	11	5,2	13	6,1	29	13,6	61	28,6	93	43,7	3	1,4	3	1,4
Não informado	11	1	9,1	1	9,1	1	9,1	2	18,2	4	36,4	2	18,2	0	0,0
Outra	81	4	4,9	4	4,9	9	11,1	22	27,2	37	45,7	3	3,7	2	2,5
Total	1.834	106	5,8	121	6,6	214	11,7	462	25,2	861	46,9	38	2,1	32	1,7

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 26. Uma estratégia para aumentar o acesso da atenção primária em saúde é o compartilhamento de atividades entre profissionais de saúde, tanto de nível técnico quanto superior.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	0	0,0	0	0,0	3	9,4	2	6,3	24	75,0	1	3,1	2	6,3
Dentista	95	4	4,2	6	6,3	11	11,6	23	24,2	49	51,6	2	2,1	0	0,0
Educador físico	16	0	0,0	0	0,0	2	12,5	4	25,0	9	56,3	1	6,3	0	0,0
Enfermeiro	596	53	8,9	53	8,9	76	12,8	139	23,3	255	42,8	11	1,8	9	1,5
Farmacêutico	66	7	10,6	7	10,6	10	15,2	17	25,8	23	34,8	1	1,5	1	1,5
Fisioterapeuta	66	3	4,5	3	4,5	10	15,2	15	22,7	34	51,5	1	1,5	0	0,0
Médico	355	35	9,9	27	7,6	29	8,2	76	21,4	175	49,3	8	2,3	5	1,4
Nutricionista	48	1	2,1	5	10,4	3	6,3	19	39,6	18	37,5	2	4,2	0	0,0
Psicólogo	124	5	4,0	4	3,2	15	12,1	34	27,4	63	50,8	1	0,8	2	1,6
Técnico de Enfermagem	89	1	1,1	5	5,6	7	7,9	22	24,7	50	56,2	2	2,2	2	2,2
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	2	6,1	5	15,2	4	12,1	9	27,3	11	33,3	2	6,1	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	11	4,5	9	3,7	24	9,9	66	27,3	121	50,0	5	2,1	6	2,5
Outra profissão/ocupação	68	2	2,9	1	1,5	7	10,3	17	25,0	40	58,8	1	1,5	0	0,0
Total	1.802	125	6,9	125	6,9	198	11,0	442	24,5	850	47,2	37	2,1	25	1,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 27. Uma estratégia para aumentar o acesso da atenção primária em saúde é o compartilhamento de atividades entre profissionais de saúde, tanto de nível técnico quanto superior.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	89	7,1	91	7,2	143	11,3	297	23,6	600	47,6	19	1,5	22	1,7
Dirigente/membro de coselhos e sindicatos e afins	17	0	0,0	0	0,0	3	17,6	2	11,8	11	64,7	0	0,0	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	13	5,2	19	7,6	24	9,6	62	24,7	120	47,8	12	4,8	1	0,4
Gestão	213	17	8,0	12	5,6	21	9,9	52	24,4	104	48,8	4	1,9	3	1,4
Não informado	11	1	9,1	0	0,0	2	18,2	5	45,5	2	18,2	1	9,1	0	0,0
Outra	81	5	6,2	3	3,7	8	9,9	26	32,1	37	45,7	2	2,5	0	0,0
Total	1.834	125	6,8	125	6,8	201	11,0	444	24,2	874	47,7	38	2,1	27	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 28. Profissionais não médicos de nível superior (por exemplo enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) podem ter escopos expandidos no que diz respeito à realização de diagnóstico clínico, prescrição medicamentosa e ordenamento de exames propedêuticos com devido treinamento/capacitação.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	1	3,1	2	6,3	2	6,3	9	28,1	14	43,8	3	9,4	1	3,1
Dentista	95	16	16,8	10	10,5	17	17,9	20	21,1	30	31,6	2	2,1	0	0,0
Educador físico	16	3	18,8	1	6,3	2	12,5	4	25,0	4	25,0	2	12,5	0	0,0
Enfermeiro	596	48	8,1	35	5,9	58	9,7	134	22,5	310	52,0	6	1,0	5	0,8
Farmacêutico	66	8	12,1	6	9,1	12	18,2	15	22,7	25	37,9	0	0,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	15	22,7	9	13,6	4	6,1	16	24,2	16	24,2	6	9,1	0	0,0
Médico	355	138	38,9	41	11,5	31	8,7	64	18,0	69	19,4	8	2,3	4	1,1
Nutricionista	48	3	6,3	12	25,0	6	12,5	17	35,4	10	20,8	0	0,0	0	0,0
Psicólogo	124	22	17,7	10	8,1	22	17,7	26	21,0	38	30,6	5	4,0	1	0,8
Técnico de Enfermagem	89	12	13,5	10	11,2	11	12,4	16	18,0	35	39,3	4	4,5	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	2	6,1	9	27,3	3	9,1	11	33,3	6	18,2	2	6,1	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	55	22,7	14	5,8	34	14,0	62	25,6	64	26,4	10	4,1	3	1,2
Outra profissão/ocupação	68	9	13,2	2	2,9	13	19,1	14	20,6	22	32,4	8	11,8	0	0,0
Total	1.802	332	18,4	159	8,8	215	11,9	400	22,2	629	34,9	53	2,9	14	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 29. Profissionais não médicos de nível superior (por exemplo enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) podem ter escopos expandidos no que diz respeito à realização de diagnóstico clínico, prescrição medicamentosa e ordenamento de exames propedêuticos com devido treinamento/capacitação.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	255	20,2	114	9,0	149	11,8	261	20,7	443	35,1	28	2,2	11	0,9
Dirigente/membro de conselhos e sindica-tos e afins	17	6	35,3	0	0,0	4	23,5	2	11,8	4	23,5	0	0,0	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	27	10,8	24	9,6	26	10,4	68	27,1	83	33,1	21	8,4	2	0,8
Gestão	213	27	12,7	19	8,9	25	11,7	55	25,8	83	39,0	3	1,4	1	0,5
Não informado	11	2	18,2	1	9,1	2	18,2	2	18,2	3	27,3	1	9,1	0	0,0
Outra	81	16	19,8	3	3,7	11	13,6	21	25,9	27	33,3	3	3,7	0	0,0
Total	1.834	333	18,2	161	8,8	217	11,8	409	22,3	643	35,1	56	3,1	15	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 30. Os profissionais de saúde sabem realizar mais atividades e procedimentos clínicos do que realizam na prática em unidades básicas de saúde

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	1	3,1	2	6,3	5	15,6	11	34,4	10	31,3	2	6,3	1	3,1
Dentista	95	4	4,2	6	6,3	8	8,4	31	32,6	45	47,4	1	1,1	0	0,0
Educador físico	16	1	6,3	0	0,0	5	31,3	2	12,5	5	31,3	3	18,8	0	0,0
Enfermeiro	596	33	5,5	37	6,2	80	13,4	160	26,8	260	43,6	18	3,0	8	1,3
Farmacêutico	66	3	4,5	5	7,6	10	15,2	13	19,7	29	43,9	5	7,6	1	1,5
Fisioterapeuta	66	7	10,6	3	4,5	8	12,1	20	30,3	24	36,4	4	6,1	0	0,0
Médico	355	29	8,2	30	8,5	51	14,4	78	22,0	136	38,3	28	7,9	3	0,8
Nutricionista	48	4	8,3	7	14,6	7	14,6	17	35,4	13	27,1	0	0,0	0	0,0
Psicólogo	124	5	4,0	8	6,5	23	18,5	43	34,7	36	29,0	7	5,6	2	1,6
Técnico de Enfermagem	89	5	5,6	9	10,1	10	11,2	25	28,1	36	40,4	3	3,4	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	0	0,0	2	6,1	4	12,1	13	39,4	13	39,4	1	3,0	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	19	7,9	16	6,6	50	20,7	67	27,7	63	26,0	21	8,7	6	2,5
Outra profissão/ocupação	68	2	2,9	2	2,9	16	23,5	18	26,5	23	33,8	7	10,3	0	0,0
Total	1.802	113	6,3	125	6,9	274	15,2	487	27,0	684	38,0	98	5,4	21	1,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 31. Os profissionais de saúde sabem realizar mais atividades e procedimentos clínicos do que realizam na prática em unidades básicas de saúde

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	84	6,7	89	7,1	184	14,6	343	27,2	484	38,4	61	4,8	16	1,3
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	1	5,9	0	0,0	4	23,5	3	17,6	7	41,2	1	5,9	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	5	2,0	18	7,2	46	18,3	65	25,9	94	37,5	23	9,2	0	0,0
Gestão	213	16	7,5	16	7,5	27	12,7	65	30,5	76	35,7	9	4,2	4	1,9
Não informado	11	1	9,1	0	0,0	3	27,3	4	36,4	1	9,1	2	18,2	0	0,0
Outra	81	7	8,6	4	4,9	15	18,5	18	22,2	32	39,5	4	4,9	1	1,2
Total	1.834	114	6,2	127	6,9	279	15,2	498	27,2	694	37,8	100	5,5	22	1,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 32. Profissionais de saúde que trabalham em municípios menores, remotos e/ou de difícil acesso realizam mais atividades e procedimentos clínicos do que aqueles que atuam em capitais e municípios de grande porte.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	2	6,3	3	9,4	3	9,4	6	18,8	14	43,8	2	6,3	2	6,3
Dentista	95	6	6,3	5	5,3	18	18,9	26	27,4	21	22,1	18	18,9	1	1,1
Educador físico	16	0	0,0	0	0,0	3	18,8	3	18,8	4	25,0	6	37,5	0	0,0
Enfermeiro	596	64	10,7	54	9,1	89	14,9	131	22,0	200	33,6	49	8,2	9	1,5
Farmacêutico	66	6	9,1	8	12,1	3	4,5	18	27,3	22	33,3	9	13,6	0	0,0
Fisioterapeuta	66	8	12,1	13	19,7	10	15,2	15	22,7	11	16,7	9	13,6	0	0,0
Médico	355	27	7,6	29	8,2	54	15,2	74	20,8	128	36,1	38	10,7	5	1,4
Nutricionista	48	2	4,2	6	12,5	4	8,3	22	45,8	11	22,9	2	4,2	1	2,1
Psicólogo	124	8	6,5	17	13,7	19	15,3	35	28,2	27	21,8	16	12,9	2	1,6
Técnico de Enfermagem	89	10	11,2	7	7,9	18	20,2	17	19,1	31	34,8	4	4,5	2	2,2
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	1	3,0	3	9,1	3	9,1	10	30,3	5	15,2	11	33,3	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	16	6,6	19	7,9	35	14,5	56	23,1	79	32,6	32	13,2	5	2,1
Outra profissão/ocupação	68	3	4,4	4	5,9	7	10,3	24	35,3	18	26,5	12	17,6	0	0,0
Total	1.802	151	8,4	165	9,2	263	14,6	434	24,1	558	31,0	206	11,4	25	1,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 33. Profissionais de saúde que trabalham em municípios menores, remotos e/ou de difícil acesso realizam mais atividades e procedimentos clínicos do que aqueles que atuam em capitais e municípios de grande porte.

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	118	9,4	115	9,1	188	14,9	285	22,6	399	31,6	139	11,0	17	1,3
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	1	5,9	0	0,0	2	11,8	5	29,4	6	35,3	2	11,8	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	11	4,4	16	6,4	37	14,7	74	29,5	69	27,5	40	15,9	4	1,6
Gestão	213	15	7,0	23	10,8	25	11,7	54	25,4	71	33,3	21	9,9	4	1,9
Não informado	11	1	9,1	5	45,5	0	0,0	2	18,2	0	0,0	2	18,2	1	9,1
Outra	81	7	8,6	9	11,1	14	17,3	20	24,7	27	33,3	4	4,9	0	0,0
Total	1.834	153	8,3	168	9,2	266	14,5	440	24,0	572	31,2	208	11,3	27	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 34. Os profissionais de saúde, na rotina do seu trabalho, desenvolvem atividades de outros profissionais da equipe.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	4	12,5	0	0,0	1	3,1	9	28,1	14	43,8	2	6,3	2	6,3
Dentista	95	17	17,9	8	8,4	18	18,9	25	26,3	23	24,2	4	4,2	0	0,0
Educador físico	16	1	6,3	1	6,3	4	25,0	4	25,0	4	25,0	2	12,5	0	0,0
Enfermeiro	596	37	6,2	37	6,2	90	15,1	173	29,0	228	38,3	22	3,7	9	1,5
Farmacêutico	66	2	3,0	10	15,2	15	22,7	14	21,2	21	31,8	4	6,1	0	0,0
Fisioterapeuta	66	7	10,6	9	13,6	12	18,2	20	30,3	11	16,7	7	10,6	0	0,0
Médico	355	33	9,3	20	5,6	68	19,2	98	27,6	113	31,8	18	5,1	5	1,4
Nutricionista	48	3	6,3	2	4,2	9	18,8	22	45,8	10	20,8	2	4,2	0	0,0
Psicólogo	124	10	8,1	13	10,5	20	16,1	46	37,1	34	27,4	1	0,8	0	0,0
Técnico de Enfermagem	89	2	2,2	8	9,0	6	6,7	28	31,5	42	47,2	2	2,2	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	2	6,1	7	21,2	9	27,3	7	21,2	4	12,1	3	9,1	1	3,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	15	6,2	11	4,5	45	18,6	70	28,9	71	29,3	22	9,1	8	3,3
Outra profissão/ocupação	68	1	1,5	2	2,9	18	26,5	22	32,4	17	25,0	7	10,3	1	1,5
Total	1.802	130	7,2	129	7,2	315	17,5	530	29,4	579	32,1	94	5,2	25	1,4

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 35. Os profissionais de saúde, na rotina do seu trabalho, desenvolvem atividades de outros profissionais da equipe.

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	104	8,2	84	6,7	199	15,8	362	28,7	442	35,1	52	4,1	18	1,4
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	2	11,8	0	0,0	4	23,5	4	23,5	5	29,4	1	5,9	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	7	2,8	21	8,4	48	19,1	81	32,3	64	25,5	29	11,6	1	0,4
Gestão	213	12	5,6	20	9,4	43	20,2	61	28,6	65	30,5	6	2,8	6	2,8
Não informado	11	2	18,2	0	0,0	3	27,3	4	36,4	0	0,0	2	18,2	0	0,0
Outra	81	7	8,6	4	4,9	19	23,5	27	33,3	17	21,0	6	7,4	1	1,2
Total	1.834	134	7,3	129	7,0	316	17,2	539	29,4	593	32,3	96	5,2	27	1,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 36. O processo de expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde na atenção primária implica em reformas do ensino e da formação dos mesmos.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	3	9,4	0	0,0	2	6,3	9	28,1	15	46,9	2	6,3	1	3,1
Dentista	95	3	3,2	2	2,1	4	4,2	20	21,1	63	66,3	1	1,1	2	2,1
Educador físico	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8	12	75,0	1	6,3	0	0,0
Enfermeiro	596	9	1,5	12	2,0	31	5,2	130	21,8	402	67,4	8	1,3	4	0,7
Farmacêutico	66	1	1,5	3	4,5	2	3,0	18	27,3	42	63,6	0	0,0	0	0,0
Fisioterapeuta	66	1	1,5	3	4,5	6	9,1	18	27,3	38	57,6	0	0,0	0	0,0
Médico	355	13	3,7	13	3,7	28	7,9	81	22,8	195	54,9	22	6,2	3	0,8
Nutricionista	48	1	2,1	1	2,1	0	0,0	14	29,2	32	66,7	0	0,0	0	0,0
Psicólogo	124	0	0,0	1	0,8	13	10,5	30	24,2	77	62,1	1	0,8	2	1,6
Técnico de Enfermagem	89	2	2,2	4	4,5	8	9,0	19	21,3	46	51,7	6	6,7	4	4,5
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	0	0,0	1	3,0	3	9,1	9	27,3	17	51,5	2	6,1	1	3,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	3	1,2	3	1,2	15	6,2	60	24,8	149	61,6	8	3,3	4	1,7
Outra profissão/ocupação	68	0	0,0	3	4,4	4	5,9	13	19,1	45	66,2	2	2,9	1	1,5
Total	1.802	33	1,8	46	2,6	114	6,3	416	23,1	1.120	62,2	52	2,9	21	1,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 37. O processo de expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde na atenção primária implica em reformas do ensino e da formação dos mesmos.

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	31	2,5	29	2,3	82	6,5	305	24,2	761	60,3	37	2,9	16	1,3
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	0	0,0	0	0,0	3	17,6	0	0,0	12	70,6	1	5,9	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	1	0,4	6	2,4	11	4,4	49	19,5	175	69,7	8	3,2	1	0,4
Gestão	213	2	0,9	9	4,2	16	7,5	46	21,6	134	62,9	2	0,9	4	1,9
Não informado	11	0	0,0	0	0,0	1	9,1	5	45,5	3	27,3	2	18,2	0	0,0
Outra	81	2	2,5	2	2,5	3	3,7	20	24,7	50	61,7	4	4,9	0	0,0
Total	1.834	36	2,0	46	2,5	116	6,3	425	23,2	1.135	61,9	54	2,9	22	1,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 38. Os atuais cursos de graduação em saúde preparam os profissionais para atuarem com escopos de prática expandidos no âmbito da atenção primária em saúde.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	2	6,3	3	9,4	12	37,5	6	18,8	6	18,8	2	6,3	1	3,1
Dentista	95	44	46,3	23	24,2	13	13,7	7	7,4	3	3,2	5	5,3	0	0,0
Educador físico	16	4	25,0	5	31,3	1	6,3	2	12,5	1	6,3	3	18,8	0	0,0
Enfermeiro	596	181	30,4	139	23,3	121	20,3	79	13,3	59	9,9	13	2,2	4	0,7
Farmacêutico	66	29	43,9	16	24,2	8	12,1	5	7,6	4	6,1	4	6,1	0	0,0
Fisioterapeuta	66	24	36,4	24	36,4	6	9,1	5	7,6	3	4,5	4	6,1	0	0,0
Médico	355	101	28,5	69	19,4	45	12,7	43	12,1	59	16,6	34	9,6	4	1,1
Nutricionista	48	18	37,5	14	29,2	5	10,4	6	12,5	4	8,3	0	0,0	1	2,1
Psicólogo	124	36	29,0	45	36,3	20	16,1	14	11,3	3	2,4	6	4,8	0	0,0
Técnico de Enfermagem	89	9	10,1	16	18,0	14	15,7	23	25,8	14	15,7	11	12,4	2	2,2
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	11	33,3	11	33,3	5	15,2	2	6,1	0	0,0	3	9,1	1	3,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	59	24,4	59	24,4	47	19,4	28	11,6	24	9,9	22	9,1	3	1,2
Outra profissão/ocupação	68	16	23,5	22	32,4	12	17,6	6	8,8	4	5,9	8	11,8	0	0,0
Total	1.802	533	29,6	444	24,6	298	16,5	220	12,2	178	9,9	114	6,3	15	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 39. Os atuais cursos de graduação em saúde preparam os profissionais para atuarem com escopos de prática expandidos no âmbito da atenção primária em saúde.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	356	28,2	287	22,8	205	16,3	175	13,9	151	12,0	77	6,1	10	0,8
Dirigente/membro de coselhos e sindicatos e afins	17	4	23,5	2	11,8	3	17,6	2	11,8	2	11,8	3	17,6	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	85	33,9	69	27,5	41	16,3	25	10,0	10	4,0	19	7,6	2	0,8
Gestão	213	65	30,5	64	30,0	39	18,3	19	8,9	13	6,1	10	4,7	3	1,4
Não informado	11	0	0,0	6	54,5	4	36,4	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0
Outra	81	25	30,9	19	23,5	18	22,2	5	6,2	8	9,9	6	7,4	0	0,0
Total	1.834	535	29,2	447	24,4	310	16,9	226	12,3	184	10,0	116	6,3	16	0,9

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 40. Os docentes dos cursos de graduação em saúde estão adequadamente preparados para ensinar escopos de prática expandidos na atenção primária em saúde.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	3	9,4	3	9,4	8	25,0	5	15,6	6	18,8	5	15,6	2	6,3
Dentista	95	35	36,8	34	35,8	11	11,6	3	3,2	4	4,2	8	8,4	0	0,0
Educador físico	16	3	18,8	5	31,3	1	6,3	2	12,5	1	6,3	4	25,0	0	0,0
Enfermeiro	596	187	31,4	150	25,2	136	22,8	67	11,2	36	6,0	17	2,9	3	0,5
Farmacêutico	66	26	39,4	18	27,3	11	16,7	3	4,5	5	7,6	3	4,5	0	0,0
Fisioterapeuta	66	24	36,4	23	34,8	10	15,2	5	7,6	2	3,0	2	3,0	0	0,0
Médico	355	93	26,2	73	20,6	47	13,2	37	10,4	51	14,4	50	14,1	4	1,1
Nutricionista	48	17	35,4	17	35,4	7	14,6	4	8,3	3	6,3	0	0,0	0	0,0
Psicólogo	124	37	29,8	47	37,9	22	17,7	9	7,3	1	0,8	7	5,6	1	0,8
Técnico de Enfermagem	89	5	5,6	25	28,1	17	19,1	17	19,1	12	13,5	12	13,5	1	1,1
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	11	33,3	10	30,3	7	21,2	2	6,1	0	0,0	3	9,1	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	50	20,7	71	29,3	56	23,1	23	9,5	18	7,4	21	8,7	3	1,2
Outra profissão/ocupação	68	11	16,2	23	33,8	13	19,1	10	14,7	3	4,4	8	11,8	0	0,0
Total	1.802	500	27,7	498	27,6	338	18,8	182	10,1	136	7,5	136	7,5	12	0,7

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

41. Os docentes dos cursos de graduação em saúde estão adequadamente preparados para ensinar escopos de prática expandidos na atenção primária em saúde.

Área principal de atuação	Total	Discordo total-mente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo total-mente		Não quero/ não sei opi-nar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	334	26,5	328	26,0	237	18,8	134	10,6	116	9,2	103	8,2	9	0,7
Dirigente/membro de coselhos e sindicatos e afins	17	3	17,6	3	17,6	3	17,6	2	11,8	3	17,6	2	11,8	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	82	32,7	74	29,5	45	17,9	22	8,8	7	2,8	20	8,0	1	0,4
Gestão	213	60	28,2	71	33,3	41	19,2	20	9,4	9	4,2	9	4,2	3	1,4
Não informado	11	2	18,2	3	27,3	3	27,3	1	9,1	0	0,0	2	18,2	0	0,0
Outra	81	22	27,2	22	27,2	17	21,0	8	9,9	7	8,6	5	6,2	0	0,0
Total	1.834	503	27,4	501	27,3	346	18,9	187	10,2	142	7,7	141	7,7	14	0,8

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 42. Os profissionais de saúde estão interessados em expandir seus escopos de práticas clínicos.

Profissão/Ocupação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Agente Comunitário de Saúde	32	0	0,0	6	18,8	4	12,5	11	34,4	7	21,9	3	9,4	1	3,1
Dentista	95	13	13,7	21	22,1	23	24,2	24	25,3	8	8,4	6	6,3	0	0,0
Educador físico	16	1	6,3	2	12,5	4	25,0	3	18,8	2	12,5	4	25,0	0	0,0
Enfermeiro	596	41	6,9	67	11,2	174	29,2	157	26,3	132	22,1	23	3,9	2	0,3
Farmacêutico	66	2	3,0	7	10,6	14	21,2	17	25,8	17	25,8	9	13,6	0	0,0
Fisioterapeuta	66	3	4,5	6	9,1	24	36,4	21	31,8	10	15,2	2	3,0	0	0,0
Médico	355	31	8,7	38	10,7	90	25,4	62	17,5	98	27,6	32	9,0	4	1,1
Nutricionista	48	2	4,2	9	18,8	9	18,8	19	39,6	6	12,5	3	6,3	0	0,0
Psicólogo	124	4	3,2	26	21,0	31	25,0	32	25,8	22	17,7	9	7,3	0	0,0
Técnico de Enfermagem	89	6	6,7	10	11,2	11	12,4	22	24,7	30	33,7	10	11,2	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Técnico de Saúde Bucal	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Terapeuta Ocupacional	33	0	0,0	6	18,2	8	24,2	10	30,3	7	21,2	2	6,1	0	0,0
Oura profissão/ocupação de saúde	242	20	8,3	33	13,6	65	26,9	53	21,9	41	16,9	28	11,6	2	0,8
Outra profissão/ocupação	68	4	5,9	14	20,6	18	26,5	16	23,5	7	10,3	8	11,8	1	1,5
Total	1.802	128	7,1	239	13,3	472	26,2	438	24,3	380	21,1	136	7,5	9	0,5

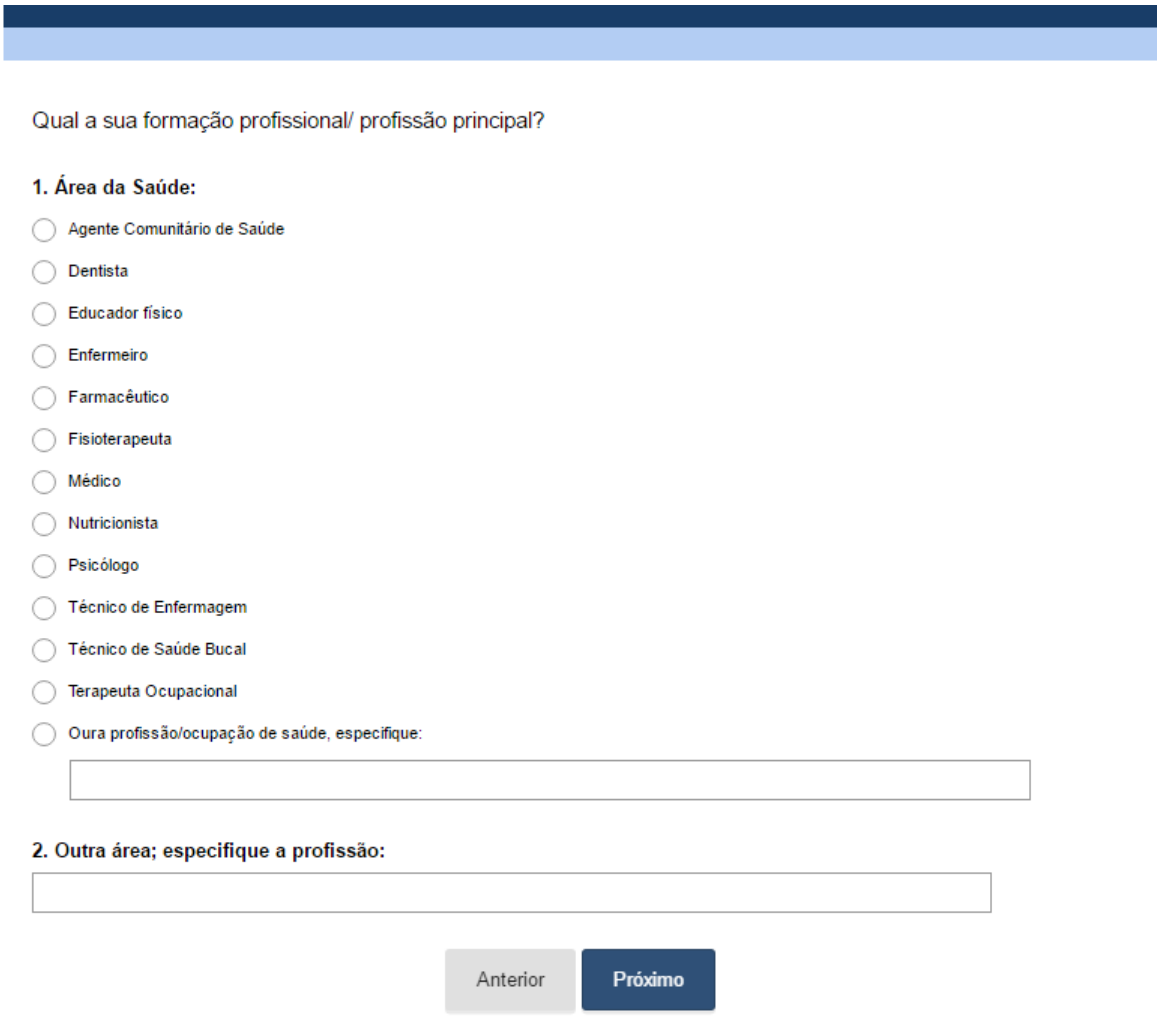
Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária

Tabela 43. Os profissionais de saúde estão interessados em expandir seus escopos de práticas clínicos.

Área principal de atuação	Total	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Não quero/ não sei opinar		Não resposta	
	N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência	1.261	86	6,8	155	12,3	314	24,9	309	24,5	304	24,1	86	6,8	7	0,6
Dirigente/membro de conselhos e sindicatos e afins	17	3	17,6	2	11,8	2	11,8	5	29,4	3	17,6	1	5,9	1	5,9
Ensino e Pesquisa	251	19	7,6	31	12,4	83	33,1	58	23,1	32	12,7	28	11,2	0	0,0
Gestão	213	14	6,6	37	17,4	59	27,7	50	23,5	37	17,4	15	7,0	1	0,5
Não informado	11	0	0,0	3	27,3	2	18,2	3	27,3	1	9,1	1	9,1	1	9,1
Outra	81	6	7,4	17	21,0	16	19,8	24	29,6	10	12,3	8	9,9	0	0,0
Total	1.834	128	7,0	245	13,4	476	26,0	449	24,5	387	21,1	139	7,6	10	0,5

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG – *Survey Online*: Expansão do Escopo de Prática de Profissionais de Saúde na Atenção Primária.

2.4 Instrumento do Survey Online



Qual a sua formação profissional/ profissão principal?

1. Área da Saúde:

- ○ Agente Comunitário de Saúde
- ○ Dentista
- ○ Educador físico
- ○ Enfermeiro
- ○ Farmacêutico
- ○ Fisioterapeuta
- ○ Médico
- ○ Nutricionista
- ○ Psicólogo
- ○ Técnico de Enfermagem
- ○ Técnico de Saúde Bucal
- ○ Terapeuta Ocupacional
- ○ Oura profissão/ocupação de saúde, especifique:

2. Outra área; especifique a profissão:

Anterior | **Próximo**

O objetivo desta seção é conhecer a principal área de atuação dos respondentes.

Entre as opções 1, 2, 3 e 4 abaixo, marque a que melhor definir a sua área de atuação principal (por exemplo, se sua principal atuação é como técnico de enfermagem em unidade básica de saúde, marque na opção 1 "Atenção Primária em Saúde").

Marque apenas uma opção

1. Profissional da assistência em saúde

- ◯ Atenção Primária em Saúde
- ◯ Assistência Ambulatorial
- ◯ Assistência Hospitalar
- ◯ Outra, especifique:

2. Gestor da assistência

- ◯ Gestor municipal (secretário de saúde)
- ◯ Gestor municipal (coordenador da Atenção Básica)
- ◯ Gestor/gerente de unidades/estabelecimentos de saúde
- ◯ Gestor federal
- ◯ Gestor estadual
- ◯ Outro tipo de gestão, especifique:

3. Ensino e Pesquisa:

- ◯ Ensino/Formação
- ◯ Pesquisa
- ◯ Especificar área:

4. Outras áreas:

- ◯ Dirigente/membro de conselhos de saúde
- ◯ Dirigente/membro de conselho profissional
- ◯ Dirigente/membro de sindicatos ou associações profissionais
- ◯ Outra, especifique:

Anterior **Próximo**

A seguir serão apresentadas algumas afirmativas sobre a Expansão de Escopos de Prática de Profissionais na Atenção Primária em Saúde. Assinale de acordo com o seu nível de concordância: (discorda totalmente, discorda, nem concorda e nem discorda, concorda, concorda totalmente)

1. A expansão dos escopos clínicos de profissionais contribui para aumentar o acesso à atenção primária em saúde. (por exemplo: enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos realizarem atividades que são exclusivas de médicos; médicos generalistas realizando escopos que são exercidos por especialistas, etc.).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

2. A expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde contribui para aumentar a qualidade da atenção primária em saúde.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

3. A expansão dos escopos clínicos dos profissionais de saúde tem como pré-requisito a capacitação / treinamento teórico e prático.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

4. A expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde deve ser garantida por Lei.

1. Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

5. A existência de protocolos é suficiente para expandir os escopos clínicos de profissionais de saúde devidamente capacitados (com treinamento teórico e prático).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

6. As Leis de exercício profissional no Brasil, baseadas em atos privativos, restringem a possibilidade de expansão de escopos clínicos dos profissionais de saúde.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

7. A garantia de segurança do cuidado e de redução de riscos de danos físicos e mentais é condição indispensável para a expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde.

1 Discorda totalmente	2	3	4	5 Concorda totalmente	Não quero / não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

8. A capacitação/treinamento teórico e prático de profissionais de saúde aumenta a segurança e reduz os riscos de danos à saúde.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

9. Uma estratégia para compensar a escassez de profissionais de saúde, especialmente de médicos, em áreas remotas e desassistidas, é a expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde não médicos de nível superior na atenção primária.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

10. Uma estratégia para reduzir o número de encaminhamentos e aliviar as filas em hospitais e/ou em centros de especialidades é a expansão dos escopos clínicos de médicos em unidades básicas de saúde.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

11. Uma estratégia para aumentar o acesso da atenção primária em saúde é o compartilhamento de atividades entre profissionais de saúde, tanto de nível técnico quanto superior.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

12. Profissionais não médicos de nível superior (por exemplo enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) podem ter escopos expandidos no que diz respeito à realização de diagnóstico clínico, prescrição medicamentosa e ordenamento de exames propedêuticos com devido treinamento/capacitação.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

13. Os profissionais de saúde sabem realizar mais atividades e procedimentos clínicos do que realizam na prática em unidades básicas de saúde

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

14. Profissionais de saúde que trabalham em municípios menores, remotos e/ou de difícil acesso realizam mais atividades e procedimentos clínicos do que aqueles que atuam em capitais e municípios de grande porte.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
◯	◯	◯	◯	◯	◯

15. Os profissionais de saúde, na rotina do seu trabalho, desenvolvem atividades de outros profissionais da equipe.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5 Concordo totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

16. O processo de expansão dos escopos clínicos de profissionais de saúde na atenção primária implica em reformas do ensino e da formação dos mesmos.

1 Discorda totalmente	2	3	4	5 Concorda totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

17. Os atuais cursos de graduação em saúde preparam os profissionais para atuarem com escopos de prática expandidos no âmbito da atenção primária em saúde.

1 Discorda totalmente	2	3	4	5 Concorda totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

18. Os docentes dos cursos de graduação em saúde estão adequadamente preparados para ensinar escopos de prática expandidos na atenção primária em saúde.

1 Discorda totalmente	2	3	4	5 Concorda totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

19. Os profissionais de saúde estão interessados em expandir seus escopos de práticas clínicos.

1 Discorda totalmente	2	3	4	5 Concorda totalmente	Não quero/ não sei opinar
○	○	○	○	○	○

Anterior **Próximo**

Obrigado pela sua colaboração!

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - EPSM/NESCON/FM/UFMG

Anterior **Concluído**

3. Conteúdo das oficinas disponibilizado na website da EPSM

Este capítulo contém um conjunto de informações e dados estatísticos sobre as profissões de nível superior da saúde que foram organizados como material de apoio às oficinas de capacitação sobre os temas mercado de trabalho e regulação profissional das referidas profissões. Os mesmos encontram-se disponíveis na website da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM)[1]. O material está apresentado por profissão e tem o seguinte conteúdo:

1. Taxonomia da profissão e especialidades, retirados da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do trabalho e Emprego;
2. Requisitos de formação, requisitos de licenciamento e escopos de prática da profissão, consultados no Sistema de Informação do Congresso Nacional (SICON);
3. Dados e indicadores de oferta e demanda de profissionais obtidos através do Censo da Educação Superior (CES) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Para o detalhamento dos dados e indicadores utilizados, ver quadro abaixo.
4. Adicionalmente, são apresentados números sobre o número de profissionais e sua composição demográfica derivados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e ou dos respectivos Conselhos Profissionais. Os dados mais atuais sobre o número de profissionais não disponíveis nestas fontes derivam das projeções realizadas no âmbito deste projeto[2].

[1] No endereço eletrônico http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/.

[2] As projeções foram realizadas de acordo com as atividades previstas na Ação 2 e podem ser consultar o relatório sobre profissões de saúde de nível superior.

Quadro 1 – Descrição das variáveis e indicadores de oferta e demanda de profissionais de saúde de nível superior.

Nome da variável	Descrição	Fonte	Cálculo
Admissões	Número de admissões no mercado de trabalho formal no ano	RAIS	Obtenção direta
Desligamentos	Número de desligamentos no mercado de trabalho formal no ano	RAIS	Obtenção direta
PrimEmprego	Número de admissões por primeiro emprego	RAIS	Obtenção direta
VincAtivos	Número de vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro do ano	RAIS	Obtenção direta
RemNominal	Remuneração mensal nominal média no ano, em Reais	RAIS	Obtenção direta
NumCursos	Número de cursos de graduação	INEP	Obtenção direta
Matriculados	Número de matriculados em cursos de graduação no ano	INEP	Obtenção direta
Inscritos	Número de inscritos do vestibular no ano	INEP	Obtenção direta
Vagas	Número de vagas em cursos de graduação no ano	INEP	Obtenção direta
Ingressos	Número de ingressos nos cursos de graduação no ano	INEP	Obtenção direta

(continua)

(continuação)

Egressos	Número de egressos dos cursos de graduação no ano	INEP	-
SaldoEmpr	Saldo de empregos em relação ao ano anterior	Calculado	(Número de vínculos formais de emprego ativos no ano i+1) - (Número de vínculos formais de emprego ativos no ano i)
RemReal	Remuneração mensal nominal média no ano real, em Reais	Calculado	Remuneração mensal nominal média no ano, em Reais, inflacionada pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) tendo como referência o ano de 2014.
SaldoAcum	Saldo de admissões e desligamentos de empregos acumulado	Calculado	Valor acumulado, ano a ano, do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.
EvRemReal	Evolução, em %, da remuneração real, em relação ao ano anterior	Calculado	Incremento em relação ao ano anterior, em percentual, da remuneração média nominal real dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro.
EvRRealAcum	Evolução, em %, da remuneração real, acumulada	Calculado	Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal real dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro.
PctNPre	Percentual de não preenchimento de vagas nos cursos de graduação	Calculado	(Número de ingressos) / (Número de vagas) X 100
PctNConc	Percentual de não conclusão do curso no tempo previsto de formação	Calculado	(Número de egressos no ano i+6) / (Número de ingressos no ano i) X 100
RazaoAbsor	Razão de absorção no mercado de trabalho formal	Calculado	(Número de egressos no ano i) / (Número de admissões por primeiro emprego no ano i+1)
RazInscVag	Razão de Inscritos no vestibular por vaga nos cursos de graduação	Calculado	(Número de inscritos no vestibular) / (Número de vagas)

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG.

Assistentes Sociais

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 8.662, De 7 de Junho de 1993.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 3.000 horas
Nº de profissionais ativos em 2015 [A]	189.403
Razão de Assistentes Sociais por mil habitantes [B]	0,92
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	32.162
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	70.232
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 3.833,96
Remuneração média por hora semanal de trabalho em 2015 [D]	R$ 21,05
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	65.736
Conselho Profissional	Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)
CBO [F]	2516 – Assistentes sociais e economistas domésticos

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Dados estimados por metodologia específica, através do Censo Demográfico do IBGE de 2010 e das tendências do número de egressos dos cursos de graduação disponíveis no Censo da Educação Superior do INEP.

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Nº de vínculos de emprego ativos em 31/12/2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Nº de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do INEP de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Prestam serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais e programas de educação; planejam, coordenam e avaliam planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras), atuando nas esferas pública e privada; orientam e monitoram ações em desenvolvimento relacionadas à economia doméstica, nas áreas de habitação, vestuário e têxteis, desenvolvimento humano, economia familiar, educação do consumidor, alimentação e saúde; desempenham tarefas administrativas e articulam recursos financeiros disponíveis.

Família Ocupacional:

- 2516 – Assistentes sociais e economistas domésticos
    - 2516-05 – Assistente social
    - 2516-10 – Economista doméstico

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3.000 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma de bacharel em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no país, devidamente registrado no órgão competente;
II. Diploma de curso superior em Serviço Social, em nível de graduação ou equivalente, expedido por estabelecimento de ensino sediado em países estrangeiros, conveniado ou não com o governo brasileiro, desde que devidamente revalidado e registrado em órgão competente no Brasil.

