ANIARA NASCIMENTO CORRÊA

**Caracterização da procura por especialidades médicas dos
candidatos ao Concurso SUS – SES/SP entre 1999 e 2004**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias

São Paulo

2008

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Corrêa, Aniara Nascimento

Caracterização da procura por especialidades médicas dos candidatos ao Concurso SUS – SES/SP entre 1999 e 2004 / Aniara Nascimento Corrêa. -- São Paulo, 2008.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias.

Descritores: 1.Educação médica 2.Especialidades médicas 3.Recursos humanos em saúde 4.Internato e residência

USP/FM/SBD-141/08

Dedicatória

À minha vida, ao meu Solzinho...

Paz e poesia, sabedoria e irreverência, beleza pura e tomara que não tão pura...é Alex.

“Gosto muito de te ver leãozinho
Caminhando sob o sol
Gosto muito de te ver leãozinho
Para desentristecer leãozinho
O meu coração tão só
Basta encontrar você no caminho
Um filhote de leão raio da manhã
Arrastando o meu olhar como um imã
O meu coração é o sol pai de toda cor
Quando ele lhe doura a pele ao léu
Gosto muito de te ver leãozinho
De te ver entrar no mar
Tua pele tua luz tua juba
Gosto de ficar ao sol leãozinho
De molhar minha juba
De estar perto de você e entrar numa”

Leãozinho, Caetano Veloso

Agradecimentos

Com muita sinceridade expressa, agradeço a todos os que me apoiaram nesta caminhada:

Ao meu filho Alex, que acompanhou e compreendeu todo este processo desde o dia em que nasceu, ensinando-me que com amor tudo se suporta. Com ele, aprendo todos os dias.

À Dona Anita, minha vovó companheira, e à Midi, que me deram o suporte e a tranquilidade necessários para que eu seguisse em frente.

À minha prima-irmã Simone Cipriano e ao meu amigo querido Everton Rodrigues, que nos momentos certos e incertos sempre estão por perto. Muito obrigada pelo carinho.

À minha família, em especial aos meus pais, Orias e Adelaide, e à minha irmã Laryssa, que mesmo à distância torcem para que tudo dê certo. Aos meus zelosos tios Jorge Luiz e Simone, que cuidam de mim e de minha família, sempre.

Ao meu amigo Paulo Seixas, companheiro de muitas discussões sobre o tema, que me incentivou, ajudou e torceu muito durante este processo. Muito obrigada pelo apoio.

Às amigas queridas Cláudia Carnevalle e Lucia Chibante, sempre contingentes – a nós, moléculas maravilhosas, como Jucélia Barbosa e Cristiane Marchiori. Todas “hubs”.

Às amigas Jonille Vidal, Anatalia Lemos e Elizângela Freire, longe, mas nem tanto.

Ao meu amigo querido Álvaro Escrivão Jr., sempre presente nos momentos importantes.

A Solange Guedes, Irene Abramovich e Francisco Pires, que me apoiaram nas diferentes fases deste trabalho.

Ao meu orientador Paulo Elias, que me ajudou a trilhar este caminho. Muito obrigada pelas nossas conversas, dedicação e paciência.

Aos que vieram e já foram, vieram e ficaram, virão e irão, e virão e ficarão.

Sumário

Lista de Tabelas	
Lista de Gráficos	
Lista de Ilustrações	
Lista de Siglas	
Resumo	
Summary	
1 – Apresentação	01
2 – Introdução	05
2.1 – Abordagem histórica do ensino médico especializado	05
2.1.1 – A constituição da Residência Médica e dos processos de certificação do título de especialista	11
2.1.2 – A regulamentação da medicina e da RM no Brasil	17
2.2 – O papel do Estado na formação de médicos especialistas	24
2.2.1 – Os interesses coletivos e a ação regulatória do Estado <i>versus</i> as demandas individuais e especificidades da profissão médica	28
2.3 – O papel da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na formação médica especializada	32
2.3.1 – O financiamento do Governo do Estado de SP	35
2.3.2 – O Concurso SUS	38
3 – Justificativa	40
4 – Objetivos	41
4.1 – Objetivo Geral	41
4.2 – Objetivos Específicos	41
5 – Métodos	42
6 – Resultados e Discussão	47
6.1 – Dimensionamento do Concurso SUS	47
6.2 – Perfil dos candidatos	51
6.2.1 – Sexo e Idade	51
6.2.2 – Local de Origem	53
6.3 – As Especialidades Médicas Oferecidas no Concurso SUS	60

6.3.1 – Análise do volume de inscritos por especialidade	61
6.3.2 – Análise do volume de inscritos por especialidade segundo local de origem	65
6.3.3 – Análise da demanda por Especialidades Médicas segundo Tipo de Especialidade	67
6.3.4 – Análise do volume de inscritos por especialidade: O Concurso SUS e outros Processos Seletivos	71
6.4 – Tendência da procura por especialidades do Concurso SUS no período entre 1999 e 2004	75
6.5 – Taxa de Habilitação e Taxa de Absenteísmo do Concurso SUS	92
6.6 – Relação demanda de inscritos x oferta de vagas por especialidades	101
6.6.1 – Relação Candidato/Vaga do Concurso SUS – 1999	102
6.6.2 – Relação Candidato/Vaga do Concurso SUS – 2004	104
7 – Considerações Finais	107
8 – Referências	115
9 – Anexos	129

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Lista de Especialidades Médicas reconhecidas pela AMBS e respectivo ano de filiação à instituição	14
Tabela 2 – Distribuição relativa de escolas médicas, formandos e vagas de R1 por região do Brasil em 1996	34
Tabela 3 – Total de Vagas credenciadas pela CNRM no período de 1984 a 2003 por região brasileira	34
Tabela 4 – Distribuição de bolsas financiadas pela SES/SP segundo especialidades e ocupação, no ano de 2003	37
Tabela 5 – Lista de Especialidades com oferta regular no período entre 1999 e 2004	44
Tabela 6 – Distribuição de vagas de R1 por Instituição participante do Concurso SUS em 2005	49
Tabela 7 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS por ano segundo sexo no período entre 1999 e 2004	51
Tabela 8 – Correlação entre o número de inscritos e idade no período entre 1999 e 2004	53
Tabela 9 – Nº de inscrições no Concurso SUS, segundo Estado de residência no ato da inscrição, no período entre 1999 e 2004	54
Tabela 10 – Distribuição de candidatos inscritos graduados em Unidades da Federação que não SP e que residiam no Estado de São Paulo no período entre 1999 e 2004	57
Tabela 11 – Distribuição do total de inscritos no Concurso SUS por especialidade no período entre 1999 e 2004	61
Tabela 12 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 1999	63
Tabela 13 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2000	63
Tabela 14 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2001	63

Tabela 15 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2002	64
Tabela 16 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2003	64
Tabela 17 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2004	64
Tabela 18 – Distribuição do total de inscritos por especialidade segundo UF de moradia no período entre 1999 e 2004	65
Tabela 19 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS nas especialidades de Áreas Básicas, segundo sexo e idade, no período de 1999 a 2004	68
Tabela 20 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS, segundo sexo e idade, das especialidades cirúrgicas no período de 1999 a 2004	68
Tabela 21 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS nas especialidades clínicas, segundo sexo e idade, no período de 1999 a 2004	69
Tabela 22 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS nas especialidades de SADT segundo sexo e idade no período de 1999 a 2004	70
Tabela 23 – Distribuição do nº de candidatos ao Concurso SUS 2004, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições ..	72
Tabela 24 – Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2008 da UNICAMP, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições	72
Tabela 25 – Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2008 da UEL, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições	72
Tabela 26 – Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2004 da USP, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições	73
Tabela 27 – Especialidades com maiores concentrações de inscritos no Concurso SUS/2004, UNICAMP/2008, UEL/2008 e USP/2004	73
Tabela 28 – Classificação das Especialidades com “oferta regular” no concurso SUS e número de inscritos no período entre 1999 e 2004	75

Tabela 29 – Classificação das especialidades segundo o perfil da procura no Concurso SUS e número de inscritos por ano	77
Tabela 30 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS, segundo sexo e idade, das especialidades da Classificação 1 no período de 1999 a 2004	79
Tabela 31 – Distribuição de inscritos nas especialidades de Classificação 1 no Concurso SUS segundo Unidade Federada de moradia, no período entre 1999 e 2004	80
Tabela 32 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS, segundo sexo e idade, das especialidades do Grupo 2 no período de 1999 a 2004	80
Tabela 33 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS segundo local de moradia e especialidades da Classificação 2 no período entre 1999 a 2004	81
Tabela 34 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS segundo sexo e idade das especialidades da Classificação 3 no período de 1999 a 2004	82
Tabela 35 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS segundo local de moradia e especialidades da Classificação 3 no período entre 1999 a 2004	83
Tabela 36 – Comportamento das especialidades do Concurso SUS segundo agrupamento de procura e local de moradia no ato da inscrição, no período entre 1999 e 2004	84
Tabela 37 – Taxa de Habilitação e Desabilitação no Concurso SUS segundo local de moradia, no período entre 1999 e 2004	94
Tabela 38 – Número de candidatos habilitados e desabilitados segundo grupos de especialidades no período de 1999 a 2004	95
Tabela 39 – Taxa de habilitados e desabilitados e número de candidatos habilitados e desabilitados por especialidade prestada e taxa de habilitação de inscritos na especialidade, no período de 1999 a 2004	96
Tabela 40 – Número de candidatos habilitados por ano e Coeficiente de correlação de Pearson no período entre 1999 e 2004	98
Tabela 41 – Taxa de Absenteísmo e número de inscritos ausentes e presentes segundo Unidade da Federação de moradia do inscrito no período entre 1999 e 2004	99

Tabela 42 – Taxa de Absenteísmo e número de inscritos ausentes e presentes segundo Unidade da Federação de moradia do inscrito no período entre 1999 e 2004	100
Tabela 43 – Relação Candidato/Vaga, número de inscritos e vagas ofertadas por especialidade no Concurso SUS – 1999	103
Tabela 44 – Relação Candidato/Vaga, número de inscritos e vagas ofertadas por especialidade no Concurso SUS – 2004	105

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Número de inscrições no Concurso SUS, período de 1999 a 2004 ...	47
Gráfico 2 – Natureza Jurídica das Instituições participantes do Concurso SUS no ano de 2005, segundo Natureza Jurídica	48
Gráfico 3 – Distribuição de bolsas de R1 por natureza da Instituição participante do Concurso SUS no ano de 2005	49
Gráfico 4 – Nº de inscrições no Concurso SUS segundo sexo e faixa etária, no período de 1999 a 2004	52
Gráfico 5 – Percentual de inscritos segundo Estado de moradia no momento da inscrição e sexo, no período entre 1999 a 2004	55
Gráfico 6 – Percentual de inscritos no período, segundo Unidade Federada da escola de graduação e moradia do candidato no ato da inscrição	56
Gráfico 7 – Distribuição do nº de inscritos ao Concurso SUS segundo grandes áreas de especialidades e unidade federada de moradia no período de 1999 a 2004	71
Gráfico 8 – Taxa de candidatos habilitados e desabilitados no Concurso SUS no período de 1999 a 2004	92
Gráfico 9 – Taxa de Desabilitação no Concurso SUS segundo Unidade da Federação de moradia, no período entre 1999 e 2004	93

Lista de Ilustrações

Ilustração 1 – Quadro com os ajustes nas nomenclaturas das especialidades oferecidas no Concurso SUS	43
Ilustração 2 – Valores de correlação utilizados para classificação do comportamento das especialidades em relação à procura	75

Lista de Siglas

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABMS	American Board of Medical Specialties
AHA	American Hospital Association
AAMC	Association of American Medical Colleges the Federation of State Medical Boards
AMA	American Medical Association
AMB	Associação Médica Brasileira
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	Comissão Mista de Especialidades
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFORPAS	Conselho Estadual da Formação Profissional na Área da Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRUESP	Conselho de Reitores das Universidades Estaduais do Estado de São Paulo
FCC	Fundação Carlos Chagas
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GAS/RM	Grupo de Acompanhamento e Supervisão dos Programas de Residência Médica da SES/SP
GMC	General Medical Council
GP	General Practitioner
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LCSB	Liaison Committee for Specialty Boards
MEC	Ministério da Educação

MS	Ministério da Saúde
NBME	National Board of Medical Examiners
NHS	National Health System
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde de São Paulo
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PMETB	Postgraduate Medical Education and Training Board
PRM	Programa de Residência Médica
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
RM	Residência Médica
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
UWSOM	University of Washington School of Medicina

Corrêa NA. *Caracterização da procura por especialidades médicas dos candidatos ao Concurso SUS – SES/SP entre 1999 e 2004* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 114 p.

Resumo

Anualmente, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) realiza o Concurso SUS-SES/SP para o preenchimento de vagas de RM oferecidas pelas instituições participantes, nas diferentes especialidades médicas. O processo de seleção pública, que tem sido realizado em parceria com a Fundação Carlos Chagas há mais de quinze anos, atualmente conta com um volume de inscrições de aproximadamente seis mil candidatos oriundos de diversas regiões do país. Partindo da compreensão que a decisão pela especialidade é um momento singular na trajetória da profissão médica, e que, a RM desempenha um importante papel para o sistema de saúde; este trabalho objetivou conhecer a tendência da demanda por especialidades médicas tomando como referência, o universo dos candidatos que se inscreveram no Concurso SUS, no período entre 1999 e 2004. Verificou-se que o volume de inscrições cresceu 18% no período, destacando a predominância na participação masculina. Considerando a localidade de moradia dos candidatos, observou-se que 52% dos candidatos moravam fora do Estado de São Paulo no momento de inscrição no concurso, evidenciando potencial atração para médicos de diferentes localidades do país. Em termos de volume, as especialidades básicas concentraram metade das inscrições do período. Dentre as especialidades que contaram com aumento na procura estão Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia e Psiquiatria. As especialidades que apresentaram queda na procura foram Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Gastroenterologia, Oftalmologia, Pediatria e Pneumologia.

Descritores: 1. EDUCAÇÃO MÉDICA 2. ESPECIALIDADES MÉDICAS 3. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE 4. INTERNATO E RESIDÊNCIA

Corrêa NA. *Characterization of demand for medical specialties of the applicants to Single Health System Medical Residency Contest, between 1999 and 2004* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2008. 114 p.

Summary

Annually, the Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) opens Single Health System – SES/SP Medical Residency Contest offered by participant institutions in different medical specialties. The public selection process has been held in partnership with Fundação Carlos Chagas for more than fifteen years. Currently, this process counts with almost six thousand candidates enrolled from several regions of Brazil. Assuming that making decision for specialty is a very singular moment for medical career, and that, Medical Residency conducts an important function for Health System; this research aims to point out tendencies for medical specialties, using the amount of enrolled candidates for SUS Contest, between 1999 and 2004, as reference. Therefore, the number of inscriptions raised 18% in this period, distinguishing male predominance. Considering candidates hometown, 52% lived outside Sao Paulo State in the moment of contest inscription, making evident the attractive potential for doctors from different regions of Brazil. In terms of numbers, basic specialties took part in half inscriptions in this period. The specialties with raised number of searching were Anesthesiology, Surgery Cardiovascular, Oncology Surgery, Plastic Surgery, General Internal Medicine, Dermatology, Endocrinology and Psychiatry. The specialties with decreased number of searching were Head and Neck Surgery, Gastroenterology, Ophthalmology, Pediatrics and Pneumology.

Descriptors: 1. EDUCATION, MEDICAL 2. SPECIALTIES MEDICAL 3. HEALTH MANPOWER 4. INTERNSHIP AND RESIDENCY

1 – Apresentação

A concepção de um processo de especialização fundamentado no cotidiano da prática médica é datada da segunda metade do século XIX. O primeiro Programa de Residência Médica (PRM), creditado aos professores Osler, Welch e Halsted, do Johns Hopkins Hospital (EUA), emergiu da tentativa de minimizar os impactos decorrentes da inadequação da formação profissional no campo da medicina.

A Residência Médica (RM) constitui-se numa modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* orientada para o treinamento em serviço, que, em seu término, confere ao médico o título de especialista.

A abordagem do tema RM nasce dos desafios e questões que se colocam na gestão destes recursos humanos para o sistema de saúde brasileiro.

O acesso universal à assistência de saúde, garantido constitucionalmente, situou o elemento humano como componente central na operação e na produção de serviços de saúde, demandando por legislações e diretrizes que assegurassem a amplitude do desenho deste sistema sanitário.

Entretanto, a ampliação da cobertura assistencial, advinda com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi acompanhada pela inobservância de aspectos referentes à gestão e ao planejamento dos trabalhadores necessários para atender tamanha expectativa.

Tal colocação legitima-se frente à quase inexistência de normas específicas que disponham sobre o tema. Com exceção da Norma Operacional Básica – RH/SUS

(Brasil, 2003), são escassas as produções que ancorem legalmente um conjunto de diretrizes voltadas ao campo de formação profissional, que sejam dirigidas às políticas de saúde vigentes.

Com a última revisão do processo normativo do SUS, dada pelo Pacto pela Saúde, a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação é reforçada a partir do fortalecimento da gestão compartilhada e solidária.

Este passo no processo de descentralização do SUS, ao mesmo tempo em que possibilita maior flexibilidade na condução operacional do sistema, evidencia a responsabilidade e o papel do Estado na regulação do trabalho e da qualificação profissional.

Num cenário com diferentes possibilidades de vinculação trabalhista, limitação fiscal para incorporação de pessoal nos serviços de saúde, rediscussão de habilidades e competências técnicas esperadas pelos gestores; a presença do Estado, e de sua função regulatória, faz-se necessária para adequar a alocação da força de trabalho.

A criação de um sistema de saúde com aspirações à universalidade e integralidade da assistência, acompanhado de normas que viabilizassem a sua operacionalização, não expurgou, entretanto, uma série de limitantes à consecução de tais preceitos.

No caso específico da formação médica especializada, na ausência de acepções mais claras para a condução de uma política de desenvolvimento realmente voltada às necessidades de saúde do país, esta orientação vem se dando, regularmente, pelas entidades representantes da categoria médica e por agentes formadores, com pouca participação dos gestores do sistema. A atuação estatal, no sistema de Residência

Médica, tem-se restringido apenas ao financiamento, que assume proporções expressivas no orçamento público.

Tal desarticulação entre oferta e demanda por estes profissionais também se exprime no distanciamento entre o complexo formativo e a organização da atenção à saúde; traduzindo-se também, na manutenção da composição original do órgão regulamentador do sistema de RM, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), num passar de quase vinte anos da institucionalização do SUS.

O apuro do olhar para estas questões torna-se mandatório, à medida que o Estado, comprometido com a garantia do direito universal à saúde, deve adequar a distribuição de médicos especialistas às necessidades loco-regionais do país, cada qual com realidades socioeconômicas e epidemiológicas diferentes.

Soma-se a este conjunto de interesses e confluências que impregnam a relação entre demandas sociais de saúde e a capacidade de resposta do sistema educacional, a autonomia do médico na escolha da especialidade na qual desempenhará suas atividades profissionais.

Neste trabalho, pretende-se localizar a discussão da RM a partir do Concurso SUS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), organizado e financiado pelo Governo do Estado de São Paulo há mais de 15 anos, caracterizando-se com abrangência nacional e pelo elevado número de candidatos que concorrem a vagas nas diferentes especialidades oferecidas pelas instituições participantes.

Partindo da compreensão de que a decisão pela especialidade é um momento singular na trajetória da profissão médica e que a RM desempenha um importante papel para o sistema de saúde; este trabalho objetiva conhecer a tendência da demanda por

especialidades médicas, tomando como referência o universo dos candidatos que se inscreveram no Concurso SUS, no período entre 1999 e 2004.

2 – Introdução

2.1 – Abordagem histórica do ensino médico especializado

A segunda metade do século XIX foi marcada por profundas transformações político-sociais e reordenações econômicas que influíram diretamente no entendimento social sobre saúde. Num contexto grifado pela introdução de novas tecnologias no cenário produtivo, por intensos movimentos sociais e pela transição do modelo econômico, a medicina moderna emergiu com a Revolução Industrial e o novo Estado Moderno. Baseada na racionalidade científica, a “medicina da força de trabalho”, assim denominada por Foucault (1984), figurou um caráter político importante, onde o corpo é reconhecido como um elemento econômico decisivo, um meio indispensável ao novo modo de produção reorganizado sob a perspectiva capitalista (Barata 1999).

Nesta nova configuração da cadeia produtiva, a força de trabalho passou a ser vista como um produto; e, sob esta perspectiva, demandas por reestruturações dos processos de trabalho, novas práticas institucionais e metodologias de difusão do conhecimento foram engendradas.

No campo da saúde, a passagem da medicina urbana do século XVIII para a medicina científica do século XIX trouxe consigo um importante deslocamento do objeto de atenção – das “condições naturais” para o “corpo doente”. De uma medicina excludente, calcada no bom ordenamento sanitário das cidades, passa-se a uma medicina

inclusiva, científica e corporificada; que recolocaria não somente a prática médica, mas também toda a organização da assistência à saúde.

Em 1848, a medicina social, denominada assim pelo médico francês Jules Guérin, trouxe consigo a proposta de três sistemas superpostos: assistência médica aos pobres, medicina administrativa e medicina privada para as classes altas (Nunes, 2005).

Em lugar de aplicações vacilantes e isoladas agrupadas em títulos como polícia médica, higiene pública ou medicina legal, chegou a hora de reunir estes fatos dispersos, regularizá-los em um todo e de levá-los à sua significação mais elevada, sob o nome, mais apropriado para suas funções, de medicina social (Guérin, 1848 *apud* Nunes, 2005:16).

Também denominada de “medicina dos pobres”, a medicina da força de trabalho apresentava-se inclusiva à medida que propunha um sistema assistencial aos pobres e operários, sob a perspectiva da manutenção saudável do principal componente de produção do novo modelo industrial: o corpo.

Muito embora a questão da normalização da prática e do saber médico já aparecesse no final do século XVIII, durante a medicina de estado alemã (Foucault, 1984), foi na medicina social inglesa que, por conta de diversas transições – do modelo econômico, da dinâmica dos processos de trabalho, do entendimento social sobre saúde, do objeto de atenção e aprendizagem, dentre outras; que a discussão da reforma médica ganhou força. As importantes descobertas assinaladas no século XIX proporcionaram a impulsão de um modelo hegemônico de formação onde a valorização da metodologia científico-racional e do processo de especialização eram primados. Tais tendências,

presentes também em outros setores da economia, ditaram novos determinantes na composição dos processos formativos. As reformas no ensino e o repensar do próprio exercício da medicina foram algumas das alternativas encontradas para o enfrentamento de tantas transformações; advindas do acelerado ritmo da incorporação tecnológica, que demandava por novas metodologias de difusão do conhecimento que privilegiasse sua dimensão técnica.

Os principais movimentos de reformulação do ensino médico ocorreram concomitantemente nos EUA e na Inglaterra. A *American Medical Association* (AMA), fundada em 1847, e o *General Medical Council* (GMC), criado na Inglaterra em 1858, institucionalizaram-se em meio à organização da medicina social e de todas as suas transformações, sinalizando a importância de uma proposta que padronizasse o conteúdo didático do curso de medicina, bem como estabelecesse um método mais unificado de ensino (Youngson, 1989).

O *Medical Act* de 1858 é considerado como marco da unificação da medicina moderna na Inglaterra. Neste momento, o Estado interfere na disputa entre as três categorias médicas existentes – físicos, cirurgiões e apotecários; e unifica os direitos entre as três ordens médicas, instituindo também o sistema de registro profissional – *Medical Registrar*, onde o nome de todos os licenciados deveria constar acompanhado de suas respectivas qualificações. A administração e fiscalização do registro profissional e do exame de licenciatura ficaram sob incumbência do GMC, composto por representações da corporação médica, universidade e Coroa, na garantia de que os interesses da população fossem melhor resguardados (Coelho, 1995).

Apesar de estas discussões mostrarem-se mais avançadas na Inglaterra, o relatório emitido em 1890 pelo GMC, com recomendações e propostas de ajustes educacionais, demorou cerca de 30 anos para ser construído e publicado; e, dentre as principais ações implementadas após a divulgação de tal documento, encontram-se o aumento da duração do curso e a inserção de novas disciplinas na grade curricular.

A reforma do ensino americano aconteceu mais tardiamente, tendo como fator propulsor importante às “novidades” trazidas por jovens médicos recém “treinados” na França e na Alemanha (Green, 2000).

No sistema educacional norte-americano vigente no século XIX, eram previstas três possibilidades no ministério do curso de medicina – em escolas médicas privadas, em universidades, ou realizando “estágio” de observação e de prática com médicos reconhecidos pela excelência profissional. Os diferentes “tipos” de medicina (científica, osteopática, homeopática, botânica, entre outras) e os variados perfis dos atores responsáveis no repasse destes conhecimentos, práticas e rituais – abrangendo desde cirurgiões-barbeiros até membros do clero – resultaram em grandes desnivelamento e heterogeneidade no conjunto de conhecimentos técnicos e habilidades profissionais adquiridas. Apesar desta profusão de instituições formadoras, o número de médicos graduados e treinados em locais de excelência era insuficiente, e a quantidade de profissionais que tinham condições de especializar-se em universidades na Inglaterra, na França e na Áustria não atendiam às demandas crescentes com a veloz expansão populacional e territorial norte-americana (Hodges, 2005).

As experiências de jovens médicos que foram complementar a formação profissional em Paris e o impacto desta aprendizagem na prática vigente são relatadas por

Warner, que coloca a escolha da cidade em função da viabilidade das instituições assistenciais no treinamento na prática clínica e na dissecação *postmortem* (Warner, 1998). Além de Paris, em meados de 1850, Viena e Berlim também aparecem como pólos atrativos para médicos americanos em busca de desenvolvimento profissional. Neste período, a Alemanha destacava-se como um centro de ensino emblemático da nova representação da medicina científica, centrada em técnicas laboratoriais e especialização clínica.

Apesar de tratar-se claramente de uma busca individual, e não de um movimento organizado da própria classe médica; coletivamente, estes jovens médicos trouxeram um novo discurso científico para a profissão, até então tida como um ofício de média distinção social, dados os valores políticos da sociedade americana na época: a opinião pública não reconhecia, na atuação médica, algo que a diferenciasse tanto das outras profissões, a ponto de abrir precedente e criar um sistema regulador específico para a profissão e a formação (Beck, 2004). Desta forma, era evidente que, para dar conta da rápida ocupação territorial e do crescimento populacional, era imperativo um aumento na oferta de médicos; porém num cenário diferente, onde o principal pré-requisito para o ingresso no curso de medicina não fosse apenas à viabilidade de financiamento (Gunderman, 2001), ou seja, era necessário um planejamento consistente, de curto/médio prazo, para a formação médica norte-americana.

Partindo destas conjunturas, observa-se que as propostas de reformulação do ensino médico, que se estenderiam também a formação especializada, surgem concomitantemente aos primeiros esboços de organização dos sistemas de saúde.

Para a Inglaterra, o advento de um novo modelo econômico demandava um sistema de saúde que controlasse e mantivesse as condições de saúde da força produtiva; daí a precisão do debate sobre que tipo de profissional estava sendo formado e qual seria o modelo ideal de formação que contingenciasse as transformações do setor.

No caso norte-americano, desta mesma necessidade de geração própria de profissionais especializados, que atendessem às novas tendências científico-rationais da medicina, sem depender de iniciativas individuais e do aparelho formador europeu, é que o sistema de RM ganhou importância política.

O rápido reordenamento do processo de trabalho e do modelo de produção infligido pelo novo modelo econômico incorreu em ajustes importantes tanto para os EUA, com um enorme território para ocupar; quanto para a Inglaterra, que precisava aplacar os intensos movimentos trabalhistas e seguir com um modelo econômico que não esperava por adaptações progressivas: o desenvolvimento tecnológico era muito veloz e determinava o ritmo e a qualificação da incorporação dos profissionais neste novo mercado de trabalho.

A reforma do ensino médico ocorrida nos EUA no início do século XX contou com a importante contribuição do relatório elaborado por Abraham Flexner, publicado em 1910. Denominado Relatório Flexner, trata-se de um diagnóstico traçado a partir das visitas técnicas às 160 escolas médicas distribuídas nos EUA e Canadá. Neste trabalho de campo, com duração de quatro anos, o autor descreve um cenário onde as escolas de medicina, essencialmente privadas, apresentavam infra-estrutura precária, corpo docente pouco qualificado, e grade curricular não padronizada.

Admitindo-se que a ausência de um sistema de regulação educacional e profissional tenha contribuído para um crescimento da oferta de vagas nos cursos de medicina de forma desordenada e desconectada com as necessidades vigentes (Nassif, 2006), a publicação deste relatório consolidou a importância de uma reavaliação das condições do ensino médico (Perez, 2004).

A partir deste diagnóstico, dentre as principais ações disparadas estão o saneamento de escolas médicas com condições insuficientes de funcionamento e a adoção de parâmetros mínimos para os cursos; os quais, a partir de então, passam a ser necessariamente vinculados às universidades ou aos hospitais de ensino previamente qualificados. Outro processo desencadeado pelo relatório foi a instituição do *State Board*, exame que avalia os conhecimentos técnicos do profissional, cujo desempenho é condição para concessão da licença de exercício profissional na América do Norte.

2.1.1 – A constituição da Residência Médica e dos processos de certificação do título de especialista

A reorganização do sistema educacional no campo da medicina, influenciada também pelas novas exigências emanadas do movimento racional-científico vivenciado no final do século XIX, num primeiro momento, centra esforços na regularização e no estabelecimento de condições mínimas para os cursos de medicina. A extensão desta reforma alcança os processos de formação especializada apenas no início do século XX.

Estas velozes inovação e incorporação tecnológica, ao permitir a ampliação do rol de especialidades e subespecialidades, associadas à revisão curricular dos cursos de

medicina, mobilizam a corporação médica no sentido de organização das preposições necessárias para fins certificadores do conjunto de habilidades e conhecimentos adquiridos durante o treinamento especializado (Pellegrini, 2004).

Nos EUA, os primeiros esboços de atuação regulatória governamental também contribuem para a solidificação da RM como processo integrante da carreira profissional, uma vez que passa a ser requisito para a obtenção da licenciatura em medicina a comprovação de um ou mais anos de treinamento especializado (Marcondes, 1998). Um movimento de ações regulatórias por parte dos Estados norte-americanos, prenúncio do desconforto crescente com o *laissez faire*, desencadeia leis mais rígidas para o licenciamento em medicina. A AMA, nesta ocasião já instituída, começa a controlar a abertura de escolas médicas e a avaliar a qualidade do ensino, temendo também que a oferta excessiva de profissionais acirrasse a competição no mercado, incorrendo numa guerra de preços e em iniciativas que enfraquecessem a corporação. Organiza também, em 1877, o *state boards of examination*; autorizando uma comissão de médicos a rejeitar diplomas fornecidos por escolas de reputação duvidosa.

O arquétipo de formação especializada articulado por Osler, Welch e Halsted, desenvolvido no John Hopkins Hospital, aparece na literatura como a primeira experiência bem-sucedida nos EUA, de combinação de ciências básicas com a medicina hospitalar, ou do treinamento clínico com pesquisa científica (Coelho, 1995). Este modelo de especialização baseado no treinamento em serviço, que vem servindo como base estrutural para os PRM's até este momento (Long, 2000), passou a orientar a formação de especialistas naquele país, com a instituição de regras para padronização

dos programas, como duração e conteúdo programático, processo seletivo baseado no desempenho e na análise curricular, além de treinamento supervisionado.

Nos EUA, a primeira especialidade médica a incorporar o processo de certificação foi a Oftalmologia, em 1908. Após a formalização do processo de certificação da Oftalmologia, em 1917, seguem às certificações da Otorrinolaringologia, em 1924, da Obstetrícia e Ginecologia, em 1930, e da Dermatologia, em 1932.

Em 1934, representantes destas quatro especialidades formaram uma espécie de comitê consultivo, com objetivo de definir padrões mínimos para a titulação do conjunto destas especialidades. Surge então a *Advisory Board for Medical Specialties*, que passa a chamar-se *American Board of Medical Specialties* (ABMS) em 1970. Em sua composição, incluía representações das especialidades acima citadas, além da Pediatria (incorporada em 1934); bem como de entidades médico-assistenciais como a *American Hospital Association* (AHA), a *Association of American Medical Colleges the Federation of State Medical Boards* (AAMC), a *American Medical Association Council on Medical Education* (AMA/CME), e a *National Board of Medical Examiners* (NBME) (Ring, 2002).