Escopos de prática:

Atribuições privativas segundo a Lei de Exercício:

I. coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II. planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III. assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV. realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V. assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI. treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII. dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII. dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX. elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X. coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

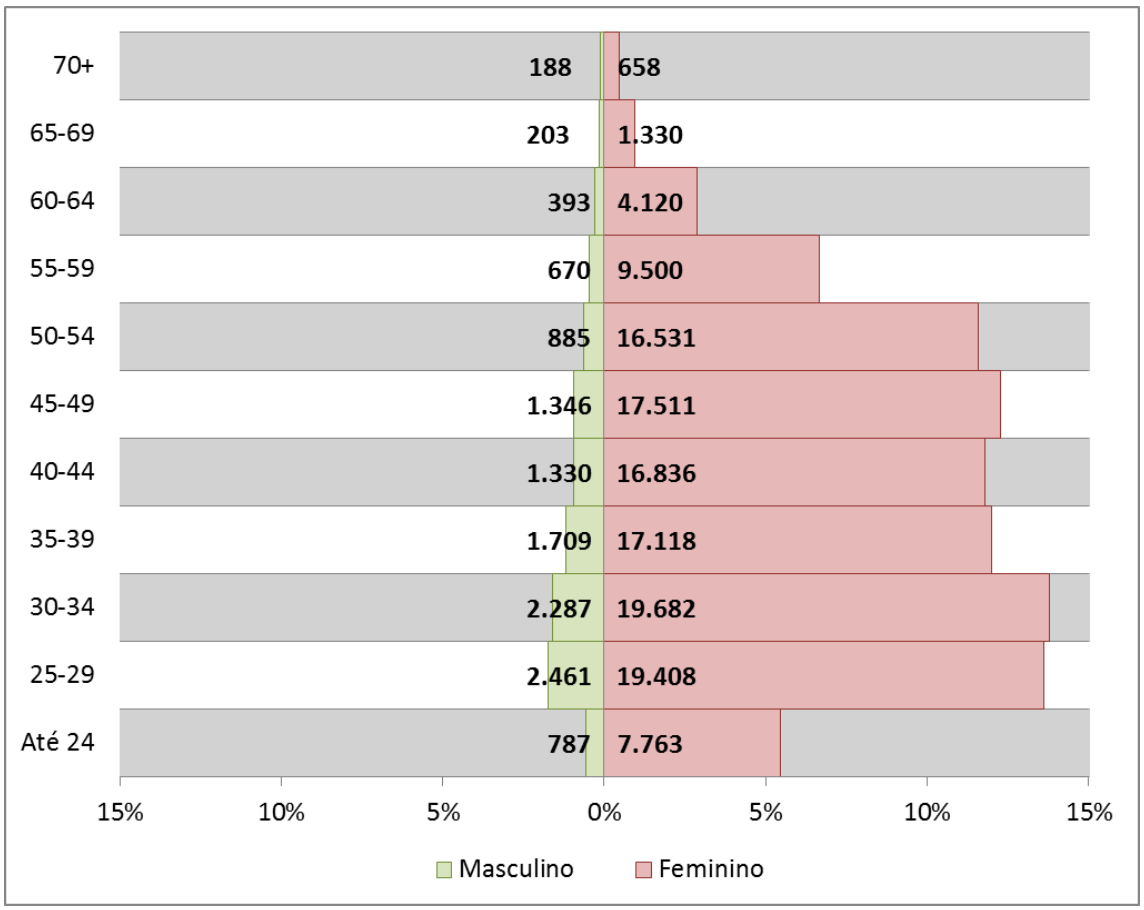
XI. fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII. dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII. ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Dados de oferta e demanda:

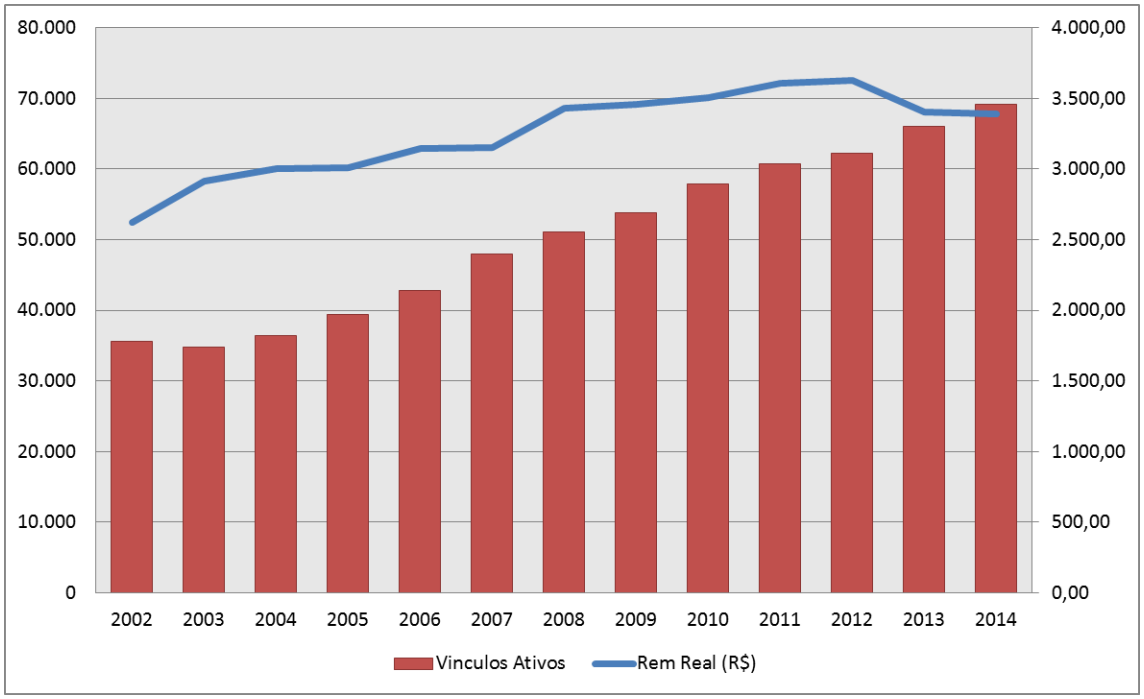
Pirâmide etária de assistentes sociais ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em serviço social e ou ocupados como assistentes sociais na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

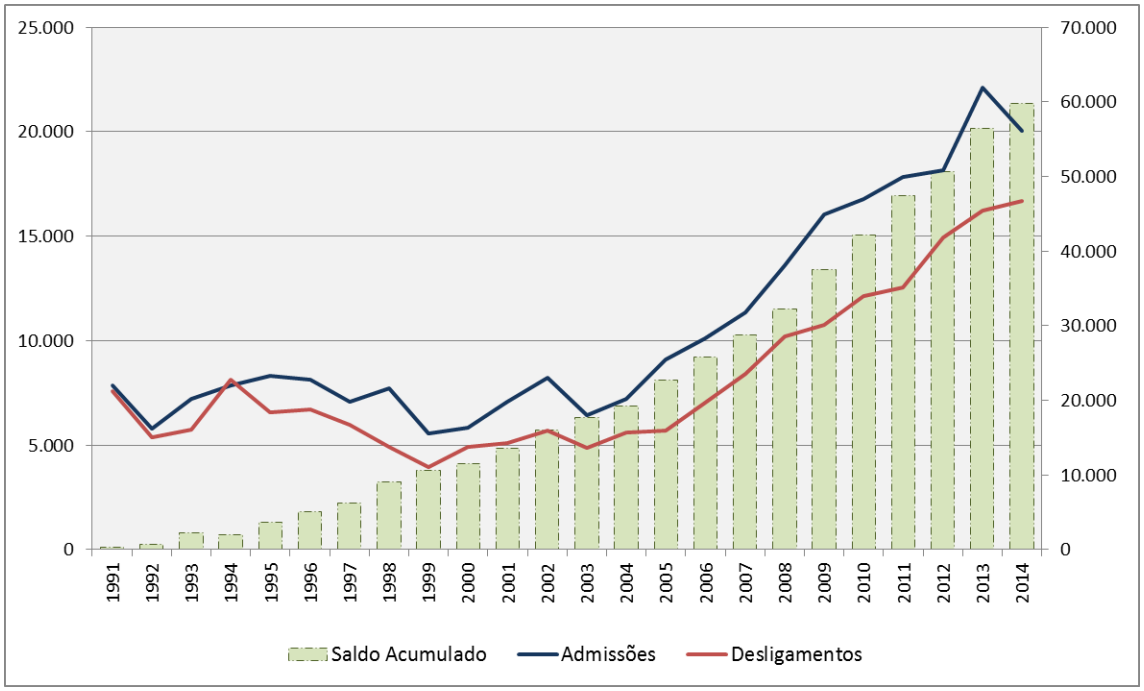
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

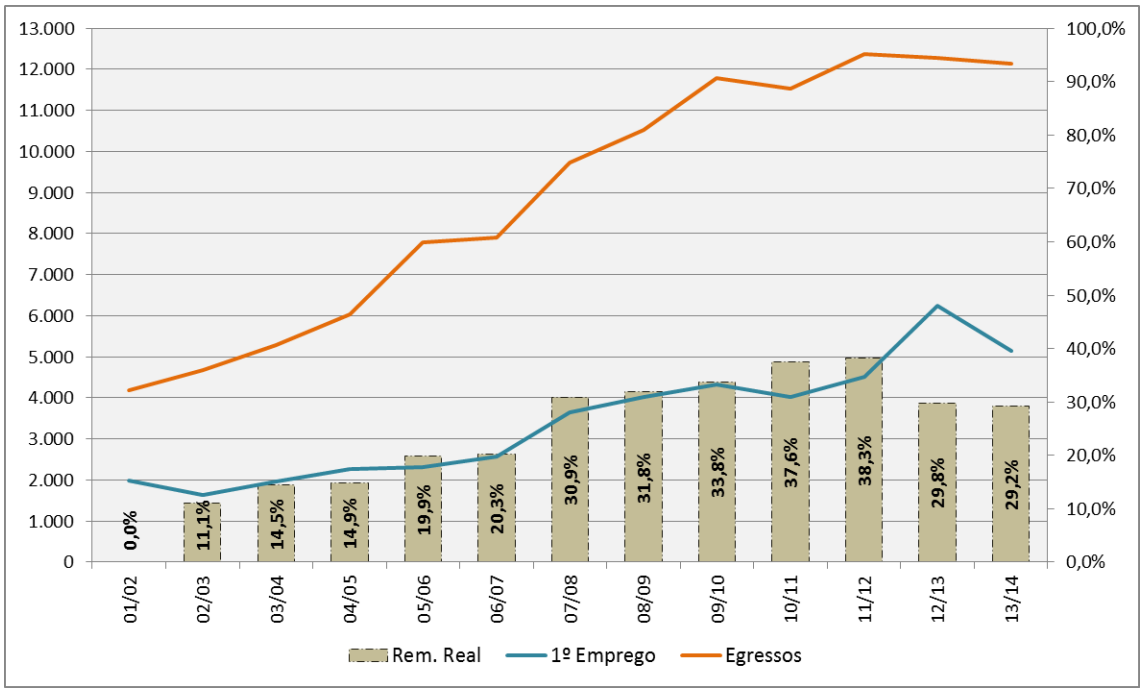
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

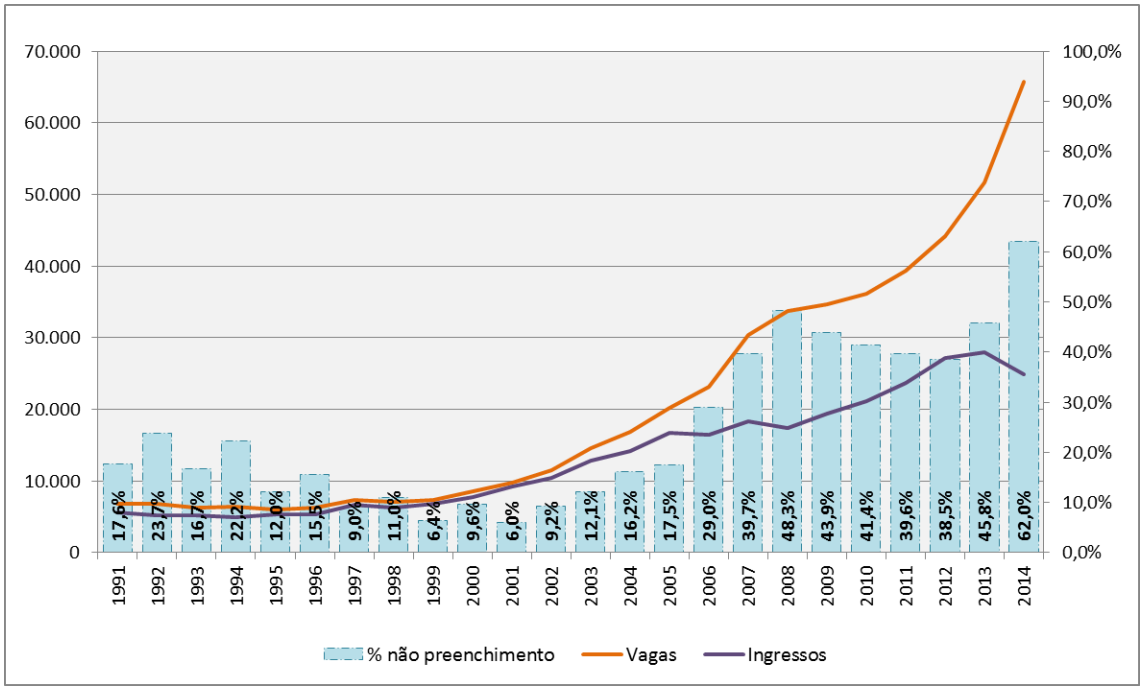
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

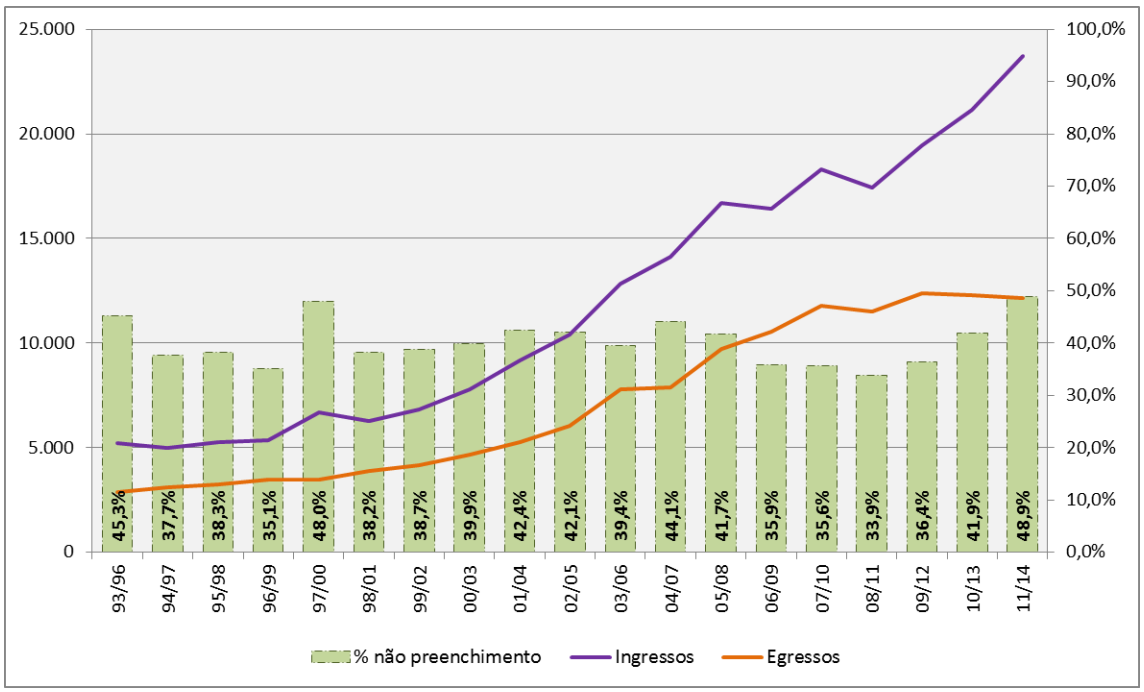
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

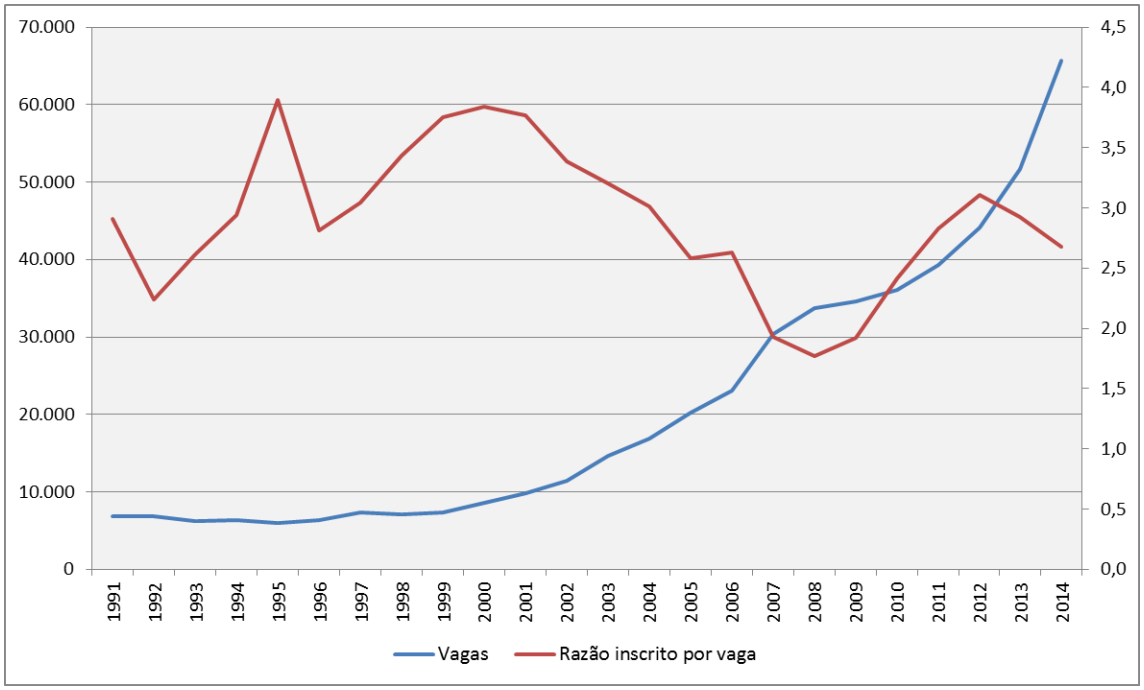
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos quatro anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1993/96 a 2011/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+4 e o número de ingressos no ano i.**

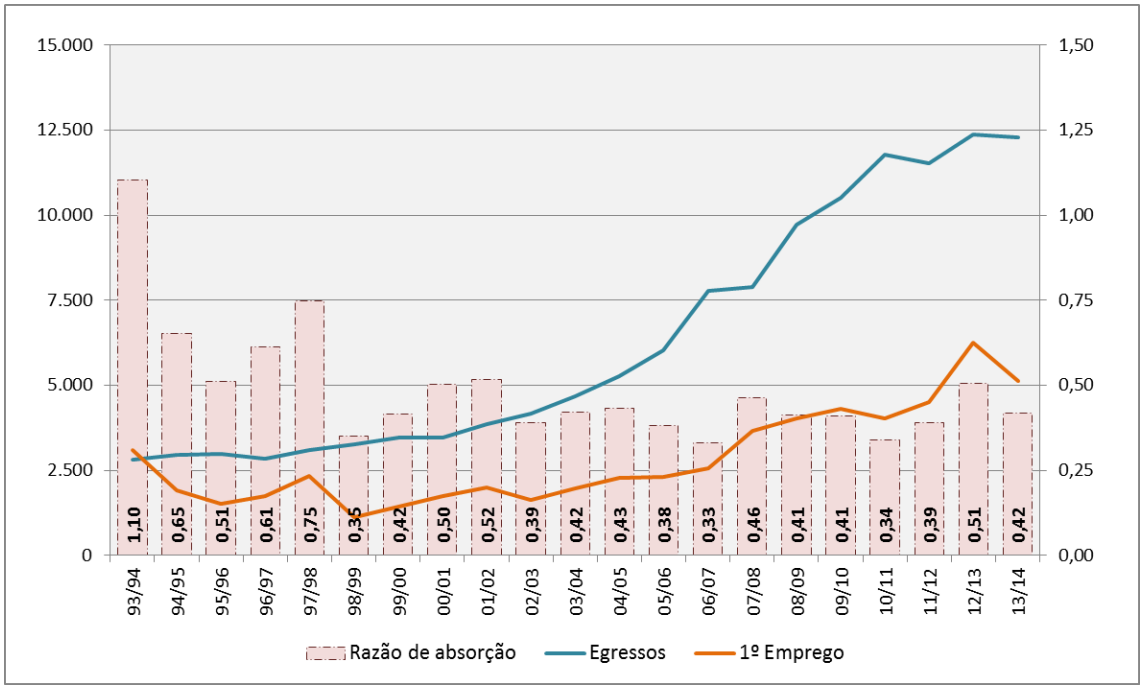
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Biólogos

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão e cria o Conselho de Fiscalização, nº 6.684, De 3 de Setembro de 1979. Lei que desmembra os Conselhos Federal e Regionais de Biologia e Biomedicina, nº 7.017, De 30 de Agosto de 1982.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 3.200 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	113.874
Razão de biólogos por mil habitantes [B]	0,55
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	6.432
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	13.677
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 5.131,16
Remuneração média por hora semanal de trabalho em 2015 [D]	R$ 22,97
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	93.113
Conselho Profissional	Conselho Federal de Biologia (CFBio)
CBO [F]	2211 – Biólogos e afins

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Biologia.

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Nº de vínculos de emprego ativos em 31/12/2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Nº de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do INEP de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Estudam seres vivos, desenvolvem pesquisas na área de biologia, biologia molecular, biotecnologia, biologia ambiental e epidemiologia e inventariam biodiversidade. Organizam coleções biológicas, manejam recursos naturais, desenvolvem atividades de educação ambiental. Realizam diagnósticos biológicos, moleculares e ambientais, além de realizar análises clínicas, citológicas, citogênicas e patológicas. Podem prestar consultorias e assessorias.

Família Ocupacional:

- 2211 - Biólogos e afins
    - 2211-05 - Biólogo

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3.200 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma de graduação devidamente registrado de bacharel ou licenciado em curso de História Natural, ou de Ciências Biológicas, em todas as suas especialidades ou de licenciado em Ciências, com habilitação em Biologia, expedido por instituição brasileira oficialmente reconhecida;
II. Diploma expedido por instituições estrangeiras de ensino superior, regularizado na forma da lei, cujos cursos forem considerados equivalentes aos mencionados acima.

Escopos de prática:

Atribuições segundo a lei de Exercício (Sem prejuízo do exercício das mesmas atividades por outros profissionais igualmente habilitados na forma da legislação específica):

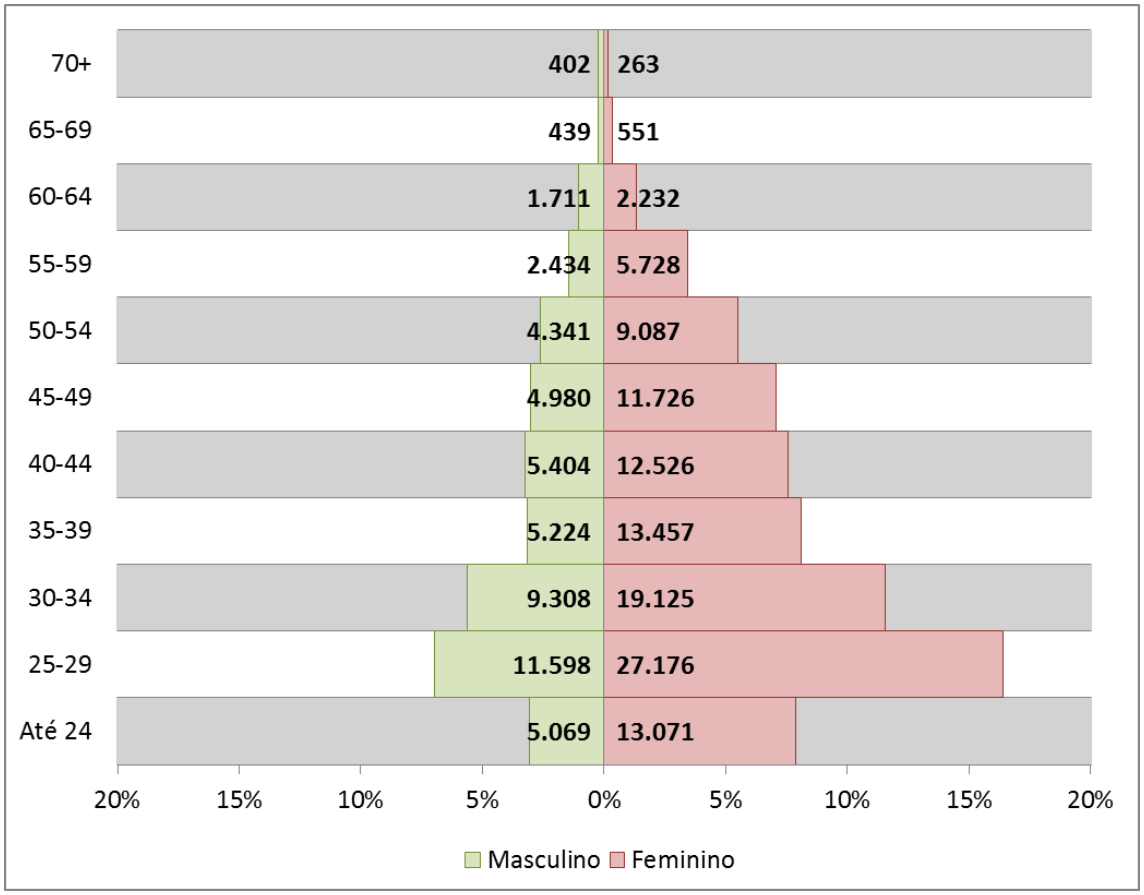
I. Formular e elaborar estudo, projeto ou pesquisa científica básica e aplicada, nos vários setores da Biologia ou a ela ligados, bem como os que se relacionem à preservação, saneamento e melhoramento do meio ambiente, executando direta ou indiretamente as atividades resultantes desses trabalhos;

II. Orientar, dirigir, assessorar e prestar consultoria a empresas, fundações, sociedades e associações de classe, entidades autárquicas, privadas ou do poder público, no âmbito de sua especialidade;

III. Realizar perícias e emitir e assinar laudos técnicos e pareceres de acordo com o currículo efetivamente realizado.

Dados de oferta e demanda

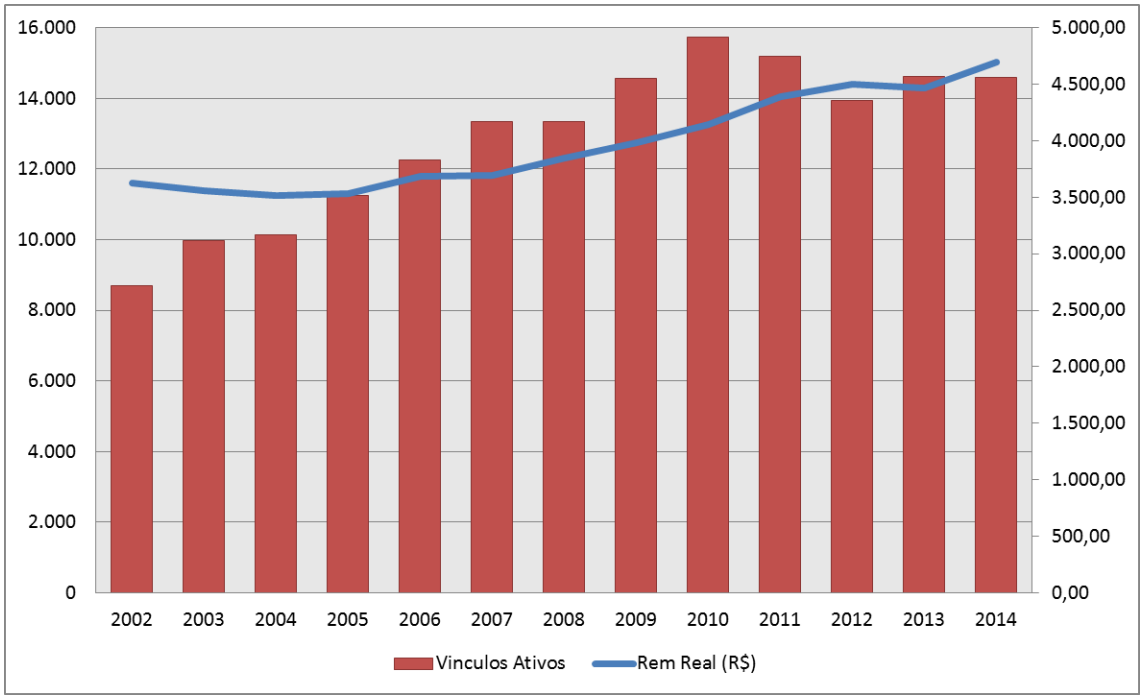
Pirâmide etária de biólogos ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em ciências biológicas e ou ocupados como biólogos na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

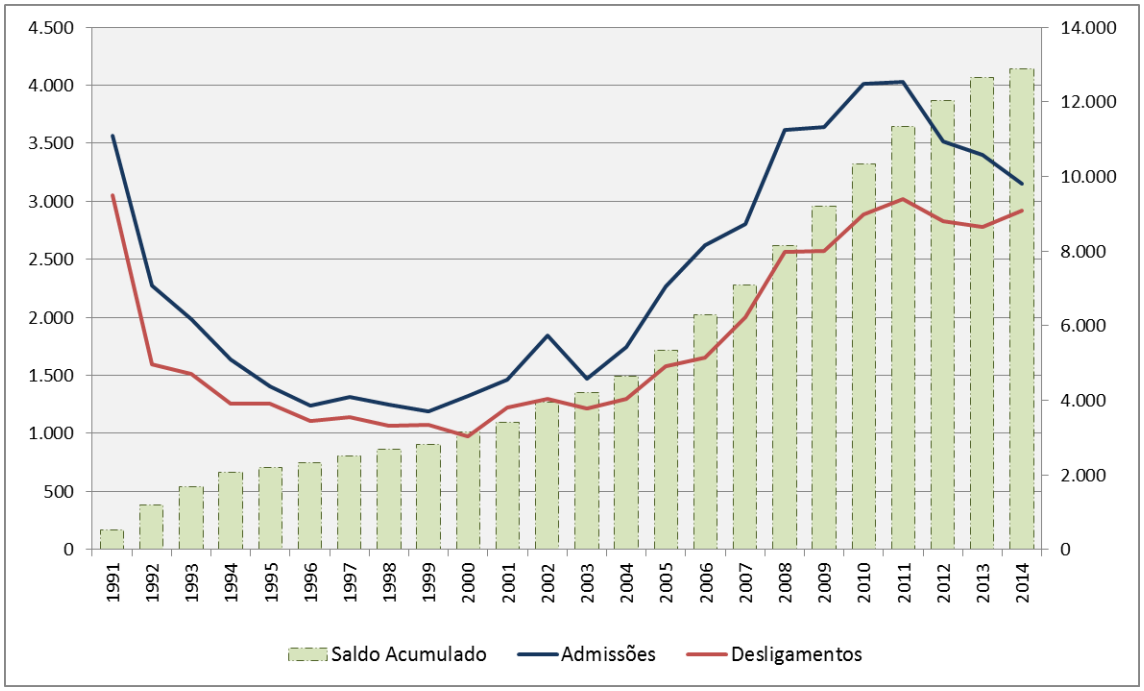
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

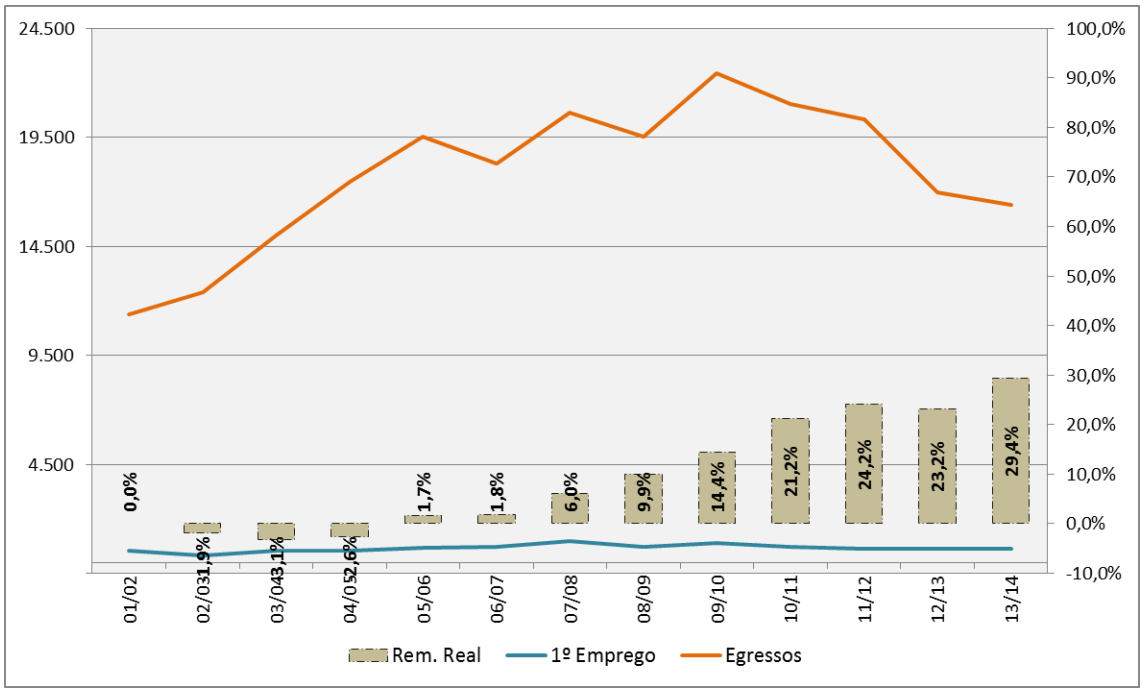
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

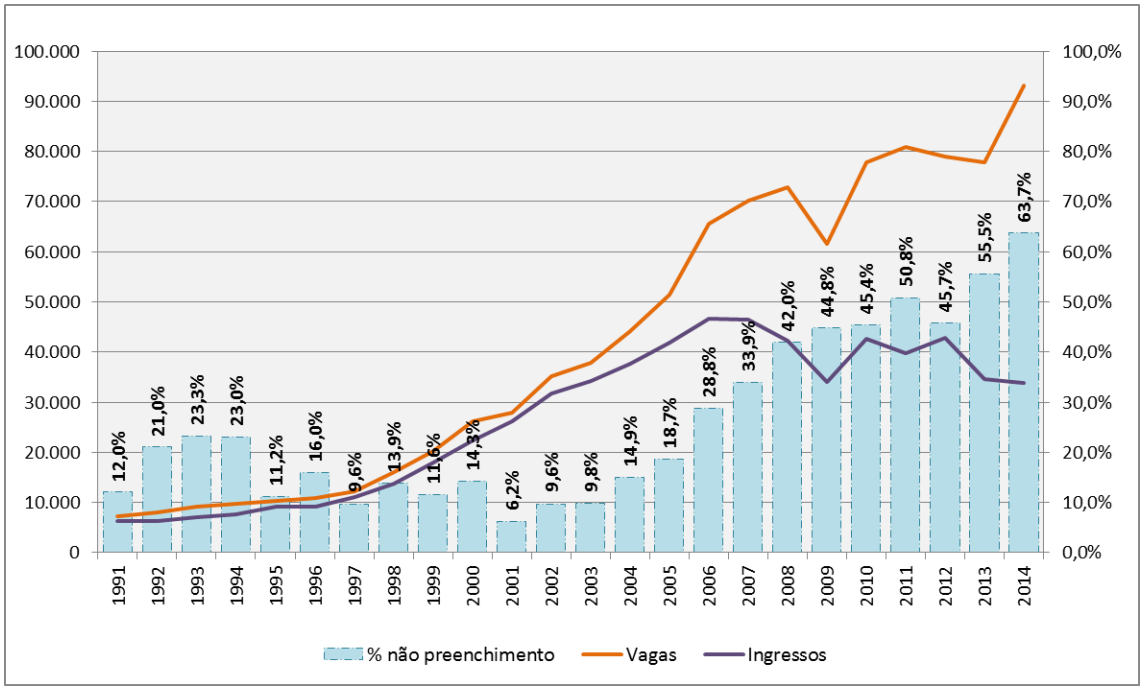
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

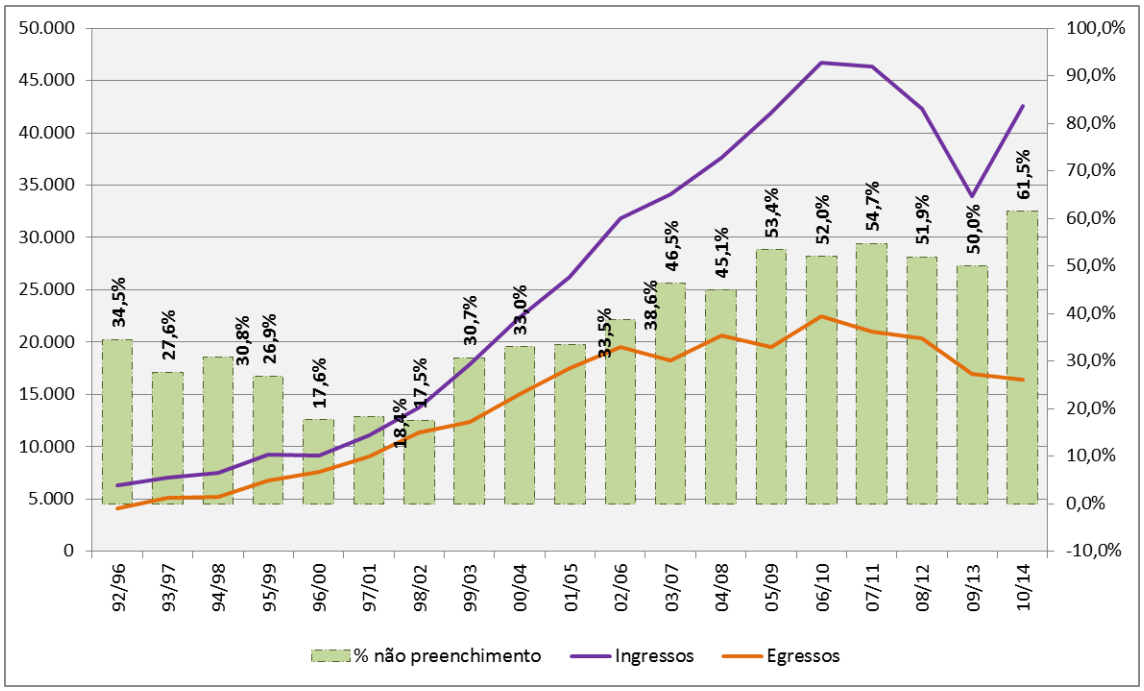
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

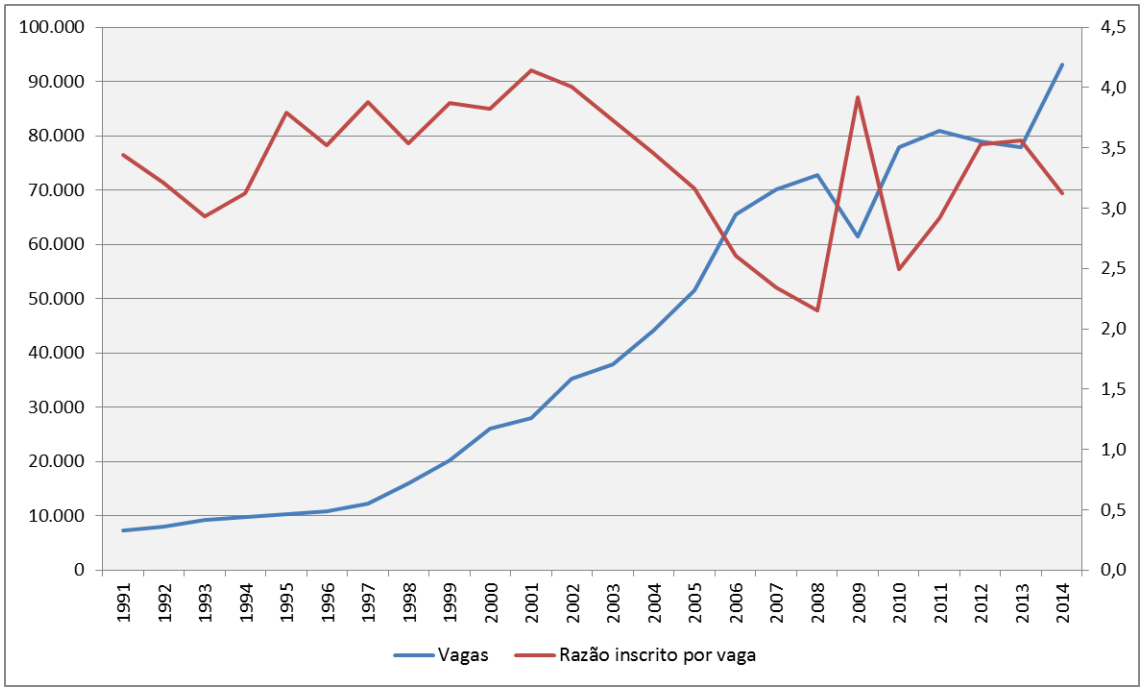
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

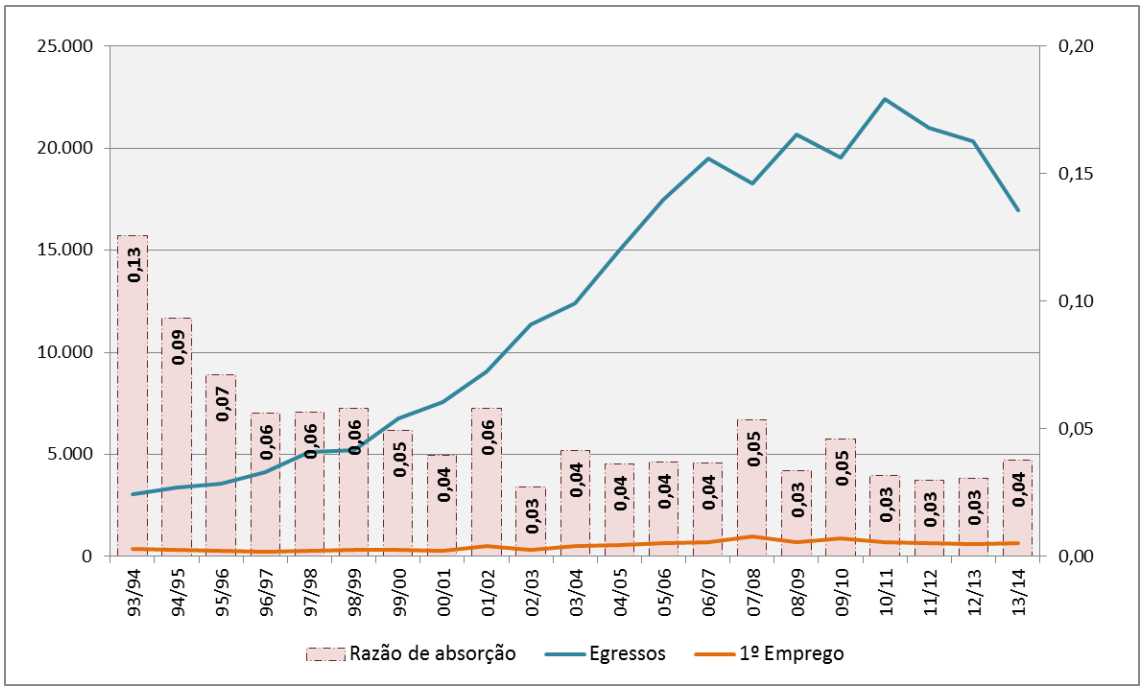
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Biomédicos

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão e cria o Conselho de Fiscalização, nº 6.684, De 3 de Setembro de 1979. Lei que desmembra os Conselhos Federal e Regionais de Biologia e Biomedicina, nº 7.017, De 30 de Agosto de 1982. - Decreto nº 88.439, de 28 de Junho de 1983, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão .
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 3.200 horas
Nº de profissionais ativos em 2015 [A]	32.000
Razão de biomédicos por mil habitantes [B]	0,16
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	6.650
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	8.689
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 3.314,00
Remuneração média por hora semanal de trabalho em 2015 [D]	R$ 21,46
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	49.183
Conselho Profissional	Conselho Federal de Biomedicina (CFBM)
CBO [F]	2212 – Biomédicos

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Dados estimados por metodologia específica através das tendências do número de egressos dos cursos de graduação disponíveis no Censo da Educação Superior do INEP.

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Nº de vínculos de emprego ativos em 31/12/2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Nº de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do INEP de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Analisam amostras de materiais biológicos, bromatológicos e ambientais. Para tanto coletam e preparam amostras e materiais. Selecionam equipamentos e insumos, visando o melhor resultado das análises finais para posterior liberação e emissão de laudos. Desenvolvem pesquisas técnico-científicas. Atuam em bancos de sangue e de células tronco hematopoiéticas. Operam equipamentos de diagnósticos por imagem e de radioterapia. Participam na produção de vacinas, biofármacos e reagentes. Executam reprodução assistida e circulação extracorpórea. Podem prestar assessoria e consultoria técnico-científica. Trabalham seguindo normas e procedimentos de boas práticas específicas de sua área de atuação.

Família Ocupacional:

- 2212 – Biomédicos
    - 2212-05 – Biomédicos

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3.200 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma de graduação devidamente registrado, de bacharel em curso oficialmente reconhecido de Ciências Biológicas, modalidade médica;
II. Diploma emitido por instituições estrangeiras de ensino superior, devidamente revalidado e registrado como equivalente ao diploma mencionado no item anterior.

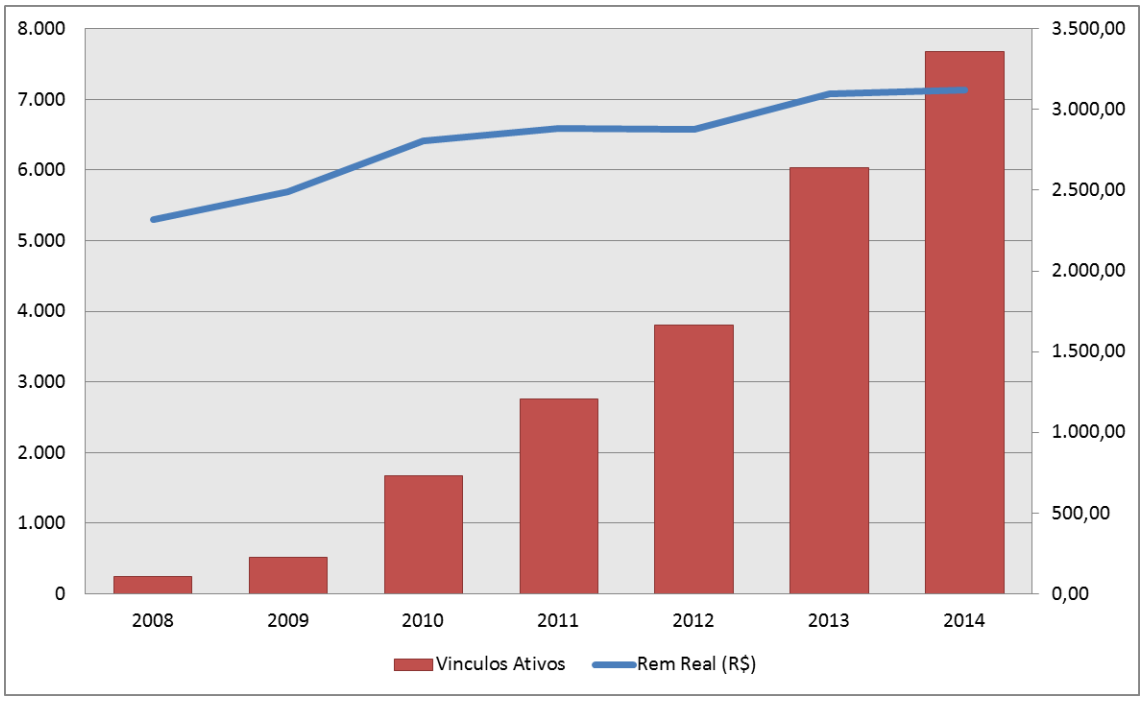
Escopos de prática:

Atribuições segundo a Lei de Exercício, sem prejuízo do exercício das mesmas atividades por outros profissionais igualmente habilitados na forma da legislação específica:

I. Realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente;
II. Realizar serviços de radiografia, excluída a interpretação;
III. Atuar, sob supervisão médica, em serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico e de outros para os quais esteja legalmente habilitado;
IV. Planejar e executar pesquisas científicas em instituições públicas e privadas, na área de sua especialidade profissional.

Dados de oferta e demanda

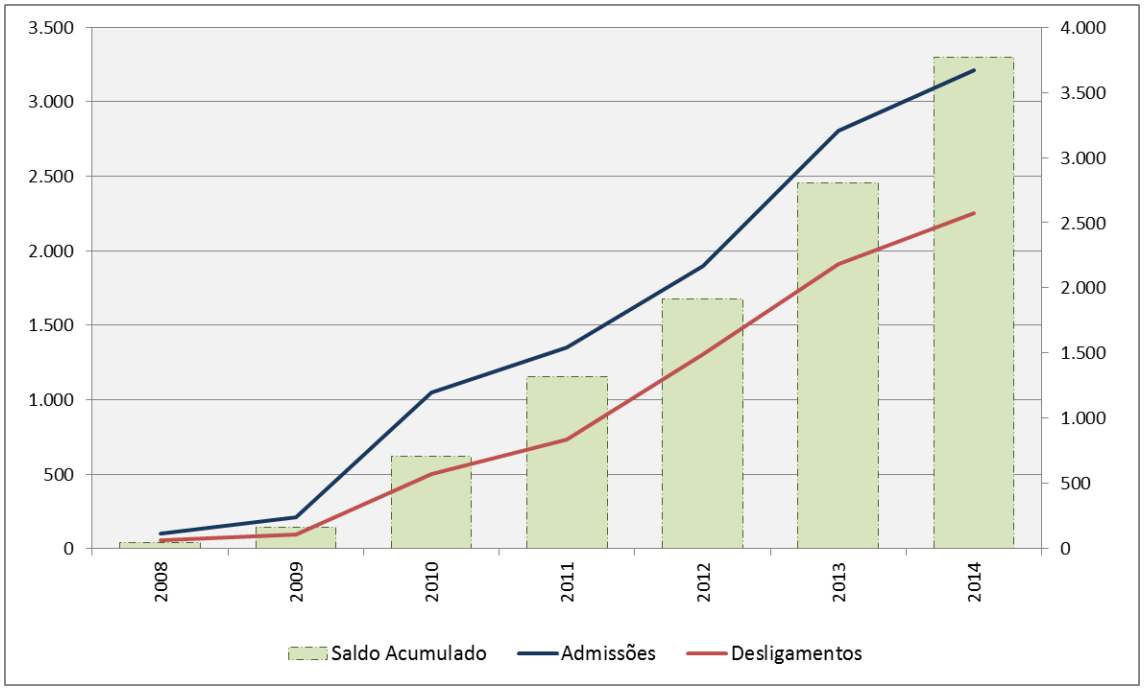
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2008 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2008-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

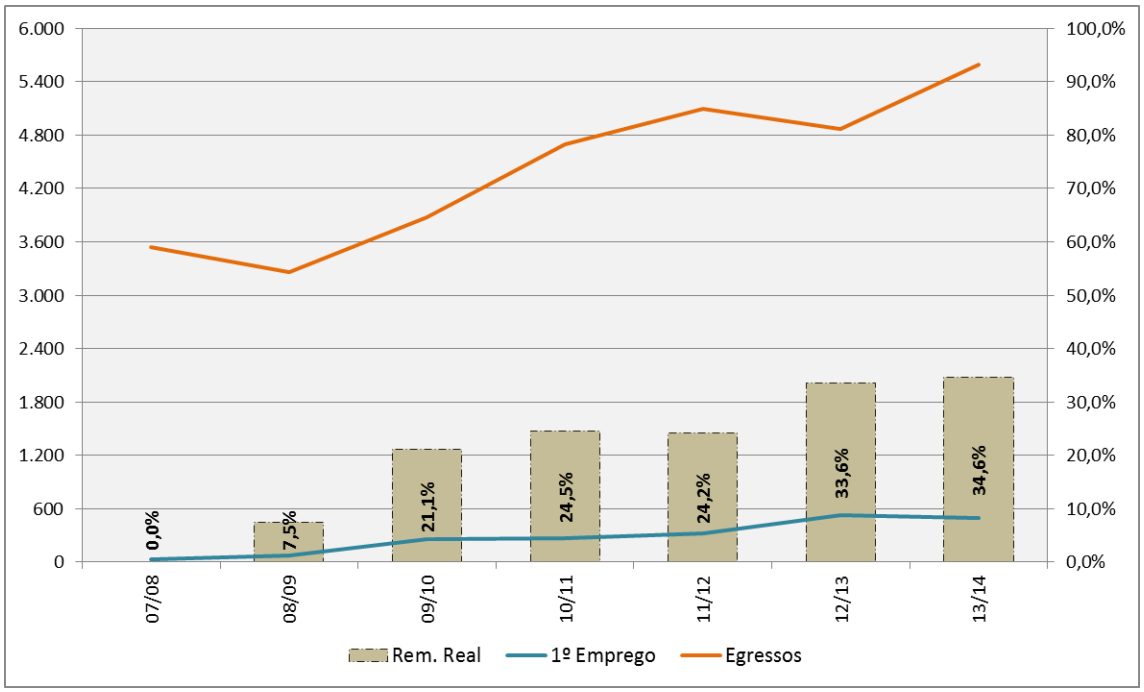
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 2008 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

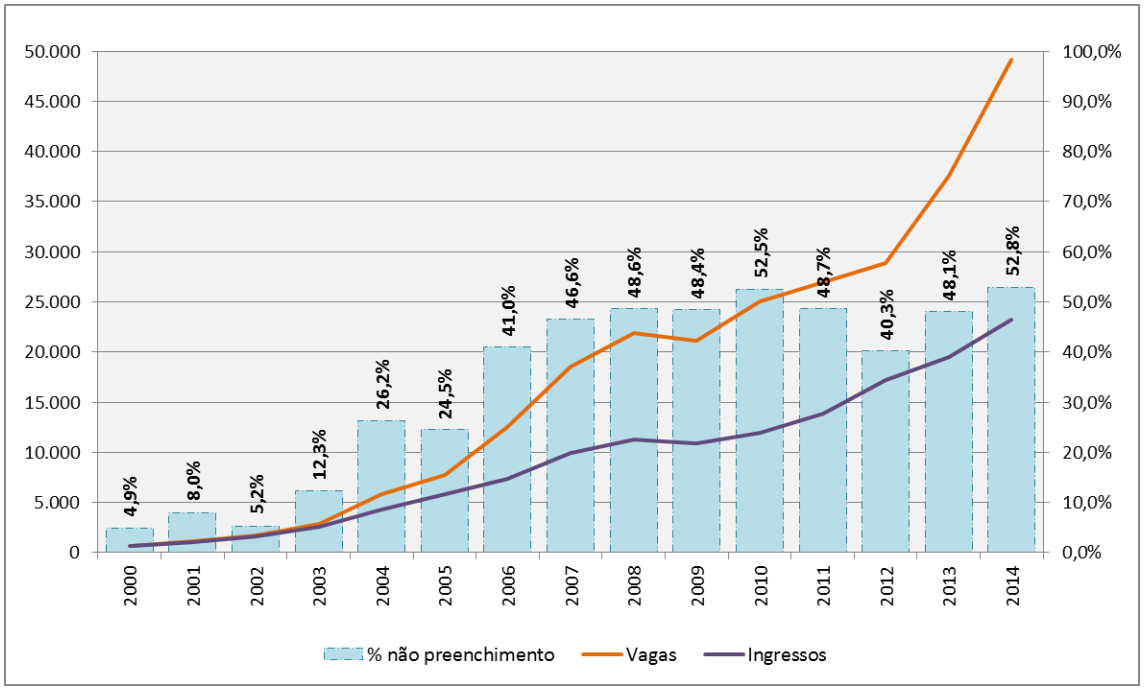
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2007/08 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2007-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2008-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

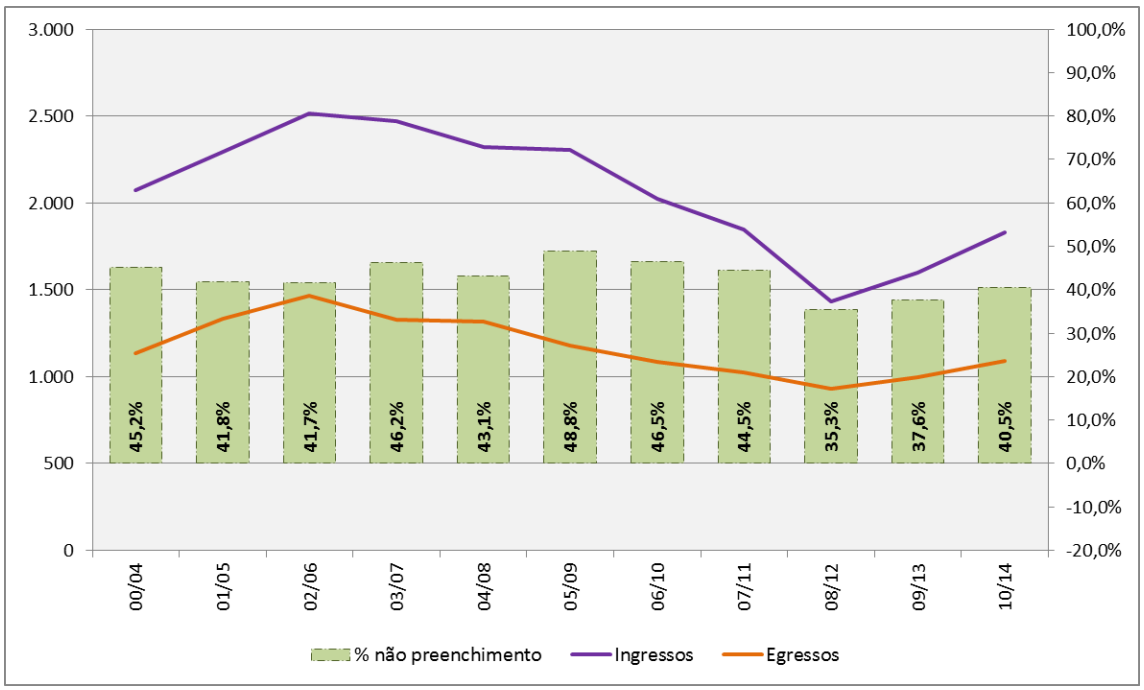
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 2000 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2000-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

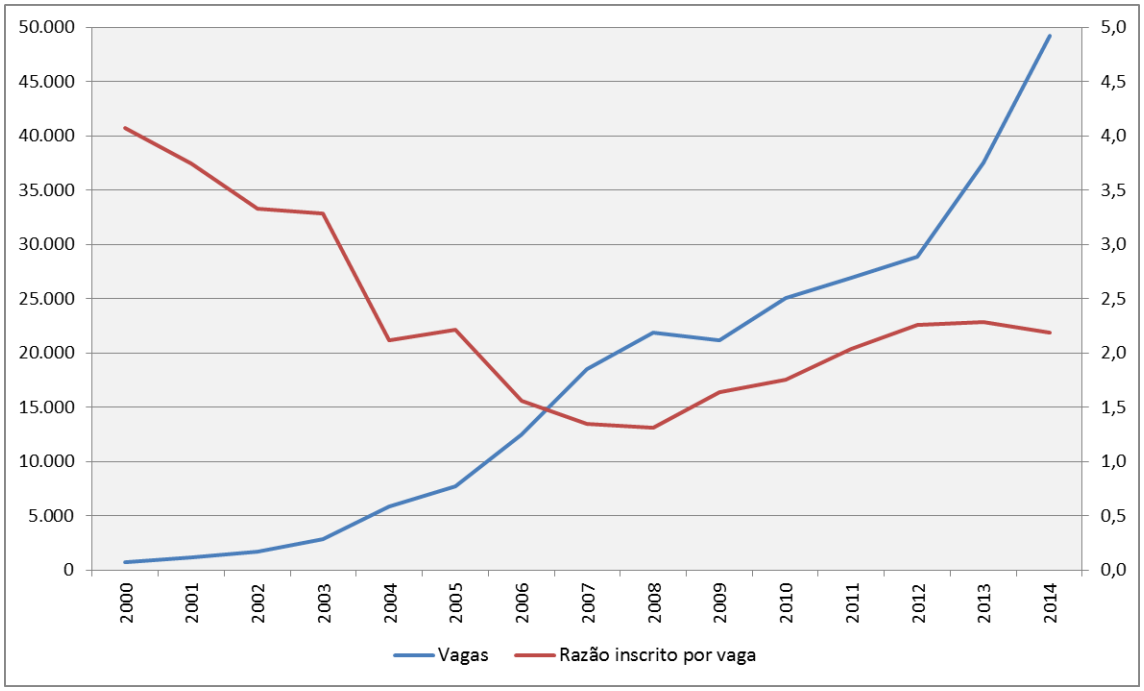
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos seis anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 2000/04 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

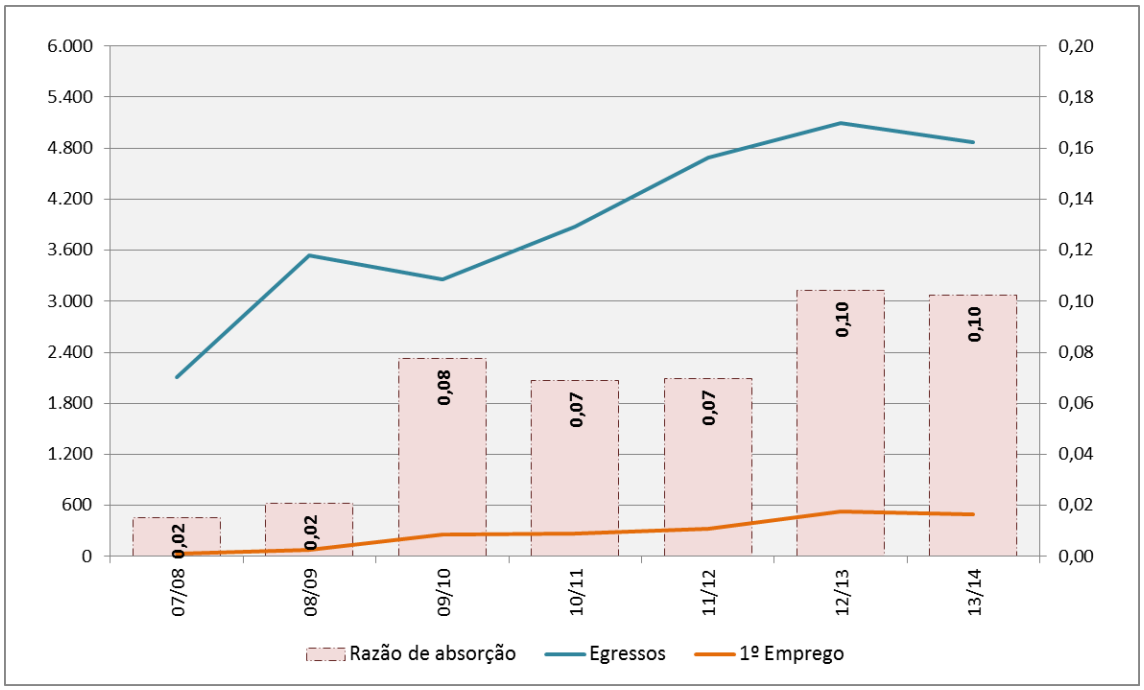
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 2000 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2000-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 2007/08 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2007-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2008-2014).

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

Cirurgiões-dentistas

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 5.081, De 24 de Agosto de 1966. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 4.324, de 14 de Abril de 1964. Decreto nº 68.704 – Regulamenta a Lei n.º 4.324, de 14 de abril de 1964, que Institui o CFO e os CROs.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 4.000 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	278.615
Razão de dentistas por mil habitantes [B]	1,35
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	85.212
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	64.174
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 4.746,90
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	33.470
Conselho Profissional	Conselho Federal de Odontologia
CBO [F]	2232 – Cirurgiões-dentistas

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Odontologia;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Os cirurgiões dentistas atendem e orientam pacientes e executam procedimentos odontológicos, aplicam medidas de promoção e prevenção de saúde, ações de saúde coletiva, estabelecendo diagnóstico e prognóstico, interagindo com profissionais de outras áreas. Podem desenvolver pesquisas na área odontológica. Desenvolvem atividades profissionais junto a crianças, adultos e idosos, com ou sem necessidades especiais, em diferentes níveis de complexidade. Podem atuar em consultórios particulares, instituições públicas ou privadas, ong´s. Exercem atividade de ensino e pesquisa.

Família Ocupacional:

- 2232 - Cirurgiões-dentistas
  - 2232-04 - Cirurgião dentista - auditor
  - 2232-08 - Cirurgião dentista - clínico geral
  - 2232-12 - Cirurgião dentista - endodontista
  - 2232-16 - Cirurgião dentista - epidemiologista
  - 2232-20 - Cirurgião dentista - estomatologista
  - 2232-24 - Cirurgião dentista - implantodontista
  - 2232-28 - Cirurgião dentista - odontogeriatra
  - 2232-32 - Cirurgião dentista - odontologista legal
  - 2232-36 - Cirurgião dentista - odontopediatra
  - 2232-40 - Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
  - 2232-44 - Cirurgião dentista - patologista bucal
  - 2232-48 - Cirurgião dentista - periodontista
  - 2232-52 - Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
  - 2232-56 - Cirurgião dentista - protesista
  - 2232-60 - Cirurgião dentista - radiologista
  - 2232-64 - Cirurgião dentista - reabilitador oral
  - 2232-68 - Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
  - 2232-72 - Cirurgião dentista de saúde coletiva
  - 2232-76 - Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
  - 2232-80 - Cirurgião dentista - dentística
  - 2232-84 - Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
  - 2232-88 - Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
  - 2232-93 - Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4.000 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos.
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma de graduação em curso de Odontologia reconhecido pelo MEC.
II. Diploma emitido por escola estrangeira, que tenha sido revalidado, independentemente de serem oriundos de países tratadistas e obrigatoriamente registrado para a habilitação ao exercício profissional em todo território nacional.

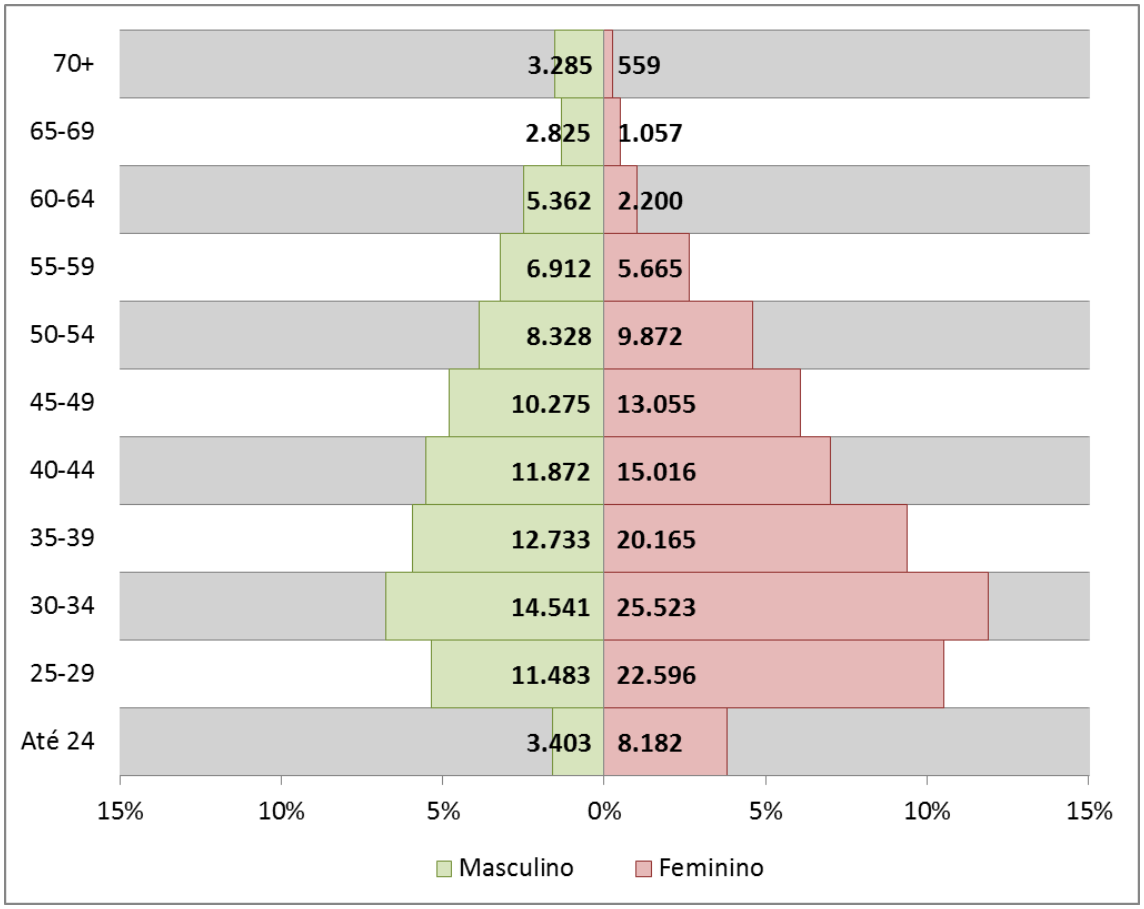
Escopos de prática:

Atribuições segundo a Lei de Exercício:

V. Praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;
VI. Prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;
VII. Atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros;
VIII. Proceder à perícia odonto-legal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;
IX. Aplicar anestesia local e truncular;
X. Empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;
XI. Manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;
XII. Prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;
XIII. Utilizar, no exercício da função de perito-odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

Dados de oferta e demanda

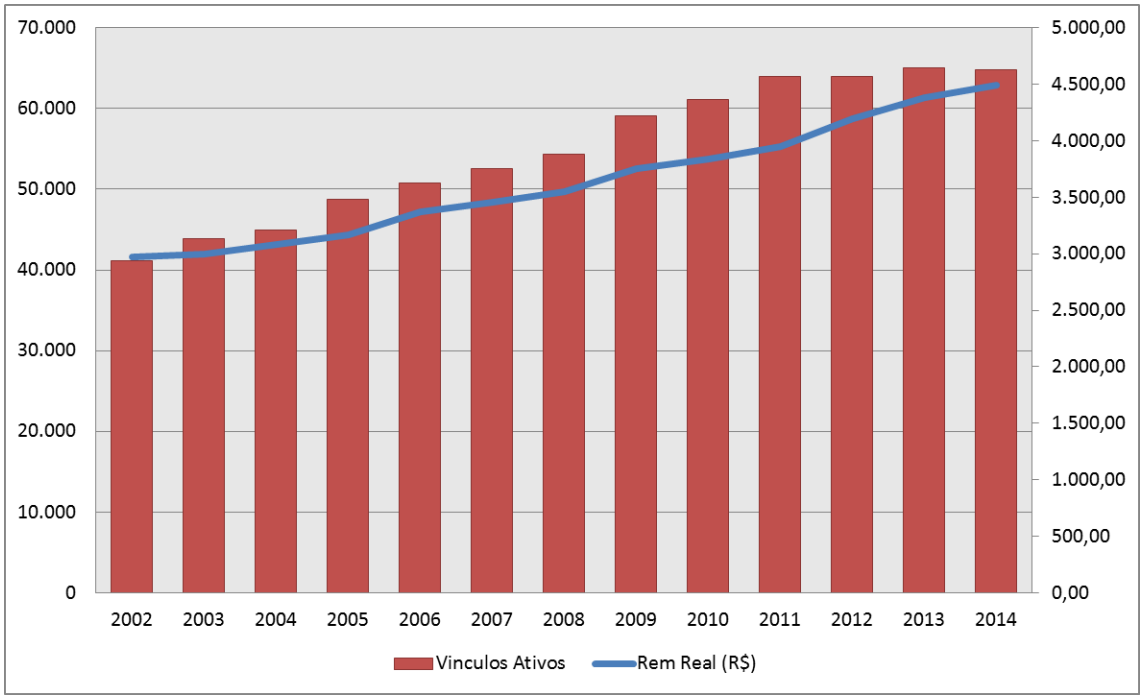
Pirâmide etária de cirurgiões-dentistas ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em odontologia e ou ocupados como cirurgiões-dentistas na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

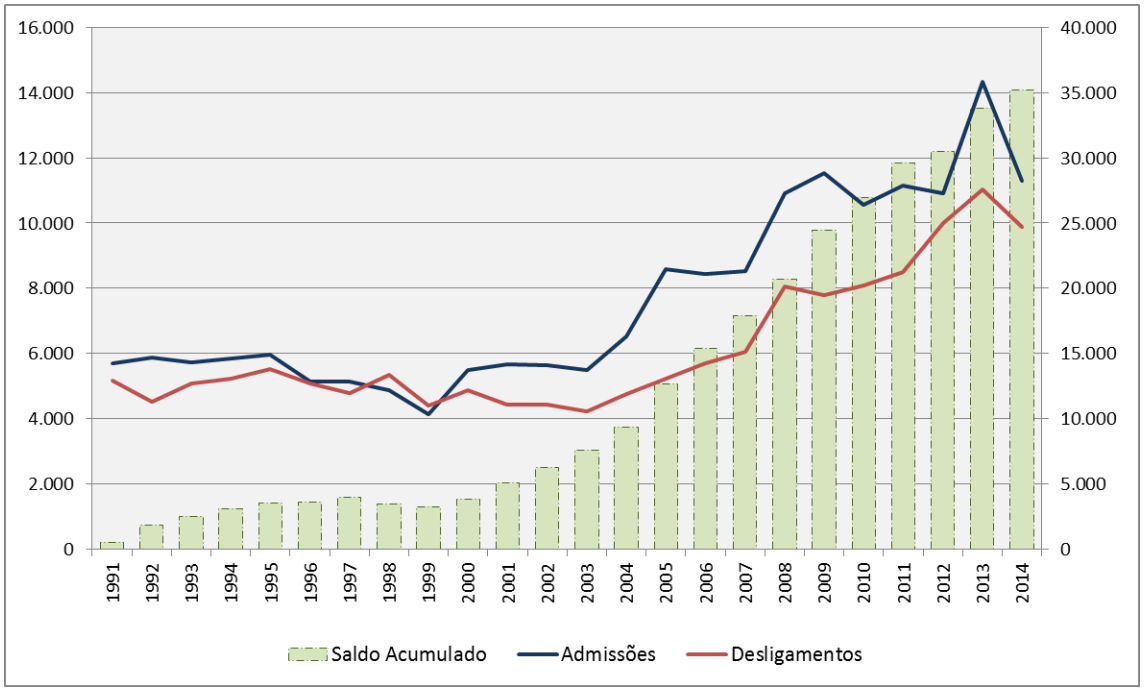
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

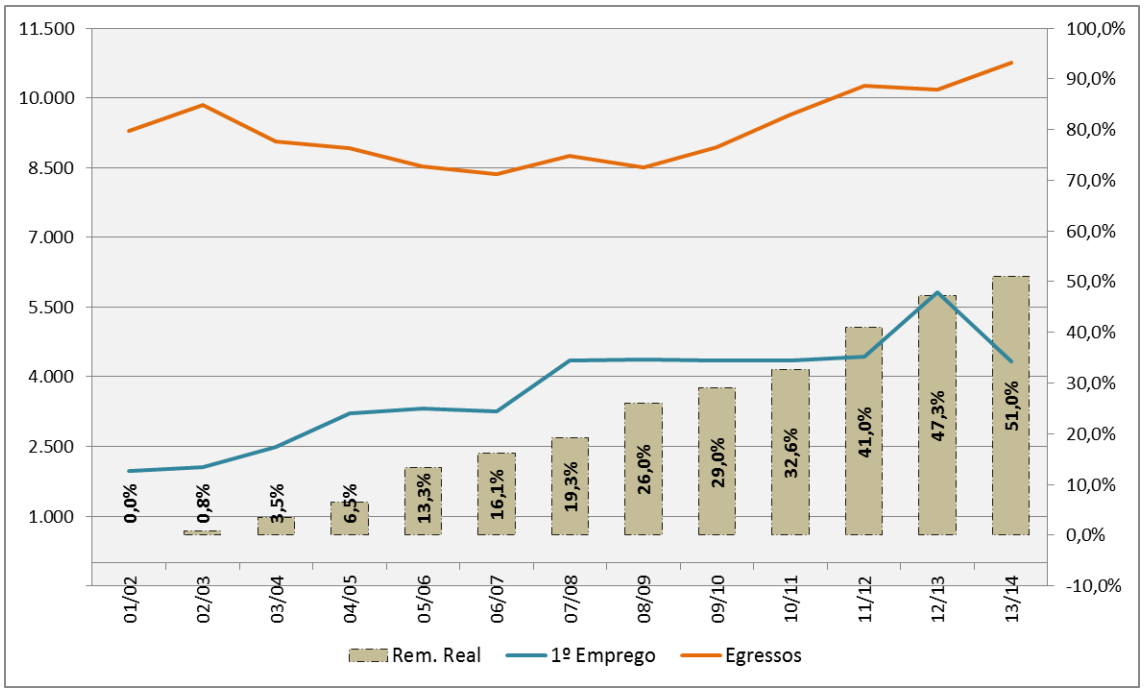
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

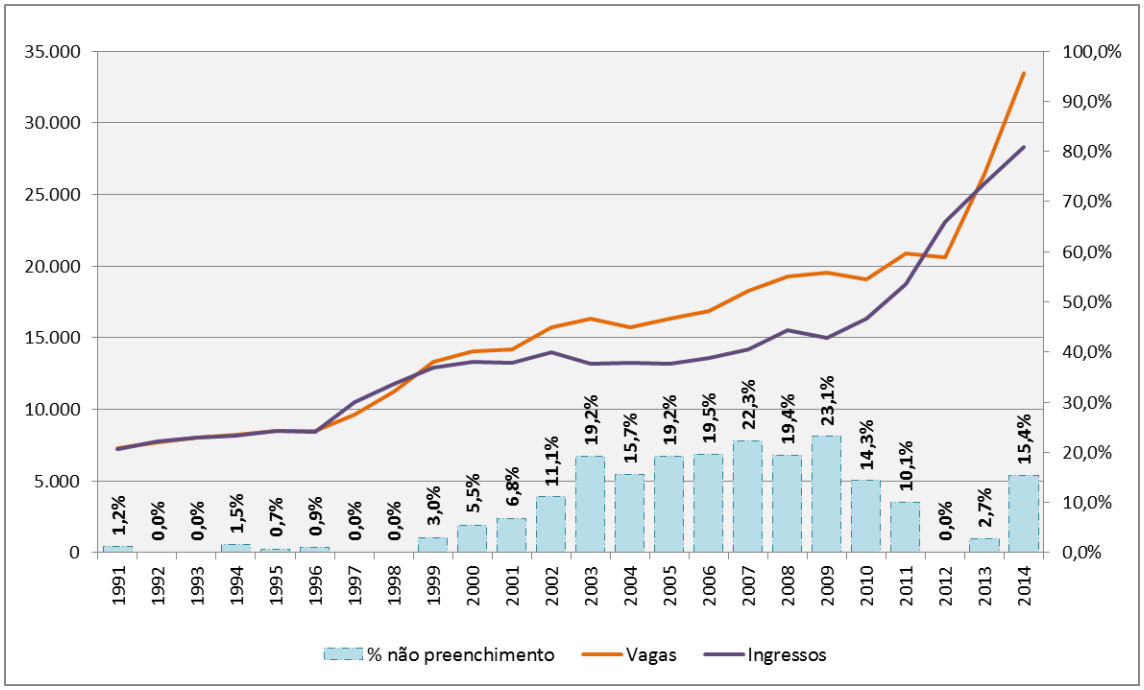
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

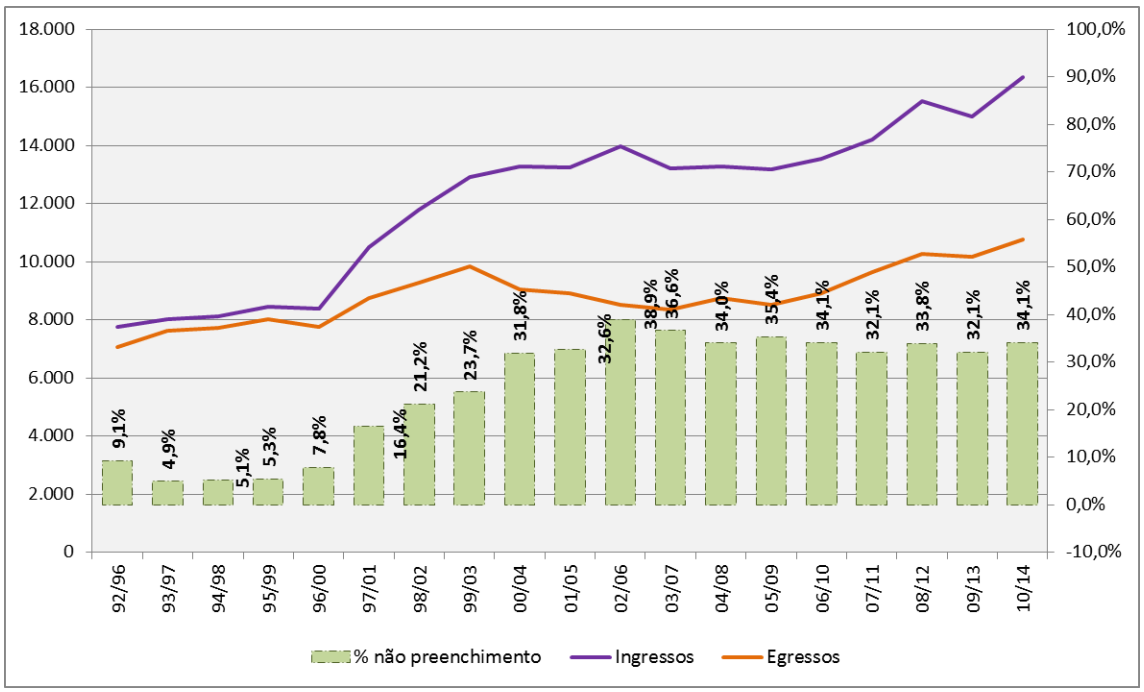
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

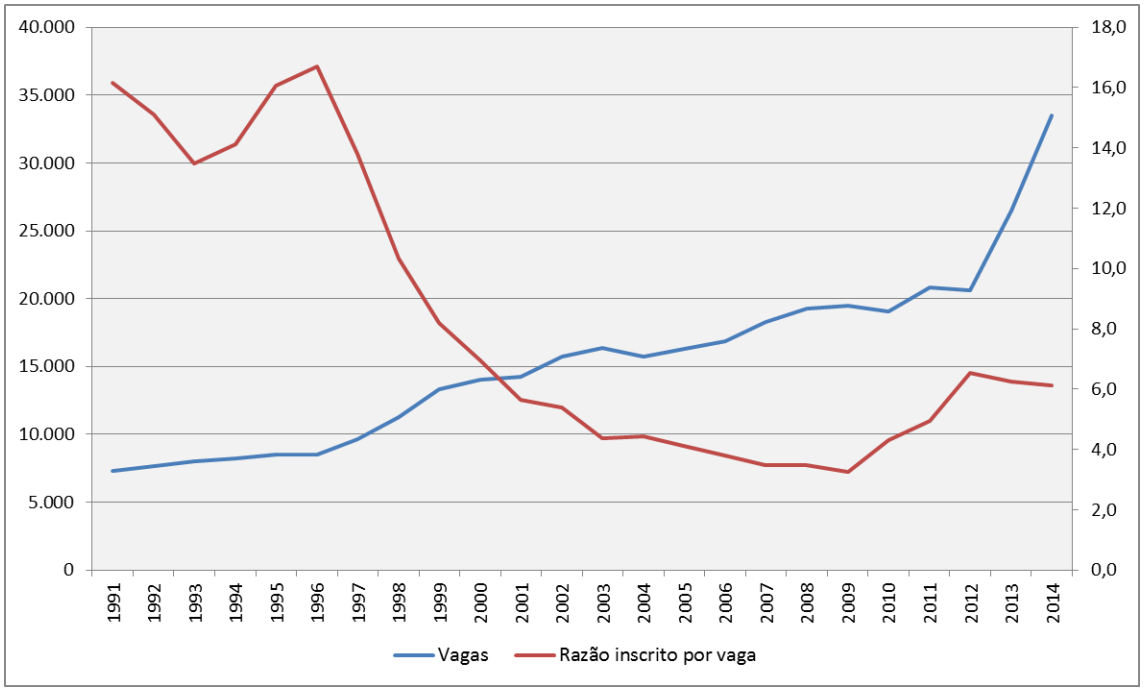
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

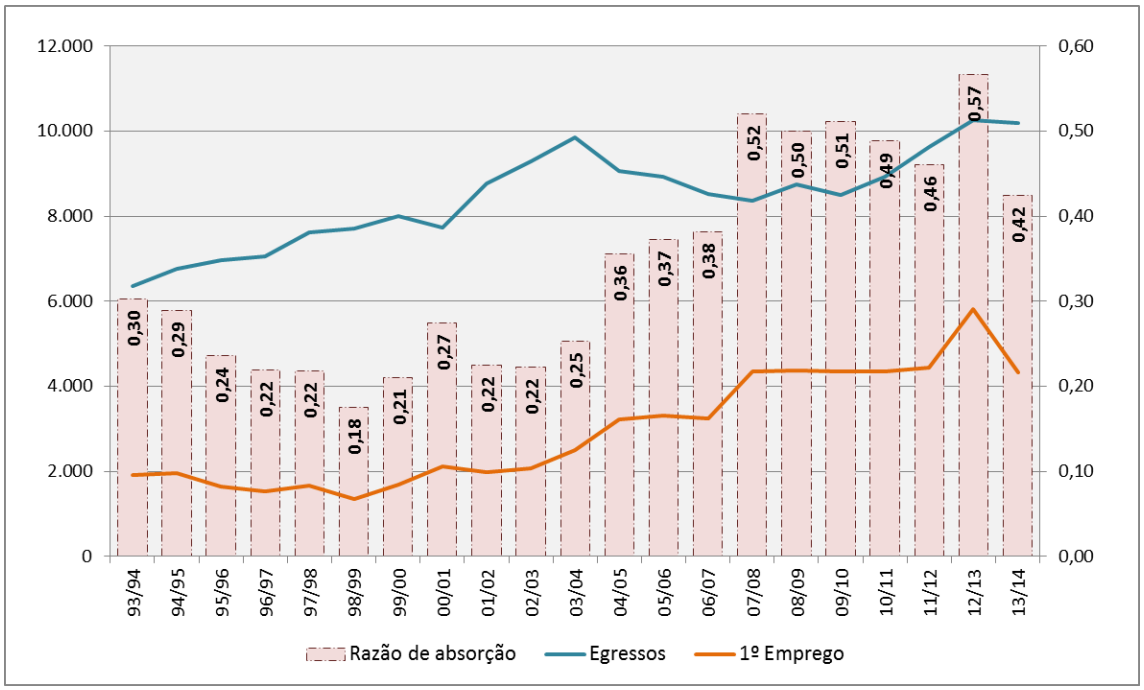
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Enfermeiros

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 7.498, De 25 de Junho de 1986 e Decreto nº 94.406 de 8 de Junho de 1987. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 7.498, De 25 de Junho de 1986.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 4.000 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	457.544
Razão de enfermeiros por mil habitantes [B]	2,22
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	221.248
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	273.105
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 4.315,38
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	178.264
Conselho Profissional	Conselho Federal de Enfermagem
CBO [F]	2235 – Enfermeiros e afins

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Enfermagem;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Prestam assistência ao paciente e/ou cliente; coordenam, planejam ações e auditam serviços de enfermagem e/ou perfusão. Os enfermeiros implementam ações para a promoção da saúde junto à comunidade. Os perfusionistas realizam procedimentos de circulação extracorpórea em hospitais. Todos os profissionais desta família ocupacional podem realizar pesquisa.