Em 1948, a ABMS já contava com uma lista de dezoito especialidades médicas, e, neste mesmo ano, criou a *Liaison Committee for Specialty Boards* (LCSB), uma espécie de comitê que deliberava a inclusão ou exclusão de especialidades na entidade. Tais medidas incorreram em 20 anos de estagnação no quadro de especialidades associadas à ABMS, e somente em 1969 houve o reconhecimento da décima nona especialidade, Medicina da Família.

Atualmente, a ABMS (2008) conta com 145 especialidades e subespecialidades (Anexo I). Distribuídas em 24 especialidades gerais, contam com variação da duração dos programas entre 3 e 7 anos, sendo que a certificação nas subespecialidades se dá pelo curso de anos adicionais e por exame para aquisição do título de especialista na área.

Tabela 1 – Lista de Especialidades Médicas reconhecidas pela AMBS e respectivo ano de filiação à instituição.

Especialidades Gerais

Alergia e Imunologia (1971)
 Anestesiologia (1941)
 Cirurgia Geral (1937)
 Cirurgia Plástica (1941)
 Cirurgia Torácica (1971)
 Coloproctologia (1949)
 Dermatologia (1932)
 Genética Médica (1991)
 Medicina de Emergência (1979)
 Medicina de Família (1969)
 Medicina Física e de Reabilitação (1947)
 Medicina Interna (1936)
 Medicina Nuclear (1971)
 Medicina Preventiva (1949)
 Neurocirurgia (1940)
 Neurologia e Psiquiatria (1935)
 Obstetrícia e Ginecologia (1930)
 Oftalmologia (Incorporated 1916)
 Ortopedia (1935)
 Otorrinolaringologia (Incorporated 1924)
 Patologia (1936)
 Pediatria (1935)
 Radiologia (1935)
 Urologia (1935)

FONTE: American Board of Medical Specialties, 2007.

Vale ressaltar que a ABMS é uma organização privada sem fins lucrativos que atua de forma independente, sem vínculo formal com qualquer estrutura estatal. Como a associação à ABMS é voluntária, é facultativo ao especialista apresentar titulação

reconhecida pela ABMS. De qualquer forma, dada autoridade conferida à instituição perante a sociedade, a corporação médica e a agentes prestadores e financiadores, possuir o título validado atribui prestígio e legitimidade ao profissional, tornando este procedimento uma etapa natural da evolução da profissão.

No Reino Unido, o exercício profissional condiciona-se à constatação de registro profissional ativo no GMC. Criado pelo *Medical Act* de 1858 (Hatch, 2001), num primeiro momento, o GMC iniciou suas atividades com a missão de qualificar a prática profissional de “médicos” e “cirurgiões”, além de instituir no país o sistema de registro profissional. Segundo Coelho (1995), o advento do século XX trouxe poucas modificações à medicina inglesa. Algumas das subsequências do *Medical Act* como a unificação dos exames para físicos e cirurgiões e o aparecimento de especialidades como a Oftalmologia (que compatibiliza clínica e cirurgia), dissolveram as diferenciações entre esses dois grupos. Concomitantemente, a dinâmica do mercado suscitou diferenciações entre especialistas e generalistas. Os *Royal Colleges* continuaram como entidades diferenciadas, mantendo seu *status quo* por meio de provas para cessão do *membership* e do *fellowship*, “e do virtual monopólio sobre os postos de especialistas (*consultants*) na rede hospitalar, sobretudo a partir da criação do *National Health Service*” (Coelho, 1995:42).

Segundo este mesmo autor, com exceção de uma ligeira reforma em 1880, o *Medical Act* só tornou a ser revisto em 1972. Atualmente, o GMC é composto por variadas representações da categoria médica, pelo *National Health System* (NHS) e por representantes de instituições acadêmicas, exercendo papel regulador na profissão e na formação médica.

A certificação e a titulação dos especialistas no Reino Unido se dão pelo *Postgraduate Medical Education and Training Board* (PMETB).

Estabelecido em 2003, o PMETB possui um corpo estatutário independente, formado por representantes da categoria médica e do NHS, e é subdividido em dois comitês: de treinamento e de avaliação. O primeiro comitê é responsável pelo desenvolvimento dos padrões curriculares dos programas e estabelecimento dos critérios de seleção. Já o segundo comitê responde por todos os processos avaliativos, desde as provas das especialidades até a obtenção do registro de *General Practitioner* (GP).

Atualmente, segundo o PMETB (2007), o Reino Unido conta com 56 especialidades e 37 subespecialidades reconhecidas (Anexo II).

Numa breve síntese histórica, o processo de unificação da medicina pode ser percebido como um mecanismo de proteção da prática profissional, ao eliminar do mercado “alternativas” para prestação de serviços de saúde, buscando na regulamentação da profissão o controle do mercado de trabalho.

Na Inglaterra, apesar de a burguesia atuar fortemente para inibir as ações regulatórias do Estado no mercado, a representação estatal no GMC sinalizava à população que o poder público assegurava a qualidade dos serviços prestados pelos médicos com título profissional licenciado. Na prática, a liberdade de curar passou a ser monopólio dos médicos registrados no GMC, e o espaço das “medicinas alternativas” no mercado ficou muito restrito.

2.1.2 – A regulamentação da medicina e da RM no Brasil

No Brasil, as primeiras escolas médico-cirúrgicas foram criadas em 1808, com a vinda da Corte Portuguesa; uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. A partir do reconhecimento destas escolas no ano de 1832, o país passou a formar médicos em âmbito acadêmico, culminando na prática profissional exercida por dois grupos heterogêneos: médicos cientificamente formados e cirurgiões-barbeiros (Silva, 2002).

Ainda nesta época, com o objetivo de melhorar a prática médica e colaborar com o governo, em relação à Saúde Pública (Academia Nacional de Medicina, 2007), era estabelecida a primeira associação médica brasileira sob o nome de Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Mais tarde, em 21 de novembro de 1889, o decreto nº 9 do Governo Provisório alteraria seu título para Academia Nacional de Medicina, conforme se mantém até o momento.

Após cem anos da criação das primeiras escolas de medicina no país, o Estado assume o controle do exercício da medicina, por meio do decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932 (Anexo III), que dispõe sobre a regulação e fiscalização da prática profissional de medicina, medicina veterinária, odontologia, farmácia, enfermagem e parteira. Tal dispositivo condiciona o exercício da medicina, em território nacional, ao registro do diploma médico no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente (Brasil, 1932).

Em 1927 surge o Sindicato Médico Brasileiro, o primeiro órgão sindical de profissões liberais no Brasil (Santos, 1995). Segundo Pereira Neto (1998:436),

Esta Associação agia no sentido de regulamentar a propaganda médica na imprensa leiga, fiscalizar o exercício da medicina por profissional estrangeiro, combater as práticas ilegais, o curandeirismo e o charlatanismo. Além disso, o sindicato atuava fiscalizando o relacionamento entre os próprios médicos e entre eles e os demais profissionais da saúde. As denúncias de erros por parte dos médicos também eram constantes. Assim, o sindicato não se preocupava apenas com problemas salariais, voltando-se, sobretudo, para a preservação do prestígio da classe.

No ano de 1945, durante o IV Congresso Médico Sindicalista, foi aprovado o Código de Deontologia Médica, colocado em vigor pelo decreto-lei nº 7.955 de 13 de setembro de 1945, que criava o Conselho Federal de Medicina (CFM). Deste decreto emerge a insatisfação da categoria médica, que, alegando não ter sido consultada quanto à sua elaboração, discorda do seu conteúdo e desencadeia movimentos de resistência ao documento. Desta coesão da categoria médica surge a Associação Médica Brasileira (AMB), em 1951, que levanta o mote da revisão do decreto referido, que vem a ocorrer em 1957, por meio da promulgação do decreto-lei nº 3.268 (Anexo IV) (Lampert, 2002).

A AMB caracteriza-se por uma sociedade civil sem fins lucrativos que agrega médicos de todas as unidades federativas do país. As finalidades da entidade, segundo seu estatuto (1982), é defender a categoria médica nos terrenos científico, ético, social, econômico e cultural; contribuir para a elaboração da política de saúde e aperfeiçoamento do sistema médico assistencial do país; orientar a população quanto aos problemas da assistência médica; preservar e recuperar a saúde; e, elaborar a

classificação de honorários para prestação de serviços médicos para convênios e concessão de título de especialista.

No espaço de tempo entre a instituição da RM no Brasil, que se deu em 1944, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e a criação da CNRM; o reconhecimento do título de especialista era uma prática exercida exclusivamente pelas sociedades de especialidades e a AMB. Apesar da criação do CFM datar-se de 1957, o reconhecimento do título de especialista incorporou-se ao rol de suas atribuições também no ano de 1977.

No período de criação da CNRM, descortinava-se no país um movimento pela democratização da saúde, dada a complexidade do quadro sanitário e o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista legados pelo regime militar (Mendes, 1996).

Segundo Mendes (1996), a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista.

Por conta da política de unificação dos institutos previdenciários, o país vivenciou a ampliação da participação do setor privado na saúde, que se expandiu à custa de incentivo financeiro da Previdência, graças ao veloz alargamento da cobertura assistencial mediante a compra de serviços privados pelo Estado.

Este crescimento desordenado da assistência médica disparou profundas transformações no setor da saúde. A começar pelo aumento dos investimentos na área para subsidiar a ampliação da cobertura assistencial e por conta da regulação e do controle público sobre os prestadores de serviços, com destaque para os médicos, a

natureza liberal do trabalho desta categoria profissional é posta em xeque, trazendo para seu mundo de trabalho uma nova forma de relação laboral: o assalariamento. Segundo Almeida (1997:660),

O modelo liberal da medicina sempre defendeu o livre mercado como o core de proteção de sua autonomia: lutaram contra a entrada do Estado no mercado de seguro-doença, contra os esforços subsequentes de controlar os custos regulando os honorários e mudando os métodos de pagamento para formas mais coletivas (como o assalariamento) e contra as proibições da prática privada para médicos empregados no setor público.

Enquanto, de um lado, a corporação médica queria manter distância de qualquer ação governamental que limitasse sua autonomia profissional, do outro, estudantes e médicos residentes reivindicavam melhores condições de aprendizagem, diminuição da jornada de trabalho e remuneração condizente com o papel desempenhado na prestação da assistência (Marques, Rodrigues, 1979).

Desta forma, o caminho percorrido pela RM até sua regulamentação foi marcado por embates provenientes de duas correntes ideológicas. De um lado encontram-se algumas instituições e associações médicas que defendem a prática liberal e que colocam a RM num plano estritamente educacional – a “corrente pedagógica”. Do outro, firmam-se algumas entidades médicas sindicais, que entendem a RM como uma atividade profissional e, como tal, deve ter seus direitos laborais reconhecidos – a “corrente trabalhista”. Intermediando os conflitos destas duas vertentes encontra-se o

Estado, que se apropria do papel de regulamentador e institui a CNRM por meio do decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977 (Anexo V) (Elias, 1987).

Num contexto grifado pela insatisfação popular e pela reivindicação estudantil, em que a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) defendia um projeto de normalização fortemente ancorado nos direitos trabalhistas, a criação de um órgão regulamentador em meio ao aparato estatal vem amenizar as tensões deste grupo, além de abolir a exclusividade da concessão do título de especialista, que, até então, era privilégio das sociedades de especialidades (Elias, 1987).

Com a lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981 (Anexo VI), o Estado institucionaliza as tensões emergentes desta ambivalência. Num processo formativo que prevê cerca de 80% do programa em prática supervisionada (Kruse, 2001), os limites entre trabalho e educação são imprecisos, e um decreto com estas características viria suscitar, mais adiante, diversas interpretações sobre a problemática. Com este dispositivo normativo, ao mesmo tempo em que mina as aspirações de um modelo primado nos direitos trabalhistas, concedendo ao pagamento o *status* de “bolsa”; o Estado reconhece o exercício da profissão fixando uma remuneração baseada no nível inicial da carreira de médico do serviço público federal e garantindo direitos trabalhistas como licença-maternidade e contribuição como autônomo ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Além destes elementos, neste momento, a CNRM também estabelece critérios para o credenciamento dos programas, tanto em termos didático-assistenciais como de infra-estrutura (Feuerweker, 2000).

Desde então, poucas mudanças ocorreram nos critérios e diretrizes para credenciamento e credenciamento de programas; conforme grifo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), “essa regulamentação tem orientado, ao longo dos últimos 25 anos, a atividade central da CNRM: credenciar e descredenciar programas, utilizando como base estes critérios, além de criar novas especialidades” (Brasil, 2007a:67).

Na ocasião de sua criação, a composição da CNRM incluiu a representação de todos os segmentos da categoria médica, garantindo à corporação um espaço legítimo na discussão da regulamentação da RM. Incluiu também a representação de outros agentes formadores, além do próprio Ministério da Educação (MEC), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), bem como de prestadores e/ou financiadores da RM – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e Ministério da Saúde (MS), associados evidentemente a órgão de segurança (Forças Armadas). Vale reconhecer que não há representação de prestadores privados, apenas prestadores/financiadores públicos (Seixas, 2007).

Após a institucionalização da CNRM e a normalização das atividades dos médicos residentes, segue-se a imediata desativação de alguns programas que não atendiam a condições mínimas de funcionamento, para então, suceder-se uma importante expansão no credenciamento de vagas.

O advento do SUS trouxe importantes modificações na organização dos serviços de saúde. A premência na ampliação do acesso demandada pela nova organização dos serviços de saúde, associada à criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do

Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), potencializou ainda mais a importância do papel do médico residente na prestação de serviços dos hospitais públicos. Tais questões, e de certa forma, contribuíram para a expansão significativa do número de vagas e de credenciamento de novos de PRM's. Segundo Feuerwerker (2000:01) “no período de 1985 a 1996, existiu um crescimento de 51% no número de instituições credenciadas. O número de vagas para R1 aumentou de 3.983 para 6.124”.

O FIDEPS foi concebido pelo MS para ser um multiplicador incidente na remuneração por serviços prestados por instituições com programas de ensino, dentre eles a RM. O objetivo deste programa do MS era, por um lado, estimular a integração dos hospitais universitários ao SUS; e, por outro, suscitar também a prática de atividades didáticas e de formação profissional nos hospitais da rede; incentivando melhorias na qualidade da prestação dos serviços e capacitação para o quadro funcional. Em decorrência da aplicação do FIDEPS, tal aporte financeiro constituiu-se num incentivo à criação de novos PRM's, tornando premente a revisão dos critérios de credenciamento e das condições mínimas de funcionamento dos programas.

Constata-se então que, com a institucionalização do SUS, a participação da RM no bojo do sistema de saúde é reposicionada. Logo, adaptações como a inclusão de gestores do sistema de saúde em sua composição não foram acompanhadas com a velocidade necessária pela CNRM.

2.2 – O papel do Estado na formação de médicos especialistas

Durante um longo período, que se inicia na década de 1950 e se estende até meados dos anos 80, o grande foco de atenção dos gestores públicos na área da saúde voltava-se ao financiamento e à organização da rede de serviços de saúde (Brasil, 2007a).

Muito embora a temática de recursos humanos sempre tenha sido abordada como um dos pilares estruturadores do SUS, freqüentemente entrava nas pautas de discussão de forma desarticulada à assistência, em muitos casos, na condição de insumo, ao lado dos recursos financeiros e materiais.

Iniciativas como a constituição da Rede Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, parceria entre MS e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), vieram solidificar as investigações desta área, contribuindo amplamente para produção de conhecimentos sobre aspectos relevantes na gestão do trabalho e da educação (Brasil, 2003b).

Com o desenvolvimento do SUS, a abordagem do tema a partir das necessidades de planejamento e qualificação do trabalho/trabalhador aparece com maior destaque na década de 1990.

A ampliação dos postos de trabalho após à implementação do SUS, além da expansão da cobertura da assistência suplementar, trouxe novas perspectivas ao cenário.

Segundo o Machado (2006), o número de postos de trabalho médico, no período entre 1992 a 2002, passou de 307.952 para 466.110, representando 21,4% do total de postos de trabalho do setor saúde.

Informações levantadas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) revelam que o maior empregador da categoria é o setor público. Segundo divulgação recente, 76% dos médicos recém-formados (até 29 anos de idade) trabalham para o SUS, e, segundo a instituição, poucos profissionais deste grupo possuem consultório próprio (13%) (CREMESP, 2007).