Família Ocupacional:

- 2235 - Enfermeiros e afins
  - 2235-05 - Enfermeiro
  - 2235-10 - Enfermeiro Auditor
  - 2235-15 - Enfermeiro de Bordo
  - 2235-20 - Enfermeiro de Centro Cirúrgico
  - 2235-25 - Enfermeiro de terapia intensiva
  - 2235-30 - Enfermeiro do trabalho
  - 2235-35 - Enfermeiro nefrologista
  - 2235-40 - Enfermeiro neonatologista
  - 2235-45 - Enfermeiro obstétrico
  - 2235-50 - Enfermeiro psiquiátrico
  - 2235-55 - Enfermeiro puericultor e pediátrico
  - 2235-60 - Enfermeiro sanitarista
  - 2235-65 - Enfermeiro da estratégia de saúde da família
  - 2235-70 - Perfusionista

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4.000 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária correspondentes a 20% da carga horária total do curso;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Enfermagem, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Enfermagem ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições Segundo a Lei de Exercício:

Privativas:

I. direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
II. organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
III. planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
IV. consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
V. consulta de enfermagem;
VI. prescrição da assistência de enfermagem;
VII. cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
VIII. cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Como integrante da equipe de saúde:

I. participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
II. participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
III. prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
IV. participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
V. prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

VI. prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

VII. assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

VIII. acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

IX. execução do parto sem distocia;

X. educação visando à melhoria de saúde da população.

Aos titulares do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica:

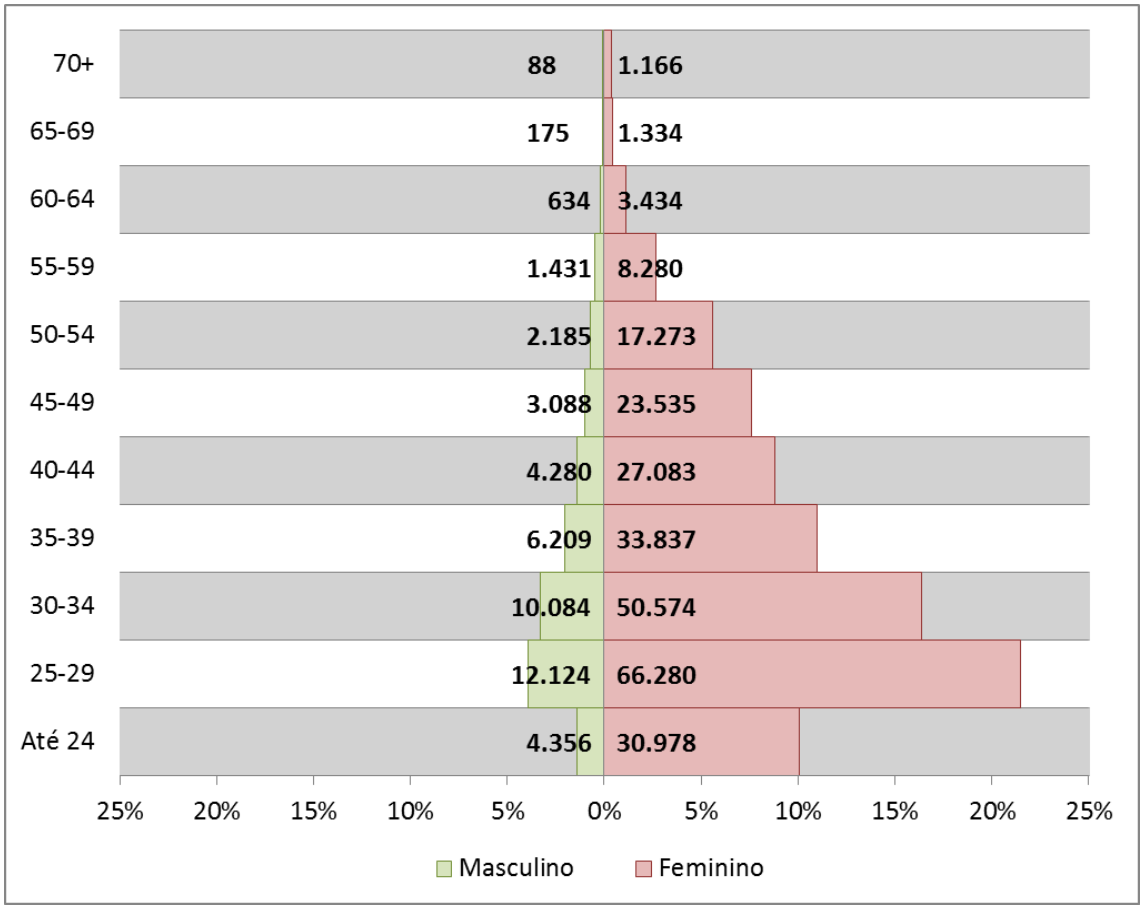
I. assistência à parturiente e ao parto normal;

II. identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III. realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Dados de oferta e demanda

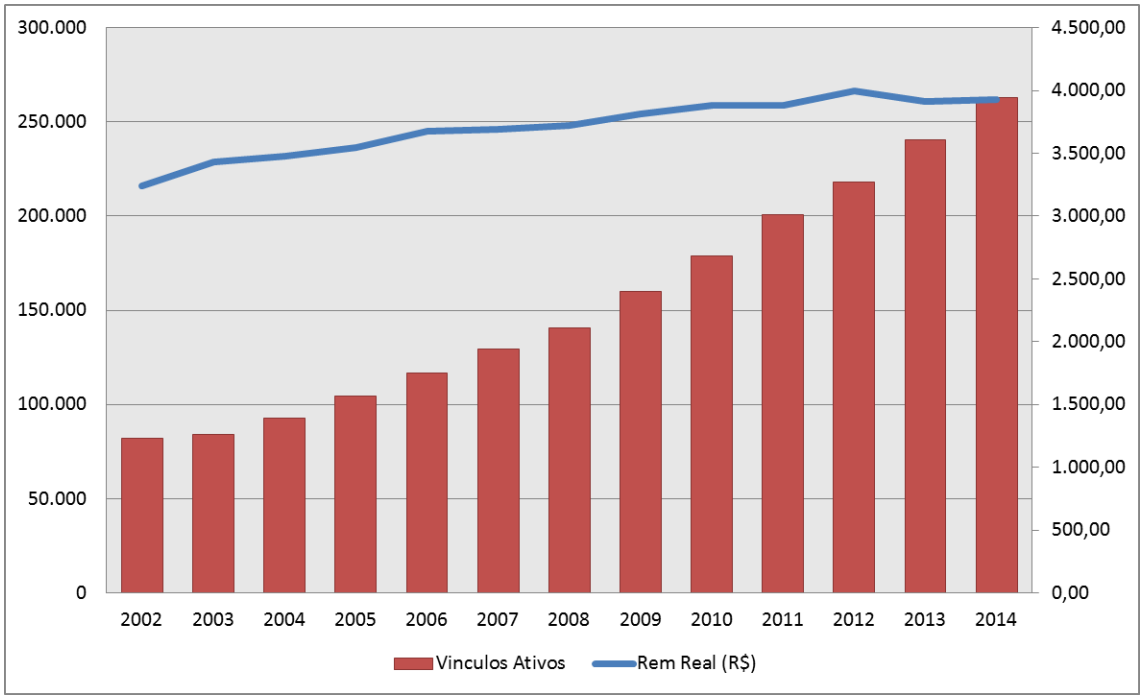
Pirâmide etária de enfermeiros ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em enfermagem e ou ocupados como enfermeiros na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

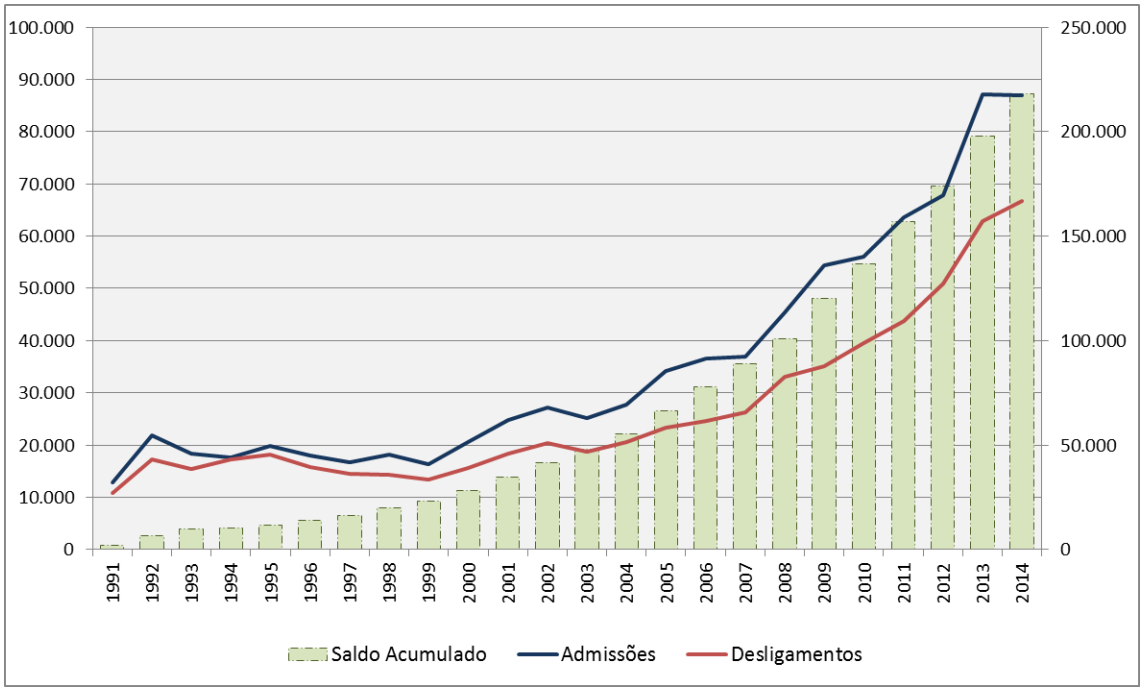
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

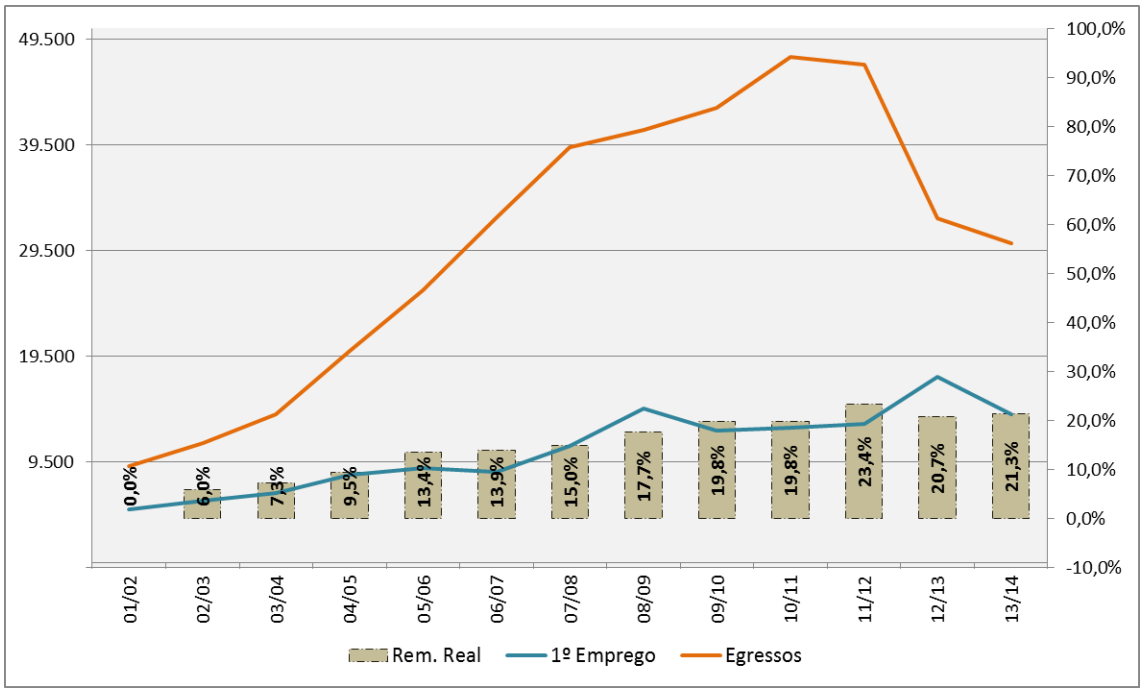
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

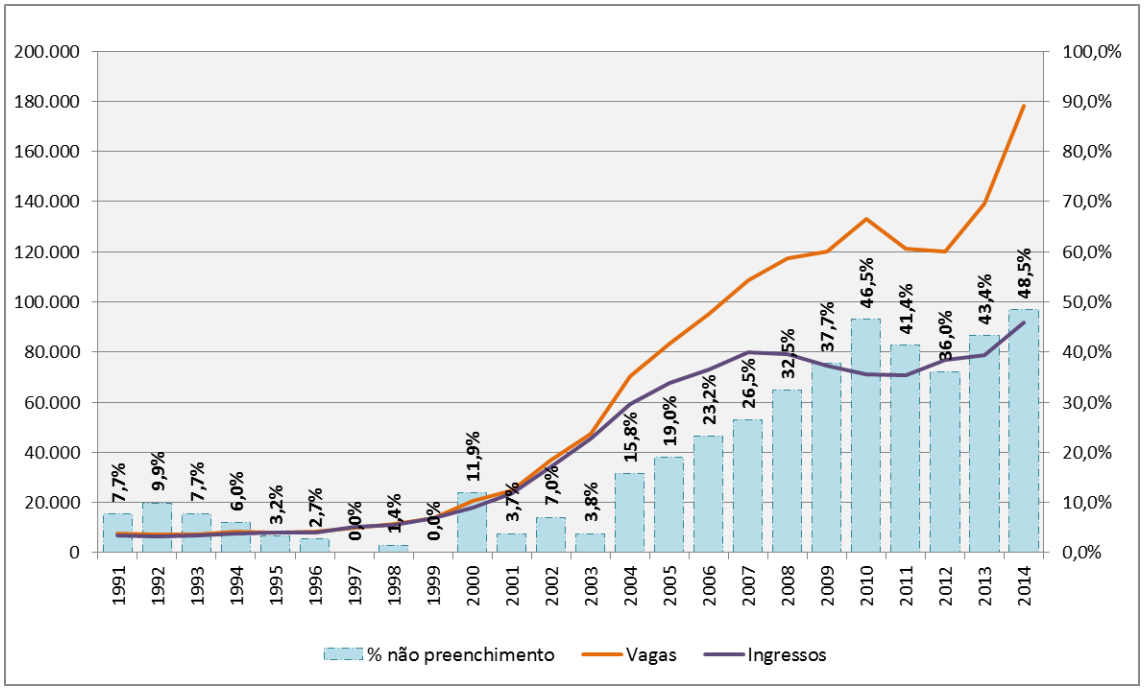
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

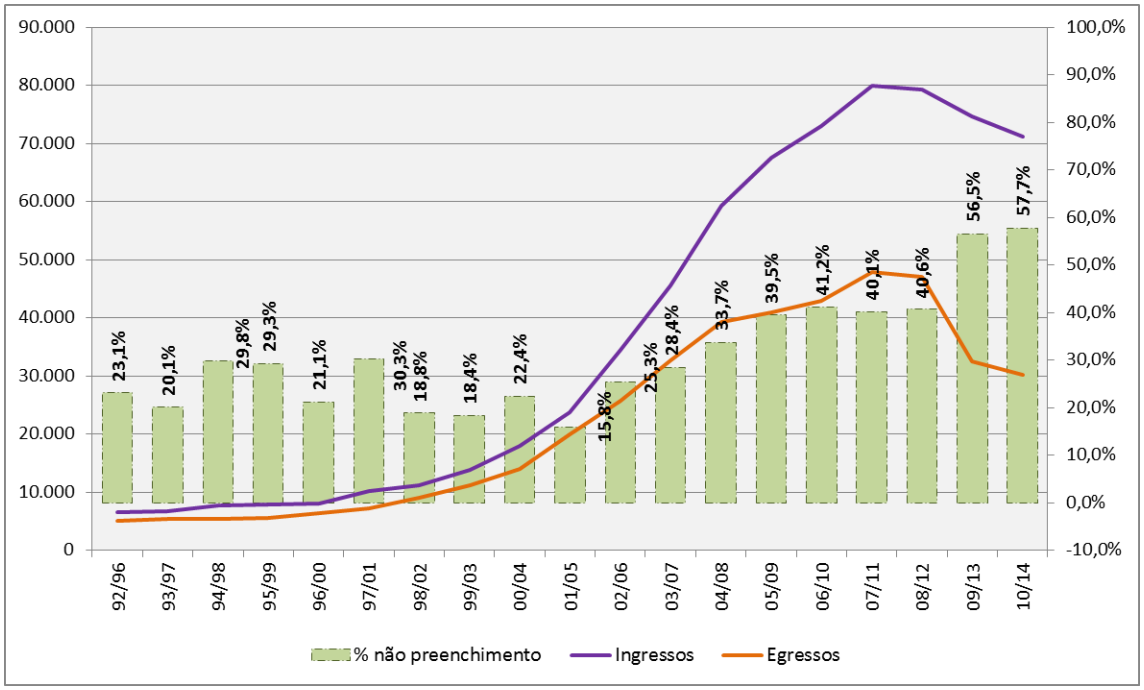
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

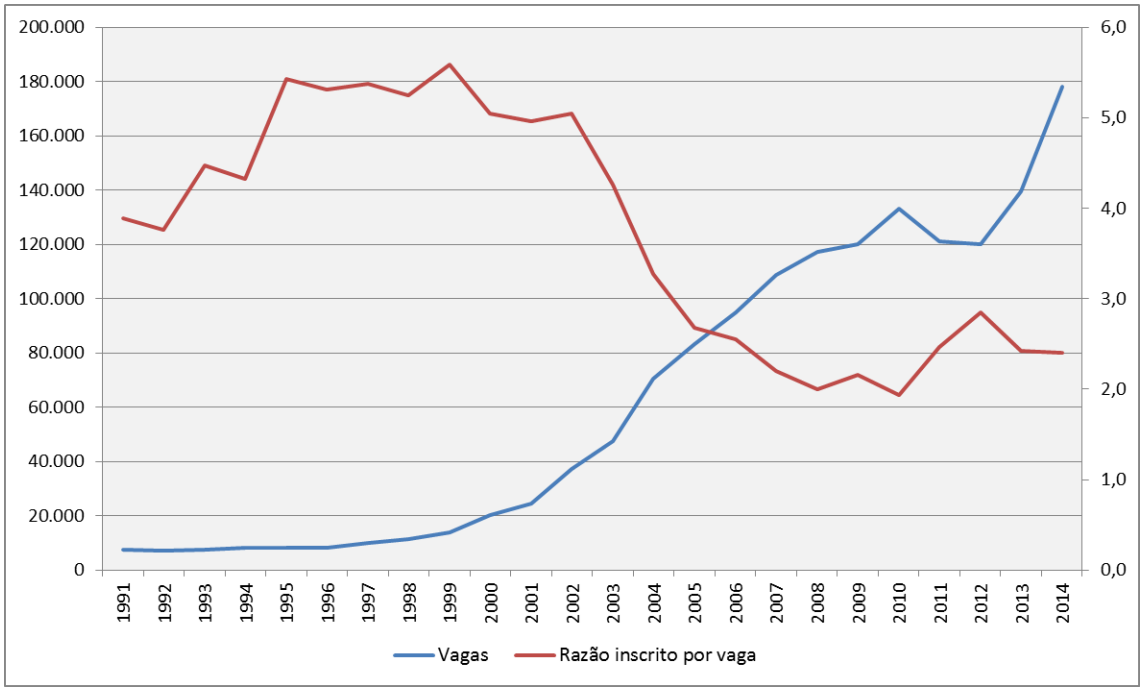
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

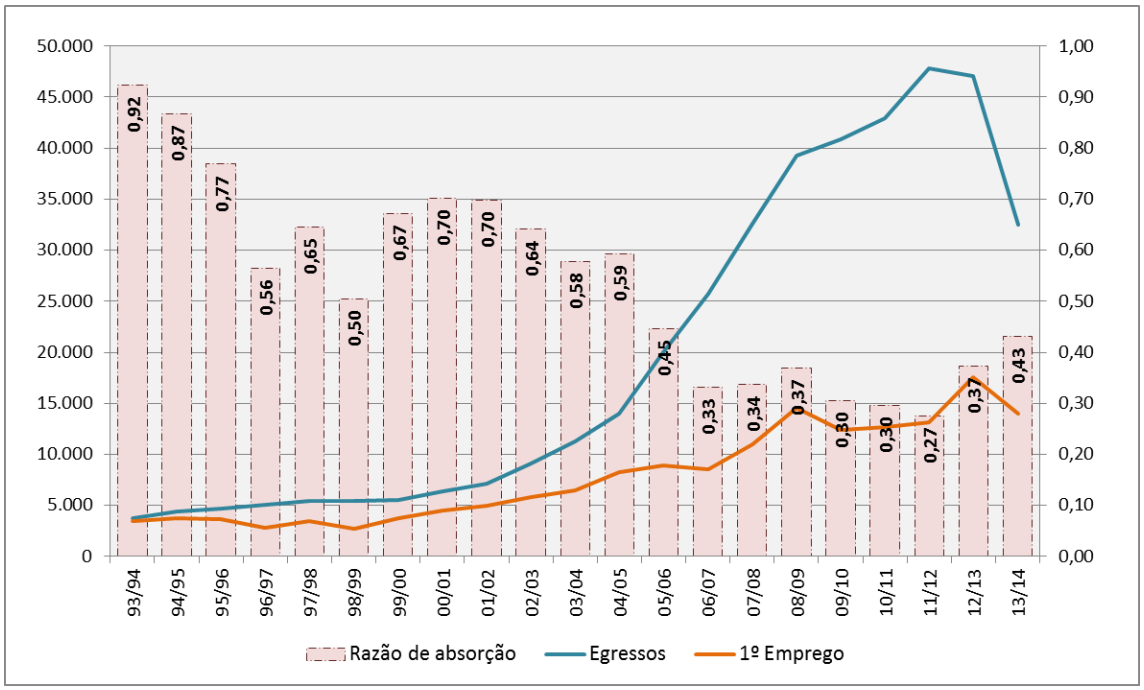
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Farmacêuticos

Resumo

Lei de exercício profissional	- Decreto que regulamenta o exercício da profissão nº 85.878, De 7 de Abril de 1981. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 3.820, De 11 de Novembro de 1960.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 4.000 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	195.022
Razão de farmacêuticos por mil habitantes [B]	0,95
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	47.149
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	122.007
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 3.542,31
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	81.185
Conselho Profissional	Conselho Federal de Farmácia
CBO [F]	2234 – Farmacêuticos

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Farmácia;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Realizam ações específicas de dispensação de produtos e serviços farmacêuticos. Podem produzir esses produtos e serviços em escala magistral e industrial. Também realizam ações de controle de qualidade de produtos e serviços farmacêuticos, gerenciando o armazenamento, distribuição e transporte desses produtos. Desenvolvem produtos e serviços farmacêuticos, podem coordenar políticas de assistência farmacêutica e atuam na regulação e fiscalização de estabelecimentos, produtos e serviços farmacêuticos. Realizam análises clínicas, toxicológicas, físico-químicas, biológicas, microbiológicas e bromatológicas. Podem realizar pesquisa sobre os efeitos de medicamentos e outras substâncias sobre órgãos, tecidos e funções vitais dos seres humanos e dos animais.

Família Ocupacional:

- 2234 - Farmacêuticos
  - 2234-05 - Farmacêutico
  - 2234-15 - Farmacêutico analista clínico
  - 2234-20 - Farmacêutico de alimentos
  - 2234-25 - Farmacêutico práticas integrativas e complementares
  - 2234-30 - Farmacêutico em saúde pública
  - 2234-35 - Farmacêutico industrial
  - 2234-40 - Farmacêutico toxicologista
  - 2234-45 - Farmacêutico hospitalar e clínico

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4.000 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima de 150 horas;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Farmácia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Farmácia ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições segundo o Decreto regulatório do exercício:

Atribuições Privativas:

I. desempenho de funções de dispensação ou manipulação de fórmulas magistrais e farmacopeias, quando a serviço do público em geral ou mesmo de natureza privada;

II. assessoramento e responsabilidade técnica em:

   a. estabelecimentos industriais farmacêuticos em que se fabriquem produtos que tenham indicações e/ou ações terapêuticas, anestésicos ou auxiliares de diagnóstico, ou capazes de criar dependência física ou psíquica;

   b. órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se executem controle e/ou inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de produtos que tenham destinação terapêutica, anestésica ou auxiliar de diagnósticos ou capazes de determinar dependência física ou psíquica;

   c. órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se pratiquem extração, purificação, controle de qualidade, inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e análise fiscal de insumos farmacêuticos de origem vegetal, animal e mineral;

   d. depósitos de produtos farmacêuticos de qualquer natureza;

III. a fiscalização profissional sanitária e técnica de empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica;

Atribuições não privativas:

I. a direção, o assessoramento, a responsabilidade técnica e o desempenho de funções especializadas exercidas em:

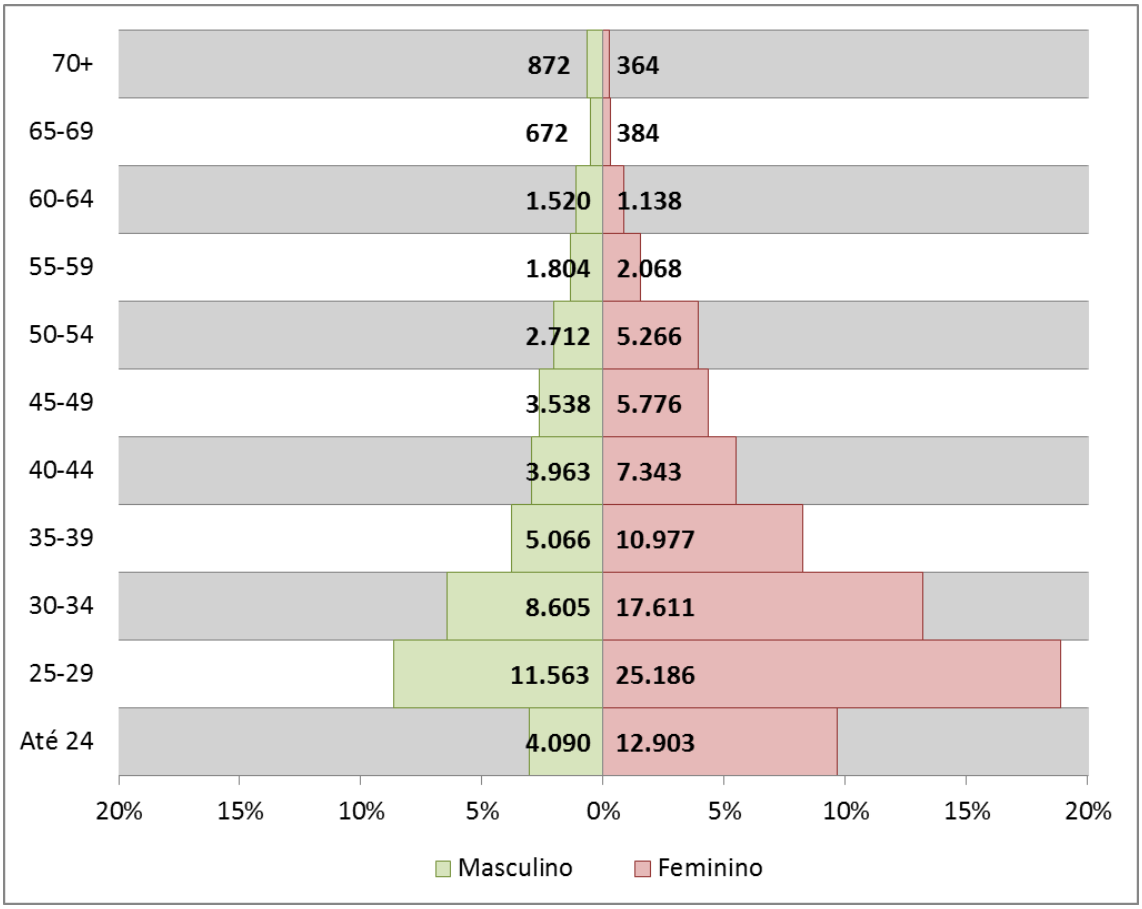
   a. órgãos, empresas, estabelecimentos, laboratórios ou setores em que se preparem ou fabriquem produtos biológicos, imunoterápicos, soros, vacinas, alérge-

nos, opoterápicos para uso humano e veterinário, bem como de derivados do sangue;

b. órgãos ou laboratórios de análises clínicas ou de saúde pública ou seus departamentos especializados;
c. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos farmacêuticos para uso veterinário;
d. estabelecimentos industriais em que se fabriquem insumos farmacêuticos para uso humano ou veterinário e insumos para produtos dietéticos e cosméticos com indicação terapêutica;
e. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos saneantes, inseticidas, raticidas, antissépticos e desinfetantes;
f. estabelecimentos industriais ou instituições governamentais onde sejam produzidos radioisótopos ou radiofármacos para uso em diagnóstico e terapêutica;
g. estabelecimentos industriais, instituições governamentais ou laboratórios especializados em que se fabriquem conjuntos de reativos ou de reagentes destinados às diferentes análises auxiliares do diagnóstico médico;
h. estabelecimentos industriais em que se fabriquem produtos cosméticos sem indicação terapêutica e produtos dietéticos e alimentares;
i. órgãos, laboratórios ou estabelecimentos em que se pratiquem exames de caráter químico-toxicológico, químico-bromatológico, químico-farmacêutico, biológicos, microbiológicos, fitoquímicos e sanitários;
j. controle, pesquisa e perícia da poluição atmosférica e tratamento dos despejos industriais.
k. tratamento e controle de qualidade das águas de consumo humano, de indústria farmacêutica, de piscinas, praias e balneários, salvo se necessário o emprego de reações químicas controladas ou operações unitárias;
l. vistoria, perícia, avaliação, arbitramento e serviços técnicos, elaboração de pareceres, laudos e atestados do âmbito das atribuições respectivas.

Dados de oferta e demanda

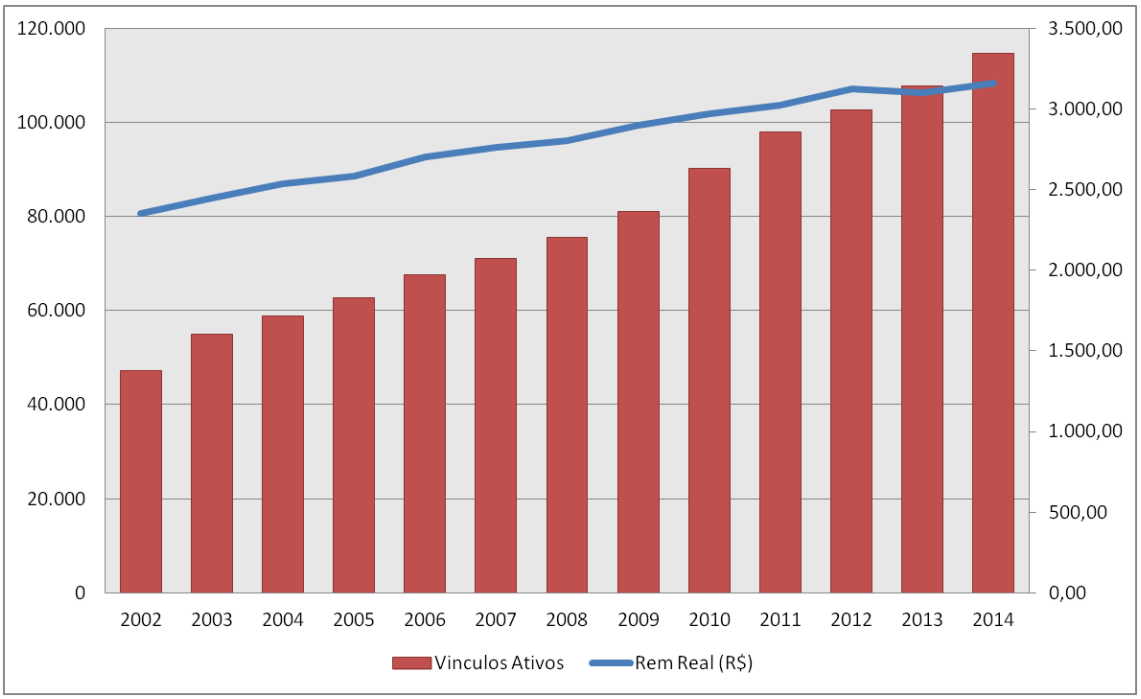
Pirâmide etária de farmacêuticos ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em farmácia e ou ocupados como farmacêuticos na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

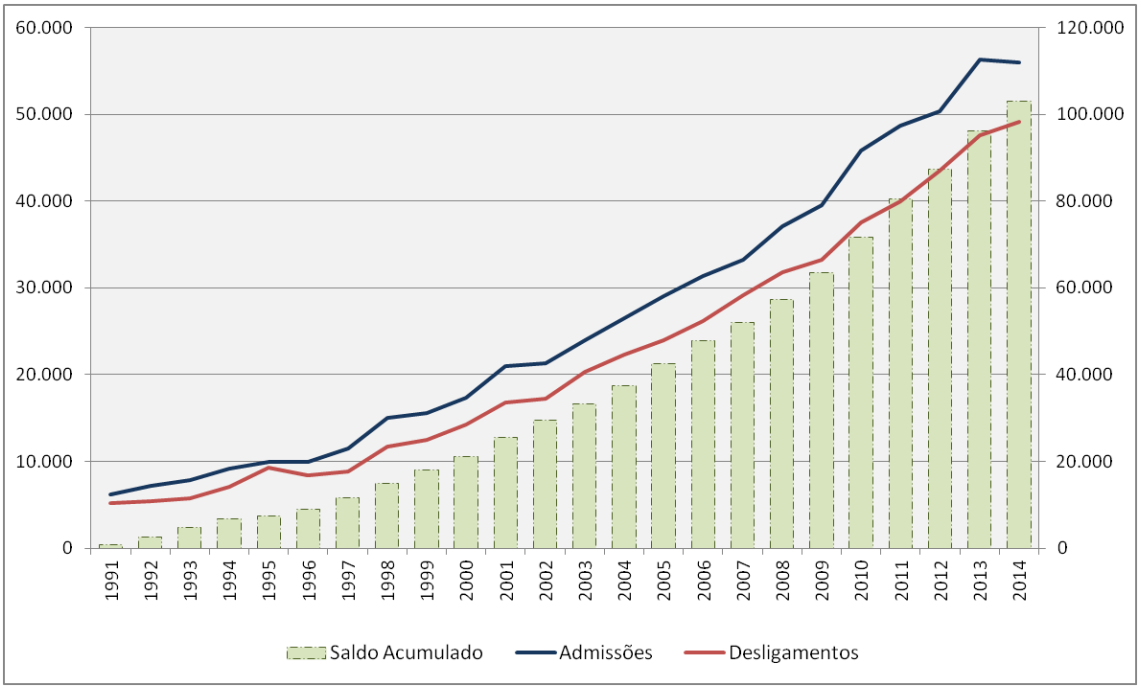
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

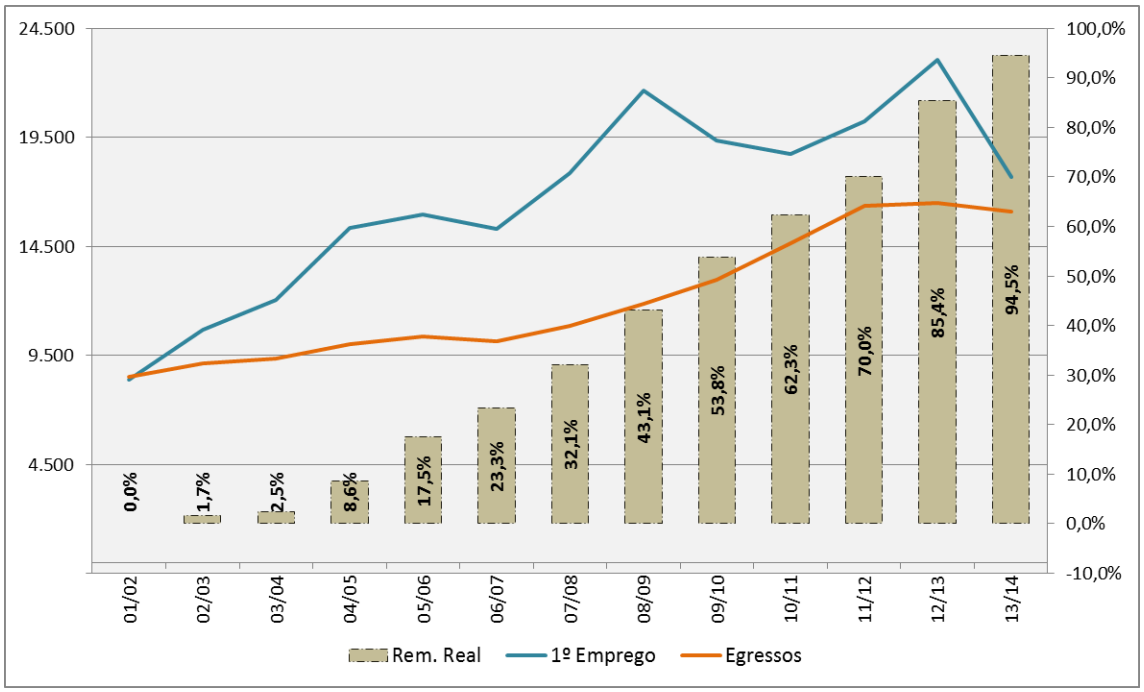
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

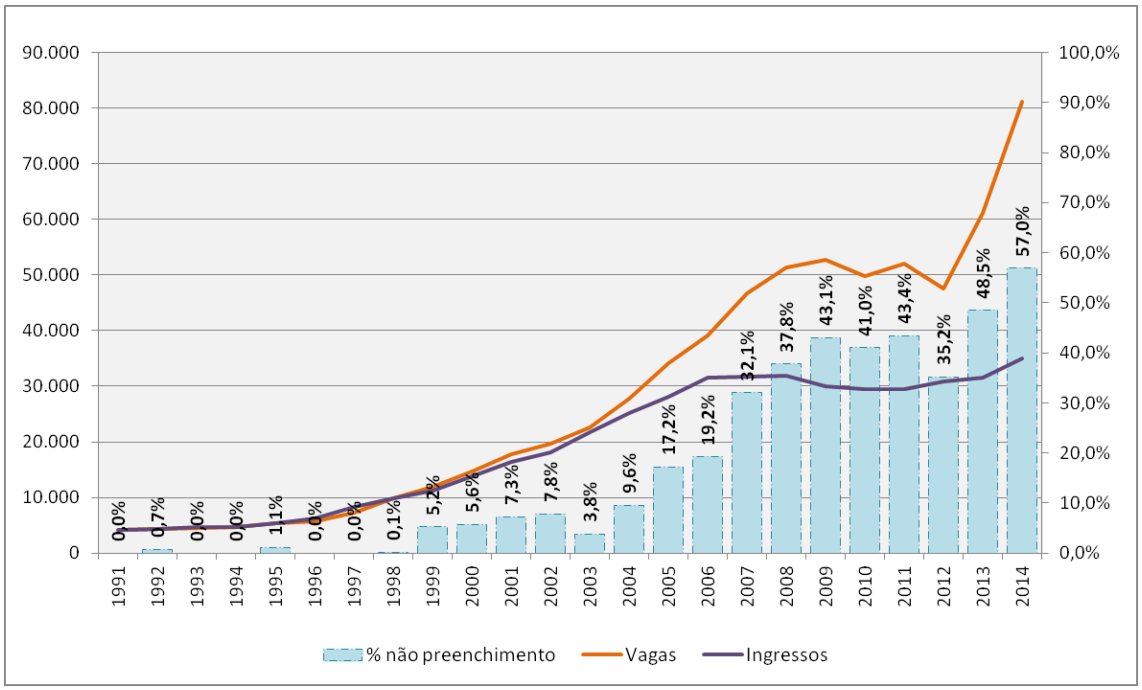
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

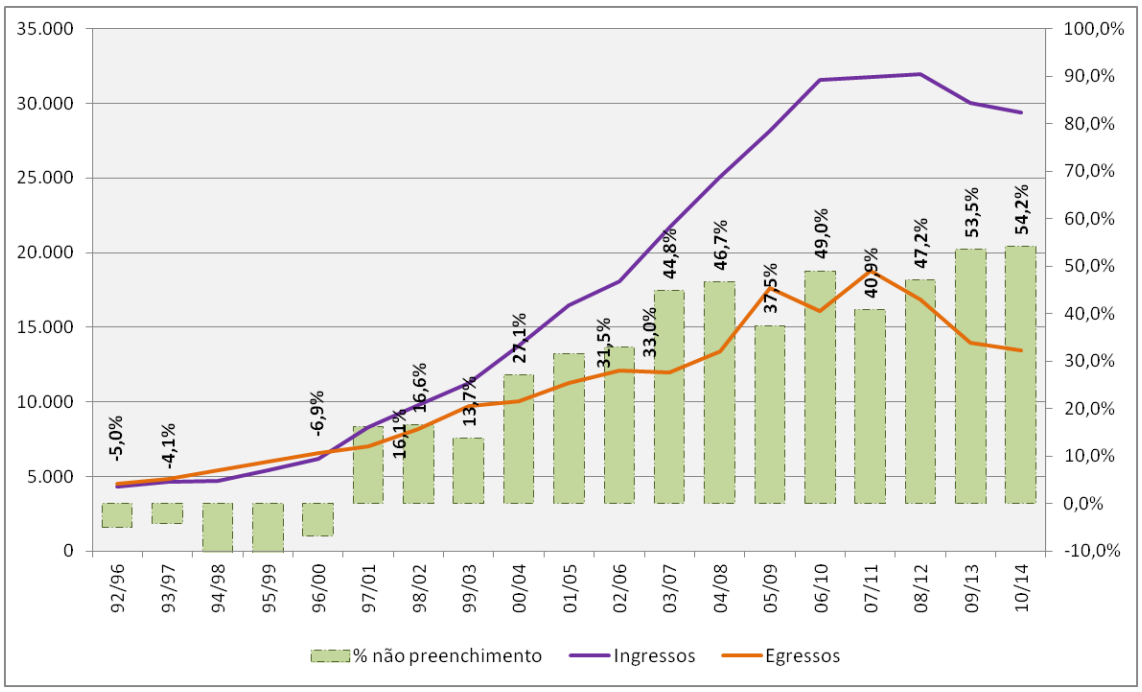
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

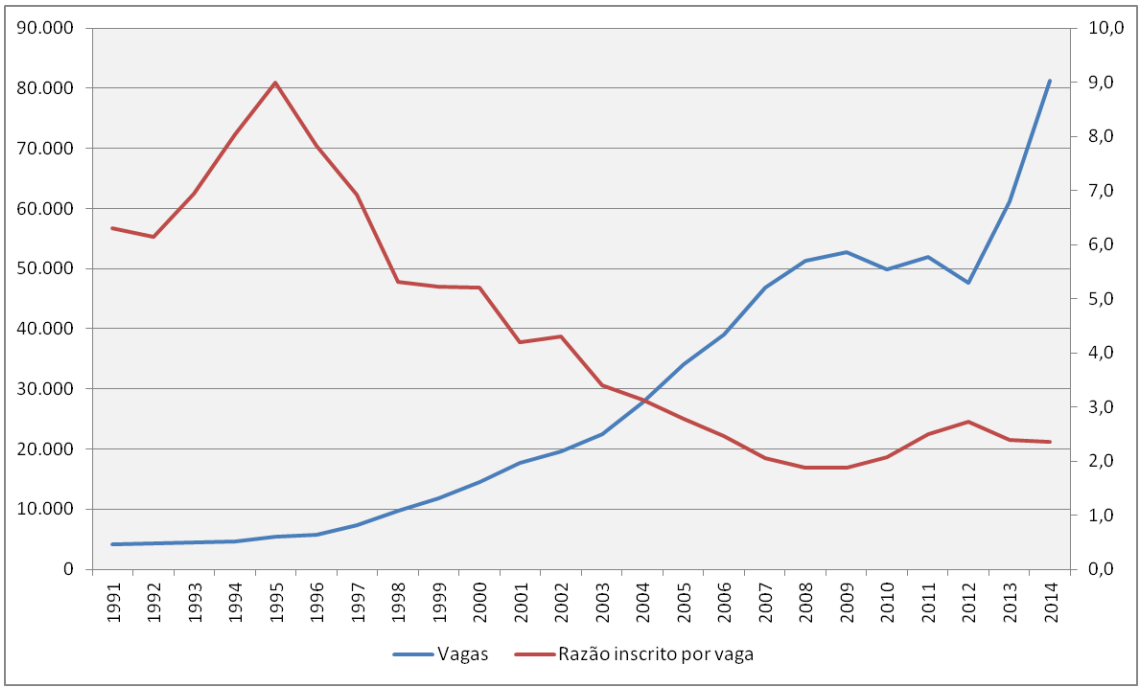
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

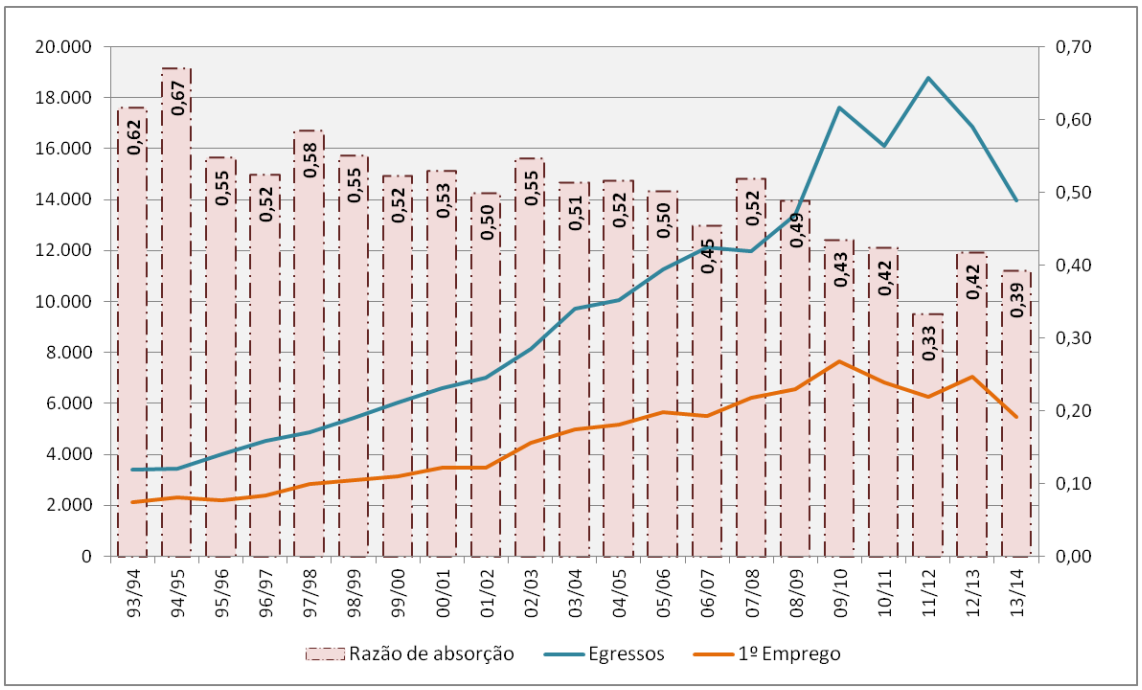
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Fisioterapeutas

Resumo

Lei de exercício profissional	- Decreto-Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 938, De 13 de Outubro de 1969. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 6.316, De 17 de Dezembro de 1975.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 4.000 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	223.447
Razão de fisioterapeutas por mil habitantes [B]	1,08
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	55.421
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	50.791
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 2.999,62
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	112.223
Conselho Profissional	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CBO [F]	2236 – Fisioterapeutas

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Aplicam técnicas fisioterapêuticas para prevenção, readaptação e recuperação de pacientes e clientes. Atendem e avaliam as condições funcionais de pacientes e clientes utilizando protocolos e procedimentos específicos da fisioterapia e suas especialidades. Atuam na área de educação em saúde através de palestras, distribuição de materiais educativos e orientações para melhor qualidade de vida. Desenvolvem e implementam programas de prevenção em saúde geral e do trabalho. Gerenciam serviços de saúde orientando e supervisionando recursos humanos. Exercem atividades técnico-científicas através da realização de pesquisas, trabalhos específicos, organização e participação em eventos científicos.

Família Ocupacional:

- 2236 - Fisioterapeutas
    - 2236-05 - Fisioterapeuta geral
    - 2236-25 - Fisioterapeuta respiratória
    - 2236-30 - Fisioterapeuta neurofuncional
    - 2236-35 - Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional
    - 2236-40 - Fisioterapeuta osteopata
    - 2236-45 - Fisioterapeuta quiropraxista
    - 2236-50 - Fisioterapeuta acupunturista
    - 2236-55 - Fisioterapeuta esportivo
    - 2236-60 - Fisioterapeuta do trabalho

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4.000 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima de 900 horas;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Fisioterapia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições segundo o Decreto-Lei que regulamenta o exercício:

Atribuições Privativas:

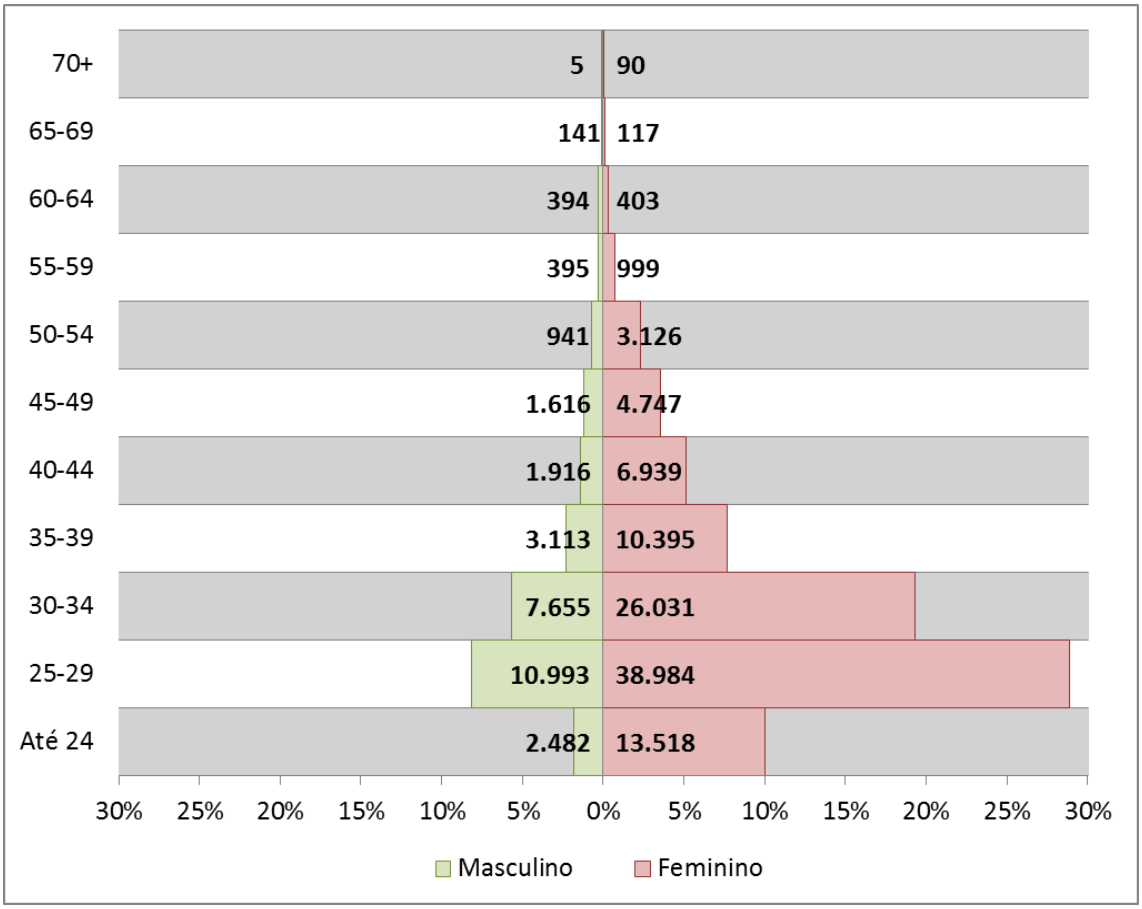
I. Executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do ciente.

Atribuições não privativas:

I. Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
II. Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
III. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Dados de oferta e demanda

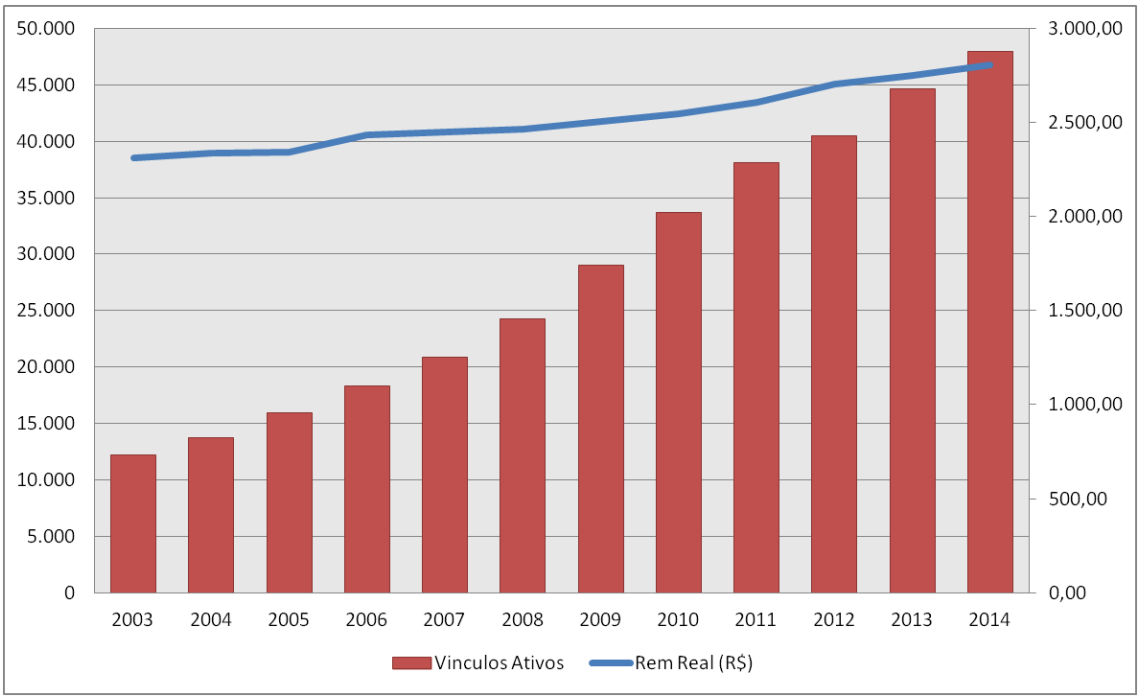
Pirâmide etária de fisioterapeutas ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

*** *Indivíduos entrevistados ocupados como fisioterapeutas na semana de referência do Censo Demográfico 2010. Foram acrescidos por meio de estimativa os profissionais ocupados em outras funções e os desocupados, conformando, no total, a população economicamente ativa.**

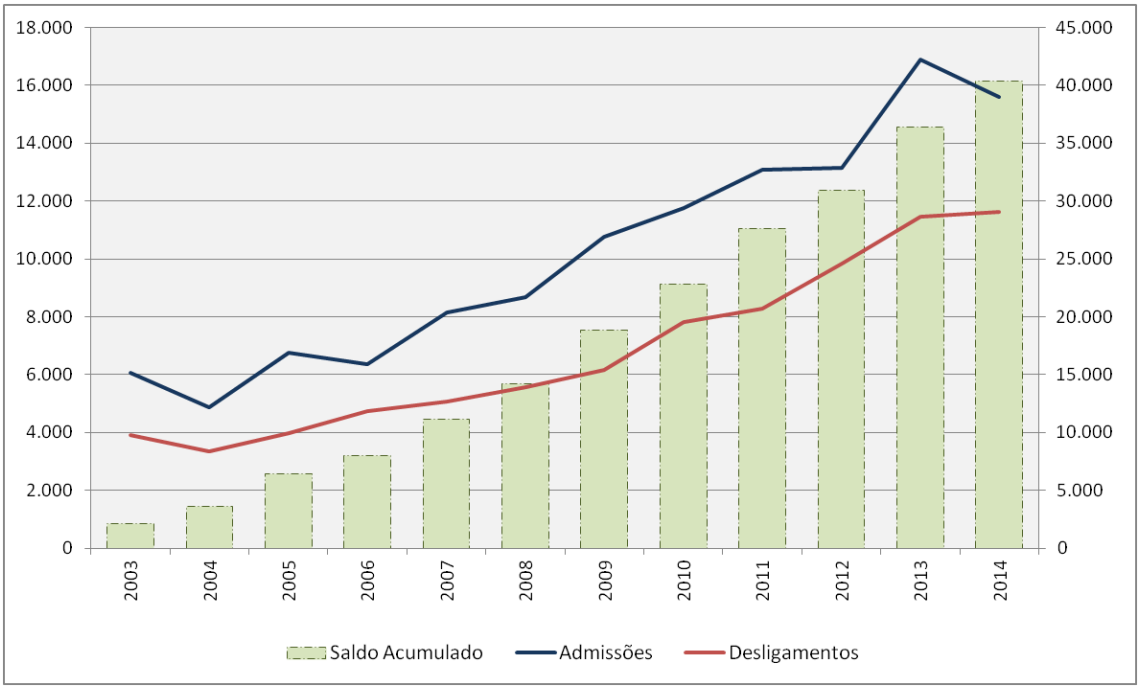
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2003 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2003-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

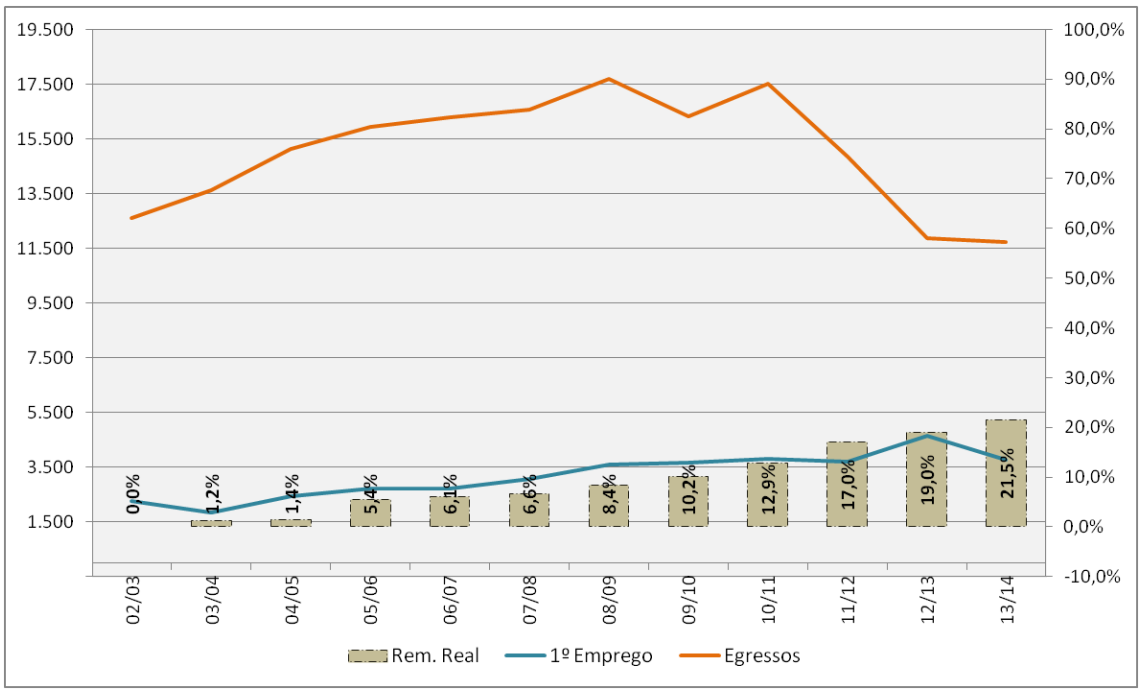
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 2003 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

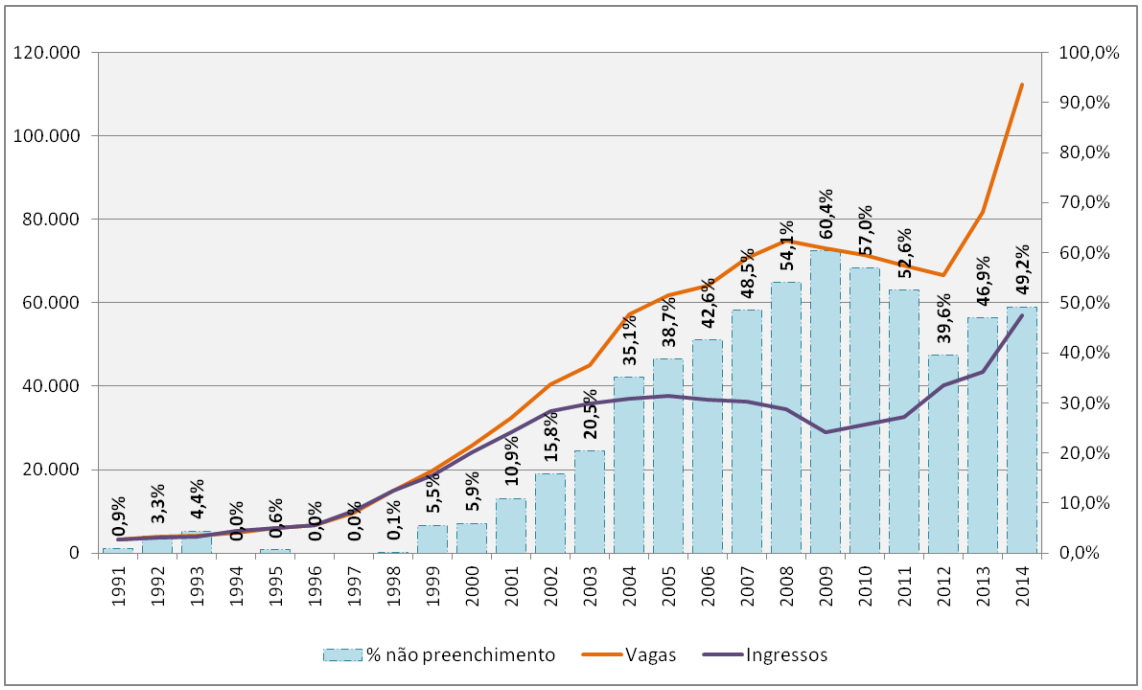
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002/03 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2002-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2003-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2003. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

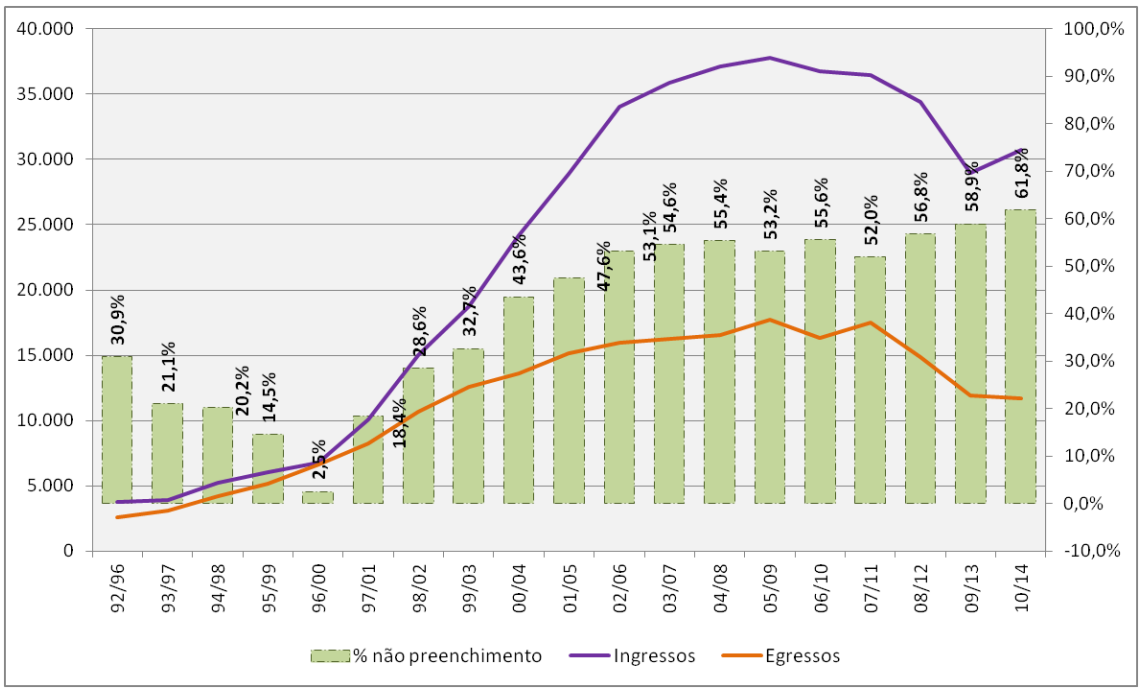
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

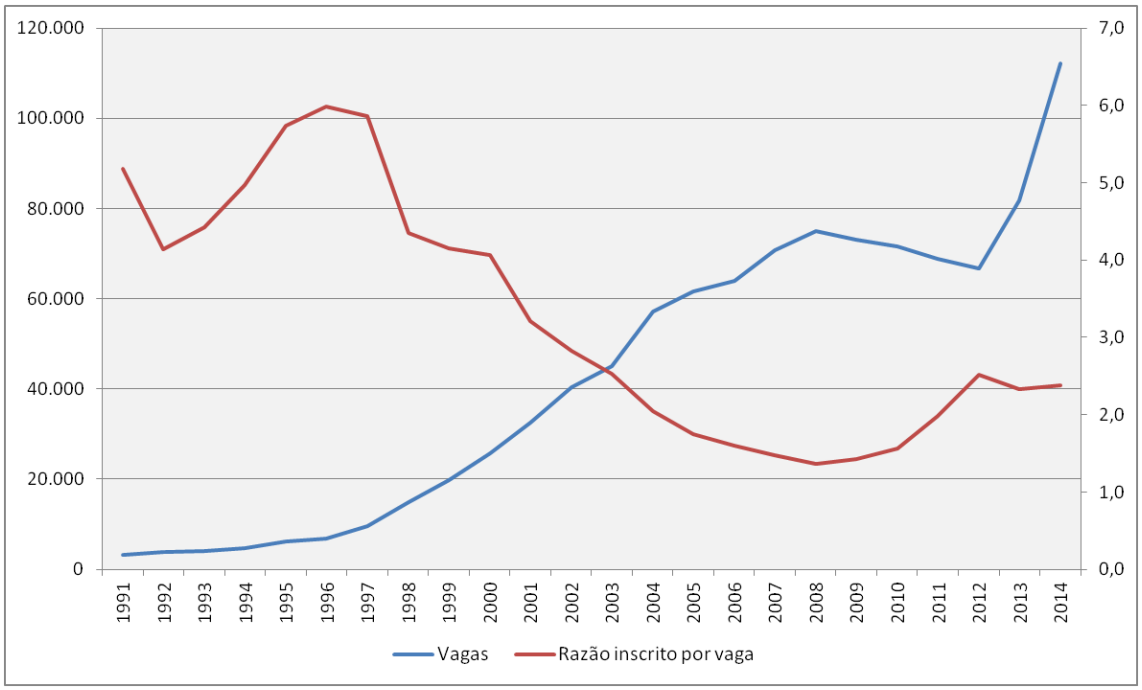
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2009/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

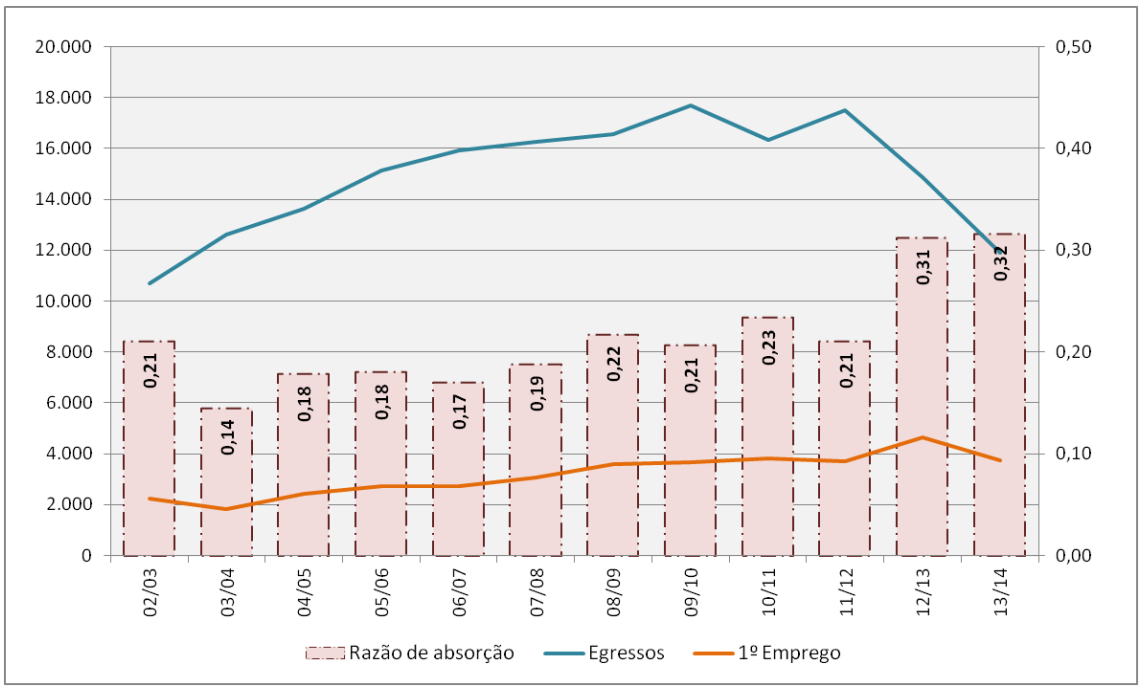
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 2002/03 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2002-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2003-2014).

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

Fonoaudiólogos

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 6.965, De 9 de Dezembro de 1981 e Decreto Lei nº 87.218, De 31 de Maio de 1982. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 6.965, De 9 de Dezembro de 1981.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 3.200 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	39.900
Razão de fonoaudiólogos por mil habitantes [B]	0,19
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	17.000
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	15.039
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 2.923,11
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	8.354
Conselho Profissional	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CBO [F]	2238 – Fonoaudiólogos

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Fonoaudiologia;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Realizam tratamento fonoaudiológico para prevenção, habilitação e reabilitação de pacientes e clientes aplicando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia. Avaliam pacientes e clientes; realizam diagnóstico fonoaudiológico; orientam pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; atuam em programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida; exercem atividades técnico-científicas através da realização de pesquisas, trabalhos específicos, organização e participação em eventos científicos.

Família Ocupacional:

- 2238 - Fonoaudiólogos
  - 2238-10 - Fonoaudiólogo geral
  - 2238-15 - Fonoaudiólogo educacional
  - 2238-20 - Fonoaudiólogo em audiologia
  - 2238-25 - Fonoaudiólogo em disfagia
  - 2238-30 - Fonoaudiólogo em linguagem
  - 2238-35 - Fonoaudiólogo em motricidade orofacial
  - 2238-40 - Fonoaudiólogo em saúde coletiva
  - 2238-45 - Fonoaudiólogo em voz

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3.200 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Fonoaudiologia, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Fonoaudiologia ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição;

II. Participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;

III. Realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;

IV. Realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala;

V. Colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências;

VI. Projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas promovidas por entidades públicas, privadas, autarquias e mistas;

VII. Lecionar teoria e prática fonoaudiológicas;

VIII. Dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;

IX. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia;

X. Assessorar órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos no campo da Fonoaudiologia;

XI. Participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar, inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos;

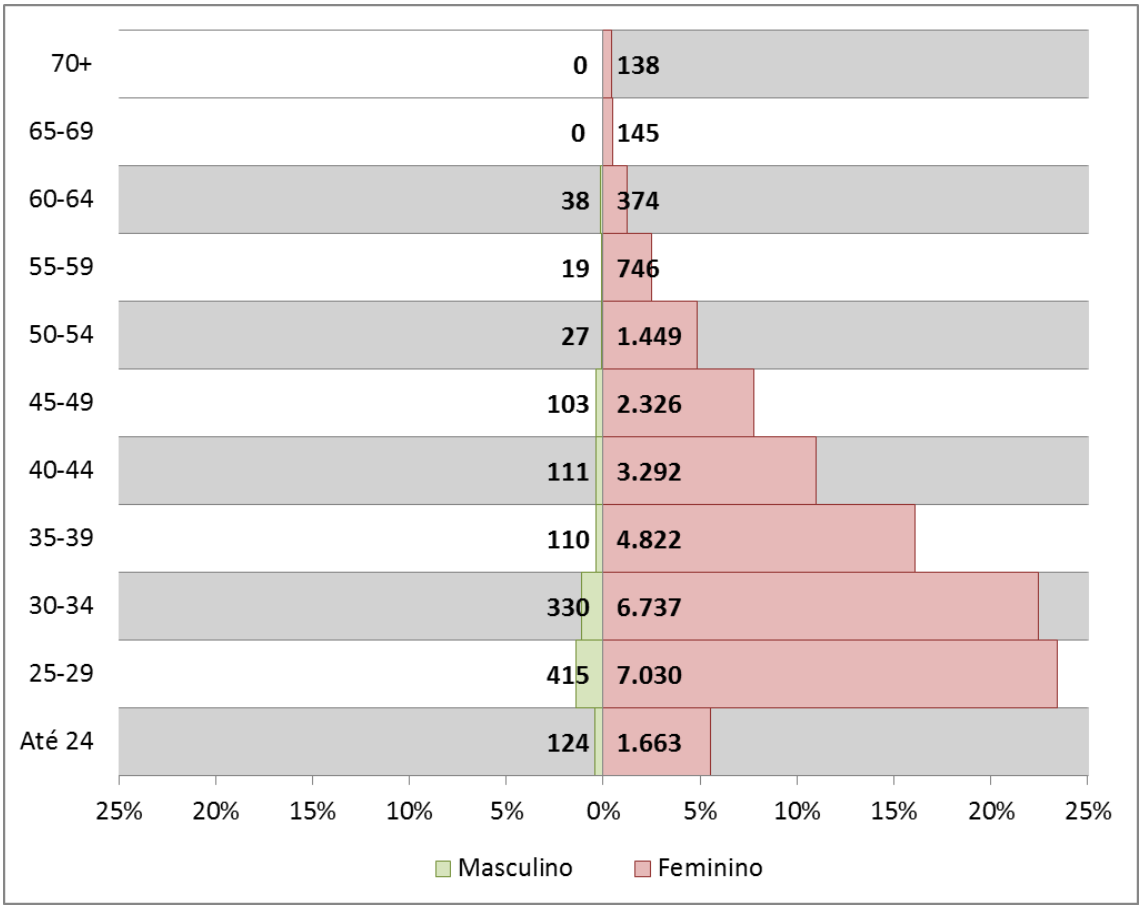
XII. Dar parecer fonoaudiológico, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição;

XIII. Realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo.

XIV. Ao Fonoaudiólogo é permitido, ainda, o exercício de atividades vinculadas às técnicas psicomotoras, quando destinadas à correção de distúrbios auditivos ou de linguagem, efetivamente realizado.

Dados de oferta e demanda

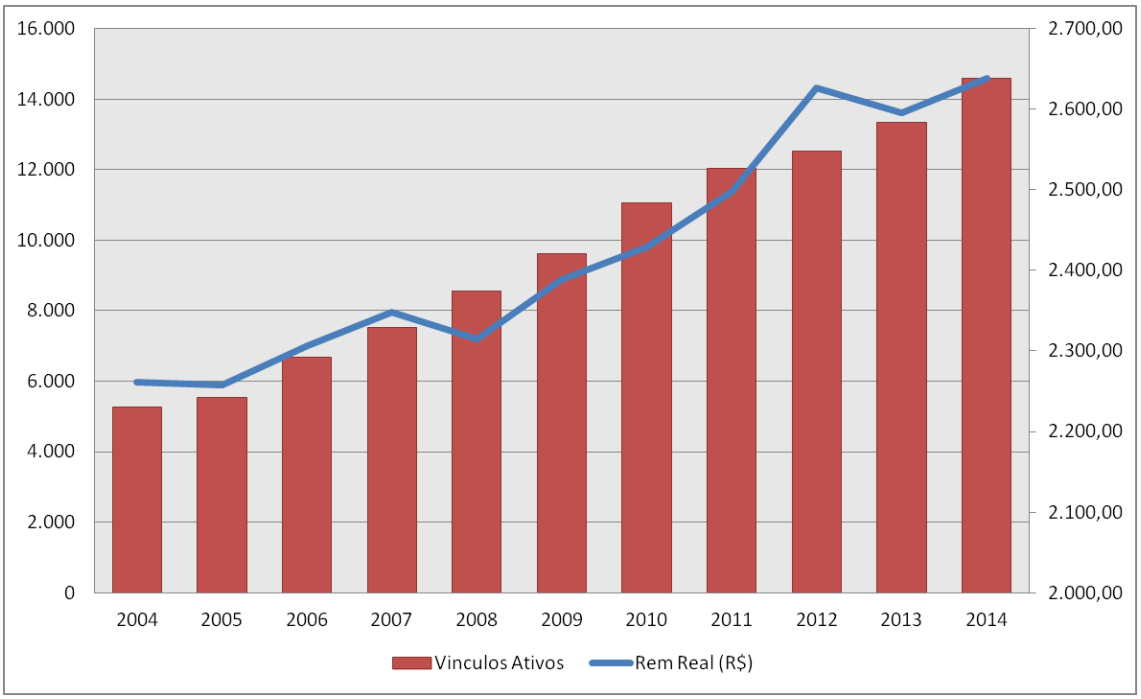
Pirâmide etária de fonoaudiólogos ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados ocupados como fonoaudiólogos na semana de referência do Censo Demográfico 2010. Foram acrescidos por meio de estimativa os profissionais ocupados em outras funções e os desocupados, conformando, no total, a população economicamente ativa.**

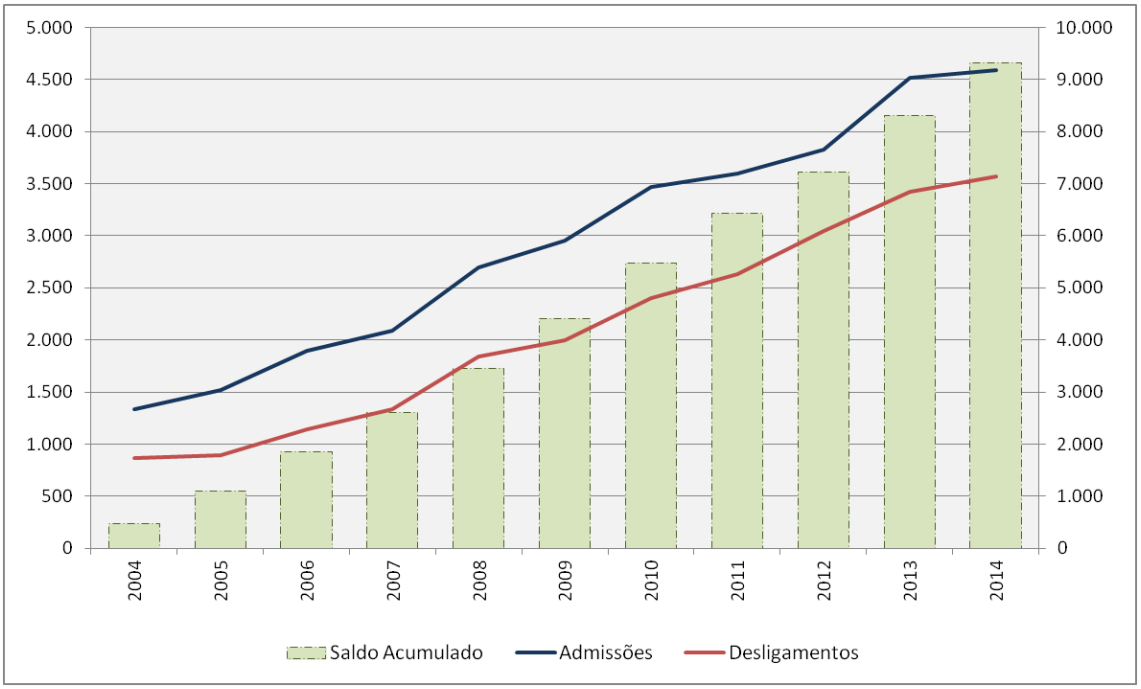
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2004 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2004-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

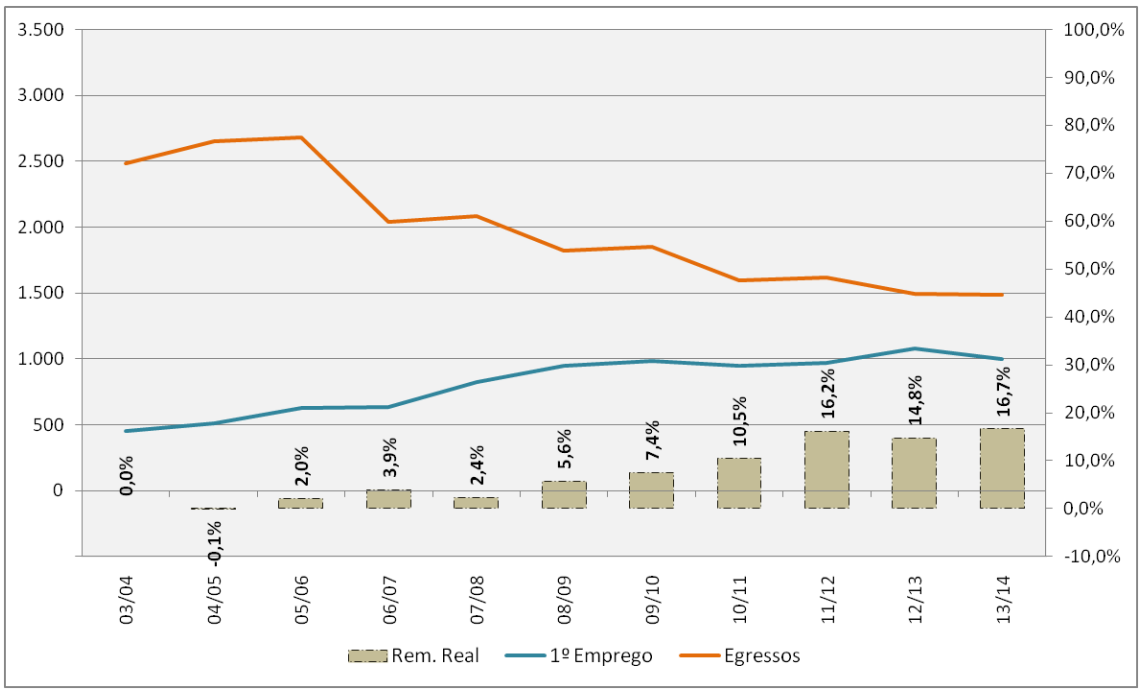
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 2004 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2004-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

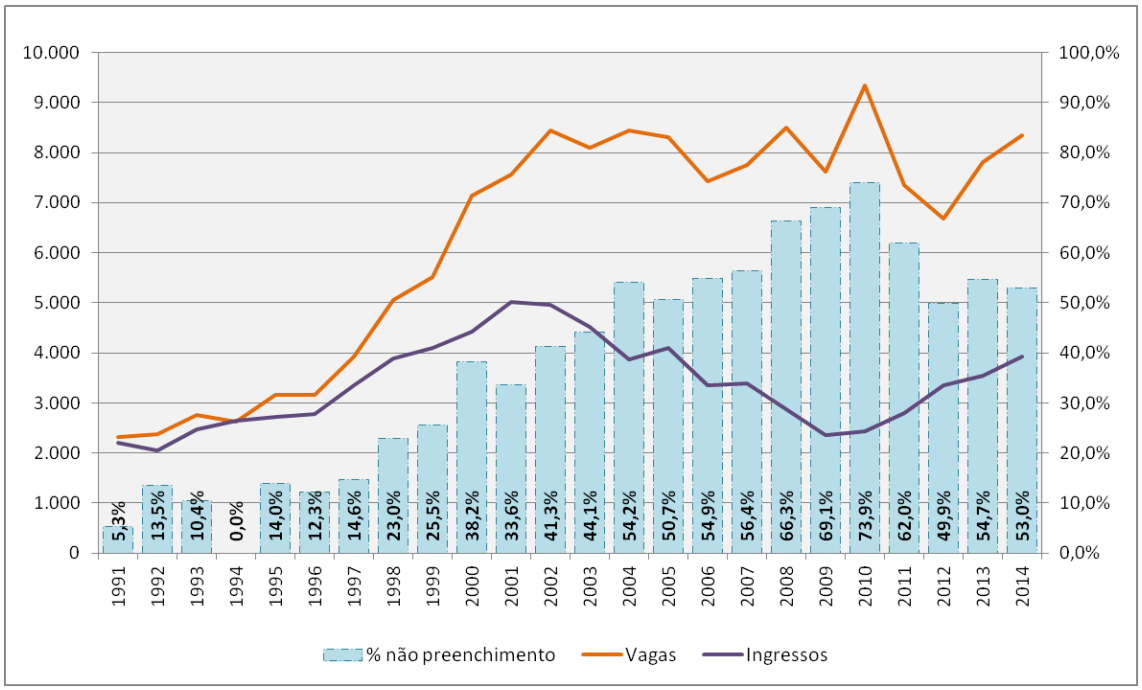
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2003/04 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2003-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2004-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2004. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

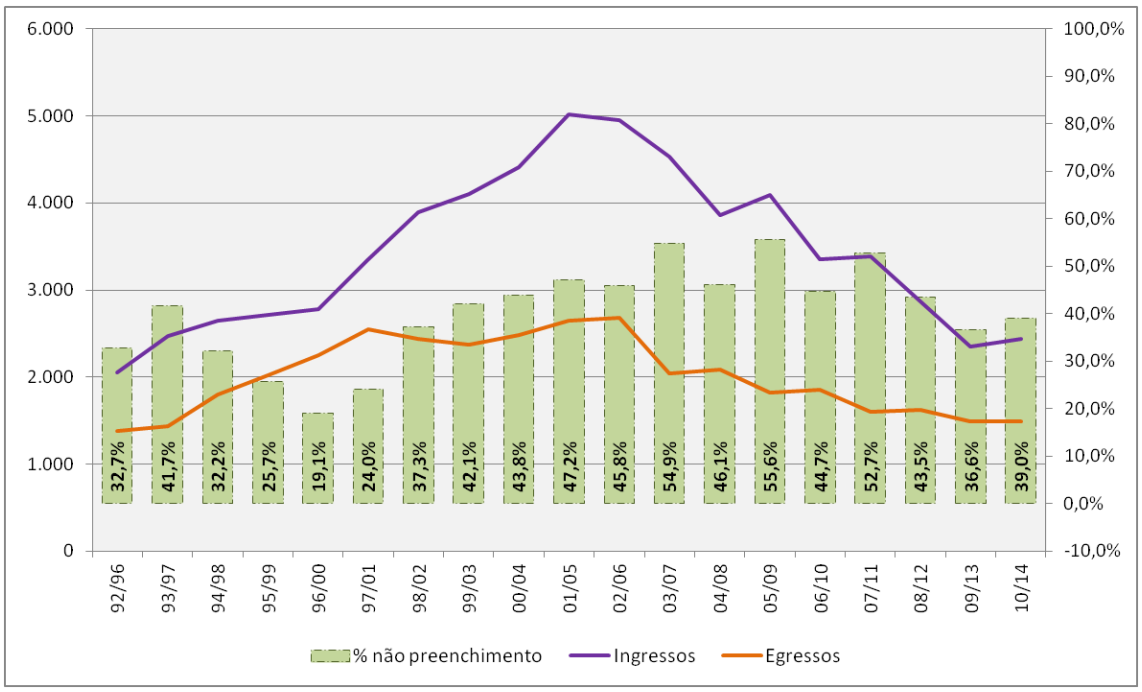
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

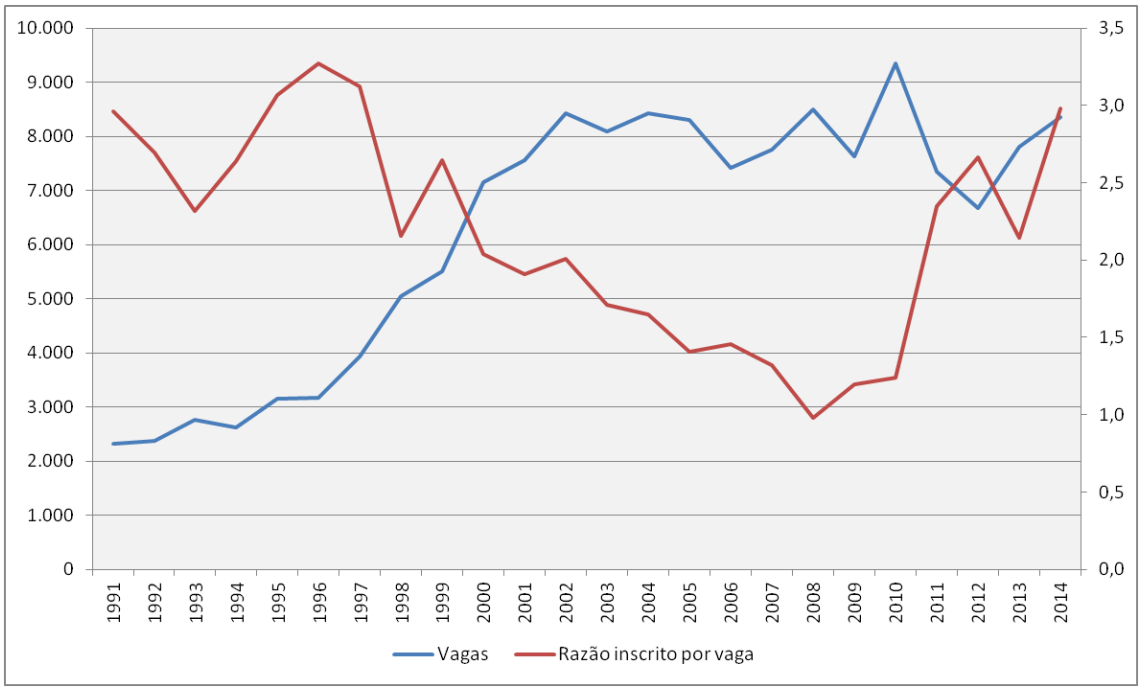
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

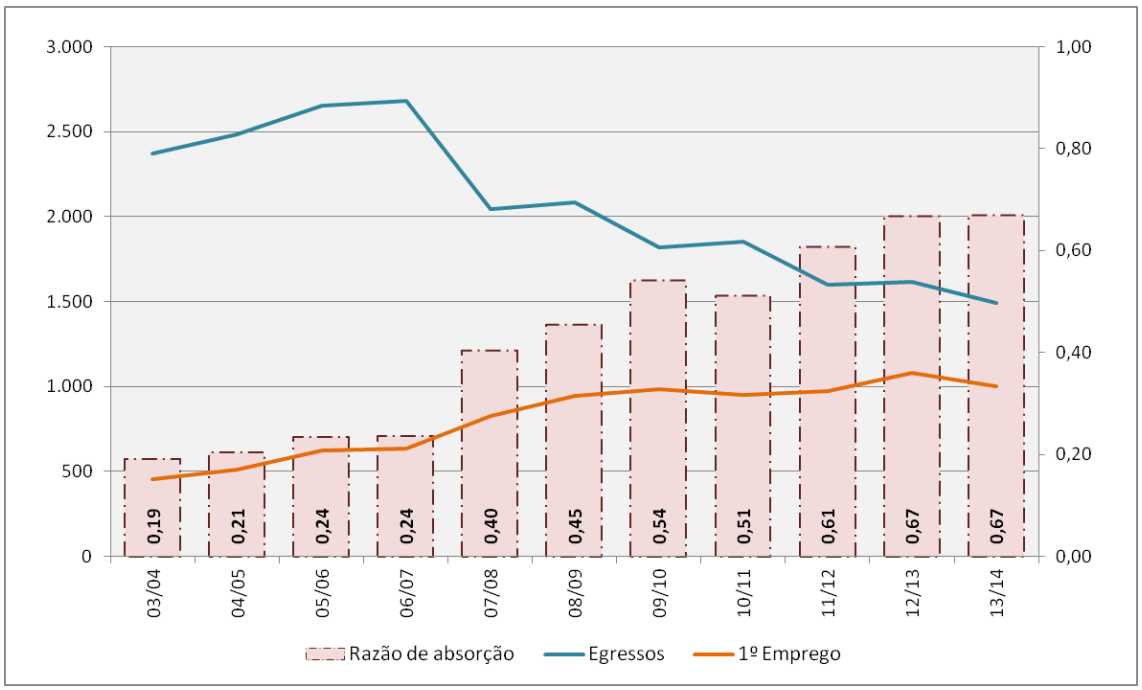
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 2003/04 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2003-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2004-2014).

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

Médicos

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 12.842 de 10 de julho de 2013. - Lei do Conselho de fiscalização do exercício nº 3.268 de 30 de setembro de 1957.
Requisitos educacionais	Curso de graduação em medicina com carga horária mínima de 7.200 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	426.056
Razão de médicos por mil habitantes [B]	2,07
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	664.748
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	272.507
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 8.520,28
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	26.804
Conselho Profissional	Conselho Federal de Medicina
CBO [F]	2251 - Médicos clínicos 2252 - Médicos em especialidades cirúrgicas 2253 - Médicos em medicina diagnóstica e terapêutica

Fonte: elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:
A. Conselho Federal de Medicina;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Realizam consultas e atendimentos médicos; tratam pacientes e clientes; implementam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde tanto individuais quanto coletivas; coordenam programas e serviços em saúde, efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaboram documentos e difundem conhecimentos da área médica.

Família Ocupacional:

- 2251 - Médicos clínicos
    - 2251-03 - Médico infectologista
    - 2251-05 - Médico acupunturista
    - 2251-06 - Médico legista
    - 2251-09 - Médico nefrologista
    - 2251-10 - Médico alergista e imunologista
    - 2251-12 - Médico neurologista
    - 2251-15 - Médico angiologista
    - 2251-18 - Médico nutrologista
    - 2251-20 - Médico cardiologista
    - 2251-21 - Médico oncologista clínico
    - 2251-22 - Médico cancerologista pediátrico
    - 2251-24 - Médico pediatra
    - 2251-25 - Médico clínico
    - 2251-27 - Médico pneumologista
    - 2251-30 - Médico de família e comunidade
    - 2251-33 - Médico psiquiatra
    - 2251-35 - Médico dermatologista
    - 2251-36 - Médico reumatologista
    - 2251-39 - Médico sanitarista
    - 2251-40 - Médico do trabalho
    - 2251-42 - Médico da estratégia de saúde da família
    - 2251-45 - Médico em medicina de tráfego
    - 2251-48 - Médico anatomopatologista
    - 2251-50 - Médico em medicina intensiva
    - 2251-51 - Médico anestesiologista
    - 2251-54 - Médico antroposófico
    - 2251-55 - Médico endocrinologista e metabologista
    - 2251-60 - Médico fisiatra

    - 2251-65 - Médico gastroenterologista
    - 2251-70 - Médico generalista
    - 2251-75 - Médico geneticista
    - 2251-80 - Médico geriatra
    - 2251-85 - Médico hematologista
    - 2251-95 - Médico homeopata

- 2252 - Médicos em especialidades cirúrgicas
    - 2252-03 - Médico em cirurgia vascular
    - 2252-10 - Médico cirurgião cardiovascular
    - 2252-15 - Médico cirurgião de cabeça e pescoço
    - 2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo
    - 2252-25 - Médico cirurgião geral
    - 2252-30 - Médico cirurgião pediátrico
    - 2252-35 - Médico cirurgião plástico
    - 2252-40 - Médico cirurgião torácico
    - 2252-50 - Médico ginecologista e obstetra
    - 2252-55 - Médico mastologista
    - 2252-60 - Médico neurocirurgião
    - 2252-65 - Médico oftalmologista
    - 2252-70 - Médico ortopedista e traumatologista
    - 2252-75 - Médico otorrinolaringologista
    - 2252-80 - Médico coloproctologista
    - 2252-85 - Médico urologista
    - 2252-90 - Médico cancerologista cirúrgico
    - 2252-95 - Médico cirurgião da mão

- 2253 - Médicos em medicina diagnóstica e terapêutica
    - 2253-05 - Médico citopatologista
    - 2253-10 - Médico em endoscopia
    - 2253-15 - Médico em medicina nuclear
    - 2253-20 - Médico em radiologia e diagnóstico por imagem
    - 2253-25 - Médico patologista
    - 2253-30 - Médico radioterapeuta
    - 2253-35 - Médico patologista clínico / medicina laboratorial
    - 2253-40 - Médico hemoterapeuta
    - 2253-45 - Médico hiperbarista
    - 2253-50 - Médico neurofisiologista clínico

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 7200 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Estágios Supervisionados devidos, com carga horária mínima correspondente a 35% da carga completa do curso; sendo 30% no SUS;
VI. Aprovação com aproveitamento dos devidos Internatos Médicos curriculares;
VII. Estar regular na Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – ANASEM.