Estas informações evidenciam a forte influência que o setor público exerce na distribuição dos postos de trabalho médico, que, isoladamente, agrega quase um quarto dos postos de trabalho da área da saúde. A começar pelo financiamento do sistema de RM, que é predominantemente público, o Estado também se constitui como via principal para o ingresso no mercado de trabalho, tornando-se assim o principal agente formador de especialistas, além de importante empregador para estes, no início de carreira.

Dada a importância do médico para o SUS, estudos que se aproximem à realidade do mercado de trabalho e da atual conformação do sistema formativo tornam-se instrumentais importantes no delineamento de diretrizes acerca do dimensionamento, da distribuição geográfica e da fixação destes profissionais, questões e conflitos cotidianos dos gestores do sistema de saúde.

Neste sentido, tanto a graduação quanto os sistemas de formação especializada constituem-se em respeitáveis focos de atenção da ação regulatória do Estado, dado que tanto o aumento quanto a queda na oferta de profissionais podem acarretar

desequilíbrios indesejáveis na dinâmica do mercado de trabalho (Pierantoni, Varella, França, 2004).

Para estas questões, muitos desafios deverão ser enfrentados, a começar pela radiografia do quadro efetivo de especialistas espalhados pelo país. Historicamente, a falta de unicidade da lista de especialidades reconhecidas no país sempre se constituiu num fator limitante importante. Após a criação da CNRM, o CFM passou a registrar os títulos de especialista emitidos por duas fontes distintas: pelo MEC/CNRM e pelas Sociedades de Especialidades.

Segundo Seixas (2000), assim, o Conselho é a instância que reconhece estas especialidades, por ser responsável pelo registro dos profissionais e legislador das práticas médicas. Em função dos critérios estabelecidos para o reconhecimento do título de médico especialista, há dois outros mecanismos para o reconhecimento indireto e criação de novas especialidades: 1) pela CNRM, órgão ligado ao Ministério da Educação, responsável por normatizar os critérios de formação, credenciar serviços e regular as relações dos médicos residentes com as instituições formadoras; e, 2) por meio do reconhecimento pela AMB de uma Sociedade de Especialista, a qual uma vez reconhecida, pode emitir Título de Especialista, que também é reconhecido pelo CFM, criando, na prática, outra especialidade.

Somente em 2002, com a promulgação da Resolução CFM nº 1.634, de 11 de abril de 2002, que aprova o convênio firmado entre o CFM, a AMB e o CNRM, e instituindo a Comissão Mista de Especialidades (CME), que reconhece as Especialidades Médicas e Áreas de Atuação da Medicina, esta situação começa a se reverter. Na sequência, a Resolução CFM nº 1.785 de 05 de abril de 2006 aprova a nova

redação do dispositivo normativo anterior e promulga a lista vigente das 53 especialidades e 54 áreas de atuação médica reconhecidas no país (Anexo VII).

Entretanto, os espaços de titulação de especialistas continuam sendo os mesmos: por meio do curso de um PRM ou das sociedades de especialidades, por meio dos exames de título de especialista.

Outro aspecto relevante para a questão é que nenhum dos sistemas de titulação vigentes registra automaticamente títulos conferidos. Tanto os certificados obtidos via RM quanto os fornecidos pelas sociedades de especialidades só são registrados na CNRM e na CFM caso o profissional o faça livremente.

Desta forma, a dimensão que se tem deste quadro de profissionais é fragmentada e pouco confiável, com informações pulverizadas entre os bancos de dados das sociedades de especialidades, CFM e CNRM.

Independentemente dos diferentes sistemas de titulação, há de se pensar, em curto prazo, no desenvolvimento de um sistema de informação de registros de especialistas integrado, que viabilize e instrumentalize os processos de planejamento e regulação desta força de trabalho.

Alguns caminhos importantes já vêm sendo trilhados neste sentido. A começar pela própria conformidade das listas de especialidades; a aproximação do MS e do MEC neste momento, por meio da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, sinalizam movimentos de um pensar coletivo e pactuado para estratégias de formação conectadas com as necessidades do sistema de saúde.

Tal comissão, criada pelo Decreto Presidencial, de 20 de junho de 2007 (Anexo VIII), possui caráter consultivo em relação à ordenação de formação de profissionais na área da saúde.

O estabelecimento de um espaço que abre para a ausculta e participação dos gestores do sistema de saúde representa um enorme avanço para entendimentos compartilhados sobre as reais demandas de formação.

Por tratar-se da principal modalidade de formação de médicos especialistas para o país, era de se esperar que, num determinado momento, os gestores do sistema começassem a ajustar o olhar para a RM sob a perspectiva de planejamento e regulação em função das necessidades sentidas.

Neste sentido, a revisão da finalidade do sistema de RM e de seus impactos no orçamento público vem mobilizar o *status quo* de um conjunto de atores que, num determinado momento, passa a ver o *modus operandi* da RM ser discutido sob novas perspectivas.

2.2.1 – Os interesses coletivos e a ação regulatória do Estado *versus* as demandas individuais e especificidades da profissão médica

A sociedade brasileira tem vivenciado, ao longo dos últimos anos, uma transição de paradigma no que se relaciona ao funcionamento do aparato estatal na saúde. De um modelo calcado em ações intervencionistas, com financiamento e execução direta dos serviços, transita-se para um modelo regulatório, com abertura para o setor privado atuar na prestação de serviços sob fiscalização e controle públicos.

Usualmente o intuito da regulação no setor saúde tem transitado no estabelecimento de parâmetros que assegurem minimamente a prestação de serviços com qualidade e segurança (CONASS, 2007b).

Entretanto, num entendimento mais abrangente, a concepção econômica de regulação, contextualizada a partir da organização de sistemas de saúde e seus intervenientes, deve ser compreendida na discussão sobre a regulação no setor como um todo. Segundo Bahia & Viana (2002:08),

A tendência contemporânea de fortalecimento da esfera do mercado, classes sociais, a diversificação da demanda em saúde, além do impacto do próprio processo de reforma no setor, induziram uma reorientação das funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. O Estado passou a ter novas atribuições, como as de regulação, controle e avaliação e ampliou-se a participação do mercado e da família na produção, no gasto e no financiamento do sistema de saúde. Essas mudanças compõem uma (re)institucionalização da relação público-privado.

Neste sentido, países com modelos econômicos semelhantes, em função da evolução histórica e do perfil de seus sistemas de saúde, hoje em dia, contam com atuação regulatória do Estado em intensidades e nuances diferentes, a partir da concepção social sobre o acesso ao sistema de saúde.

Tais características, por vezes, refletem-se na organização das profissões e do mercado de trabalho no setor. Segundo Girardi (2005), na área da saúde, a presença marcante das entidades representativas das ocupações e a vulnerabilidade gerencial do poder público frente à esta tensão é vivenciada em diversos países. Dada esta

vulnerabilidade, aspectos quantitativos e qualitativos importantes fogem à capacidade regulatória estatal. A corporação profissional e o aparelho formador atuam decisivamente no delineamento da oferta da força de trabalho no setor.

Adentrando no campo da regulação profissional, as dificuldades no estabelecimento de ações governamentais que regulem a dinâmica do mercado de trabalho residem, por vezes, na pluralidade de atores e interesses que influem neste processo; destacando à atuação da indústria farmacêutica e de produtores de aparatos tecnológicos, das corporações profissionais, do aparelho formador e, por fim, dos gestores e formuladores das políticas de saúde.

De certa forma, a trajetória da RM, desde a implantação do modelo no Brasil até sua regulamentação, foi marcada pela influência destes atores, com alternância de “protagonismos” em algumas ocasiões.

Segundo Flynn (2006), as pressões exercidas pela sociedade civil, pela corporação profissional e pelo Estado sempre ditaram os caminhos da medicina. À medida que a saúde é percebida como um direito social, neste caso referindo-se ao Reino Unido, todos os componentes que interagem com o setor acabam por tornarem-se estratégicos, incluindo-se o campo das profissões. Colocam-se os recursos humanos, em particular os profissionais médicos, como elementos com funções políticas muito bem definidas, a partir do protagonismo de seu papel na organização da assistência, e logo como peça-chave para a garantia da manutenção deste bem-estar social.

Entretanto, garantir tais interesses coletivos muitas vezes significa divergir das necessidades do mercado. Num sistema de saúde com aspirações universalistas como o nosso, porém de caráter dual, afiançar tais direitos torna-se uma tarefa ainda mais

complexa. Segundo Silva (2006), a dualidade entre público e privado, expressada pelo Estado e Mercado, implicam num reconhecimento destas organizações como elementos antagônicos, apesar de estarem associados pela trama social.

Das tensões provenientes desta complexa relação entre necessidades coletivas e interesses individuais, volta-se novamente à questão da autonomia profissional e da liberdade individual da condução profissional.

De acordo com Ribeiro & Scharaiber (1994), a autonomia profissional inerente ao trabalho do médico, suscita conflitos ao planejamento em saúde, tanto no setor público quanto no privado. Tais conflitos desenvolvem-se por entre os interesses dos usuários, do Estado e do mercado, gerando controle de consumo e regulação do processo de trabalho.

Segundo Bahia (2006), para delinear-se um cenário mais realista a respeito do sistema de saúde brasileiro há de se expandir e clarear a concepção acerca da regulação entre público e privado, mapeando inclusive componentes elementares do mercado de trabalho.

Para qualquer intervenção no *modus operandi* do mercado há que se considerar os interesses da sociedade civil, aqui muito claramente centrada na corporação médica. Não há como discutir estratégias regulatórias que promovam o equilíbrio entre as necessidades colocadas pelo sistema de saúde, logo asseguradas pelo Estado, sem antes se considerarem as especificidades da profissão.

Dadas as características que imputam a autonomia profissional como alicerce da profissão (Scharaiber, 1995; Ribeiro & Scharaiber, 1994; Donnangelo & Pereira, 1979) e, considerando a conformação e a evolução da prática e dos processos formativos da

medicina, cabe argumentar tais elementos com as limitações intrínsecas de políticas regulatórias que levem em consideração estritamente o equilíbrio quantitativo entre oferta e demanda destes profissionais, à revelia das tendências de procura por determinadas especialidades e seus determinantes.

Para reflexões sobre o planejamento de médicos especialistas para o sistema de saúde, destaca-se aqui a livre demanda por especialidades médicas no Concurso SUS.

2.3 – O papel da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na formação médica especializada

Atualmente, a SES/SP concentra cerca de 30% do total de bolsas financiadas no país, partilhando junto com o MEC a posição de principal agente financiador da RM do Brasil. Com uma rede de serviços de saúde que se reconhece como o maior parque tecnológico do país, a SES/SP investe anualmente cerca de cem milhões de reais no sistema de RM, traduzindo-se em quatro mil e quinhentas bolsas para residentes.

Logo, adoção de ações intervencionistas, no sentido de ajustes na distribuição destes recursos em função das necessidades apontadas pelo sistema, é minimamente uma função esperada, do órgão gestor estadual, e, neste caso, agente financiador.

Apesar do peso deste investimento, a SES/SP não consegue e nem deve trabalhar a questão do planejamento desta força de trabalho médico isoladamente.

É certo que as discussões sobre regionalização preconizam planejamento e pactuações loco-regionais, com vistas à otimização dos recursos e da própria rede, vide as diretrizes do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) e do Plano Estadual de Saúde de São

Paulo (PES) (São Paulo, 2008). Poder-se-ia instituir então tal celeuma: ao distribuir os recursos para formação de médicos especialistas, o quê deveria ser priorizado, as necessidades de saúde loco-regionais pontuadas na pactuação dos municípios e Estado ou as diretrizes e políticas de saúde desenhadas para um contexto nacional? Poderia ser um *mix* de ambas possibilidades?

Evidentemente que, por apresentar estrutura e aporte financeiro significativos, os critérios para a distribuição das bolsas de RM devem atender às necessidades de ambas situações.

Entretanto, tal resposta poderia ser mais facilmente engendrada se, de alguma forma, tanto o agente financiador quanto o órgão gestor possuísem meios de avaliar o impacto do investimento do sistema de RM na saúde da população.

A própria indefinição de “para quem” e “para quê formar” é impeditiva de ações mais direcionadas e planejadas, com definições de metas e resultados, como as colocadas no próprio PES. Hoje, seria praticamente impossível reverter a distribuição de bolsas em função dos objetivos e metas estabelecidos no plano, em função dos clarões de informação existentes sobre o quadro real de especialistas no Estado e no país.

Por tratar-se de uma modalidade de formação especializada, os PRM's acabam seguindo a lógica de distribuição espacial dos grandes centros formadores. Feuerwerker (2000) já apontava que, em 1996, a região Sudeste apresentava a maior oferta de vagas de RM do país (59%), muito embora no período de 1984 a 2003 a região tenha apresentado o menor crescimento de número de vagas credenciadas.

Tabela 2 – Distribuição relativa de escolas médicas, formandos e vagas de R1 por região do Brasil em 1996.

Região	Nº de escolas médicas	Nº de formandos	Nº de R1	Relação R1/formandos
Norte	4	329	69	0,21
Nordeste	13	1 211	662	0,55
Centro-Oeste	4	246	420	1,71
Sudeste	45	4 292	3 212	0,75
Sul	17	1 236	860	0,7
Total	83	7 314	5 223	0,71

FONTE: Feuerwerker, 2000.

Tabela 3 – Total de Vagas credenciadas pela CNRM no período de 1984 a 2003 por região brasileira.

Total de Vagas Credenciados pela CNRM			
Regiões Brasileiras	1984	2003	Variação no Período
Norte	33	439	1330%
Nordeste	902	2 680	297%
Sudeste	5 914	14 672	248%
Sul	1 275	3 674	288%
Centro Oeste	409	1 641	401%
Total	8 533	23 106	271%

FONTES: Elias, 1987; Brasil, 2005.

Ao se particularizar São Paulo, em 2003, 58% do total de vagas credenciadas no país estavam concentradas no Estado (Brasil, 2005).

Em levantamento realizado no ano de 2004, por um grupo técnico da SES/SP, no Estado de São Paulo havia 6.342 vagas ocupadas. Os dados levantados permitiram comparar a distribuição das instituições, dos programas e das vagas, por natureza jurídica.

Apesar de o número de instituições privadas (51) ser superior ao número de instituições públicas (36), em relação ao número de programas e vagas as posições se inverteram. Do total de programas de RM (679), 58% estão concentrados na área pública e, considerando o número de vagas ocupadas no mesmo período, observamos que 68% alocavam-se em instituições públicas. Isso demonstra que, embora o número de instituições privadas seja maior (59%), tanto o número de programas como o de residentes formados pelo setor público é muito superior. Vale ressaltar que este padrão traduz-se numa relação residente por programa e/ou residente por instituição no setor privado bem inferior ao do setor público.

2.3.1 – O financiamento do Governo do Estado de SP

Instituído em 1979, o PRM do Governo do Estado de SP sempre teve um peso importante no financiamento do sistema de RM (Decreto nº 13.919, de 11 de setembro de 1979). Segundo Sousa (1988), em 1987, o país contava com 9.792 vagas de RM, distribuídas em 1.382 programas e em 202 instituições. O MEC e a SES/SP, juntos, garantiam 43% do total do financiamento.

Em 2003 a SES/SP iniciou um processo de redirecionamento de bolsas de RM para um conjunto de especialidades consideradas como prioritárias para o sistema de saúde, numa tentativa preliminar de dar mais racionalidade na distribuição das bolsas de RM (Barata, 2003).

Dentre as áreas consideradas prioritárias pela SES/SP, estavam aquelas exigidas, pelo Ministério da Saúde, para o funcionamento de alguns serviços: Cancerologia, Nefrologia, Neonatologia e Medicina Intensiva. Outro critério utilizado foi carência sentida de determinados profissionais nos serviços públicos de saúde, principalmente do sistema de urgência e emergência: Cirurgia do Trauma, Neurologia, Neurocirurgia e Medicina Intensiva. As áreas de Anestesiologia e Cirurgia Pediátrica também entraram na lista devido à dificuldade constante na absorção destes profissionais e pela demanda reprimida para cirurgias pediátricas. A Clínica Médica e a Medicina da Família e Comunidade completaram este quadro por serem áreas básicas, e esta última, por tratar-se de uma das mais importantes estratégias do SUS (Carro, Araújo, Oliveira Filho & Seixas, 2004).

O que ocorre é que, apesar desta medida, as respostas do mercado não deram conta do preenchimento de algumas áreas. Das 107 vagas destinadas exclusivamente a tais especialidades, apenas 81 foram efetivamente ocupadas.