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Medicina oficial ou reconhecido pelo MEC;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Medicina ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições privativas segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

I. Indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;

II. Indicação da execução e execução de procedimentos invasivos[3] seja diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

III. Intubação traqueal;

IV. Coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

V. Execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VI. Emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

VII. Determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

VIII. Indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

IX. Realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

X. Atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

XI. Atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

XII. Perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

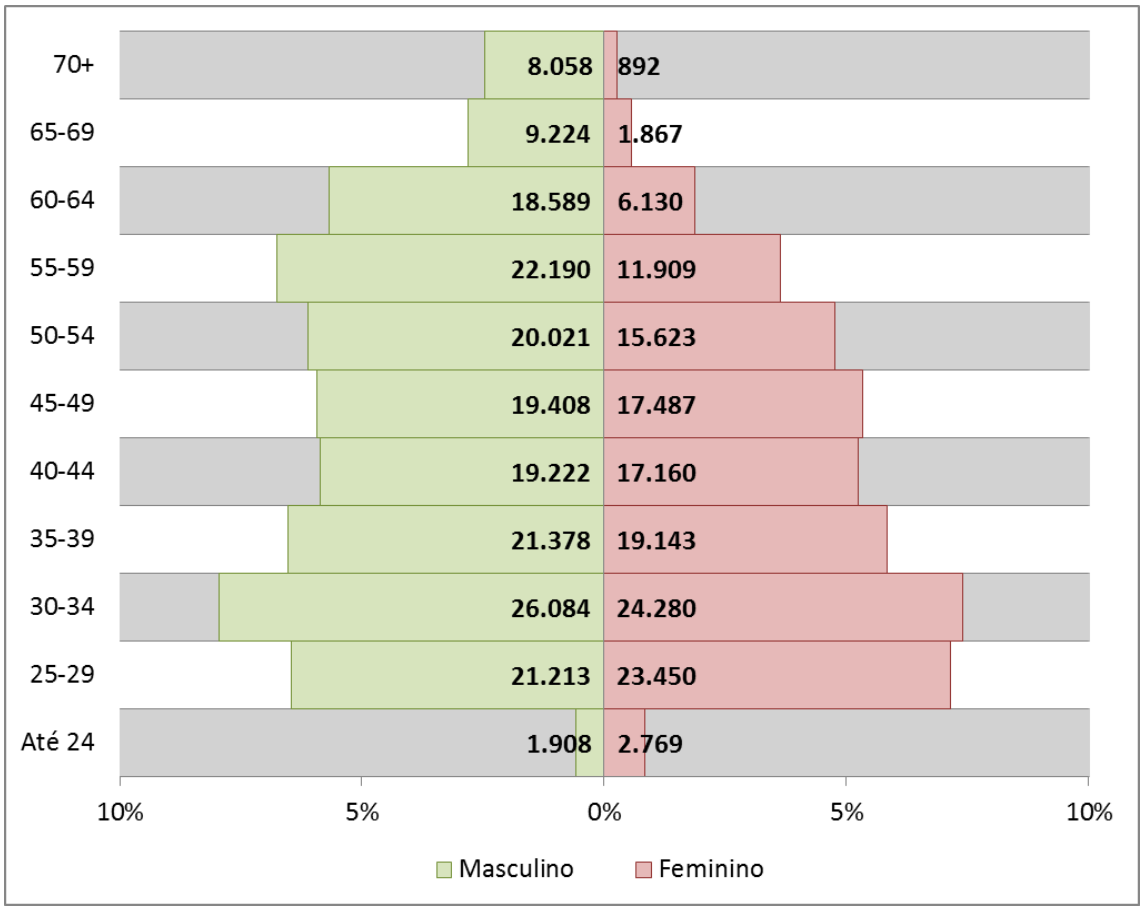
XIII. Ensino de disciplinas especificamente médicas;

XIV. Coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

[3] São procedimentos invasivos, para efeitos da lei de exercício, as situações de invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

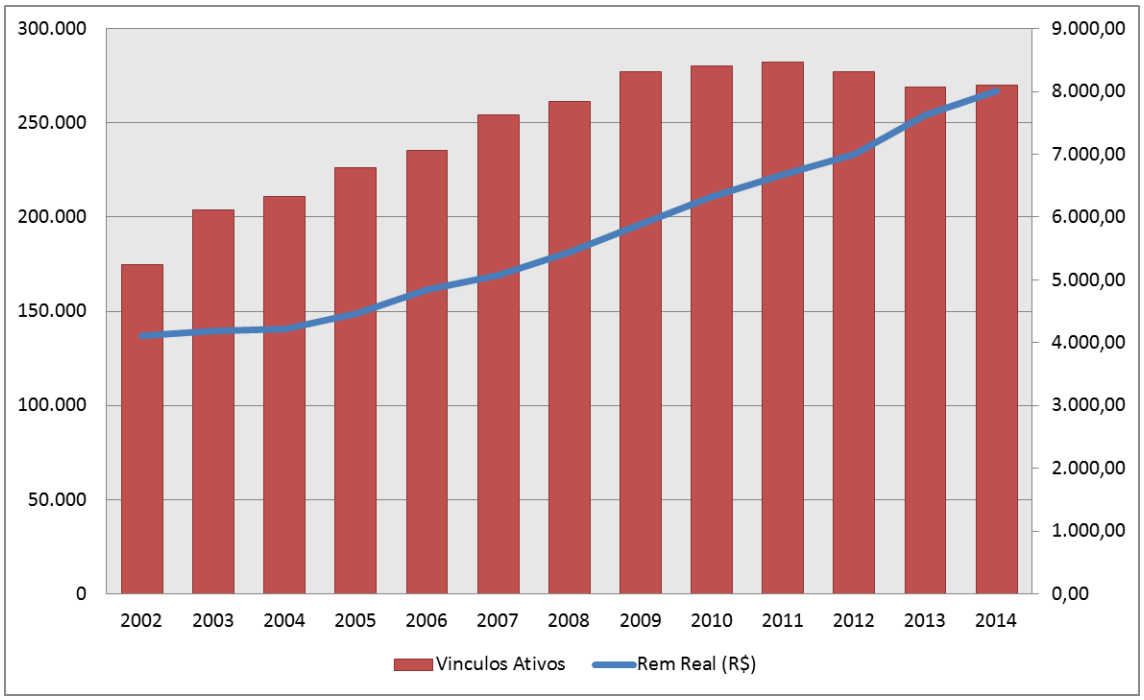
Dados de oferta e demanda

Pirâmide etária de médicos ativos*. Brasil, 2010.



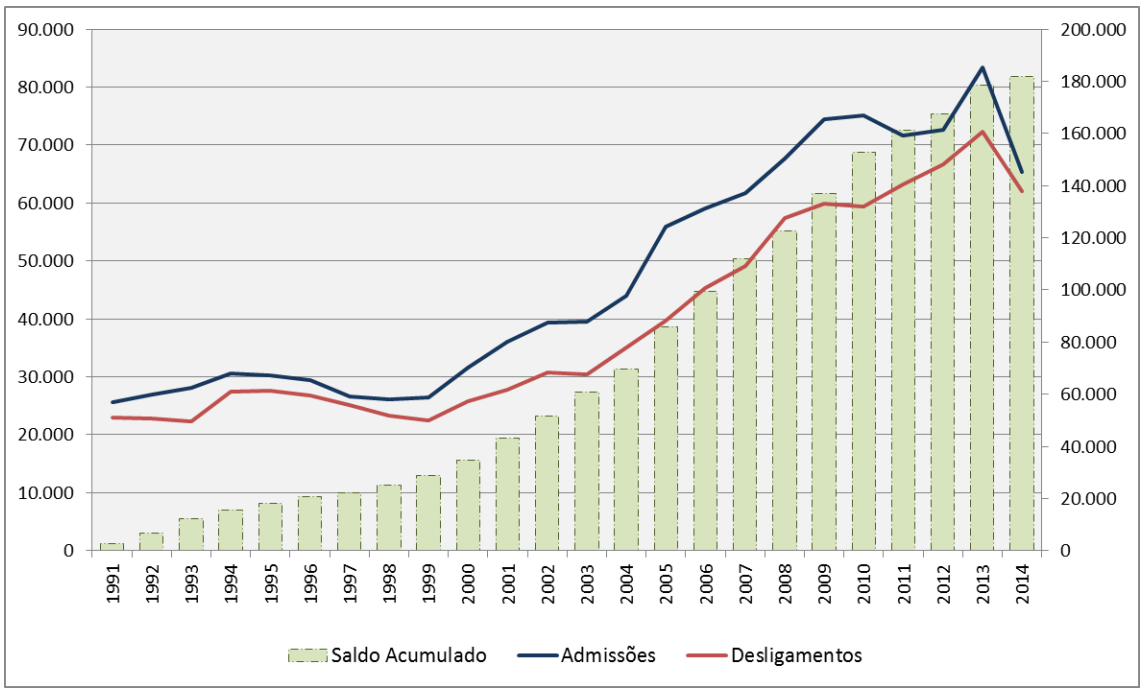
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).
***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em medicina e ou ocupados como médicos na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



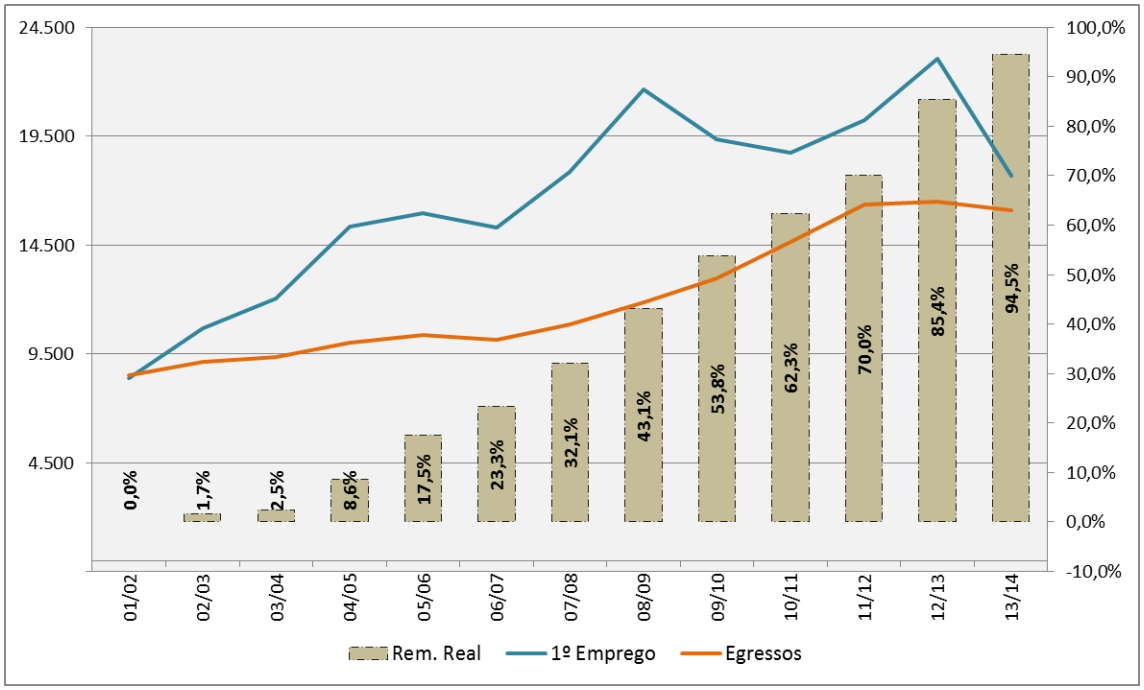
Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).
***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



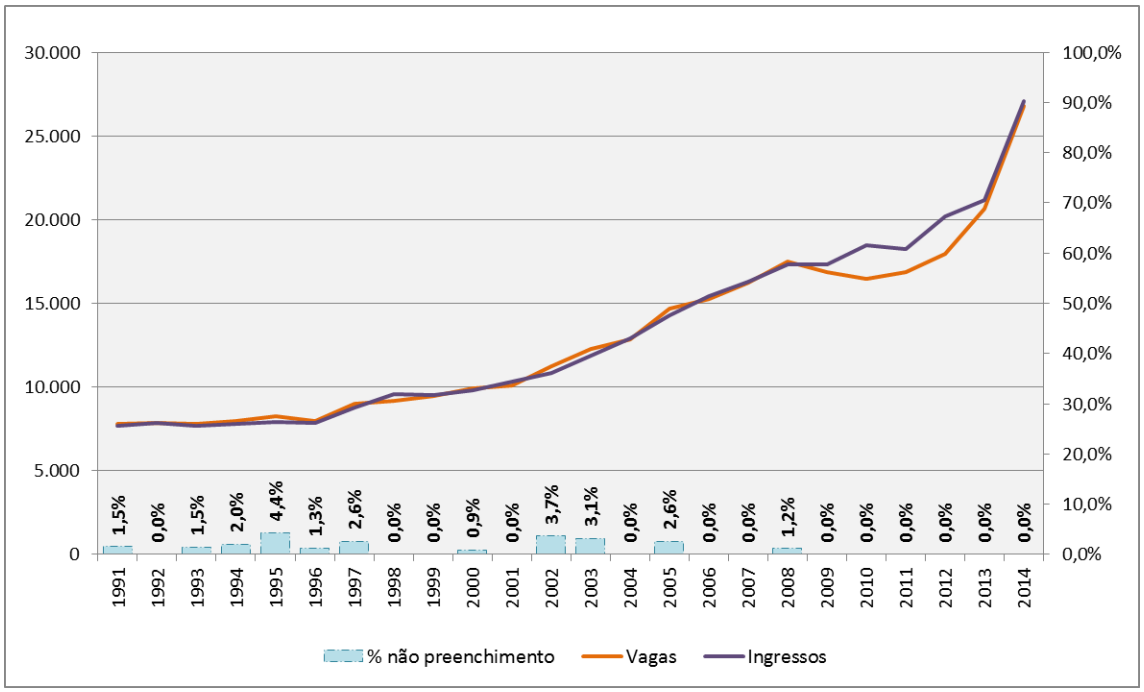
Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).
***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



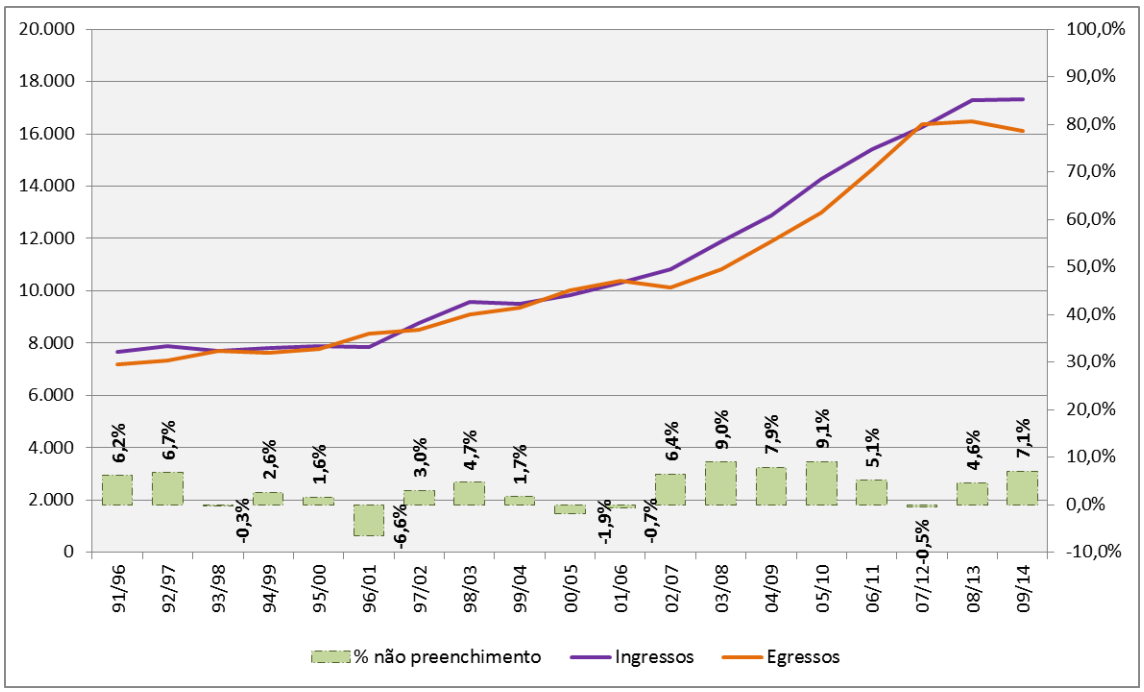
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).
***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



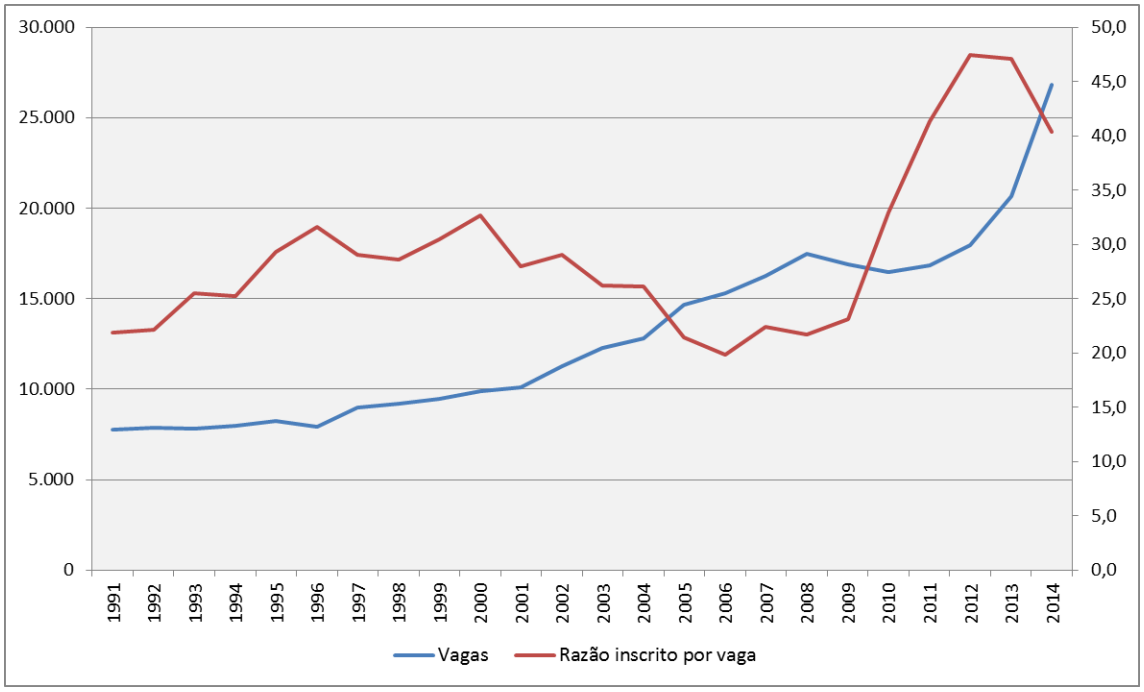
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).
***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos seis anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1991/96 a 2009/14.



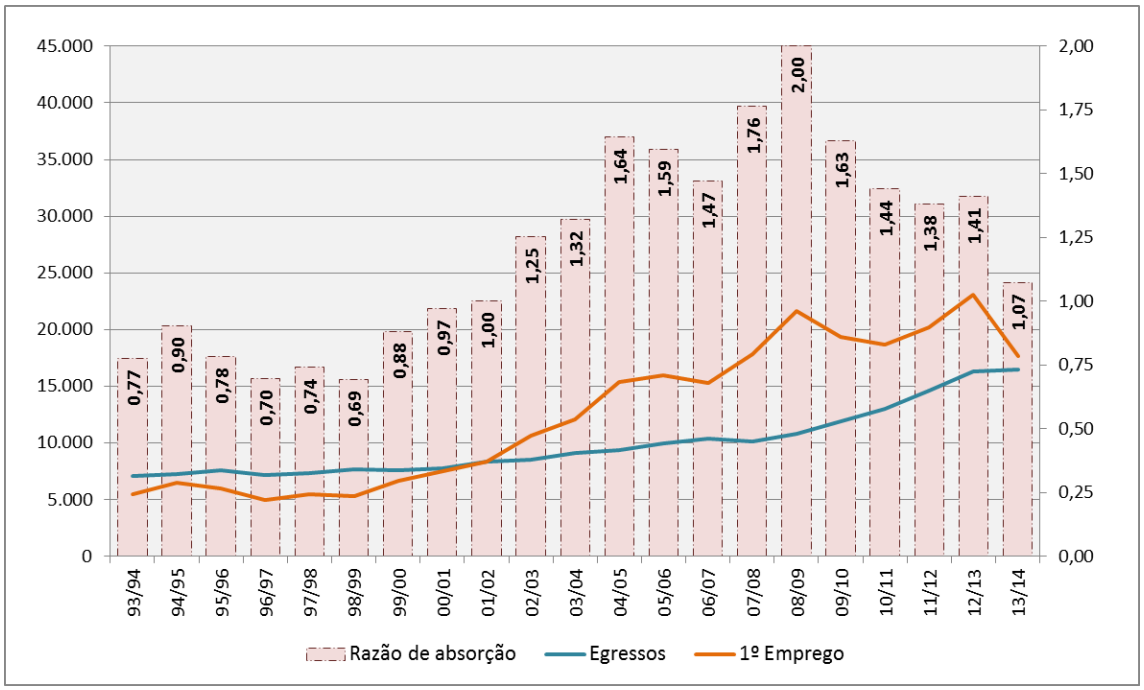
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).
***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+6 e o número de ingressos no ano i.**

GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).
***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).
***Razão entre o número de egressos no ano e o número de admissões por primeiro emprego no ano seguinte.**

Médicos Veterinários

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 5.517, De 23 de Outubro de 1968 e Decreto nº 64.704, De 17 de Junho de 1969. - Lei do Conselho de Fiscalização Profissional nº 5.517, de 23 de Outubro de 1968.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 4.000 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	205.304
Razão de médicos veterinários por mil habitantes [B]	1,00
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	4.106
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	21.837
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 6.183,81
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	34.849
Conselho Profissional	Conselho Federal de Medicina Veterinária
CBO [F]	2233 – Veterinários e Zootecnistas

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Incluindo Zootecnistas, exceto profissionais do estado de Minas Gerais;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Praticam clínica médica veterinária em todas as suas especialidades; contribuem para o bem-estar animal; podem promover saúde pública e defesa do consumidor; exercem defesa sanitária animal; desenvolvem atividades de pesquisa e extensão; atuam nas produções industrial e tecnológica e no controle de qualidade de produtos. Fomentam produção animal; atuam nas áreas comercial, agropecuária, de biotecnologia e de preservação ambiental; elaboram laudos, pareceres e atestados; assessoram a elaboração de legislação pertinente.

Família Ocupacional:

- 2233 - Veterinários e zootecnistas
  - 2233-05 - Médico Veterinário
  - 2233-10 - Zootecnista

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4.000 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 10% da carga total do curso.
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Medicina Veterinária Oficial ou reconhecido pelo MEC.
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Medicina Veterinária ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício:

Atribuições privativas:

I. a prática da clínica em todas as suas modalidades;

II. a direção dos hospitais para animais;

III. a assistência técnica e sanitária aos animais sob qualquer forma;

IV. o planejamento e a execução da defesa sanitária animal;

V. a direção técnica sanitária dos estabelecimentos industriais e, sempre que possível, dos comerciais ou de finalidades recreativas, desportivas ou de proteção onde estejam, permanentemente, em exposição, em serviço ou para qualquer outro fim animais ou produtos de sua origem;

VI. a inspeção e a fiscalização sob o ponto-de-vista sanitário, higiênico e tecnológico dos matadouros, frigoríficos, fábricas de conservas de carne e de pescado, fábricas de banha e gorduras em que se empregam produtos de origem animal, usinas e fábricas de lacticínios, entrepostos de carne, leite peixe, ovos, mel, cêra e demais derivados da indústria pecuária e, de um modo geral, quando possível, de todos os produtos de origem animal nos locais de produção, manipulação, armazenagem e comercialização;

VII. a peritagem sôbre animais, identificação, defeitos, vícios, doenças, acidentes, e exames técnicos em questões judiciais;

VIII. as perícias, os exames e as pesquisas reveladores de fraudes ou operação dolosa nos animais inscritos nas competições desportivas ou nas exposições pecuárias;

IX. o ensino, a direção, o contrôle e a orientação dos serviços de inseminação artificial;

X. a regência de cadeiras ou disciplinas especìficamente médico-veterinárias, bem como a direção das respectivas seções e laboratórios;

XI. a direção e a fiscalização do ensino da medicina-veterinária, bem, como do ensino agrícola-médio, nos estabelecimentos em que a natureza dos trabalhos tenha por objetivo exclusivo a indústria animal;

Atribuições não privativas:

I. as pesquisas, o planejamento, a direção técnica, o fomento, a orientação e a execução dos trabalhos de qualquer natureza relativos à produção animal e às indústrias derivadas, inclusive as de caça e pesca;

II. o estudo e a aplicação de medidas de saúde pública no tocante às doenças de animais transmissíveis ao homem;

III. a avaliação e peritagem relativas aos animais para fins administrativos de crédito e de seguro;

IV. a padronização e a classificação dos produtos de origem animal;

V. a responsabilidade pelas fórmulas e preparação de rações para animais e a sua fiscalização;

VI. a participação nos exames dos animais para efeito de inscrição nas Sociedades de Registros Genealógicos;

VII. os exames periciais tecnológicos e sanitários dos subprodutos da indústria animal;

VIII. as pesquisas e trabalhos ligados à biologia geral, à zoologia, à zootecnia bem como à bromatologia animal em especial;

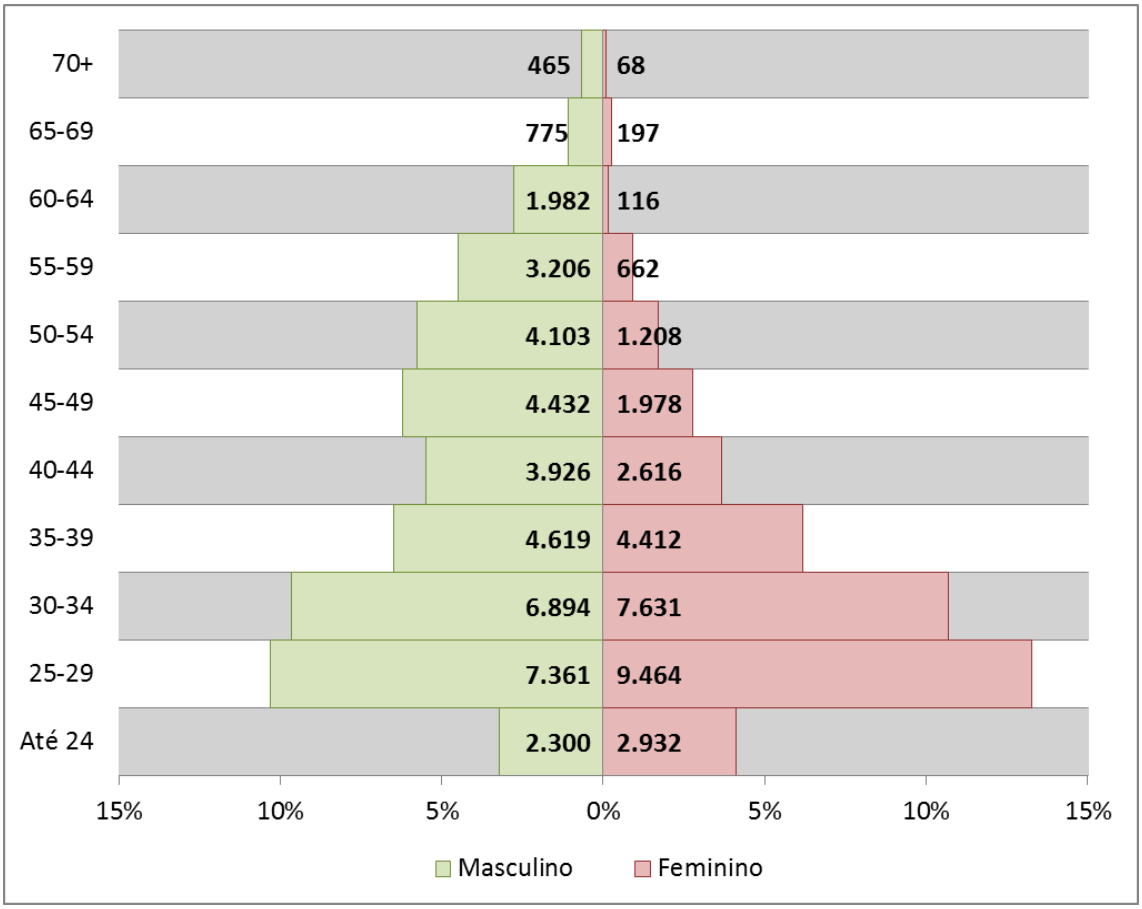
IX. a defesa da fauna, especialmente o controle da exploração das espécies animais silvestres, bem como dos seus produtos;

X. os estudos e a organização de trabalhos sobre economia e estatística ligados à profissão;

XI. a organização da educação rural relativa à pecuária.

Dados de oferta e demanda

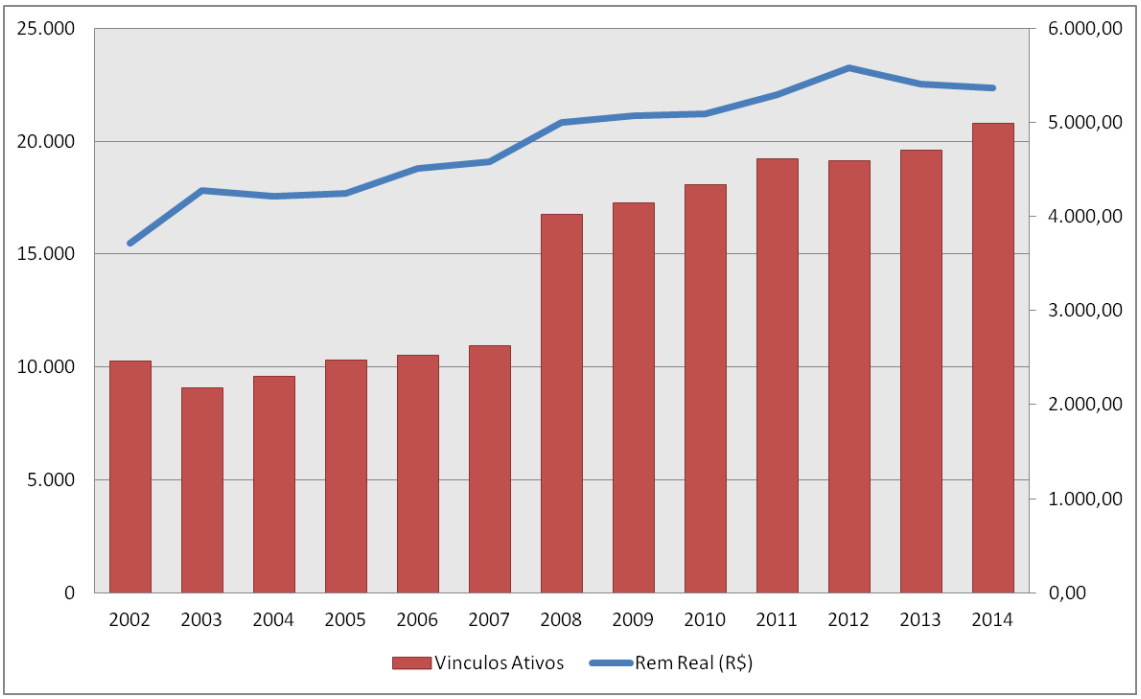
Pirâmide etária de médicos veterinários ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em medicina veterinária e ou ocupados como médicos veterinários na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

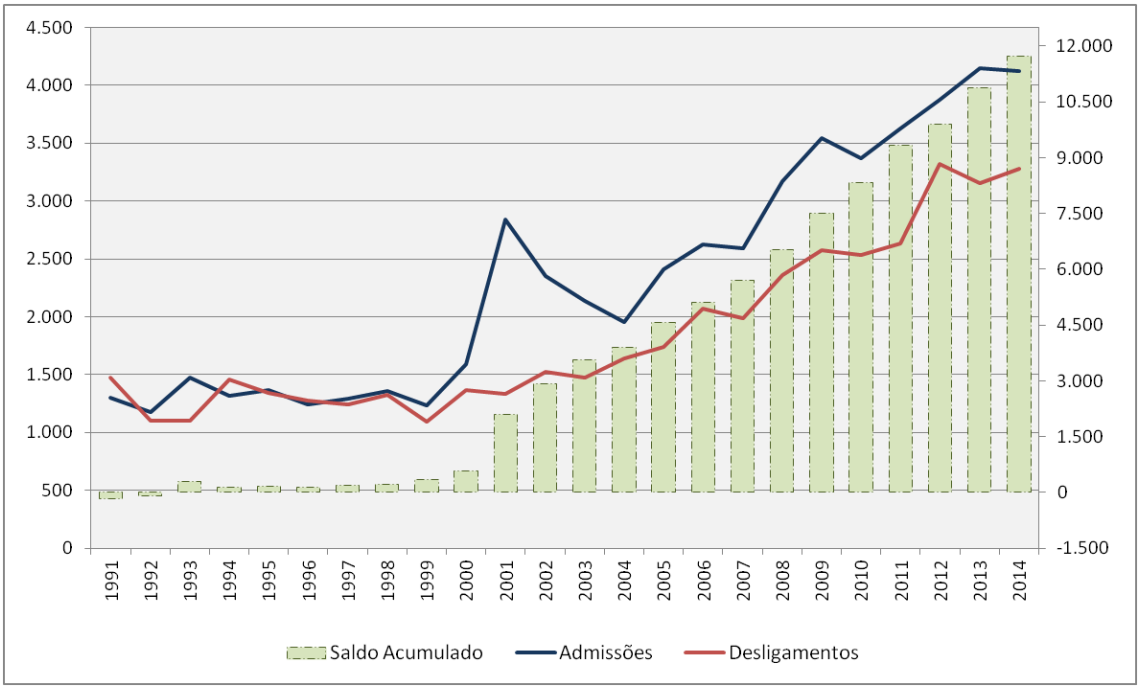
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

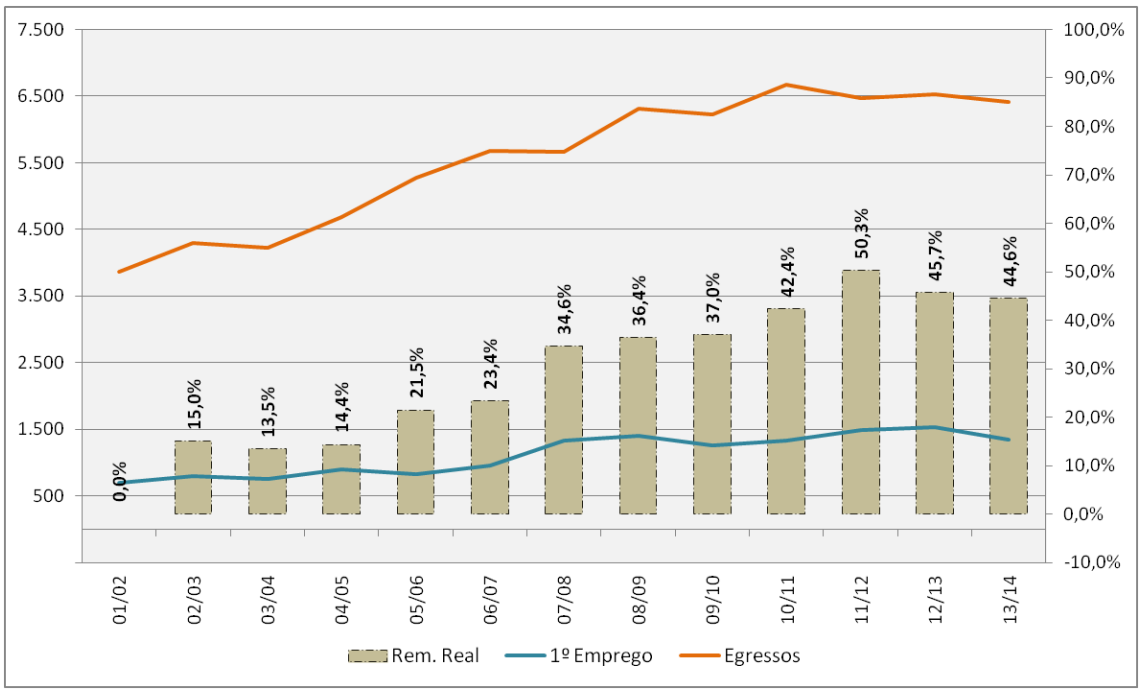
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

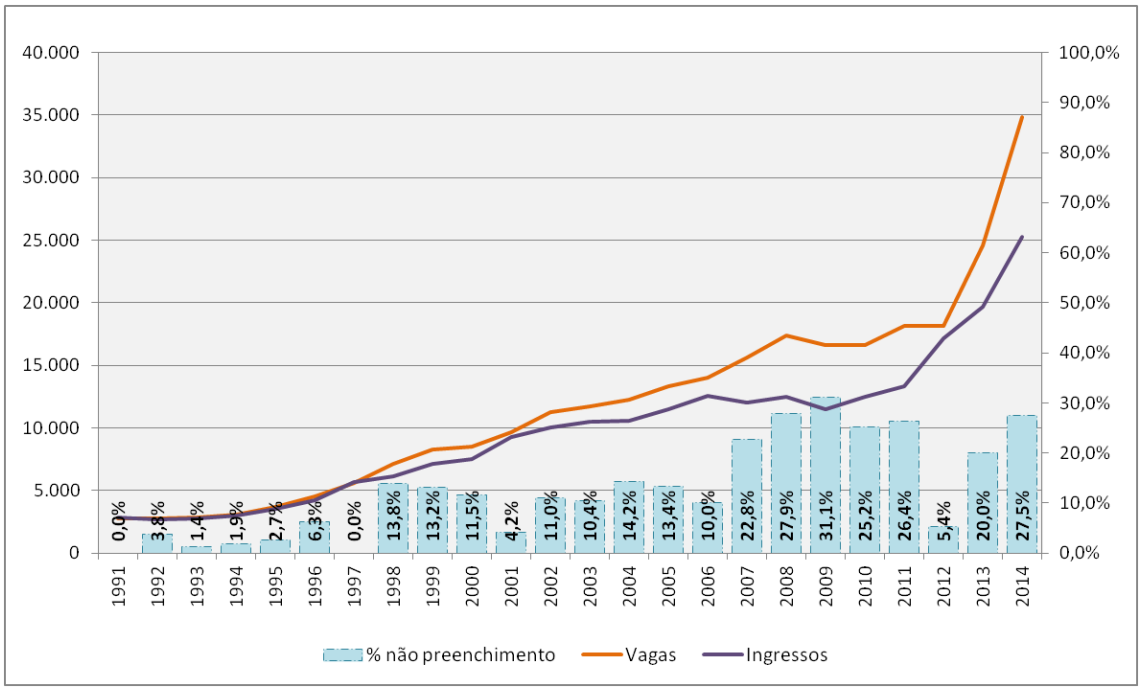
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

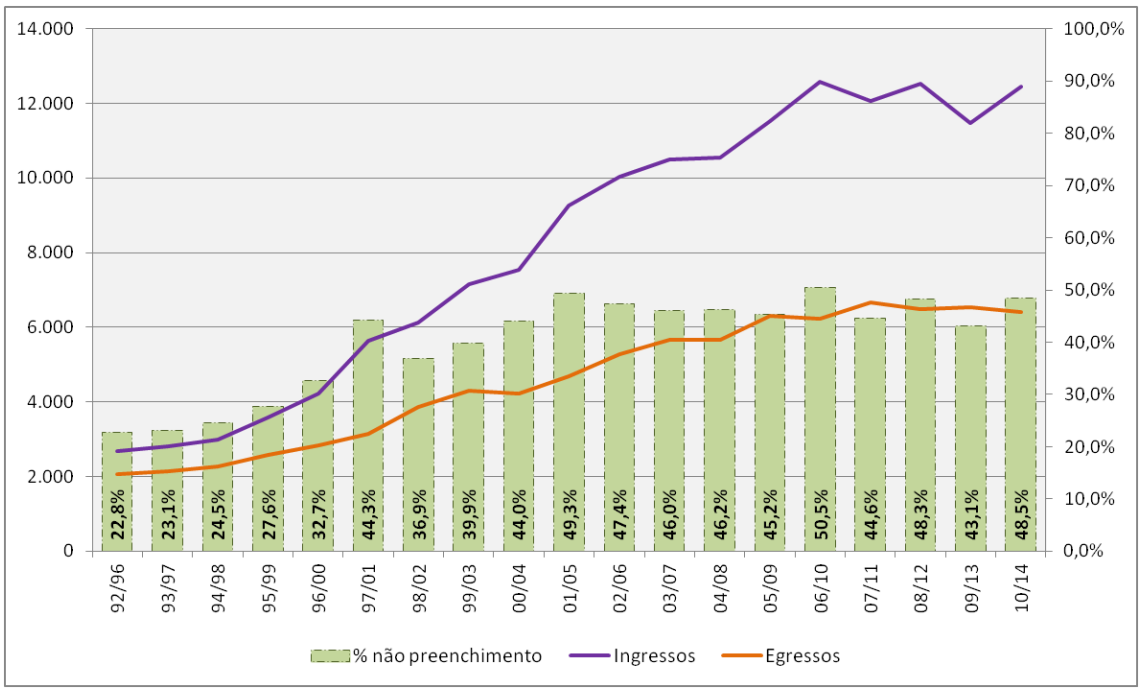
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

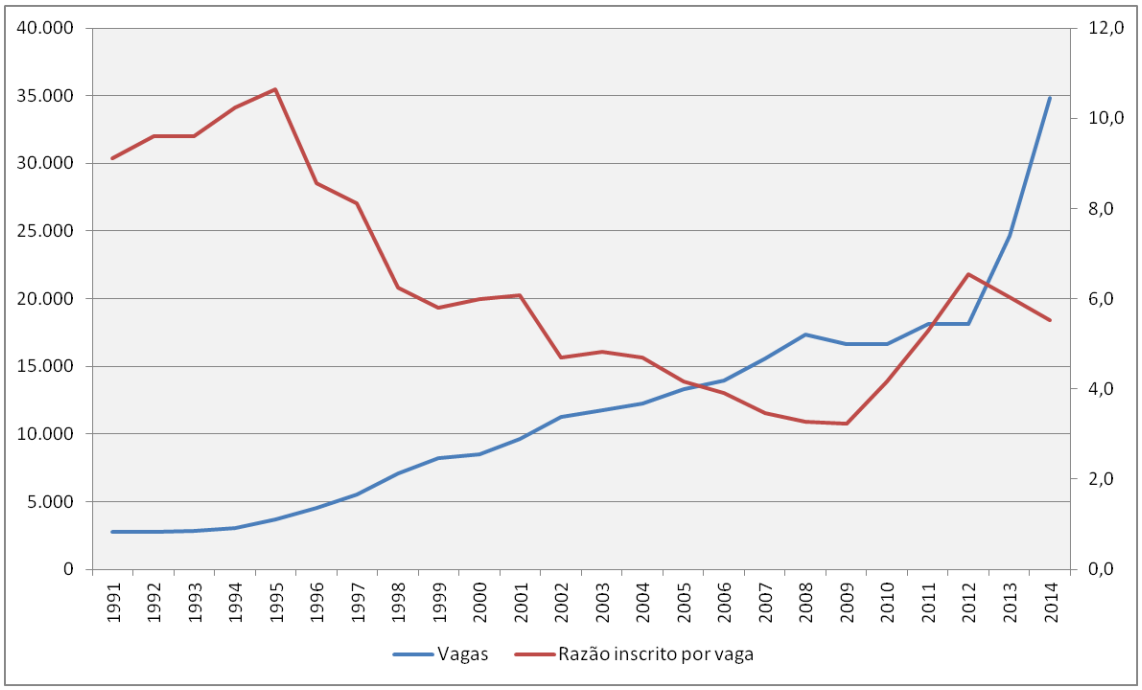
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

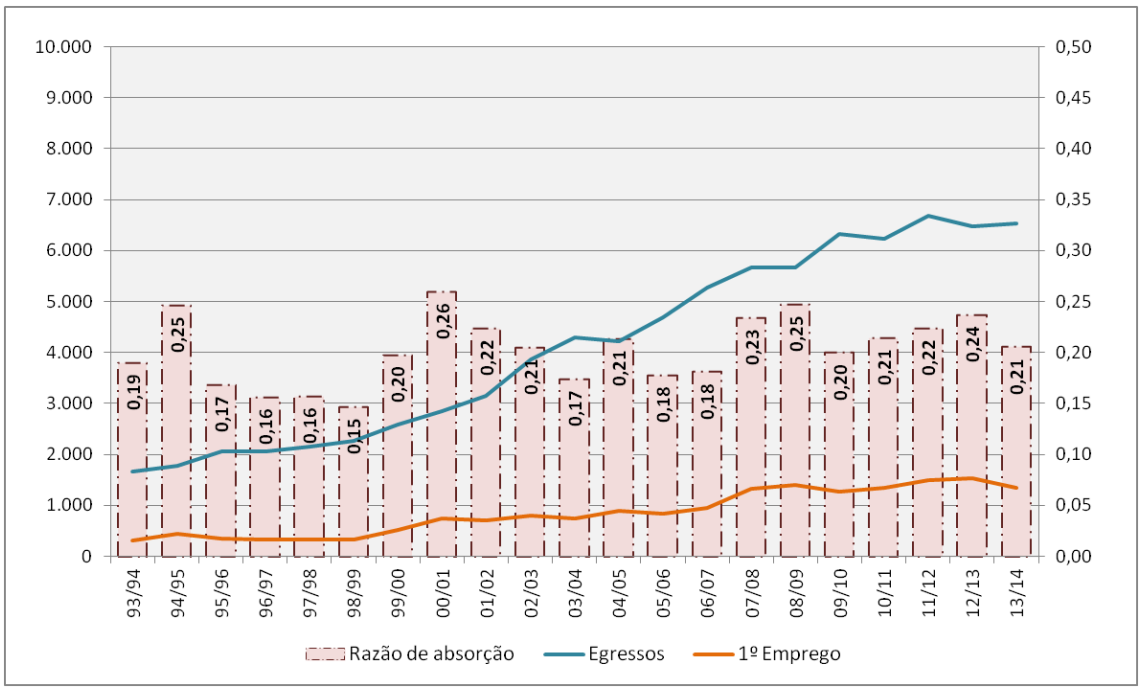
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Nutricionistas

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 8.234, De 17 de Setembro de 1991. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 6.583, de 20 de Outubro de 1978.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 3.200 horas
Nº de profissionais ativos em 2015 [A]	102.160
Razão de nutricionistas por mil habitantes [B]	0,50
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	23.482
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	41.602
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 3.051,49
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	72.441
Conselho Profissional	Conselho Federal de Nutricionistas
CBO [F]	2237 – Nutricionistas

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Dados estimados por metodologia específica através do Censo Demográfico do IBGE de 2010 e das tendências do número de egressos dos cursos de graduação disponíveis no Censo da Educação Superior do INEP.