Tabela 4 – Distribuição de bolsas financiadas pela SES/SP segundo especialidades e ocupação, no ano de 2003.

Não Ocupadas	Concedidas	Ocupadas	Não Ocupadas
Nefrologia	8	0	8
Med. Família Comunidade	13	7	6
Neurologia	4	1	3
Cancerologia	4	1	3
Neonatologia	13	11	2
Medicina Intensiva	10	8	2
Clínica Médica	30	29	1
Anestesiologia	10	9	1
UTI Pediátrica	6	6	0
Neurocirurgia	0	0	0
Nefrologia Pediátrica	1	1	0
Cirurgia Pediátrica	1	1	0
Cirurgia do Trauma	0	0	0
Cancerologia Pediátrica	7	7	0
Total	107	81	26

FONTE: Coordenadoria de Recursos Humanos – SES/SP.

Apesar da legitimidade na condução deste processo, naquele momento, tal ação diretiva da SES/SP moveu tensões dentre os poderes já instituídos, onde agentes formadores, principalmente a academia, viram como um movimento impositivo tal estratégia governamental.

Evidencia-se então que decisões relativas à condução de políticas que racionalizem este processo de distribuição de bolsas necessariamente devem ser articuladas com os diferentes elementos que conformam o *set*, para que seja garantida a unicidade do conjunto de ações que viabilizem a implementação de tais políticas.

2.3.2 – O Concurso SUS

Anualmente, o Governo do Estado de São Paulo, por meio de decreto, determina o número de bolsas que serão financiadas pela SES/SP. Esta distribuição é deliberada pelo Conselho Estadual da Formação Profissional na Área da Saúde (CONFORPAS), que, ainda neste âmbito, reparte-as entre as diferentes instituições que se beneficiam deste investimento.

Criado pelo decreto nº 28.495, de 15 de junho de 1988 (Anexo IX), o CONFORPAS estrutura-se da seguinte forma:

Artigo 1º – Fica criado, junto à Secretaria da Saúde, o CONFORPAS, composto pelos seguintes membros:

I – Secretário da Saúde que será seu Presidente nato;

II – Secretário de Ciências e Tecnologias;

III – Secretário da Fazenda;

IV – Secretário de Economia e Planejamento;

V – Diretor Executivo da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap);

VI – Um representante do Conselho de Reitores das Universidades Estaduais do Estado de São Paulo (CRUESP);

VII – Um representante da Comissão Interinstitucional da Saúde de São Paulo.

Parágrafo único. Cada membro do Conselho a que se refere o “caput” deste artigo contará com um suplente, que o substituirá em seus impedimentos.

Na dinâmica de repartição, tais instituições dividem-se em dois grupos, no que se refere à autonomia da distribuição interna para cada especialidade.

Para o conjunto de instituições que pertencem à rede estadual, e para algumas outras que integram o Concurso SUS, a SES/SP determina também como deverão ser alocadas as bolsas financiadas em relação às especialidades ofertadas, e ainda promove o processo seletivo para ingresso nos programas – o Concurso SUS.

Tradicionalmente o Concurso SUS é organizado e aplicado pela Fundação Carlos Chagas, e é realizado por meio de fase única, composta por uma prova escrita, contendo testes objetivos, abarcando questões de cinco áreas básicas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social – no caso de acesso a programas de área básica e acesso direto.

No ato de inscrição, o candidato opta pela especialidade a que pretende concorrer, conhecendo a instituição que cursará o programa, caso aprovado, apenas na convocação para a escolha das vagas, por ordem de classificação.

Conforme lista no edital do Concurso SUS – 2004, a prova é avaliada estatisticamente, com a utilização de escore padronizado, com média igual a 50 e desvio padrão igual a 10. A nota do candidato resulta da diferença entre seu escore bruto e a média do grupo, dividida pelo desvio padrão da distribuição, multiplicada por 10 e acrescida de 50. Considera-se habilitado o candidato que obtiver nota padronizada igual ou superior a 40. A classificação é feita por especialidade, obedecendo à ordem decrescente de nota obtida pelo candidato.

3 – Justificativa

O conhecimento da procura por especialidades do Concurso SUS e do perfil dos candidatos, segundo especialidade, localidade geográfica da graduação e desempenho na prova, deverá contribuir para compreensão da representação deste concurso para o sistema de saúde.

Desta forma, este trabalho almeja fornecer subsídios que auxiliem gestores e planejadores de recursos humanos na tomada de decisão, pois a demanda pela formação especializada pode constituir-se em importante sinalizador das tendências do mercado de trabalho médico.

Pela dimensão deste processo seletivo e pela escassa produção literária acerca do tema abordado, especialmente no que se refere a estudos com base empírica, como o proposto, espera-se que este estudo possibilite à SES/SP um referencial que aporte a discussão e a condução de novas diretrizes na política de formação de médicos especialistas.

4 – Objetivos

4.1 – Objetivo Geral

Traçar o perfil, por especialidade médica, dos candidatos do Concurso de Residência Médica do SUS – SES/SP, no período de 1999 a 2004.

4.2 – Objetivos Específicos

- 1- Caracterizar o perfil dos candidatos inscritos segundo idade e sexo, no período analisado.
- 2- Identificar as especialidades médicas, por ordem decrescente de procura, contempladas pelo Concurso SUS no período entre 1999 e 2004.
- 3- Estimar a relação candidato/vaga, por especialidade, no período compreendido.
- 4- Confrontar o desempenho dos candidatos na prova, segundo tipo de especialidade prestada.
- 5- Identificar a procura por especialidades pelos candidatos, segundo localidade geográfica de moradia.
- 6- Estimar a taxa de absenteísmo do Concurso SUS, por especialidade, no período de 1999 a 2004.

5 – Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório no qual foram utilizados dados secundários contidos num banco organizado pela Fundação Carlos Chagas (FCC) e disponibilizado para a Coordenadoria de Recursos Humanos da SES/SP.

As planilhas disponibilizadas migraram do formato *Excel* para um banco de dados em Access. Os dados foram analisados estatisticamente por meio do software Epi Info versão 3.3.2, para permitir a realização do estudo de tendência da procura pelas especialidades no período entre 1999 a 2004.

As variáveis contidas no banco são: nome do candidato, cidade, Unidade da Federação (UF), sexo, data de nascimento, opção da especialidade, escola médica de origem, instituição onde realizou o pré-requisito, UF da instituição onde realizou o pré-requisito, presença na prova, habilitação e classificação.

As variáveis utilizadas, a partir deste banco, são: data de nascimento, sexo, opção da especialidade, presença na prova e habilitação, além da variável complementar relativa à UF em que realizou a graduação.

Também foram utilizados como fonte de pesquisa documentos técnicos e informações gerenciais da SES/SP, todos relativos a processos ligados ao Concurso SUS.

Para a realização deste estudo, foram utilizadas as seguintes categorias de análise: sexo, idade, natureza jurídica das instituições, as especialidades médicas e a classificação dos candidatos.

O período que foi analisado abrange 1999 a 2004 e contabilizou um total de 35.629 inscritos no concurso.

Ao longo deste intervalo, algumas especialidades médicas apresentaram mudanças na denominação, o que incorreu num ajuste de nomenclatura no banco de dados montado a partir das informações dos processos seletivos, totalizando 40 registros de especialidades, conforme quadro abaixo.

Ilustração 1 – Quadro com os ajustes nas nomenclaturas das especialidades oferecidas no Concurso SUS.

DE	PARA
Radiologia	Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Proctologia	Coloproctologia
Anatomia Patológica	Patologia
Oncologia	Cancerologia
Cirurgia Vascular Periférica	Angiologia e Cirurgia Vascular
Cirurgia Gastroenterológica	Cirurgia do Aparelho Digestivo
Doenças Infecciosas e Parasitárias	Infectologia
Medicina Geral e Comunitária	Medicina de Família e Comunidade
Ginecologia e Obstetrícia	Obstetrícia e Ginecologia
Fusão de Terapia Intensiva Pediátrica com de Terapia Intensiva e Medicina Intensiva	

FONTE: FCC e SES/SP

A oferta de vagas nas especialidades não ocorreu de maneira sistemática, e para fins estatísticos, as especialidades que apresentaram apenas um ou dois anos de oferta de vagas foram classificadas como “ofertas irregulares” e excluídas do grupo de análise. Tais especialidades são: Cancerologia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Mastologia, Terapia Intensiva e Neonatologia. Desta forma, após a exclusão destas especialidades do universo da pesquisa, a lista de especialidades consideradas no estudo contabilizou 35

especialidades, subtraindo-se do banco 212 registros correspondentes aos inscritos nestas cinco especialidades, resultando em 35.417 inscritos.

Tabela 5 – Lista de Especialidades com oferta regular no período entre 1999 e 2004.

Especialidades
Anestesiologia
Angiologia e Cirurgia Vascular
Cancerologia
Cardiologia
Cirurgia Cardiovascular
Cirurgia de Cabeça E Pescoço
Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cirurgia Geral
Cirurgia Oncológica
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cirurgia Torácica
Clínica Médica
Coloproctologia
Dermatologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Hematologia/Hemoterapia
Infectologia
Medicina da Família e Comunidade
Nefrologia
Neurocirurgia
Neurologia
Obstetrícia e Ginecologia
Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia
Otorrinolaringologia
Patologia
Pediatria
Pneumologia
Psiquiatria
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Radioterapia
Reumatologia
Urologia

FONTE: FCC e SES/SP

Dado que o Concurso SUS caracteriza-se por ser um processo seletivo de etapa única, ao participarem do processo, os candidatos concorrem a uma vaga em determinada especialidade, e não numa instituição específica. Logo, não há como estimar a demanda por instituições, menos ainda calcular a relação candidato/instituição.

Para a descrição da distribuição de bolsas de RM dentre as instituições participantes do Concurso SUS, considerou-se a ocupação de vagas a partir da folha de pagamento do primeiro mês de recebimento dos residentes que ingressaram nos PRM's em 2005, dada a indisponibilidade de dados para os anos anteriores.

Outra dificuldade encontrada está relacionada à informação sobre a oferta de vagas por especialidade. Após consulta ao Grupo de Acompanhamento e Supervisão dos Programas de Residência Médica da SES/SP (GAS/RM), desvendou-se que estes dados só passaram a ser publicados no edital do concurso mais recentemente, a partir do processo seletivo para ingresso em 2004. Desta forma, para analisar a relação candidato/vaga, alguns ajustes tiveram que ser feitos. Considerando-se que a FCC disponibilizou a oferta de vagas por especialidades somente para o ano de 1999 e as mesmas informações passaram a integrar o Edital do Processo Seletivo somente a partir de 2004, o indicador candidato/vaga só pode ser calculado para estes anos.

Para analisar a tendência da procura pelas especialidades, ou seja, verificar no período se a quantidade de inscritos em cada especialidade aumentou, diminuiu ou ficou estável; deve-se considerar que o número de informações (seis anos) para cada especialidade é pequeno, impossibilitando o uso de modelos estatísticos mais elaborados que ajudariam na verificação de tendências do número de inscrição com o decorrer dos anos. Desta forma, foi utilizada a Correlação de Pearson para verificar o grau de

associação entre o número de inscritos e o ano de inscrição. Para classificar a especialidade de acordo com o comportamento do número de inscrições, foi estipulado o valor 0,7 para a correlação entre o número de inscritos e o ano. Sendo assim, a variável “classificação” assume os valores 1, 2 ou 3, que significam:

- 1: existem evidências de que o número de inscritos cresceu no decorrer dos anos;
- 2: existem evidências de que o número de inscritos decresceu no decorrer dos anos;
- 3: existem evidências de estabilidade do número de inscritos no decorrer dos anos.

6 – Resultados e Discussão

6.1 – Dimensionamento do Concurso SUS

O número total de inscrições no concurso, ao longo do período analisado (de 1999 a 2004), foi de 35.629. Conforme ilustra o gráfico abaixo, de modo geral, houve tendência de crescimento no número de inscrições no concurso, apresentando variação de 1.012 inscrições, entre os anos de 1999 a 2004.

Gráfico 1 – Número de inscrições no Concurso SUS, período de 1999 a 2004.

FONTE: FCC e SES/SP

Do total de instituições participantes, segundo distribuição por natureza jurídica, observa-se que a maioria é pública.

Gráfico 2 – Natureza Jurídica das Instituições participantes do Concurso SUS no ano de 2005, segundo Natureza Jurídica.

FONTE: FCC e SES/SP

Conforme ilustrado no gráfico 3 e tabela 6, os hospitais públicos estaduais de administração direta contam com o maior aglomerado de bolsas, $n = 306$ (69,55% do total), sendo que, dentre este grupo, a instituição que apresentou o maior quantitativo de bolsas foi o Hospital Heliópolis, com 61 vagas (aproximadamente 20% do segmento).

As Instituições Filantrópicas aparecem em 2º lugar com 77 vagas (17,50% do total); e deste total, a Casa de Saúde Santa Marcelina destaca-se com 44 vagas (52% deste segmento). A Santa Casa de Limeira foi a instituição que apresentou o menor número de bolsas, dispondo de apenas uma vaga.

Gráfico 3 – Distribuição de bolsas de R1 por natureza da Instituição participante do Concurso SUS no ano de 2005.

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 6 – Distribuição de vagas de R1 por Instituição participante do Concurso SUS em 2005.

Hospitais Públicos Estaduais			
Instituições		Nº vagas para R1	% Vagas
1	Centro de Reabilitação Crânio-Faciais	2	0,45
2	Hospital Geral de Taipas	2	0,45
3	Complexo Hospitalar Padre Bento	5	1,14
4	Hospital Geral de Vila Penteado	5	1,14
5	Complexo Hospitalar Juquery	6	1,36
6	Instituto Lauro de Souza Lima	6	1,36
7	Hospital Infantil Cândido Fontoura	11	2,50
8	Hospital Infantil Darcy Vargas	12	2,73
9	Hospital Pérola Byington	12	2,73
10	Hospital Mat. Leonor Mendes de Barros	16	3,64

Continua

11	Instituto de Infectologia Emílio Ribas	16	3,64
12	Hospital Brigadeiro	20	4,55
13	Hospital Guilherme Álvaro	27	6,14
14	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia	28	6,36
15	Complexo Hospitalar do Mandaqui	37	8,41
16	Hospital Ipiranga	40	9,09
17	Hospital Heliópolis	61	13,86
Total parcial		306	69,55
Hospitais Públicos Municipais			
Instituições		Nº vagas para R1	% Vagas
1	Hospital Municipal Antônio Giglio	2	0,45
Total parcial		2	0,45
Faculdades de Medicina Públicas			
1	Faculdade de Medicina de Jundiaí	18	4,09
Total parcial		18	4,09
Faculdades de Medicina Privadas			
Instituições		Nº vagas para R1	% Vagas
1	Universidade do Oeste Paulista	9	2,05
2	Faculdade de Medicina de Catanduva	17	3,86
Total parcial		26	5,91
Instituições Filantrópicas			
Instituições		Nº vagas para R1	% Vagas
1	Santa Casa de Limeira	1	0,23
2	Hospital Amaral de Carvalho Jaú	2	0,45
3	Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho	6	1,36
4	Beneficência Portuguesa – SP	8	1,82
5	Fundação Antônio Prudente	13	2,95
6	Casa de Saúde Santa Marcelina	47	10,68
Total parcial		77	17,50

continua

Conclusão Tabela 6 – Distribuição de vagas de R1 por Instituição participante do Concurso SUS em 2005.

Organização Social			
Instituições		Nº vagas para R1	% Vagas
1	Hospital Geral de Carapicuíba	4	0,91
2	Hospital Geral de Pedreira	7	1,59
Total parcial		11	2,50
Total Geral		440	100,00

FONTE: FCC e SES/SP

6.2 – Perfil dos candidatos

6.2.1 – Sexo e Idade

Para todos os anos observados, a análise segundo sexo aponta predominância do sexo masculino (56,5%), muito embora a participação feminina venha aumentando discretamente, passando de 41,3%, em 1999, para 45%, em 2004.

Tabela 7 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS por ano segundo sexo no período entre 1999 e 2004.