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Prestam assistência nutricional a indivíduos e coletividades (sadios e enfermos); planejam, organizam, administram e avaliam unidades de alimentação e nutrição; efetuam controle higiênico-sanitário; participam de programas de educação nutricional; podem estruturar e gerenciar serviços de atendimento ao consumidor de indústrias de alimentos e ministrar cursos. Atuam em conformidade ao manual de boas práticas.

Família Ocupacional:

- 2237 - Nutricionistas
  - 2237-05 - Dietista
  - 2237-10 - Nutricionista

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3.200 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% da carga total do curso;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Diploma expedido por curso superior de Nutrição oficial ou reconhecido pelo MEC.
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Nutrição ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições segundo a Lei que regula o exercício da profissão:

Atribuições privativas:

I. direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição;
II. planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
III. planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos;
IV. ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição;
V. ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins;
VI. auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética;
VII. assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;
VIII. assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

Atribuições não privativas:

I. elaboração de informes técnico-científicos;
II. gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos alimentícios;
III. assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
IV. controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
V. atuação em marketing na área de alimentação e nutrição;
VI. estudos e trabalhos experimentais em alimentação e nutrição;
VII. prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta;

VIII. solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;

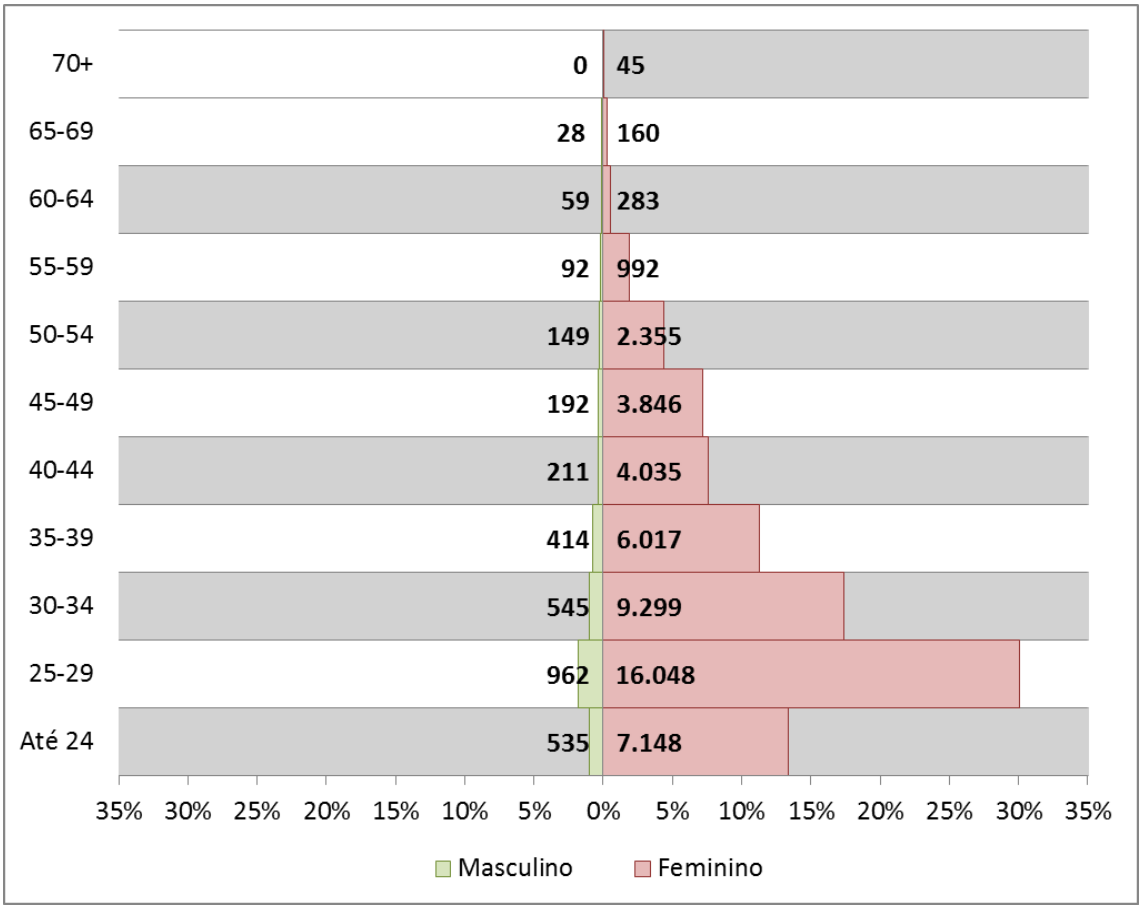
IX. participação em inspeções sanitárias relativas a alimentos;

X. análises relativas ao processamento de produtos alimentícios industrializados;

XI. participação em projetos de equipamentos e utensílios na área de alimentação e nutrição.

Dados de oferta e demanda

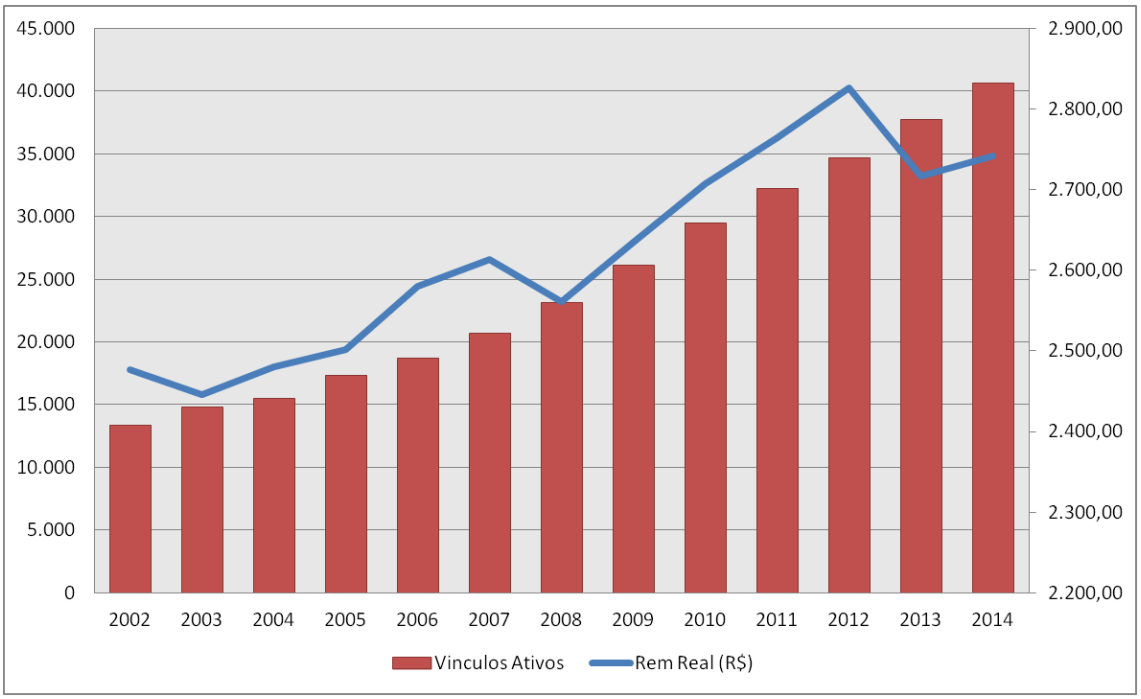
Pirâmide etária de nutricionistas ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados ocupados como nutricionistas na semana de referência do Censo Demográfico 2010. Foram acrescidos por meio de estimativa os profissionais ocupados em outras funções e os desocupados, conformando, no total, a população economicamente ativa.**

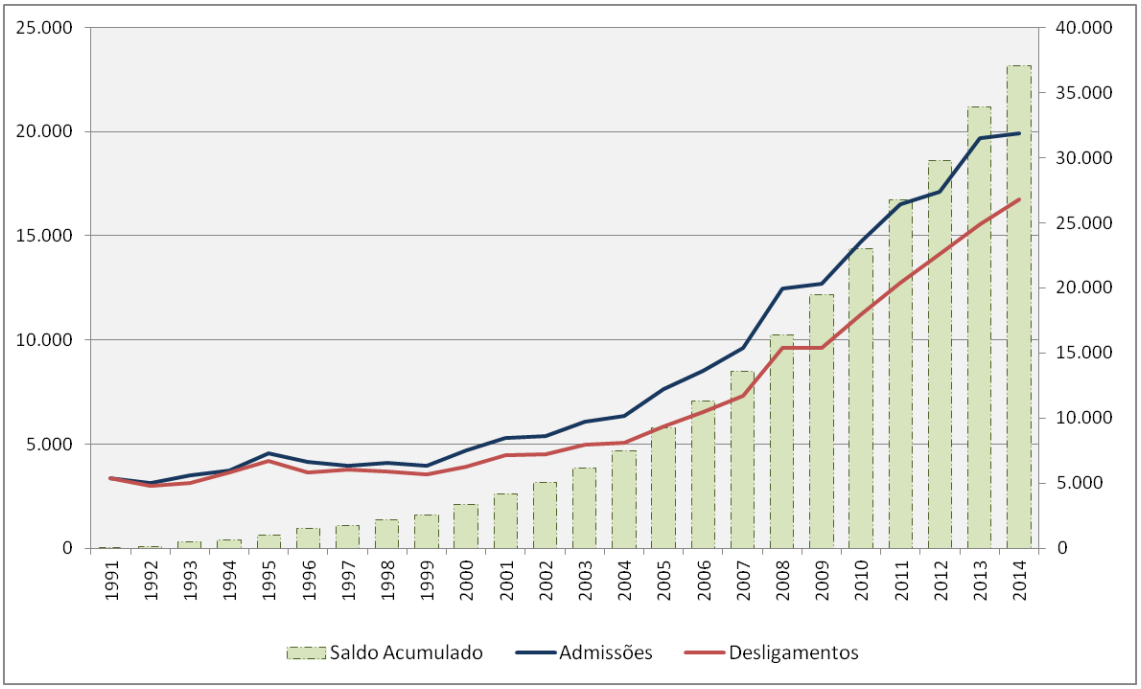
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

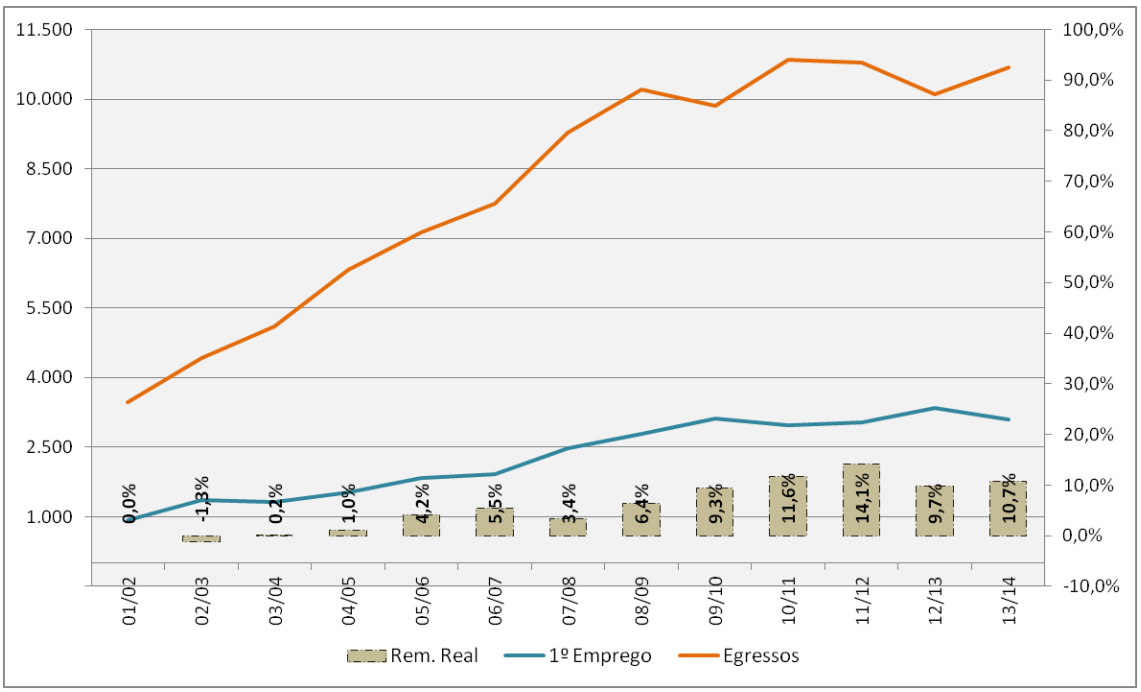
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

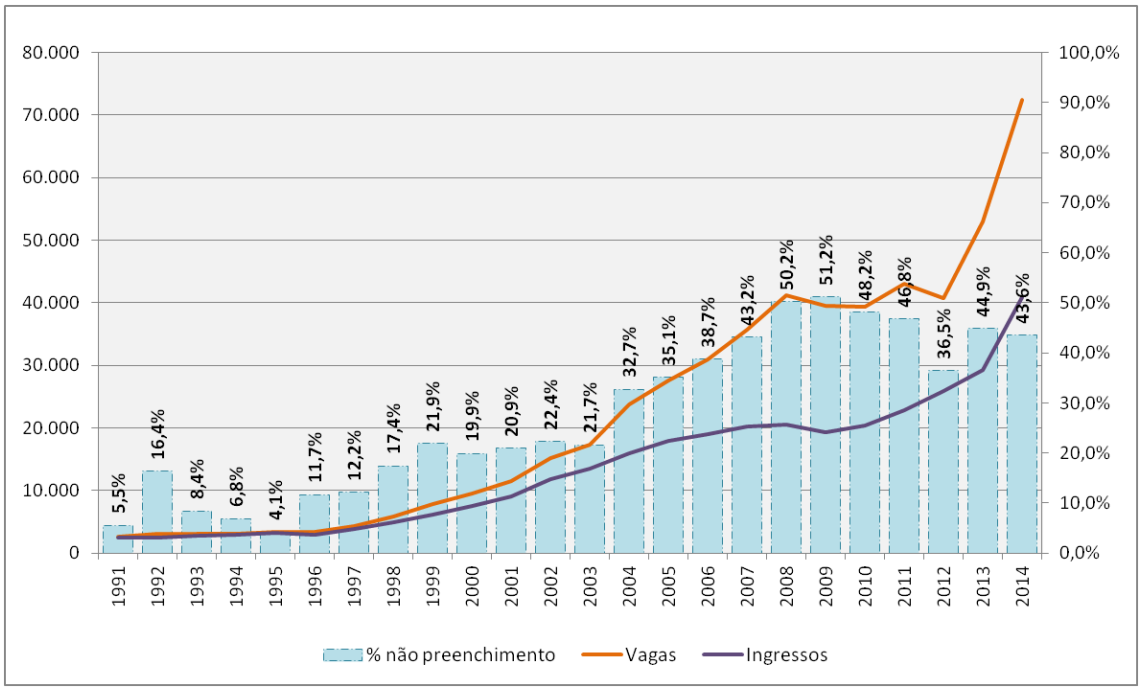
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

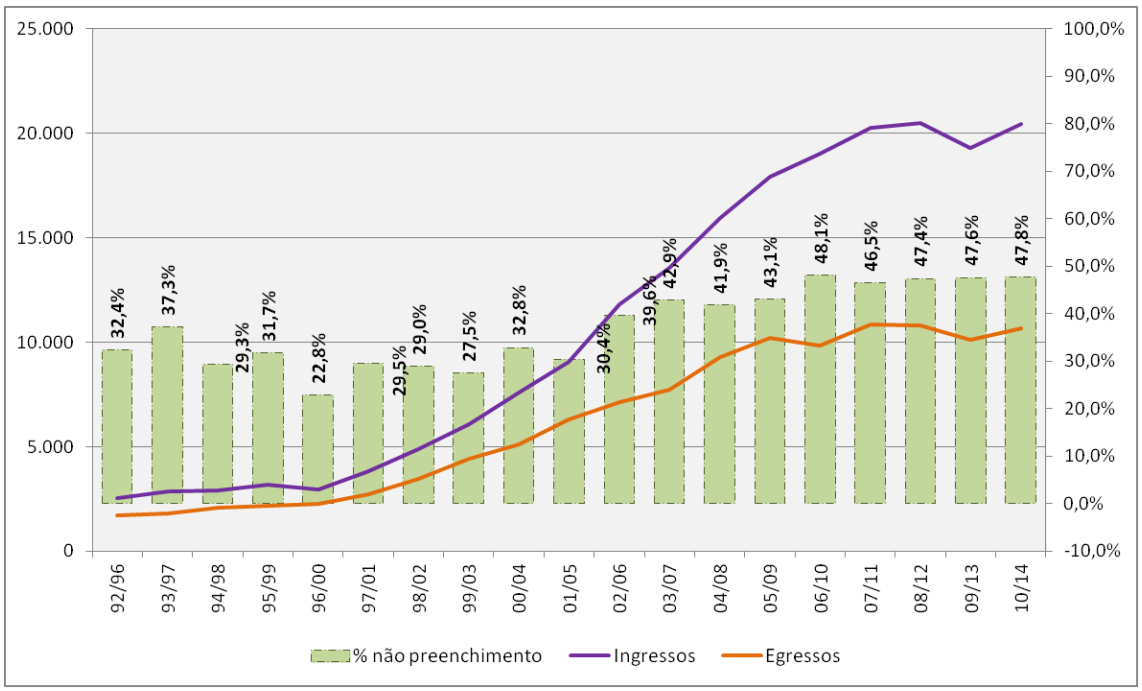
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

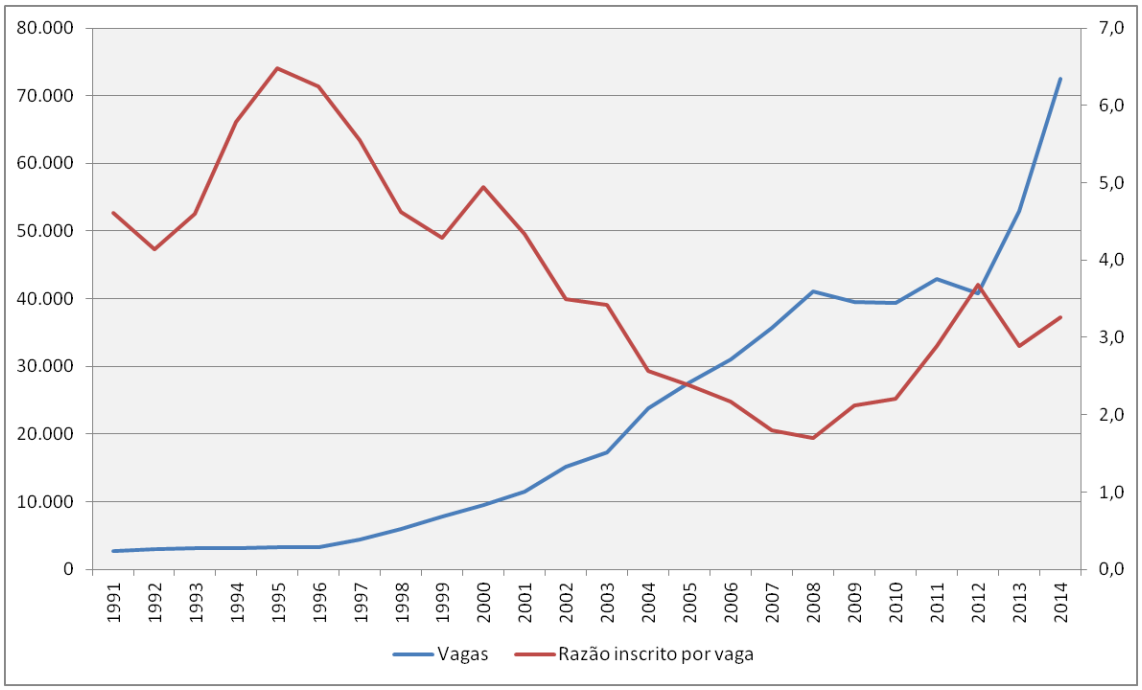
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

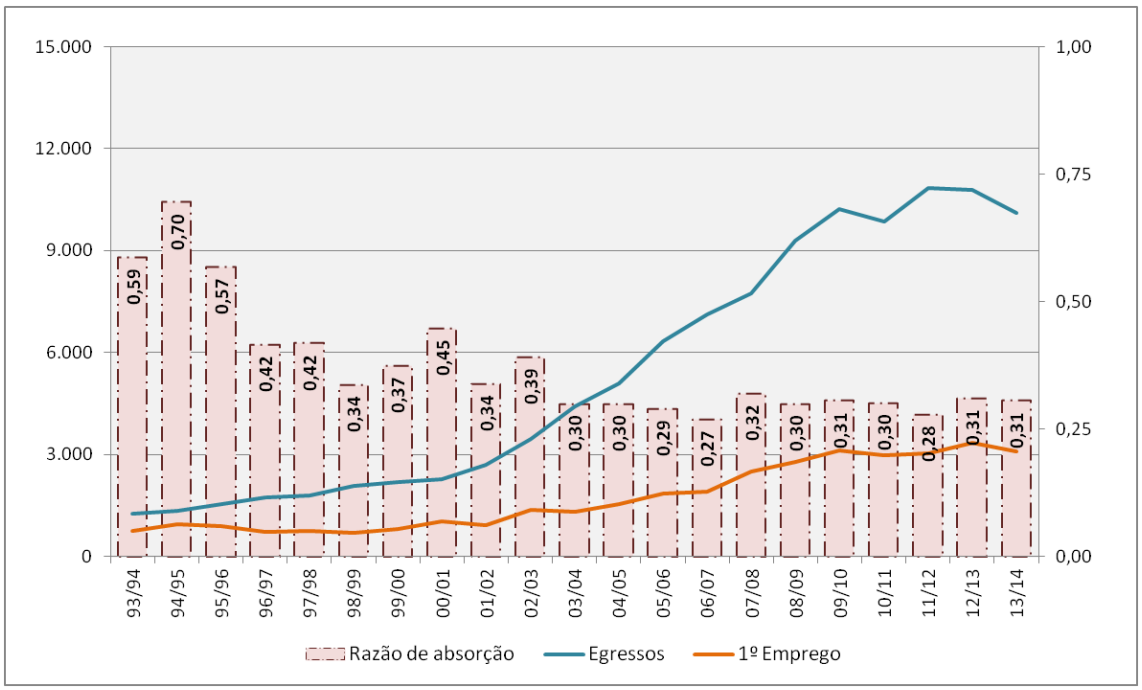
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Prof. da Educação Física

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 9.696, De 1 Setembro de 1998. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 9.696, de 1de Setembro de 1998.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 3.200 horas
Nº de profissionais ativos em 2015 [A]	348.244
Razão de profissionais da educação física por mil habitantes [B]	1,69
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	6.168
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	52.920
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 1.945,32
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	190.388
Conselho Profissional	Conselho Federal de Educação Física
CBO [F]	2241 – Profissionais da educação física

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Educação Física. Disponível em: MARIA, I.; MARTINS, L. Intervenção profissional e formação superior em Educação Física: articulação necessária para a qualidade do exercício profissional. CONFEF, 2015, p. 26.

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Desenvolvem, com crianças, jovens e adultos, atividades físicas; ensinam técnicas desportivas; realizam treinamentos especializados com atletas de diferentes esportes; instruem-lhes acerca dos princípios e regras inerentes a cada um deles; avaliam e supervisionam o preparo físico dos atletas; acompanham e supervisionam as práticas desportivas; elaboram informes técnicos e científicos na área de atividades físicas e do desporto.

Família Ocupacional:

- 2241 - Profissionais da educação física
  - 2241-05 - Avaliador físico
  - 2241-10 - Ludomotricista
  - 2241-15 - Preparador de atleta
  - 2241-20 - Preparador físico
  - 2241-25 - Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol)
  - 2241-30 - Técnico de laboratório e fiscalização desportiva
  - 2241-35 - Treinador profissional de futebol

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3.200 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares e Estágios Supervisionados devidos;
V. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Educação Física, oficialmente autorizado ou reconhecido ou diploma em Educação Física expedido por instituição de ensino superior estrangeira, revalidado na forma da legislação em vigor;
II. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional.

Escopos de prática:

Atribuições segundo a Lei do Exercício:

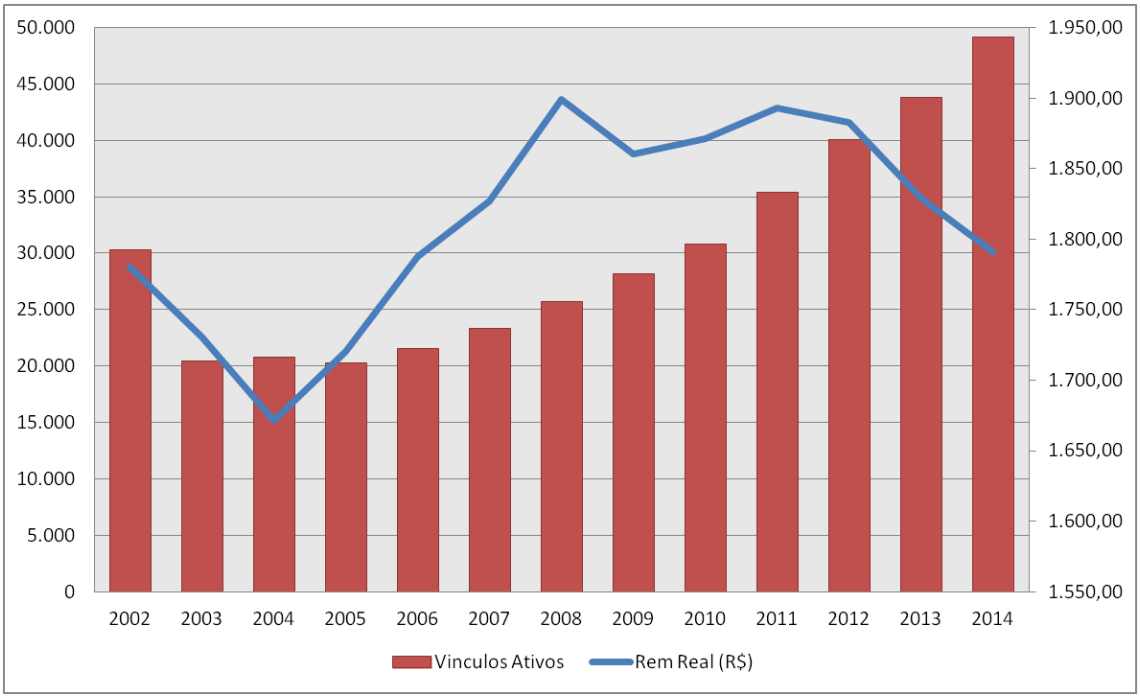
I. Coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, nas áreas de atividades físicas e do desporto.

II. Bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, nas áreas de atividades físicas e do desporto.

III. Elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto.

Dados de oferta e demanda

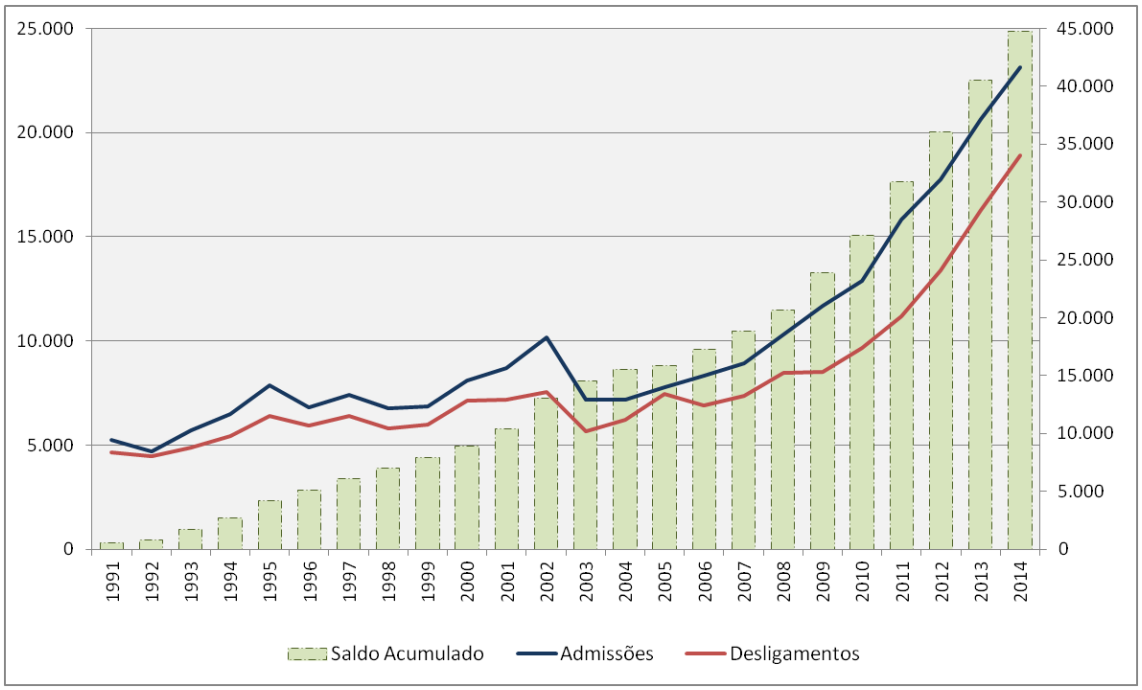
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

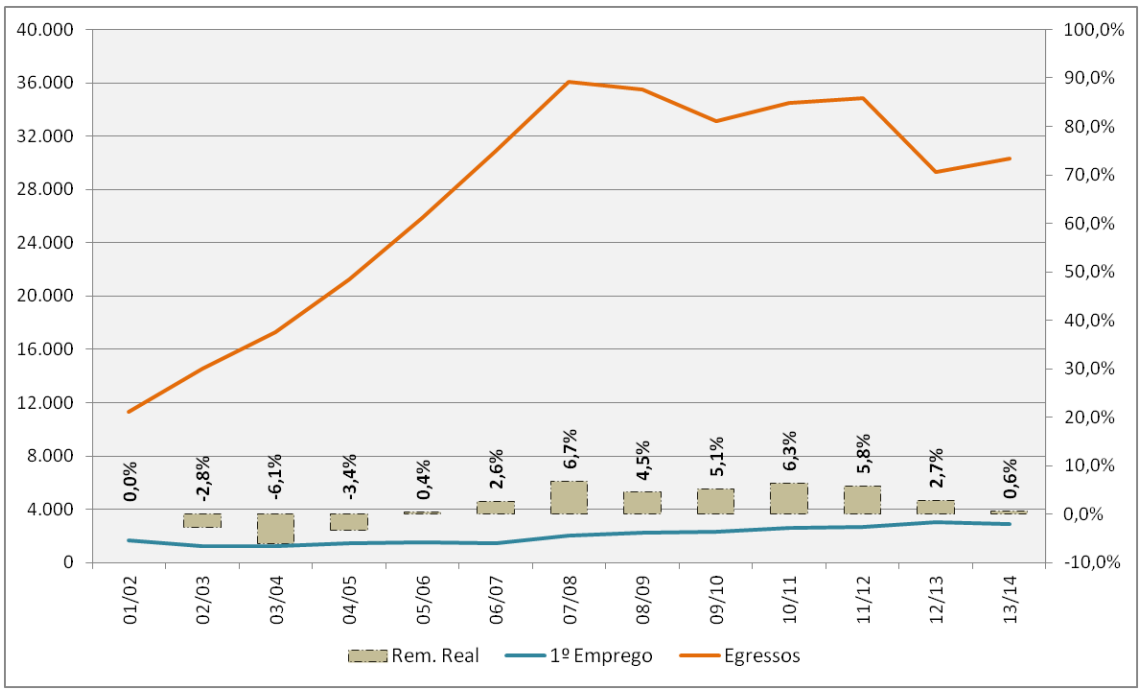
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

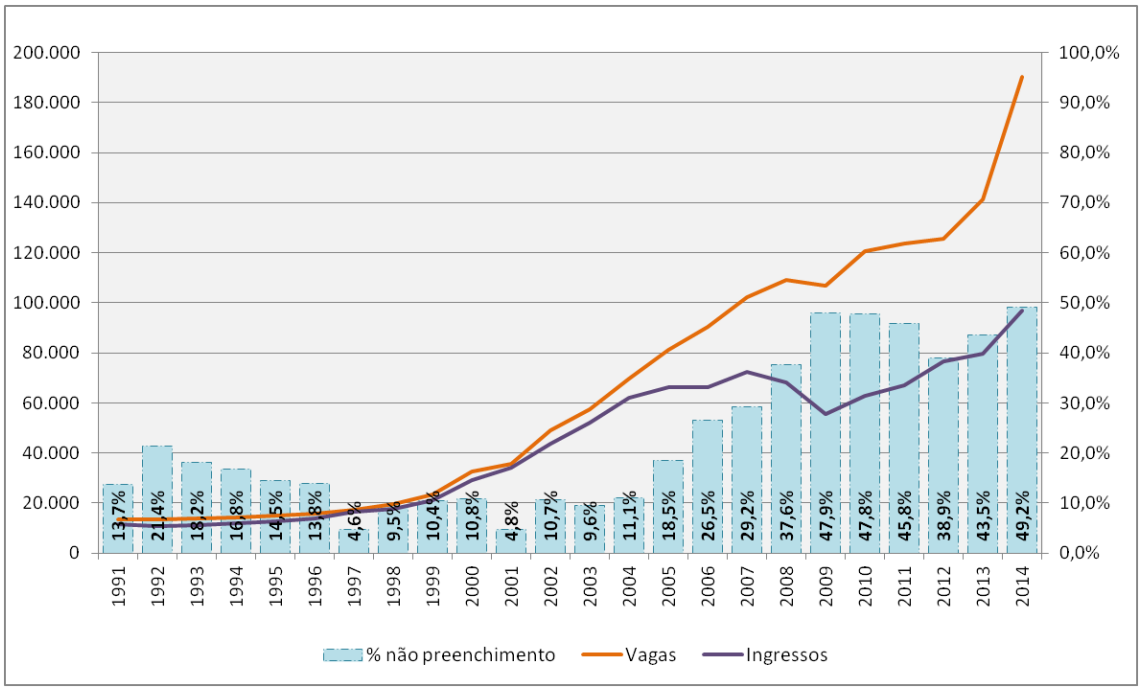
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

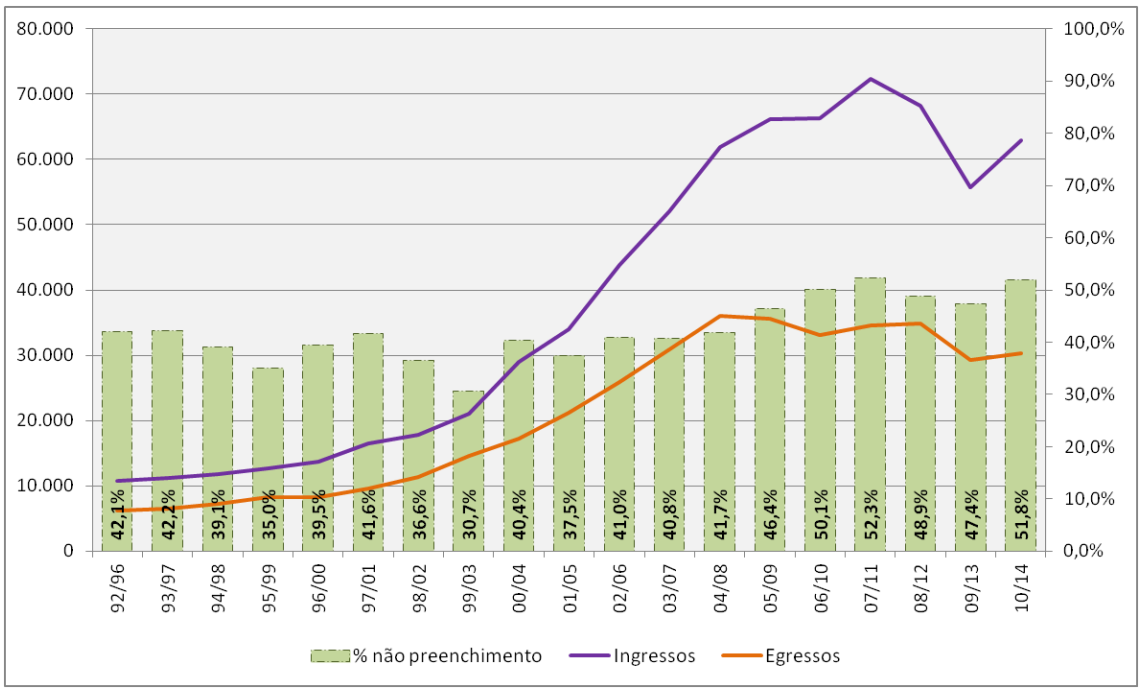
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

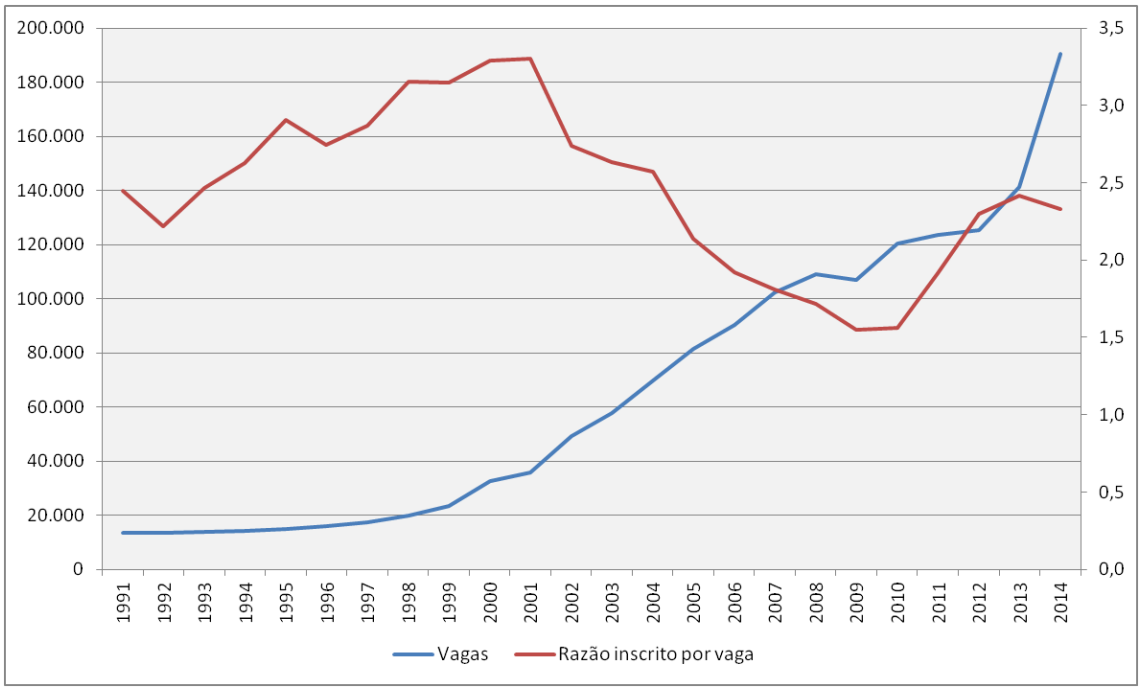
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

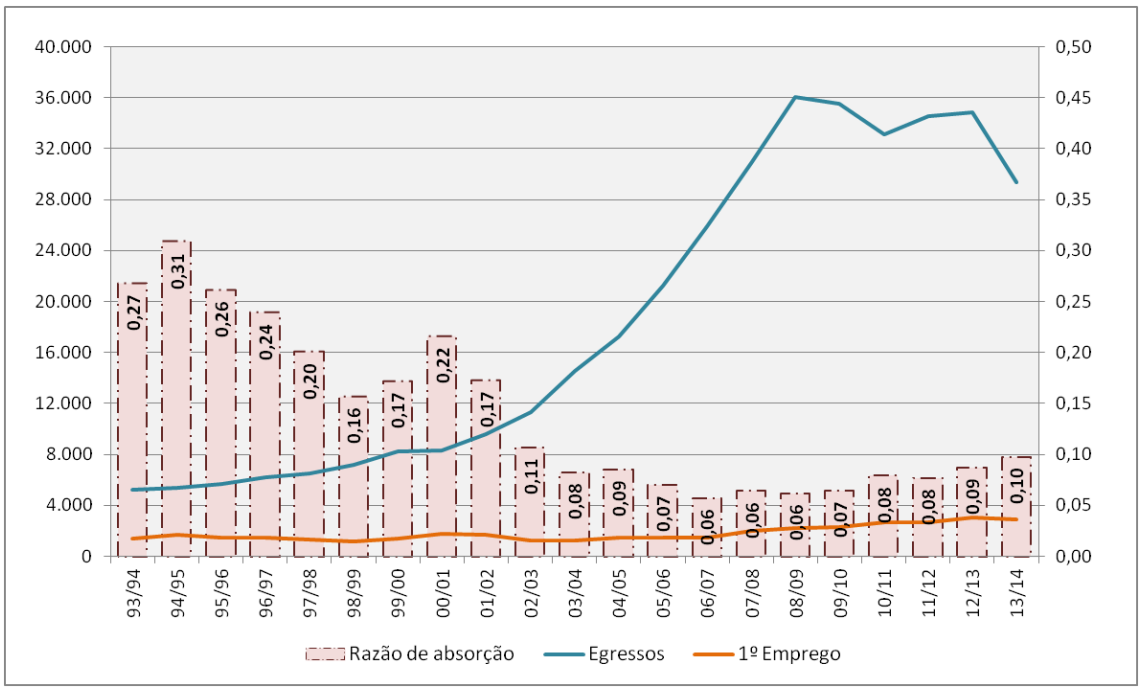
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Psicólogos

Resumo

Lei de exercício profissional	- Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 4.119, De 27 de Agosto de 1962 e Decreto nº 53.464, De 21 de Janeiro de 1964. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 5.766, De 3 de Setembro de 1979.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 4.000 horas para bacharelado e de 4.800 horas para licenciatura.
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	282.498
Razão de psicólogos por mil habitantes [B]	1,37
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	38.867
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	55.654
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 3.372,50
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	124.826
Conselho Profissional	Conselho Federal de Psicologia
CBO [F]	2211 – Psicólogos e psicanalistas

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Psicologia;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Estudam, pesquisam e avaliam o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação; diagnosticam e avaliam distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o(s) paciente(s) durante o processo de tratamento ou cura; investigam os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, tornando-os conscientes; desenvolvem pesquisas experimentais, teóricas e clínicas e coordenam equipes e atividades de área e afins.