Sexo*	Feminino		Masculino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1999	3 355	41,3	4 773	58,7	8 128	23,0
2000	2 840	41,9	3 935	58,1	6 775	19,1
2001	2 526	43,2	3 316	56,8	5 842	16,5
2002	2 500	45,0	3 058	55,0	5 558	15,7
2003	2 166	46,4	2 499	53,6	4 665	13,2
2004	1 991	45,0	2 432	55,0	4 423	12,5
TOTAL	15 378	43,5	20 013	56,5	35 391	100,0

FONTE: FCC e SES/SP

*26 Registros sem essa informação

A faixa de idade que compreende até 25 anos, a mediana da variável, abarca 50,8% do total de inscrições ao Concurso SUS deste período, apresentando distribuição similar em relação ao sexo (gráfico 4).

Gráfico 4 – N° de inscrições no Concurso SUS segundo sexo e faixa etária, no período de 1999 a 2004.

FONTE: FCC e SES/SP

Nota-se que, ao longo do período analisado, houve um aumento do número de inscritos na faixa entre 26 e 30 anos de idade, sinalizando assim uma tendência de crescimento do número de candidatos com um perfil etário mais avançado.

Tabela 8 – Correlação entre o número de inscritos e idade no período entre 1999 e 2004.

*IDADE	Nº	Coefficiente de Correlação de Pearson
22	248	-0,54
23	3 169	-0,83
24	6 858	-0,61
25	7 820	0,63
26	6 359	0,91
27	4 245	0,87
28	2 491	0,79
29	1 507	0,92
30	889	0,83
31	563	0,58
32	356	-0,67

FONTE: FCC e SES/SP

6.2.2 – Local de Origem

Tomando o local de origem como a UF em que o candidato residia no momento da inscrição no concurso, observa-se que a maioria dos candidatos provinha de outros Estados brasileiros (52,1%), com destaque para os Estados no entorno de SP, que juntos totalizam 33% destes casos.

Tabela 9 – N° de inscrições no Concurso SUS, segundo Estado de residência no ato da inscrição, no período entre 1999 e 2004.

UF no ato da inscrição no Concurso SUS	N° inscrições	Porcentagem
AC	24	0,13%
AL	515	2,77%
AM	333	1,79%
AP	15	0,08%
BA	1 496	8,06%
CE	370	1,99%
DF	671	3,61%
ES	1 234	6,65%
GO	811	4,37%
MA	261	1,41%
MG	2 802	15,09%
MS	356	1,92%
MT	278	1,50%
PA	869	4,68%
PB	342	1,84%
PE	690	3,72%
PI	263	1,42%
PR	2 237	12,05%
RJ	2 050	11,04%
RN	363	1,95%
RO	23	0,12%
RR	80	0,43%
RS	1 190	6,41%
SC	884	4,76%
SE	394	2,12%
TO	17	0,09%
Subtotal (exceção SP)	18 568	100,00%
Residentes em outros Estados	18 568	52,11%
Residentes em SP	17 061	47,89%
Total	35 629	100,00%

FONTE: FCC e SES/SP

Partindo-se da distribuição do sexo segundo o local de origem, observa-se que a proporção de inscritos do sexo masculino foi superior no grupo de médicos que moravam em outras localidades.

Gráfico 5 – Percentual de inscritos segundo Estado de moradia no momento da inscrição e sexo, no período entre 1999 a 2004.

FONTE: FCC e SES/SP

Quando comparados os dados referentes à unidade federada da escola de graduação (Anexo X) e local de moradia do candidato, nota-se que o volume de inscrições de médicos graduados fora de SP (68%) foi superior ao volume de inscrições de médicos que residiam em outros Estados brasileiros (52%).

Gráfico 6 – Percentual de inscritos no período, segundo Unidade Federada da escola de graduação e moradia do candidato no ato da inscrição.

FONTE: FCC e SES/SP

Ao serem analisadas as inscrições dos candidatos graduados em outras UF's que residiam no Estado de São Paulo no momento da inscrição, observa-se que, no período entre 1999 e 2004, aproximadamente 50% dos inscritos provinham de outros Estados da região sudeste: Rio de Janeiro, 29,9%; Minas Gerais, 17,8%; e Espírito Santo, 2%. No computo geral dos candidatos provenientes de outros Estados da Federação mas residentes em São Paulo no momento da inscrição, seguindo-se Rio de Janeiro e Minas Gerais a terceira posição é ocupada por um Estado da Região Norte, o Pará com 10,4% dos inscritos.

Tal constatação pode ser sugestiva de deslocamentos prévios, no sentido de o candidato ter saído de SP para cursar medicina em outros Estados e ter retornado para

dar seqüência à formação especializada. Independentemente desta hipótese, o fato é que uma parte dos médicos graduados em outras unidades federadas já havia imigrado para SP por algum motivo; quer seja para tentar uma vaga no Concurso SUS, quer seja para ingressar no mercado de trabalho paulista. Sendo assim, optou-se por considerar, nos cruzamentos referentes à procedência geográfica dos candidatos, as Unidades Federativas de local de moradia no momento da inscrição.

Tabela 10 – Distribuição de candidatos inscritos graduados em Unidades da Federação que não S. Paulo e que residiam no Estado de São Paulo no período entre 1999 e 2004.

Região	UF de escola de Graduação	Nº	%
Norte	AM	64	1,25
	PA	535	10,44
	RR	2	0,04
	Subtotal	601	11,73
Nordeste	AL	91	1,78
	BA	135	2,63
	CE	75	1,46
	MA	92	1,80
	PB	138	2,69
	PE	60	1,17
	PI	57	1,11
	RN	55	1,07
	SE	64	1,25
	Subtotal	767	14,97
Sudeste	ES	101	1,97
	MG	913	17,82
	RJ	1533	29,92
	Subtotal	2 547	49,71

Continua

Conclusão Tabela 10 – Distribuição de candidatos inscritos graduados em Unidades da Federação que não S. Paulo e que residiam no Estado de São Paulo no período entre 1999 e 2004.

Sul	PR	167	3,26
	RS	94	1,83
	SC	32	0,62
	Subtotal	293	5,72
Centro-Oeste	DF	15	0,29
	GO	28	0,55
	MS	30	0,59
	MT	30	0,59
	Subtotal	103	2,01
Sem informação		685	13,37
Graduados no exterior		128	2,50
Total		5 124	100,00

FONTE: FCC e SES/SP

Sob qualquer uma das perspectivas sobre a origem dos candidatos, os dados posicionam o Concurso SUS como um importante elemento de atração para recém formados de outras unidades federadas.

De certa forma, este comportamento assemelha-se à tendência revelada tanto pelo Censo Demográfico de 2000, como pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos de 2002, 2003 e 2004, sobre o perfil migratório da população brasileira, no que tange aos imigrantes e emigrantes do Estado de São Paulo (Brito, Carvalho, 2006). Para o período entre 1999 e 2004, a análise sobre os migrantes com destino ou origem paulista mostrou que os principais deslocamentos, em ambos sentidos, caracterizavam-se pela “troca” entre os estados do Nordeste e de Minas Gerais e São Paulo.

Em relação à movimentação espacial dos médicos, alguns estudos situam a questão da escolha da localidade de exercício profissional como um momento fortemente marcado pela influência do local de RM e de graduação (Ernest & Yett 1985; Seifer et al, 1995).

Nos EUA, um estudo realizado pela *University of Washington School of Medicina* (UWSOM), responsável pela formação de 87% dos especialistas de pelo menos 5 Estados norte-americanos, aponta para a absorção quase integral de seus egressos no mercado de trabalho da região, inclusive nas mesmas áreas das especialidades cursadas (Crittenden, Schaad, Coombs, 2001). Neste estudo, que abarcou todos os especialistas formados pela UWSOM no período de 1975 a 1995 (n=3.824), com taxa de resposta de aproximadamente 50%, a grande maioria de seus ex-alunos permaneceram nos entornos da região de Washington, dividindo-se na prática do setor privado (50,3%), postos em instituições acadêmicas (30,9%) entre outras vinculações.

Num estudo realizado pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo (2006), do qual fazem parte a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, GV Saúde e Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que abrangeu o total de egressos de PRM's financiados pela SES/SP no período entre 1990 e 2002, indicou que cerca de 18% dos ex-residentes haviam cursado medicina em outros Estados brasileiros (denominados como imigrantes) e contavam com registro profissional ativo no CREMESP.

Por outro lado, quase 11% dos residentes também cursaram medicina fora de São Paulo, porém voltaram para seu local de graduação (migrantes de retorno). Já cerca de

4% cursaram faculdade fora de SP, fizeram residência neste estado e partiram para outro estado. Apenas 4,5% daqueles residentes graduados em São Paulo saíram do estado.

Ainda na pesquisa realizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo (2006), a verificação do local de origem do profissional *versus* a natureza jurídica das instituições de RM revelaram que os PRM's ministrados por universidades absorveram maior número de médicos graduados no Estado de SP; o exato oposto do perfil dos PRM's desenvolvidos por hospitais, que contaram com maior participação de médicos egressos graduados em outras unidades federadas.

A atratividade do Concurso SUS para médicos de procedências geográficas que não o Estado de São Paulo pode caracterizá-lo como porta de entrada para o mercado de trabalho paulista, reforçando a hipótese de que a estrutura do aparelho formador de especialização profissional contribui para a fixação do profissional no local de formação, influenciando, portanto, no equilíbrio da distribuição regional de médicos (Dussault, Franceschini, 2006).

6.3 – As Especialidades Médicas Oferecidas no Concurso SUS

A procura por especialidades médicas foram tratadas sob dois aspectos: *volume* e *tendência de demanda*. O volume traduz o número de inscritos por especialidade e a *tendência de demanda* resulta da comparação entre o número de inscritos no início e no final do período por especialidade.

6.3.1 – Análise do volume de inscritos por especialidade

Em relação ao *volume*, as cinco primeiras especialidades médicas que apresentaram o maior número de inscritos foram: Clínica Médica (24%), Cirurgia Geral (18%), Obstetrícia e Ginecologia (7%), Pediatria (6%) e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (6%). Juntas elas representam 61% das inscrições e percebe-se que as quatro especialidades de Áreas Básicas - Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria mantiveram-se nas primeiras colocações, em relação à quantidade.

Dentre as especialidades com menor volume de inscrições (abaixo de 100 inscrições) estão Pneumologia (0,3%), Reumatologia (0,3%), Gastroenterologia (0,2%), Cirurgia Cardiovascular (0,2%), Cirurgia de Cabeça e Pescoço (0,2%), Neurologia (0,2%) e Cirurgia Torácica (0,1%).

Tabela 11 – Distribuição do total de inscritos no Concurso SUS por especialidade no período entre 1999 e 2004.

Especialidade	Total de inscrições no período	%
Clínica Médica	8 674	24,5%
Cirurgia Geral	6 452	18,2%
Obstetrícia e Ginecologia	2 312	6,5%
Pediatria	2 106	5,9%
Radiologia e Diag. Por Imagem	2 105	5,9%
Ortopedia e Traumatologia	1 379	3,9%
Oftalmologia	1 341	3,8%
Otorrinolaringologia	1 327	3,7%
Dermatologia	1 005	2,8%
Cardiologia	918	2,6%
Anestesiologia	893	2,5%
Cirurgia Plástica	841	2,4%

Continua

Conclusão Tabela 21 – Distribuição do total de inscritos no Concurso SUS por especialidade no período entre 1999 e 2004.

Neurocirurgia	675	1,9%
Endocrinologia	661	1,9%
Infectologia	603	1,7%
Urologia	600	1,7%
Psiquiatria	513	1,4%
Angiologia e Cir. Vascular	451	1,3%
Cirurgia Oncológica	441	1,2%
Cancerologia	308	0,9%
Patologia	269	0,8%
Radioterapia	230	0,6%
Coloproctologia	154	0,4%
Cirurgia do Ap. Digestivo	142	0,4%
Medicina da Fam. e Comunidade	142	0,4%
Hematologia/Hemoterapia	125	0,4%
Cirurgia Pediátrica	111	0,3%
Nefrologia	105	0,3%
Pneumologia	95	0,3%
Reumatologia	95	0,3%
Gastroenterologia	81	0,2%
Cirurgia Cardiovascular	76	0,2%
Cirurgia de Cabeça E Pescoço	72	0,2%
Neurologia	62	0,2%
Cirurgia Torácica	53	0,1%
Total	35 417	100,0%

FONTE: FCC e SES/SP

Na análise ano a ano, a Clínica Médica e a Cirurgia Geral ocuparam sistematicamente a primeira e a segunda colocações. A Pediatria e a Obstetrícia e Ginecologia se alternaram na ocupação do terceiro lugar do *ranking*, porém, a partir de 2002, a Pediatria sai dentre as quatro primeiras colocadas, sendo substituída pela Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

Tabela 12 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 1999.

Especialidades	Concurso SUS – 1999	%	% acumulada
Clínica Médica	1 268	22,4%	22,4%
Cirurgia Geral	1 051	18,6%	41,1%
Obstetrícia e Ginecologia	442	7,8%	48,9%
Pediatria	406	7,2%	56,1%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 13 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2000.

Especialidades	Concurso SUS – 2000	%	% acumulada
Clínica Médica	1 375	23,5%	23,5%
Cirurgia Geral	1 031	17,6%	41,0%
Pediatria	399	6,8%	47,9%
Obstetrícia e Ginecologia	394	6,7%	54,6%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 14 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2001.

Especialidades	Concurso SUS – 2001	%	% acumulada
Clínica Médica	1 359	23,5%	23,5%
Cirurgia Geral	1 096	19,0%	42,5%
Obstetrícia e Ginecologia	373	6,5%	48,9%
Pediatria	359	6,2%	55,1%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 15 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2002.

Especialidades	Concurso SUS – 2002	%	% acumulada
Clínica Médica	1 537	25,5%	25,5%
Cirurgia Geral	1 067	17,7%	43,2%
Obstetrícia e Ginecologia	356	5,9%	49,1%
Radiologia e Diagn. por Imagem	352	5,8%	54,9%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 16 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2003.

Especialidades	Concurso SUS – 2003	%	% acumulada
Clínica Médica	1 512	27,2%	27,2%
Cirurgia Geral	1 025	18,4%	45,7%
Radiologia e Diagn. por Imagem	345	6,2%	51,9%
Obstetrícia e Ginecologia	342	6,2%	58,0%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 17 – Distribuição de inscritos pelas quatro especialidades com maior número no Concurso SUS em 2004.

Especialidades	Concurso SUS – 2004	%	% acumulada
Clínica Médica	1 623	24,8%	24,8%
Cirurgia Geral	1 182	18,1%	42,9%
Obstetrícia e Ginecologia	405	6,2%	49,1%
Radiologia e Diagn. por Imagem	388	5,9%	55,0%

FONTE: FCC e SES/SP

6.3.2 – Análise do volume de inscritos por especialidade segundo local de origem

A análise do total de inscrições de cada especialidade por local de moradia, revela que as cinco especialidades mais procuradas por médicos não moradores em São Paulo foram a Neurocirurgia (63%), Otorrinolaringologia (61%), Oftalmologia (61%), Gastroenterologia (60%) e Clínica Médica (59%).

Já as cinco especialidades com maior concentração de médicos que moravam no Estado de São Paulo foram Cirurgia Pediátrica (77%), Medicina de Família e Comunidade (72%), Urologia (66%), Pneumologia (65%) e Psiquiatria (64%).

Tabela 18 – Distribuição do total de inscritos por especialidade segundo UF de moradia no período entre 1999 e 2004.

Especialidades Oferecidas no Concurso SUS	Inscritos c/ Moradia em SP	% Inscritos c/ Moradia em SP	Inscritos c/ Moradia em Outras UF's	% Inscritos c/ Moradia em Outras UF's	TOTAL
Neurocirurgia	251	37%	424	63%	675
Otorrinolaringologia	513	39%	814	61%	1 327
Oftalmologia	524	39%	817	61%	1 341
Gastroenterologia	32	40%	49	60%	81
Clinica Medica	3 521	41%	5 153	59%	8 674
Cirurgia Geral	2 791	43%	3 661	57%	6 452
Radiologia e Diag. por Imagem	930	44%	1 175	56%	2 105
Cirurgia Cardiovascular	34	45%	42	55%	76
Coloproctologia	71	46%	83	54%	154
Neurologia	29	47%	33	53%	62
Radioterapia	111	48%	119	52%	230
Anestesiologia	441	49%	452	51%	893
Ortopedia e Traumatologia	683	50%	696	50%	1 379
Cirurgia da Cabeça e Pescoço	36	50%	36	50%	73
Endocrinologia	354	54%	307	46%	662
Cancerologia	165	54%	143	46%	309
Dermatologia	552	55%	453	45%	1 006

Continua

Conclusão Tabela 18 – Distribuição do total de inscritos por especialidade segundo UF de moradia no período entre 1999 e 2004.

Reumatologia	53	56%	42	44%	96
Patologia	151	56%	118	44%	270
Infectologia	339	56%	264	44%	604
Obstetricia e Ginecologia	1 301	56%	1 011	44%	2 313
Cirurgia Oncológica	253	57%	188	43%	442
Angiologia e Cir. Vascular	259	57%	192	43%	452
Pediatria	1 214	58%	892	42%	2 107
Cardiologia	544	59%	374	41%	919
Cirurgia Torácica	32	60%	21	39%	54
Hematologia e Hemoterapia	76	61%	49	39%	126
Nefrologia	64	61%	41	39%	106
Cirurgia do Apar. Digestivo	88	62%	54	38%	143
Cirurgia Plástica	528	63%	313	37%	842
Psiquiatria	329	64%	184	36%	514
Pneumologia	62	65%	33	34%	96
Urologia	394	66%	206	34%	601
Medicina da Fam. e Comunidade	102	72%	40	28%	143
Cirurgia Pediátrica	85	77%	26	23%	112
Total	16 912	48%	18 505	52%	35 417

FONTE: FCC e SES/SP

No caso da Clínica Médica, excetuando os moradores de SP, que concentrou 41% do total de inscrições na especialidade, os médicos que residiam nos Estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro abarcaram juntos 20,4% das inscrições na especialidade. Além destes, os outros Estados que se destacaram foram Paraná, Rio Grande do Sul, Bahia e Pará (Anexo X).

Este mesmo perfil de distribuição segundo o local de moradia ocorreu para a Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia Geral (que neste caso inclui também o Estado de Goiás) (Anexo XI).

No caso da Gastroenterologia (Anexo XII), excluindo todos os Estados da região sudeste, verificou-se que o maior volume de médicos provinham do Distrito Federal, do Rio Grande do Sul e do Paraná.

Observa-se ainda, que a distribuição da procura por especialidade se dá de forma diferente entre os moradores de SP e de outras UF's. As quatro grandes Áreas Básicas – Clínica, Pediatria, Cirurgia Geral e Obstetrícia e Ginecologia –, concentraram 58% da procura dos moradores de outras UF's e 52% dos moradores de SP (Anexo XIII). As cinco primeiras especialidades em termos de procura, concentraram 64% das inscrições de moradores de outras UF, enquanto este total é de 58% nos moradores de SP, sugerindo maior concentração em um número menor de especialidades.

6.3.3 – Análise da demanda por Especialidades Médicas segundo Tipo de Especialidade

Analisando a procura por especialidades sob a perspectiva de agrupamento por áreas (Área Básica, Especialidades Cirúrgicas, Especialidades Clínicas e SADT), alguns comportamentos em relação à distribuição por sexo e idade destacam-se.

As especialidades de Áreas Básicas apresentaram média de idade de 25 anos e predominância de inscritos do sexo feminino (55%), com destaque para a Pediatria na qual 80,3% das inscrições são de mulheres.

Tabela 19 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS nas especialidades de Áreas Básicas, segundo sexo e idade, no período de 1999 a 2004.

Especialidades de Áreas Básicas		% Feminino	% Masculino	Mediana Idade
1	Cirurgia Geral	21,7	78,3	25
2	Clínica Médica	57,4	42,6	24
3	Medicina da Família e Comunidade	52,8	47,2	26
4	Obstetrícia e Ginecologia	62,9	37,1	25
5	Pediatria	80,3	19,7	25
Média do Grupo		55,0	45,0	25
Média de todas as especialidades		43,5	56,5	25

FONTE: FCC e SES/SP

Já as especialidades cirúrgicas apresentaram a maior concentração de inscritos do sexo masculino (76,5%), destacando-se a Urologia com 97%. A média de idade do grupo foi de 26 anos.

Tabela 20 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS, segundo sexo e idade, das especialidades cirúrgicas no período de 1999 a 2004.

Especialidades Cirúrgicas		% Feminino	% Masculino	Mediana idade
1	Angiologia e Cirurgia Vascular	24,2	75,8	26
2	Cirurgia Cardiovascular	9,2	90,8	26
3	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	20,8	79,2	27
4	Cirurgia do Aparelho Digestivo	19,0	81,0	27
5	Cirurgia Oncológica	15,2	84,8	27
6	Cirurgia Pediátrica	55,9	44,1	26
7	Cirurgia Plástica	25,8	74,2	27
8	Cirurgia Torácica	17,0	83,0	27
9	Coloproctologia	40,3	59,7	26

Continua

Conclusão Tabela 20 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS, segundo sexo e idade, das especialidades cirúrgicas no período de 1999 a 2004.

10	Neurocirurgia	12,6	87,4	25
11	Oftalmologia	41,5	58,5	25
12	Ortopedia e Traumatologia	6,2	93,8	25
13	Otorrinolaringologia	39,3	60,7	25
14	Urologia	2,2	97,8	26
Média do Grupo		23,5	76,5	26
Média de todas as especialidades		43,5	56,5	25

FONTE: FCC e SES/SP

Nas especialidades clínicas verificou-se predominância do sexo feminino (58,6%), com a Dermatologia aparecendo com a maior concentração correspondendo a 90% das inscrições. A média de idade dos inscritos nas especialidades clínicas foi de 26 anos.

Tabela 21 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS nas especialidades clínicas, segundo sexo e idade, no período de 1999 a 2004.

Especialidades Clínicas		% Feminino	% Masculino	Mediana Idade
1	Cancerologia	50,3	49,7	26
2	Cardiologia	31,9	68,1	26
3	Dermatologia	79,8	20,2	27
4	Endocrinologia	72,0	28,0	26
5	Gastroenterologia	61,7	38,3	27
6	Hematologia/Hemoterapia	64,8	35,2	26
7	Infectologia	52,1	47,9	25
8	Nefrologia	55,2	44,8	26
9	Neurologia	51,6	48,4	27

Continua

Conclusão Tabela 21 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS nas especialidades clínicas, segundo sexo e idade, no período de 1999 a 2004.

10	Pneumologia	63,2	36,8	27
11	Psiquiatria	50,5	49,5	25
12	Reumatologia	70,5	29,5	26
Média do Grupo		58,6	41,4	26
Média de todas especialidades		43,5	56,5	25

FONTE: FCC e SES/SP

As especialidades de SADT apresentaram uma concentração masculina de 56,5% nas inscrições e a média de idade desta especialidade foi de 25 anos. Neste grupo de especialidades a Patologia é a única na qual as mulheres representam a maioria das inscrições com 52,4%.

Tabela 22 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS nas especialidades de SADT segundo sexo e idade no período de 1999 a 2004.

Especialidades de SADT		% Feminino	% Masculino	Mediana Idade
1	Anestesiologia	38,6	61,4	25
2	Patologia	52,4	47,6	25
3	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	35,0	65,0	24
4	Radioterapia	31,3	68,7	25
Média do Grupo		39,3	60,7	25
Média de todas as especialidades		43,5	56,5	25

FONTE: FCC e SES/SP

No que se refere à localidade de residência no momento da inscrição, observou-se que as especialidades de AB, especialidades cirúrgicas e especialidades de SADT, apresentaram maior demanda de candidatos residentes em UF's que não São Paulo. O

inverso só ocorreu com o grupo de especialidades clínicas, no qual 57% das inscrições foram de candidatos que moravam no Estado de SP.

Gráfico 7 – Distribuição do nº de inscritos ao Concurso SUS segundo grandes áreas de especialidades e unidade federada de moradia no período de 1999 a 2004.

FONTE: FCC e SES/SP

6.3.4 – Análise do volume de inscritos por especialidade: O Concurso SUS e outros Processos Seletivos

Tomando como base o Concurso SUS de 2004, procurou-se comparar a procura por especialidades a partir de dados disponíveis em outros processos seletivos de RM. Os concursos considerados tidos como base para comparação foram: USP – ano de 2004, UEL – ano de 2008, e UNICAMP – ano de 2008 (vide listas integrais, anexo XIV).

Tabela 23 – Distribuição do nº de candidatos ao Concurso SUS 2004, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições.

Processo Seletivo 2004 – Concurso SUS			
Especialidades	Candidatos	% Candidatos	% acumulada
Clínica Médica	1 623	24%	24%
Cirurgia Geral	1 182	18%	42%
Obstetrícia e Ginecologia	405	6%	48%
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	388	6%	54%
Pediatria	314	5%	59%
Otorrinolaringologia	270	4%	63%
Anestesiologia	235	4%	66%
Ortopedia e Traumatologia	232	3%	70%
Dermatologia	200	3%	73%
Cirurgia Plástica	177	3%	75%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 24 – Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2008 da UNICAMP, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições.

Processo Seletivo 2008 – UNICAMP			
Especialidades	Candidatos	% Candidatos	% acumulada
Clinica Médica	316	15%	15%
Cirurgia Geral	247	12%	27%
Oftalmologia	150	7%	35%
Dermatologia	131	6%	41%
Radiologia e Diagnostico por Imagem	128	6%	47%
Pediatria	117	6%	53%
Obstetrícia e Ginecologia	91	4%	57%
Anestesiologia	88	4%	61%
Neurologia	70	3%	65%
Psiquiatria	64	3%	68%

FONTE: Unicamp, 2008.

Tabela 25 – Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2008 da UEL, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições.

Processo Seletivo da Universidade Estadual de Londrina – 2008			
Especialidades	Candidatos	% Candidatos	% acumulada
Clínica Médica	91	19%	19%
Cirurgia Geral	76	16%	36%
Dermatologia	45	10%	45%
Obstetrícia e Ginecologia	32	7%	52%
Oftalmologia	26	6%	58%

Continua

Conclusão Tabela 25 – Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2008 da UEL, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições.

Anestesiologia	23	5%	62%
Pediatria	23	5%	67%
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	22	5%	72%
Otorrinolaringologia	21	4%	77%
Ortopedia e Traumatologia	16	3%	80%

FONTE: UEL, 2008.

Tabela 26 – Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2004 da USP, segundo as 10 especialidades que apresentaram maior volume de inscrições.

Processo Seletivo da Universidade de São Paulo – 2004			
Especialidades	Candidatos	% Candidatos	% acumulada
Clinica Medica	706	24%	24%
Cirurgia Geral	367	12%	36%
Pediatria	224	8%	43%
Oftalmologia	163	5%	49%
Obstetrícia e Ginecologia	152	5%	54%
Radiologia e Diagnostico por Imagem	151	5%	59%
Anestesiologia	135	5%	64%
Otorrinolaringologia	113	4%	67%
Psiquiatria	107	4%	71%
Cardiologia	103	3%	74%

FONTE: USP, 2008

Tabela 27 – Especialidades com maiores concentrações de inscritos no Concurso SUS/2004, UNICAMP/2008, UEL/2008 e USP/2004.

Especialidades Médicas	Concurso SUS	Unicamp	UEL	USP
Anestesiologia	x	x	x	x
Clínica Médica	x	x	x	x
Cirurgia Geral	x	x	x	x
Obstetrícia e Ginecologia	x	x	x	x
Pediatria	x	x	x	x
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	x	x	x	x
Oftalmologia		x	x	x
Otorrinolaringologia	x		x	x
Dermatologia	Sem informação	x	x	x
Psiquiatria		x		x
Ortopedia e Traumatologia	x		x	
Cardiologia				x
Cirurgia Plástica	x			
Neurologia		x		

FONTE: UNICAMP; UEL; USP, 2008.

Comparando a procura pelas quatro especialidades de área básica, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia e Ginecologia, verificou-se que, em termos de volume, aproximadamente 50% das inscrições centravam-se neste grupo, com exceção da UNICAMP que apresenta percentual de 37%.

Além das básicas, as especialidades de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Anestesiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Dermatologia (na lista da USP não há registros sobre esta especialidade), são presença quase unânime dentre as dez especialidades mais procuradas nos concursos.

A Cirurgia Plástica aparece neste *ranking* apenas no Concurso SUS, assim como a Cardiologia que só consta na lista de primeiras colocações na USP, e a Neurologia que está presente apenas na UNICAMP.

Estas comparações apontaram para perfis semelhantes, em termos de procura, independentemente das características das instituições que promovem os concursos. Ou seja, a procura pelas especialidades no Concurso SUS, que abrange especialmente PRM's de hospitais da administração direta estadual, pouco se diferiu do perfil de procura dos concursos patrocinados por universidades renomadas.

De maneira geral, esta similitude mostra que há uma tendência quase uniforme na busca por determinadas especialidades. A comparação entre os quatro concursos sinalizam para um equilíbrio entre a procura por especialidades básicas e as demais especialidades, muito embora se deva considerar que a Clínica Médica e a Cirurgia Geral constituem-se em pré-requisito para outras especialidades.

6.4 – Tendência da procura por especialidades do Concurso SUS no período entre 1999 e 2004

Em relação à procura no período, as especialidades foram classificadas de acordo com a correlação entre o número de inscrições e o ano do concurso. O parâmetro considerado foi 0,7 e a classificação assumiu os valores 1, 2 ou 3 conforme ilustração abaixo:

Ilustração 2 – Valores de correlação utilizados para classificação do comportamento das especialidades em relação à procura.

Associação maior ou igual a 0,7	Associação entre 0,7 e 0,7	Associação menor ou igual a 0,7
Classificação 1	Classificação 3	Classificação 2

Na tabela subsequente observa-se a classificação das especialidades, com as nomenclaturas ajustadas, segundo total de candidatos por ano. Na classificação 1, situam-se 8 especialidades, na classificação 2, 5 e as demais 22, situam-se na classificação três.

Tabela 28 – Classificação das Especialidades com “oferta regular” no concurso SUS e número de inscritos no período entre 1999 e 2004.

Classificação das Especialidades	Frequência	%	% acumulada
Classificação 3 – estável	18 618	52,6%	52,6%
Classificação 1 – crescente	13 104	37,0%	89,6%
Classificação 2 – decrescente	3 695	10,4%	100,0%
Total	35 417	100,0%	100,0%

FONTE: FCC e SES/SP

Dentre as especialidades básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina da Família e Comunidade), somente a Clínica Médica aparece dentre o grupo que mostrou tendência de crescimento (Classificação 1).

Observou-se que nas especialidades da Classificação 1 com exceção da Anestesiologia, da Clínica Médica e da Psiquiatria, as demais caracterizavam-se por serem especialidades que demandavam pré-requisito.

Este mesmo padrão repete-se para as especialidades que apresentaram queda na demanda (Classificação 2). Este grupo compôs-se por uma especialidade de Área Básica (Pediatria), uma especialidade com pré-requisito em Cirurgia Geral (Cirurgia de Cabeça e Pescoço), duas especialidades com pré-requisito em Clínica Médica (Gastroenterologia e Pneumologia), e uma especialidade de acesso direto (Oftalmologia).

Tabela 29 – Classificação das especialidades segundo o perfil da procura no Concurso SUS e número de inscritos por ano.

Especialidade		1999	2000	2001	2002	2003	2004	Classif.	Associação
1	Anestesiologia	101	113	146	132	166	235	1	0.91
2	Cirurgia Cardiovascular	8	12	13	15	14	14	1	0.81
3	Cirurgia Oncológica	64	61	68	70	81	97	1	0.91
4	Cirurgia Plástica	120	120	145	150	129	177	1	0.77
5	Clínica Médica	1 268	1 375	1 359	1 537	1 512	1 623	1	0.95
6	Dermatologia	108	142	163	208	184	200	1	0.89
7	Endocrinologia	96	108	110	118	102	127	1	0.70
8	Psiquiatria	72	82	72	84	88	115	1	0.83
1	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	12	13	13	12	11	11	2	-0.72
2	Gastroenterologia	16	21	14	13	10	7	2	-0.87
3	Oftalmologia	250	264	239	266	159	163	2	-0.78
4	Pediatria	406	399	359	317	311	314	2	-0.94
5	Pneumologia	23	23	16	18	10	5	2	-0.94
1	Angiologia e Cirurgia Vascular	74	76	87	113	6	95	3	-0.11
2	Cancerologia	36	37	43	57	2	133	3	0.48
3	Cardiologia	149	166	149	161	148	145	3	-0.39
4	Cirurgia do Aparelho Digestivo	19	24	29	17	20	33	3	0.39
5	Cirurgia Geral	1 051	1 031	1 096	1 067	1 025	1 182	3	0.56
6	Cirurgia Pediátrica	19	29	19	14	15	15	3	-0.64
7	Cirurgia Torácica	11	12	12	4	5	9	3	-0.59
8	Coloproctologia	25	18	24	33	26	28	3	0.52
9	Hematologia/Hemoterapia	22	22	19	20	25	17	3	-0.29
10	Infectologia	79	106	70	119	106	123	3	0.67
11	Medicina da Família e Comunidade	17	28	17	13	24	43	3	0.56
12	Nefrologia	11	25	16	19	13	21	3	0.17

Continua

Conclusão **Tabela 29** – Classificação das especialidades segundo o perfil da procura no Concurso SUS e número de inscritos por ano.