Família Ocupacional:

- 2515 - Psicólogos e psicanalistas
- 2515-05 - Psicólogo educacional
- 2515-10 - Psicólogo clínico
- 2515-15 - Psicólogo do esporte
- 2515-20 - Psicólogo hospitalar
- 2515-25 - Psicólogo jurídico
- 2515-30 - Psicólogo social
- 2515-35 - Psicólogo do trânsito
- 2515-40 - Psicólogo do trabalho
- 2515-45 - Neuropsicólogo
- 2515-50 – Psicanalista
- 2515-55 - Psicólogo acupunturista

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4.000 horas na modalidade bacharelado;
IV. Curso de Graduação com carga horária mínima de 4.800 horas na modalidade licenciatura;
V. Cumprir Atividades Complementares;
VI. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% da carga total do curso;
VII. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma de graduação expedido por curso superior de Psicologia oficial ou reconhecido pelo MEC.
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Psicologia ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

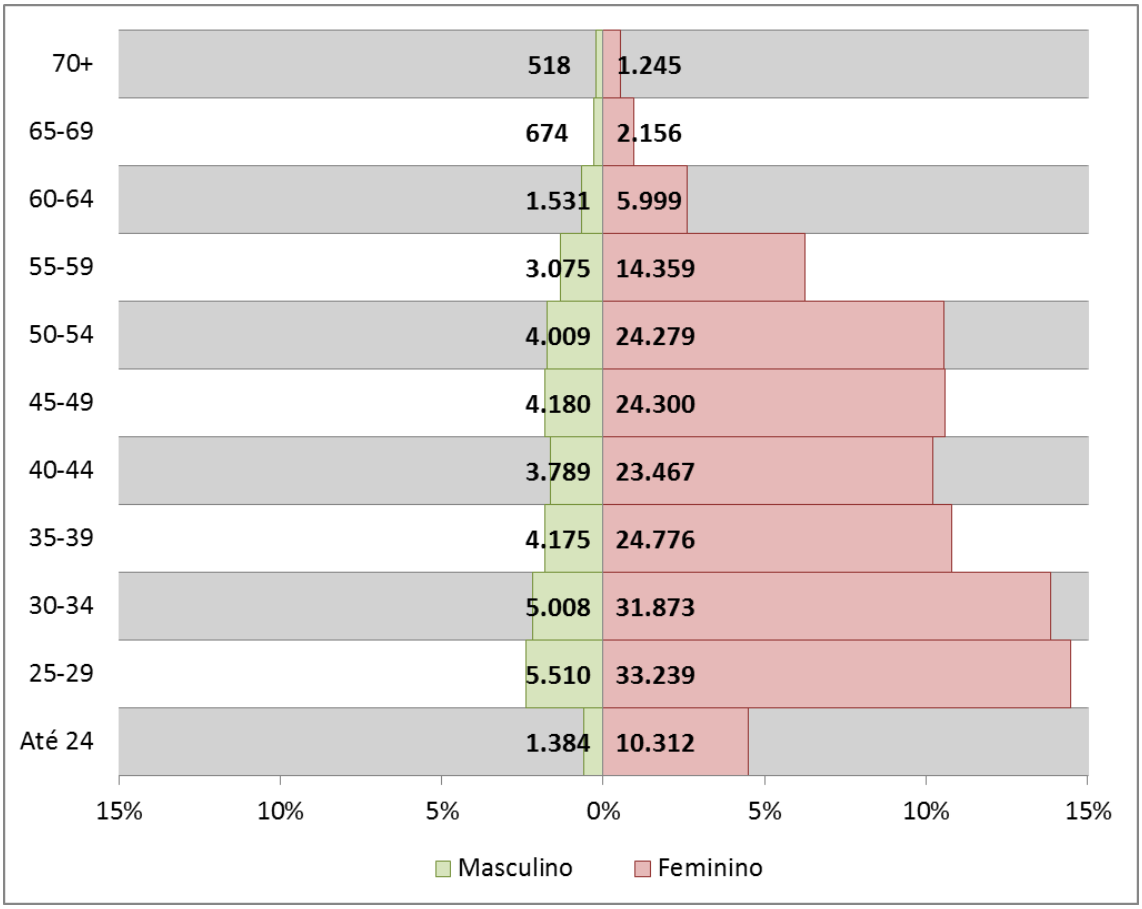
Atribuições segundo a Lei e o Decreto que regulam o exercício da profissão:

I. Métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:
   a. Diagnóstico psicológico;
   b. Orientação e seleção profissional;
   c. Orientação psicopedagógica;
   d. Solução de problemas de ajustamento.

II. Colaborar em assuntos psicológicos ligados a outras ciências

Dados de oferta e demanda

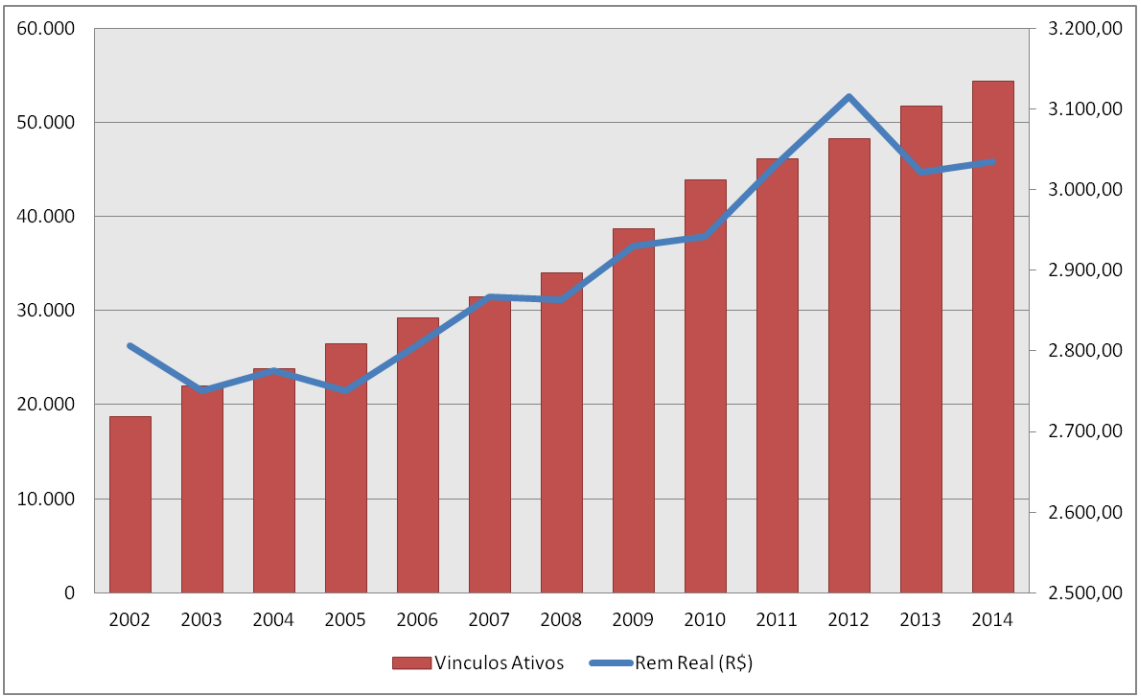
Pirâmide etária de psicólogos ativos*. Brasil, 2010.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir do Censo Demográfico do IBGE (2010).

***Indivíduos entrevistados com formação de nível superior em psicologia e ou ocupados como psicólogos na semana de referência do Censo Demográfico 2010, que estavam economicamente ativos (ocupados ou desocupados).**

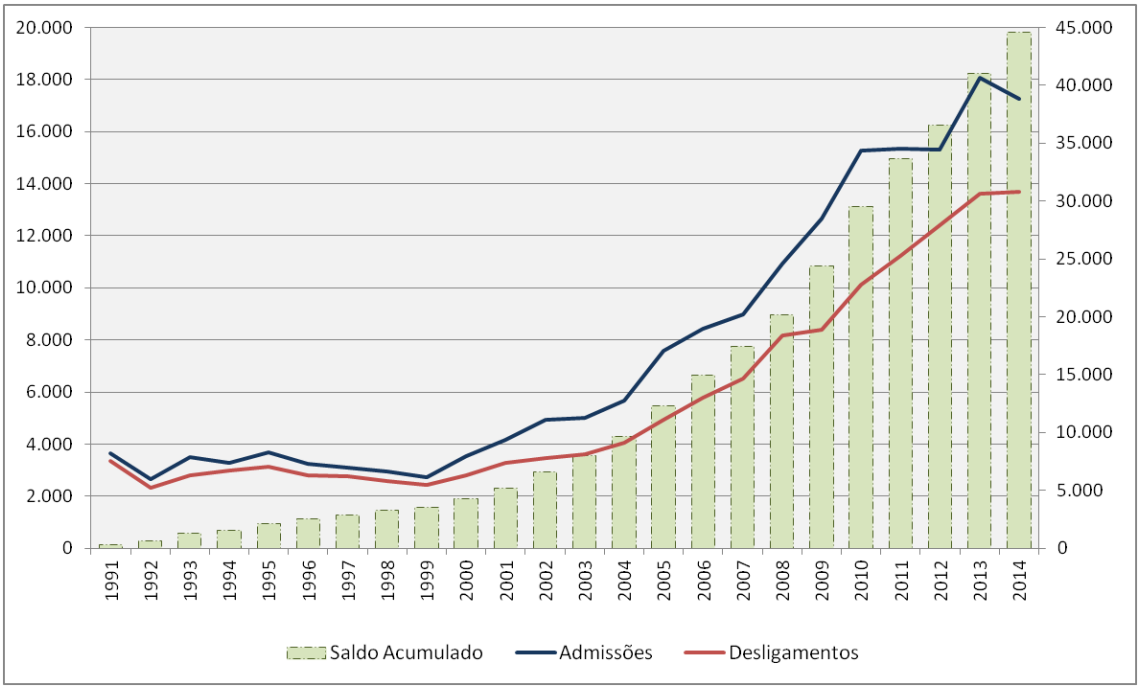
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2002 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

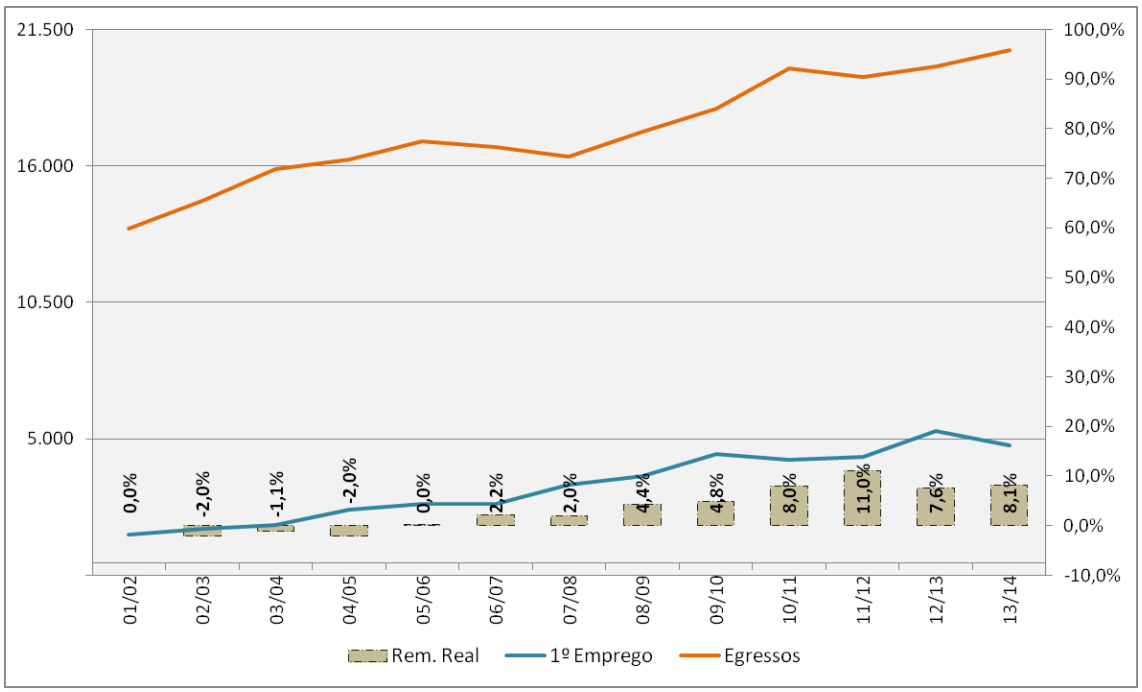
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

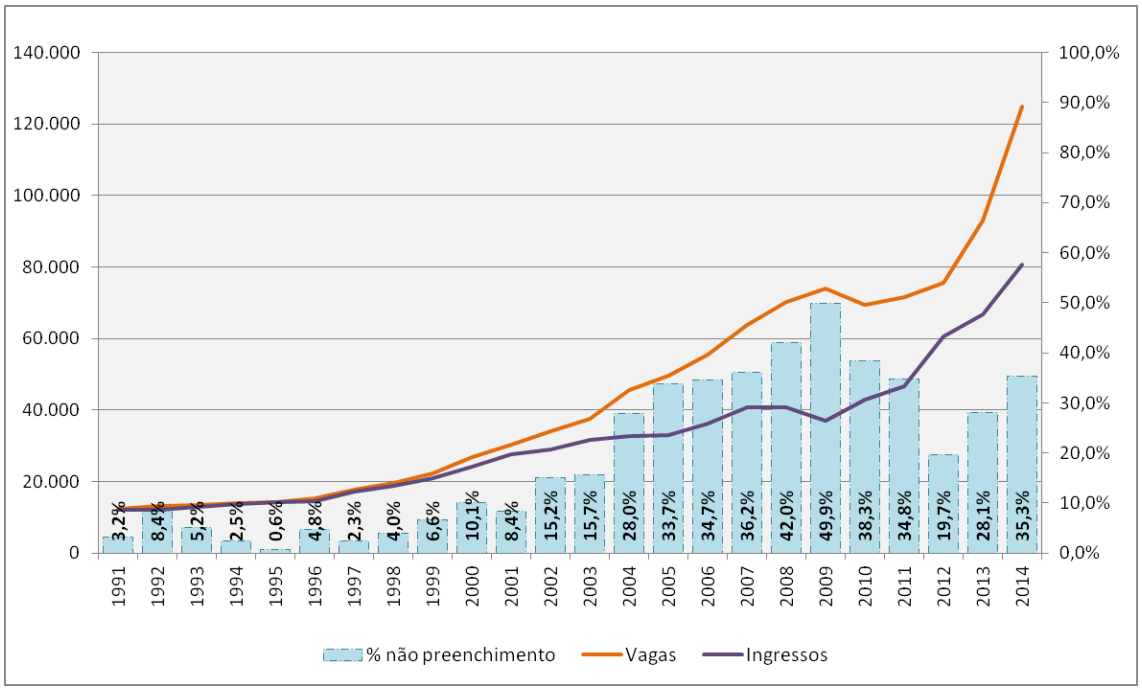
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2001/02 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2001-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2002-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2002. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

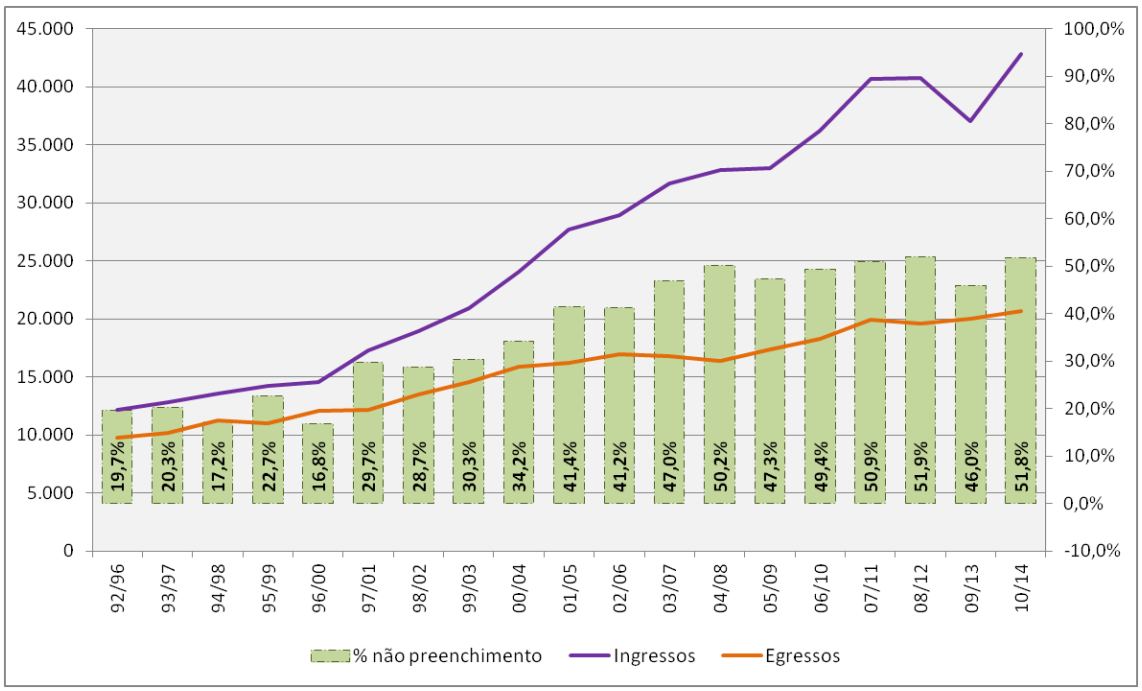
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

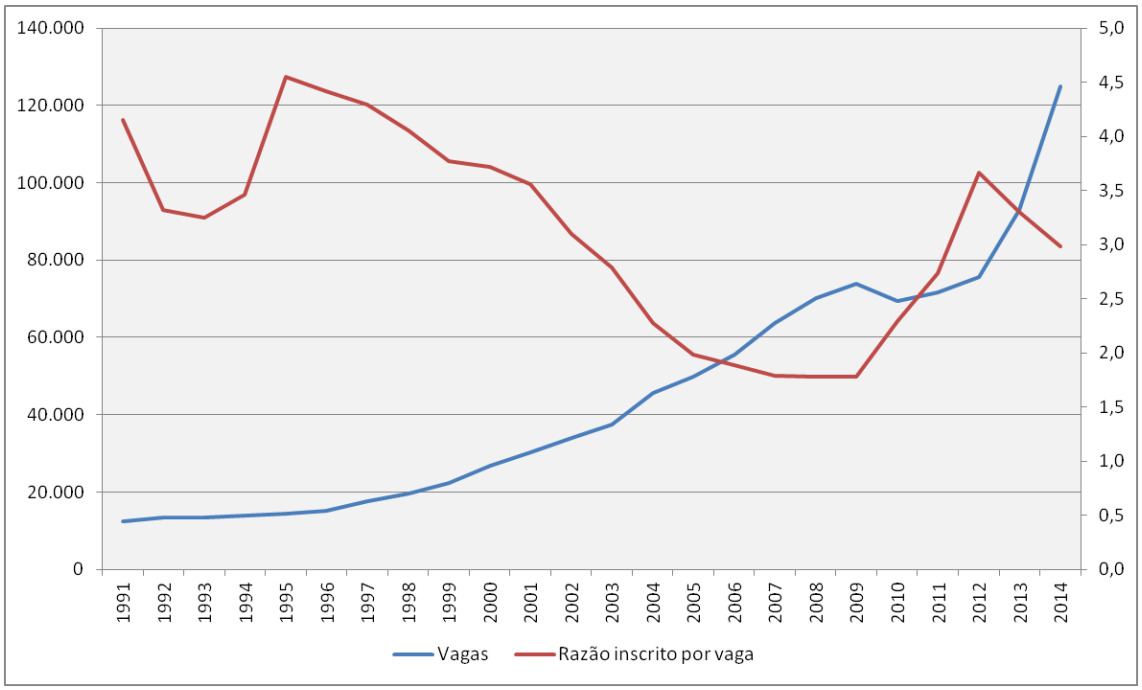
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

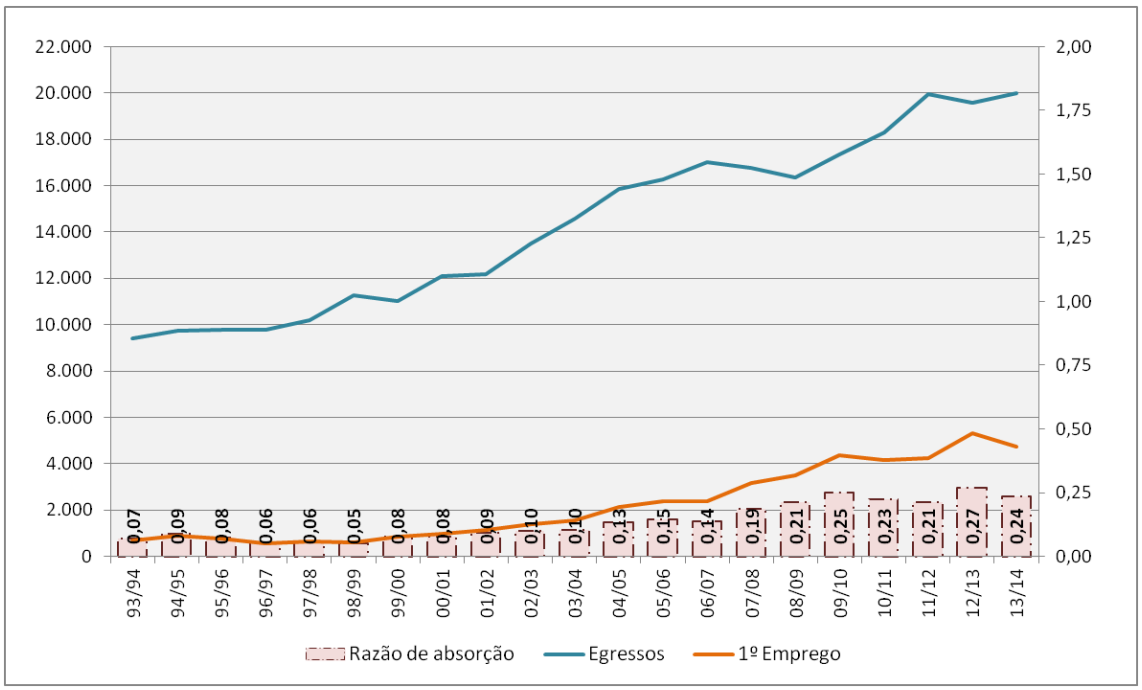
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 1993/94 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1993-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1994-2014).

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

Terapeutas Ocupacionais

Resumo

Lei de exercício profissional	- Decreto-Lei que regulamenta o exercício da profissão nº 938, De 13 de Outubro de 1969. - Lei do Conselho de Fiscalização do Exercício Lei nº 6.316, De 17 de Dezembro de 1975.
Requisitos educacionais	Curso de graduação com carga horária mínima de 3.200 horas
Nº de profissionais ativos em 2016 [A]	17.638
Razão de terapeutas ocupacionais por mil habitantes [B]	0,09
Nº de postos de trabalho no SUS em 2015 [C]	9.709
Nº de vínculos formais de emprego em 2015 [D]	7.212
Remuneração média no mercado de trabalho formal em 2015 [D]	R$ 3.266,53
Nº de vagas em cursos de graduação em 2014 [E]	5.678
Conselho Profissional	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CBO [F]	2239 – Terapeutas Ocupacionais e Ortoptistas

Fonte: Elaborado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado através de diversas fontes:

A. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;

B. Razão calculada de acordo com a estimativa populacional do IBGE de 2016;

C. Número de vínculos de profissionais com o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em serviços próprios quanto em privados conveniados, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS) de dezembro de 2015;

D. Número de vínculos de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015 e da correspondente remuneração média do ano, segundo a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE);

E. Número de vagas nos cursos de graduação de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) de 2014;

F. Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Descrição segundo a CBO:

Realiza intervenções e tratamento de pacientes e clientes utilizando procedimentos específicos de terapia ocupacional. Avaliam funções e atividades; analisam condições dos pacientes e clientes; realizam diagnósticos. Atuam na orientação de pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis. Desenvolvem, ainda, programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida.

Família Ocupacional:

- 2239 - Terapeutas Ocupacionais e Ortoptistas
    - 2239-05 - Terapeuta Ocupacional

Requisitos:

Requisitos de formação exigidos pelo MEC:

I. Ensino Médio completo (ou equivalente);
II. Classificação em processo seletivo (ENEM, vestibular, outros);
III. Curso de Graduação com carga horária mínima de 3.200 horas;
IV. Cumprir Atividades Complementares;
V. Cumprir Estágios Supervisionados devidos com carga horária mínima correspondente a 20% de toda a carga horária do curso;
VI. Apresentar Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Requisitos de Licenciamento no Conselho de Fiscalização do Exercício:

I. Possuir diploma obtido em curso de Terapia Ocupacional, oficialmente autorizado ou reconhecido;
II. Apresentação de documentos pessoais;
III. Não possuir inscrição em outro Conselho Regional;
IV. Pagamento da devida taxa de inscrição perante o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ao qual deseja estar filiado.

Escopos de prática:

Atribuições segundo o Decreto-Lei que regulamenta o exercício:

Atribuições Privativas:

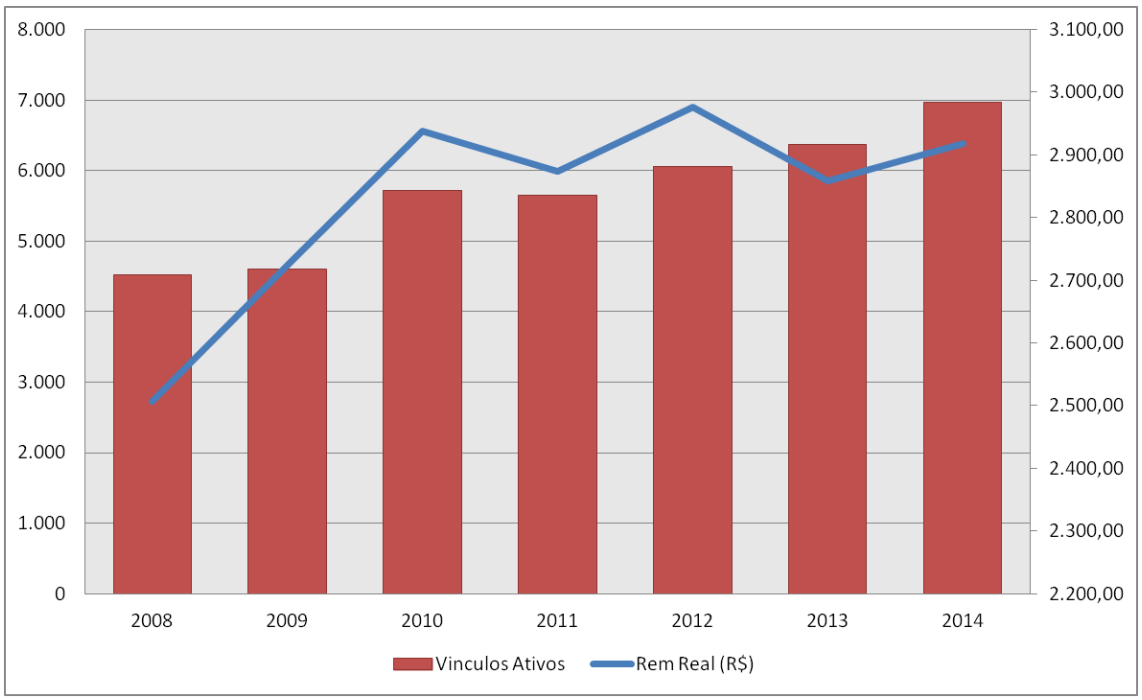
I. Executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Atribuições não privativas:

I. Dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
II. Exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
III. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Dados de oferta e demanda

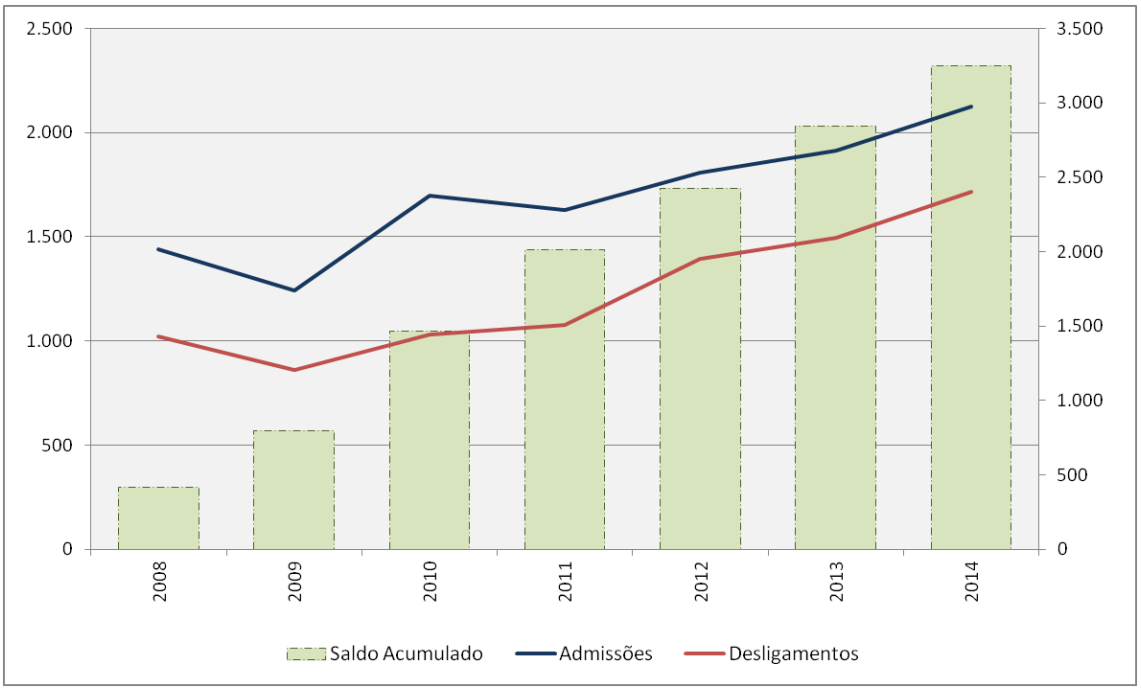
GRÁFICO A - Evolução do número de vínculos formais de emprego ativos e da remuneração nominal média real*. Brasil, 2008 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2008-2014).

***A preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

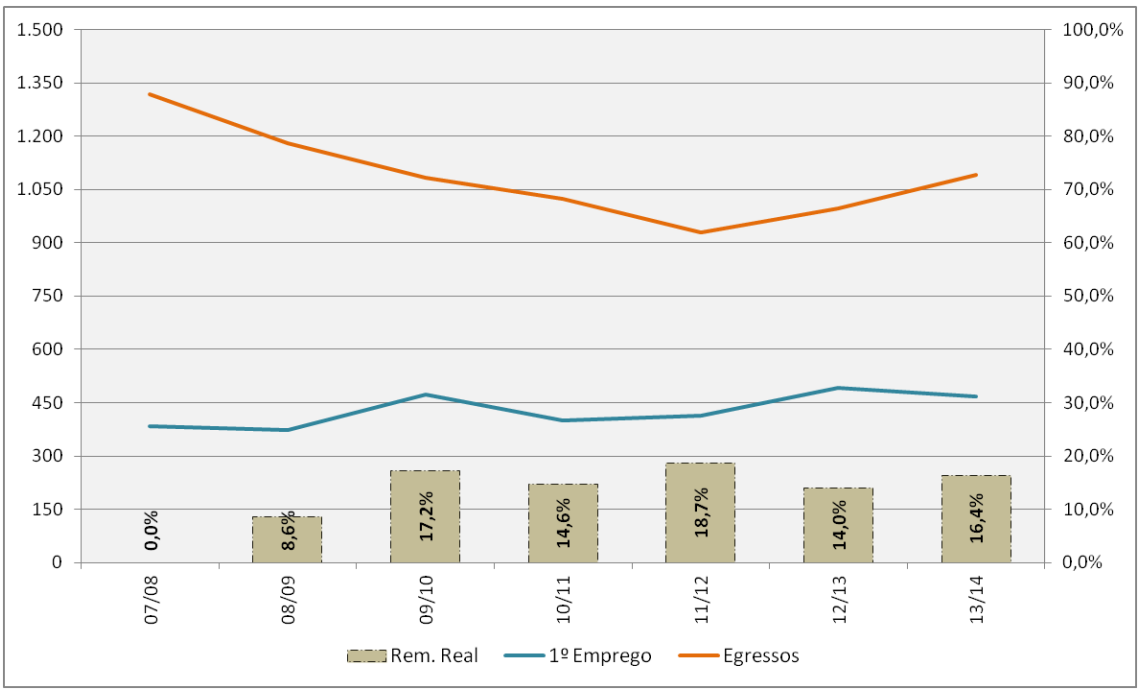
GRÁFICO B - Evolução do número de admissões e desligamentos dos vínculos formais de emprego e do saldo acumulado*. Brasil, 2008 a 2014.



Fonte: elaboração própria a partir da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (1991-2014).

***Valor acumulado do saldo entre o número de admissões e de desligamentos.**

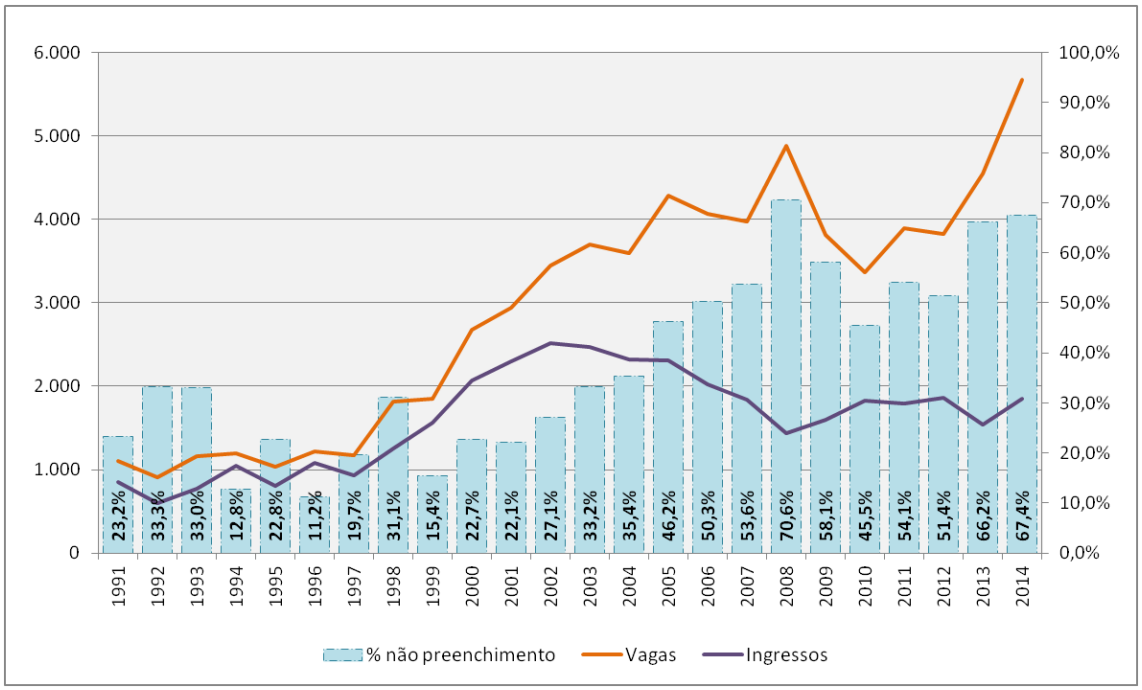
GRÁFICO C - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e do incremento acumulado da remuneração nominal média real*. Brasil, 2007/08 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2007-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2008-2014).

***Acumulado do incremento, em percentual, da remuneração média nominal dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro, tendo como ponto inicial (valor 0) o ano de 2008. A remuneração utilizada para o cálculo está a preços de 2014, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).**

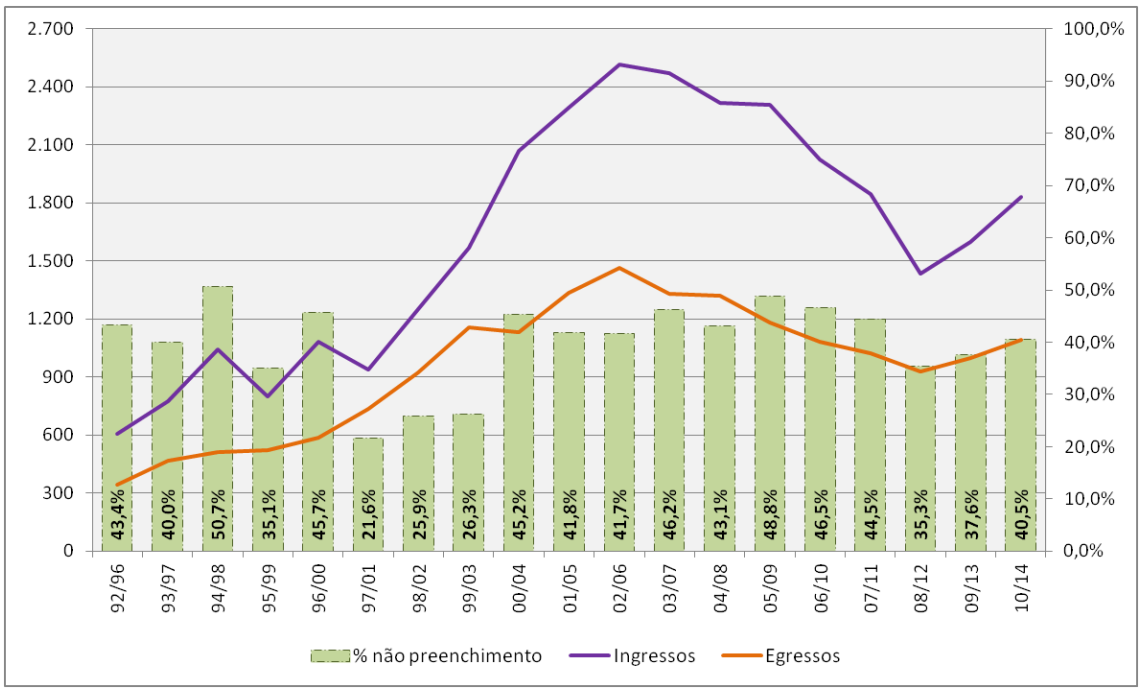
GRÁFICO D - Evolução no número de vagas, ingressos e % de não preenchimento de vagas*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de ingressos e vagas.**

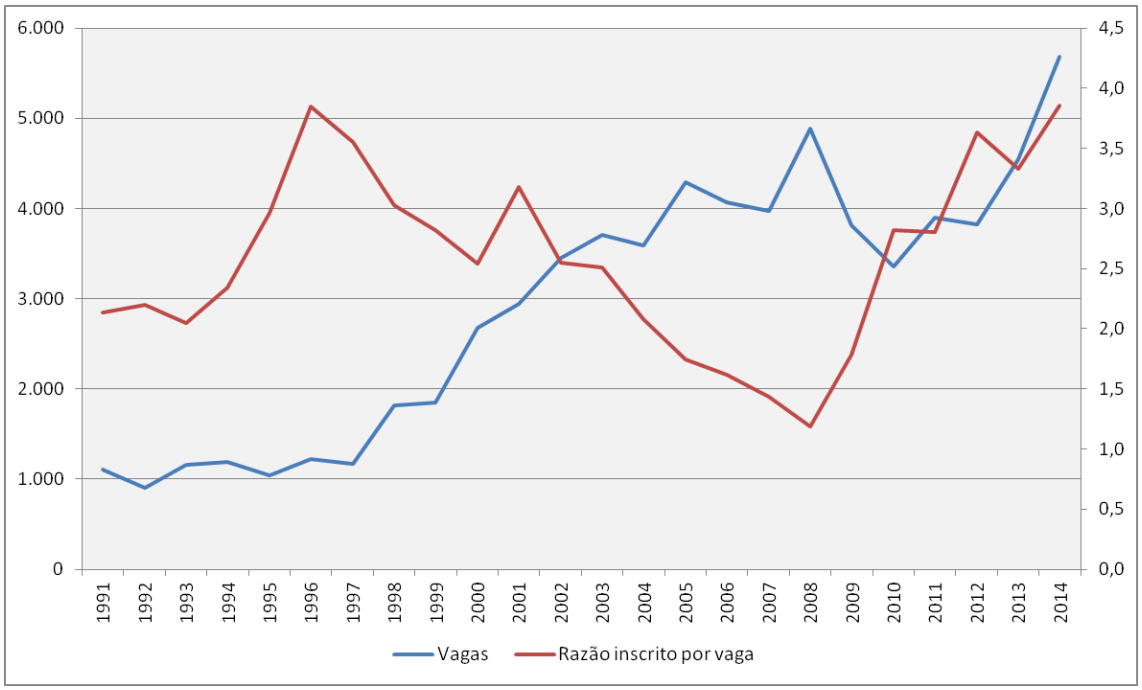
GRÁFICO E - Evolução no nº de ingressos, de egressos cinco anos depois e do % de não concluintes no tempo previsto*. Brasil, 1992/96 a 2010/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1992-2014).

***Relação, em percentual, entre o número de egressos no ano i+5 e o número de ingressos no ano i.**

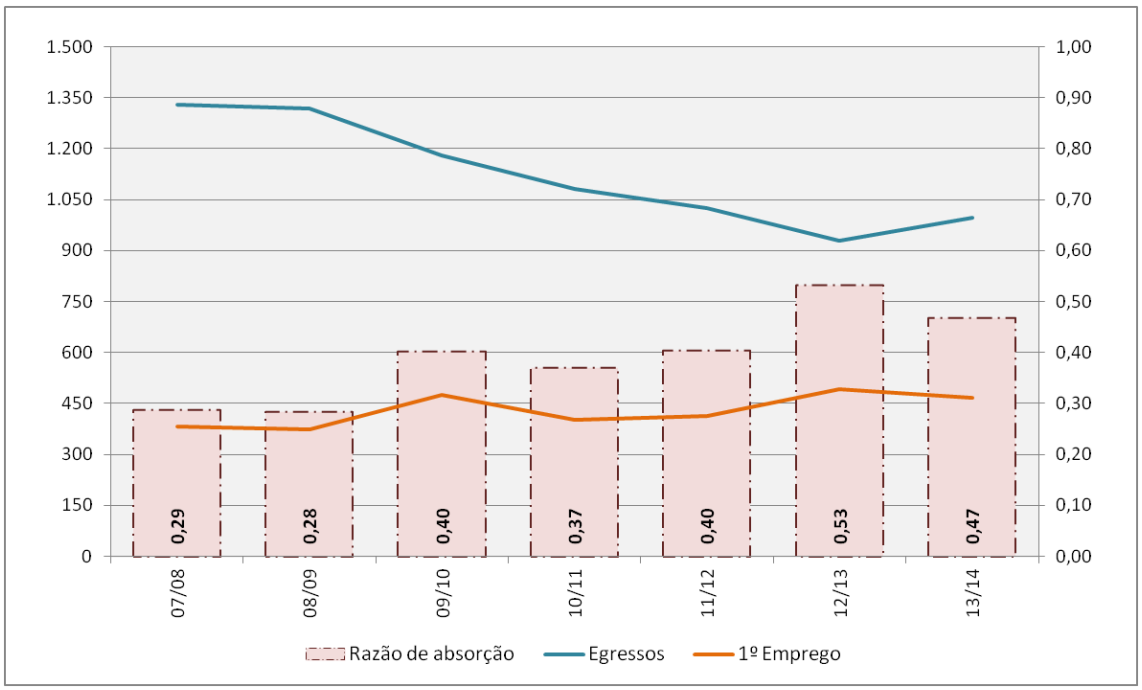
GRÁFICO F - Evolução no nº de vagas e da razão de candidatos por vaga*. Brasil, 1991 a 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (1991-2014).

***Relação entre o número de inscritos no vestibular e o número de vagas.**

GRÁFICO G - Evolução no número de egressos dos cursos no ano, de admissões por primeiro emprego no ano seguinte e da razão de absorção*. Brasil, 2007/08 a 2013/14.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) a partir dos dados do Censo da Educação Superior do INEP (2007-2013) e da Relação Anual de Informações Sociais do MTE (2008-2014).

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



http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br

epsm@nescon.medicina.ufmg.br