	Especialidade	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Classif.	Associação
13	Neurocirurgia	125	103	110	120	97	120	3	-0.16
14	Neurologia	16	10	12	7	7	10	3	-0.69
15	Obstetrícia e Ginecologia	442	394	373	356	342	405	3	-0.53
16	Ortopedia e Traumatologia	260	284	202	223	178	232	3	-0.61
17	Otorrinolaringologia	204	229	213	220	191	270	3	0.44
18	Patologia	35	53	60	41	47	33	3	-0.24
19	Radiologia e Diagn. por Imagem	376	318	326	352	345	388	3	0.33
20	Radioterapia	41	37	56	26	39	31	3	-0.39
21	Reumatologia	12	26	18	10	15	14	3	-0.29
22	Urologia	81	101	112	96	104	106	3	0.59

FONTE: FCC e SES/SP

LEGENDA:

Classificação 1 – demanda crescente
Classificação 2 – demanda decrescente
Classificação 3 – demanda estável

Analisando a distribuição por idade e sexo dos candidatos inscritos a partir dos agrupamentos propostos para o perfil de procura, observa-se que para as especialidades da **Classificação 1**, a média de idade foi de 26 anos e ocorreu a com predominância do sexo masculino (56,4%).

Tabela 30 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS, segundo sexo e idade, das especialidades da Classificação 1 no período de 1999 a 2004.

Especialidades		% Feminino	% Masculino	Mediana Idade
1	Dermatologia	79,8	20,2	27
2	Endocrinologia	72,0	28,0	26
3	Clínica médica	57,4	42,6	24
4	Psiquiatria	50,5	49,5	25
5	Anestesiologia	38,6	61,4	25
6	Cirurgia plástica	25,8	74,2	27
7	Cirurgia Oncológica	15,2	84,8	27
8	Cirurgia Cardiovascular	9,2	90,8	26
Média da Classificação 1		43,6	56,4	26
Média de todas as especialidades		43,5	56,5	25

FONTE: FCC e SES/SP

Em relação a Unidade Federada de origem (moradia no ato de inscrição) dos inscritos nas especialidades da **Classificação 1**, nota-se que a especialidade que concentrou o maior número de inscritos de estados que não S. Paulo foi a Clínica Médica (59%) e a especialidade com o menor número de inscritos nesta mesma situação foi a Psiquiatria (36%).

Tabela 31 – Distribuição de inscritos nas especialidades de Classificação 1 no Concurso SUS segundo Unidade Federada de moradia, no período entre 1999 e 2004.

Especialidades da Classificação 1	Inscritos residindo em SP		Inscritos residindo em Outras UF's		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Clinica Medica	3 521	41%	5 153	59%	8 674
Cirurgia Cardiovascular	34	45%	42	55%	76
Anestesiologia	441	49%	452	51%	893
Endocrinologia	354	54%	307	46%	661
Dermatologia	552	55%	453	45%	1 005
Cirurgia Oncológica	253	57%	188	43%	441
Cirurgia Plástica	528	63%	313	37%	841
Psiquiatria	329	64%	184	36%	513
Total	6 012	46%	7 092	54%	13 104

FONTE: FCC e SES/SP

As especialidades que compõem a **Classificação 2** são predominantemente clínicas, com maior concentração de inscrições do sexo feminino (53,5%) e média de idade de 26 anos.

Tabela 32 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS, segundo sexo e idade, das especialidades do Grupo 2 no período de 1999 a 2004.

Especialidades		% Feminino	% Masculino	Mediana Idade
1	Pediatria	80,3	19,7	25
2	Pneumologia	63,2	36,8	26 e 27
3	Gastroenterologia	61,7	38,3	27
4	Oftalmologia	41,5	58,5	25
5	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	20,8	79,2	27
Média da Classificação 2		53,5	46,5	26
Média de todas as especialidades		43,5	56,5	25

FONTE: FCC e SES/SP

Em termos da Unidade da Federação de origem dos inscritos nas especialidades da **Classificação 2**, as que contaram com menor e maior participações de inscritos de

Estados fora São Paulo foram respectivamente a Pneumologia (35%) e a Oftalmologia (61%).

Tabela 33 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS segundo local de moradia e especialidades da Classificação 2 no período entre 1999 a 2004.

Especialidades da Classificação 2	Inscritos residindo em SP		Inscritos residindo em Outras UF's		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Oftalmologia	524	39%	817	61%	1 341
Gastroenterologia	32	40%	49	60%	81
Cirurgia da Cabeça e Pescoço	36	50%	36	50%	72
Pediatria	1 214	58%	892	42%	2 106
Pneumologia	62	65%	33	35%	95
Total	1 868	51%	1.827	49%	3 695

FONTE: FCC e SES/SP

Para a **Classificação 3**, que conta com 22 especialidades que apresentaram-se estáveis em relação à demanda, a distribuição por sexo mostrou predominância masculina, com média de idade de 26 anos.

Tabela 34 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS segundo sexo e idade das especialidades da Classificação 3 no período de 1999 a 2004.

Especialidades	% Feminino	% Masculino	Mediana Idade
1 Reumatologia	70,5	29,5	26
2 Hematologia/hemoterapia	64,8	35,2	26
3 Obstetrícia e Ginecologia	62,9	37,1	25
4 Cirurgia Pediátrica	55,9	44,1	26
5 Nefrologia	55,2	44,8	26
6 Medicina da Família e Comunidade	52,8	47,2	26
7 Patologia	52,4	47,6	25
8 Infectologia	52,1	47,9	25
9 Neurologia	51,6	48,4	26 e 27
10 Cancerologia	50,3	49,7	26
11 Coloproctologia	40,3	59,7	26
12 Otorrinolaringologia	39,3	60,7	25
13 Radiologia e Diag. por Imagem	35,0	65,0	24
14 Cardiologia	31,9	68,1	26
15 Radioterapia	31,3	68,7	25
16 Angiologia e Cirurgia Vascular	24,2	75,8	26
17 Cirurgia Geral	21,7	78,3	25
18 Cirurgia do Aparelho Digestivo	19,0	81,0	27
19 Cirurgia Torácica	17,0	83,0	27
20 Neurocirurgia	12,6	87,4	25
21 Ortopedia e Traumatologia	6,2	93,8	25
22 Urologia	2,2	97,8	26
Média da Classificação 3	38,6	61,4	26
Média de todas as especialidades	43,5	56,5	25

FONTE: FCC e SES/SP

Considerando a procedência a partir do local de moradia da **Classificação 3**, notou-se que as especialidades com maior e menor concentrações de inscritos oriundos de UF's que não São Paulo foram respectivamente a Neurocirurgia (63%) e a Cirurgia Pediátrica (23%).

Tabela 35 – Distribuição das inscrições no Concurso SUS segundo local de moradia e especialidades da Classificação 3 no período entre 1999 a 2004.

Especialidades da Classificação 3	Inscritos residindo em SP		Inscritos residindo em Outras UF's		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Neurocirurgia	251	37%	424	63%	675
Otorrinolaringologia	513	39%	814	61%	1 327
Cirurgia Geral	2 791	43%	3 661	57%	6 452
Radiologia e Diag. por Imagem	930	44%	1 175	56%	2 105
Coloproctologia	71	46%	83	54%	154
Neurologia	29	47%	33	53%	62
Radioterapia	111	48%	119	52%	230
Ortopedia e Traumatologia	683	50%	696	50%	1 379
Cancerologia	165	54%	143	46%	308
Reumatologia	53	56%	42	44%	95
Patologia	151	56%	118	44%	269
Infectologia	339	56%	264	44%	603
Obstetrícia e Ginecologia	1 301	56%	1 011	44%	2 312
Angiologia e Cir. Vascular	259	57%	192	43%	451
Cardiologia	544	59%	374	41%	918
Cirurgia Torácica	32	60%	21	40%	53
Hematologia e Hemoterapia	76	61%	49	39%	125
Nefrologia	64	61%	41	39%	105
Cirurgia do Apar. Digestivo	88	62%	54	38%	142
Urologia	394	66%	206	34%	600
Medicina da Fam. e Comunidade	102	72%	40	28%	142
Cirurgia Pediátrica	85	77%	26	23%	111
Total	9 032	49%	9 586	51%	18 618

FONTE: FCC e SES/SP

Desta forma, percebe-se que as especialidades com aumento na demanda apresentaram maior participação de médicos que moravam em outras localidades do país, sendo que o grupo de especialidades com queda na procura teve a menor participação de candidatos nesta condição.

Tabela 36 – Comportamento das especialidades do Concurso SUS segundo agrupamento de procura e local de moradia no ato da inscrição, no período entre 1999 e 2004.

Agrupamento das especialidades segundo procura	Inscritos residindo em SP		Inscritos residindo em Outras UF's		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Especialidades da Classificação 1	6 012	46%	7 092	54%	13 104
Especialidades da Classificação 2	1 868	51%	1 827	49%	3 695
Especialidades da Classificação 3	9 032	49%	9 586	51%	18 618
Total	16 912	48%	18 505	52%	35 417

FONTE: FCC e SES/SP

A análise da tendência da procura por especialidades médicas na literatura nacional é escassa, entretanto, alguns estudos internacionais enfocam este tema da perspectiva do planejamento e das reposições da força de trabalho médicas a partir do enfoque da escolha da especialidade frente às necessidades da população.

Segundo Mahar (2008), tornar-se médico numa escola pública norte-americana chega a custar 25% mais caro do que numa faculdade canadense. Considerando o custo da formação nas faculdades privadas, esta diferença chega a 60%.

Tal diferenciação incide diretamente no perfil e nas expectativas dos médicos que atuarão nos sistemas de saúde.

Dado o alto custo da formação nos EUA, Mahar (2008) sinaliza para a diminuição do número de jovens que têm optado por cursar medicina no país. Os poucos que se habilitam caracterizam-se por pertencer à classe econômica mais elevada, diferentemente dos estudantes canadenses, que, em sua maioria, são jovens de classe média/alta.

Ao mesmo tempo em que criou subsídios governamentais que permitiram uma ampliação do acesso à educação médica, há quase duas décadas o governo

canadense direcionou a formação especializada de maneira a atender às demandas do sistema de saúde, optando pela política de distribuição de 50% das vagas de entrada para formação de médicos generalistas e outros 50% para especialistas há quase duas décadas (Sullivan, 2006). Para Mahar (2008), este alinhamento da formação médica com a organização do sistema de saúde canadense proporciona maior permeabilidade à carreira de generalista.

Entretanto, Wright, Scott, Woloschuk & Brenneis (2004), ressaltam que, em termos de tendência na procura, a demanda de estudantes para a carreira de generalista, entendida como exercício da especialidade de Medicina da Família, também esteja caindo no Canadá. Segundo o autor, a proporção de médicos que selecionou Medicina da Família como primeira opção de especialidade decresceu de 42%, em 1992, para 25%, em 2003.

De qualquer forma, esta tendência aparentemente não afetou o equilíbrio na distribuição entre generalistas e especialistas, uma vez mantida a proporção de vagas de RM. O relatório emitido pelo *Canadian Institute for Health Information* (2006), apontou para um incremento no número de médicos de família por 100.000 habitantes, que em 2001 era de 95 e passou para 98 em 2005. Considerando estes valores para médicos especialistas, houve uma queda de 93, em 2001, para 92 em 2005.

Já nos EUA, onde a *Association Medical Colleges* advoga a livre escolha de especialidades para seqüência da carreira profissional, apenas um terço dos médicos opta pela carreira de generalista e como ocorre no Brasil, não há regulação estatal na oferta de vagas de RM (Mahar, 2008).

Segundo Weiner (2002), nos EUA, o descompasso entre formação de especialistas e as demandas do sistema de saúde redundaram em estimativas históricas cíclicas acerca da necessidade de médicos especialistas. Segundo o autor, dentre as décadas de 60 e 70, os pesquisadores que trabalham com planejamento de Recursos Humanos nos EUA sinalizaram para um eminente déficit de médicos no país, e, como resposta, o governo americano expandiu os programas de formação. Na década de 80, pesquisadores apontaram para uma inversão na situação, antevendo uma “sobreoferta” de profissionais.

Nos anos 90, a posição em relação à oferta de médicos parecia mais estável: segundo Weiner (2002), alguns analistas mais entusiastas previram certo grau de “folga” no quantitativo de médicos em relação ao tamanho da população. Salvo algumas reorientações para equilibrar a proporção entre especialistas e generalistas, o cenário descortinava inclusive um saldo positivo em relação ao primeiro grupo. Sendo assim, a medida regulatória adotada foi a manutenção da oferta de vagas para medicina durante a década de 1990. Os impactos decorrentes desta ação levaram a um aumento no número de médicos superior ao crescimento da população americana.

A partir da década de 2000, um novo diagnóstico apontou para carência de especialistas em determinadas áreas médicas e regiões do país. A justificativa para tal constatação pautou-se também pelo crescimento do Produto Interno Bruto do país, que, associado ao envelhecimento da população, possibilitaria um maior consumo de serviços de saúde, demandando por mais médicos que o aparelho formador teria capacidade de formar a tempo. Numa projeção para o ano de 2020, isto significaria um déficit de 200.000 médicos nos EUA (Weiner, 2002).

Neste sentido, Weiner (2002) questiona a alocação de mais recursos financeiros no custeio da formação de mais médicos sem antes discutirem-se seriamente gargalos de acesso ao sistema de saúde norte-americano; propondo também a revisão da dinâmica atual, em que a política de consumo norteia o padrão da expansão da força de trabalho médica.

Considerando o termo “médico generalista” como o profissional especializado em Medicina Interna, Medicina de Família e Pediatria (Crittenden, Schaad & Coombs, 2001; Newton, Grayson & Whitley, 1998), segundo estatísticas da *American Board Medical Specialties* (2007), no período entre 1997 e 2006, 54% dos títulos de especialistas concentravam-se entre estas três áreas (Anexo XV). Entretanto, analisando a correlação entre os anos de registro do título e o volume, observou-se que todas as especialidades gerais apresentaram queda no período entre 1997 e 2006 (Anexo XVI).

Muito embora a organização dos sistemas de saúde seja muito complexa e dinâmica, dificultando o estabelecimento de metodologias que suportem com precisão o equilíbrio entre oferta e demanda de profissionais, existem alguns pontos que devem ser trabalhados no sentido de equidade da distribuição dos recursos humanos e estabilidade dos sistemas.

Enquanto no Canadá verifica-se uma tendência na tomada de decisão, em relação a RM, direcionada ao funcionamento do sistema de saúde; nos EUA, as discussões sobre formação passam pela preocupação com os custos cada vez mais elevados com assistência à saúde, sem que, contudo, haja alguma iniciativa mais incisiva por parte do Estado para garantir o alinhamento entre formação e necessidade do sistema (Thurston, 2001).

Segundo Cooper, Getzen & Laud (2003), a cada aumento de 1% no Produto Interno Bruto dos EUA, há um acréscimo de 0,75% na relação médico/habitante, especialmente no que se refere aos especialistas. Para o autor, a utilização destes parâmetros poderia servir como indicador para projeções do quantitativo de especialistas necessários para cobrir a demanda.

Para Grumbach (2002), assumir a relação entre o crescimento econômico e aumento na oferta de especialistas caracteriza o poder de compra como determinante principal no planejamento da “produção” de especialistas, totalmente contrária a lógica da formação voltada às necessidades de saúde, acentuando ainda mais os custos e as diferenças no acesso ao sistema de saúde.

Apesar de o Brasil possuir um sistema de saúde universalista, a formação médica especializada segue os moldes norte-americanos, em que a abertura e o quantitativo de vagas por especialidade é determinada pelas instituições formadoras, sem nenhuma ação governamental no sentido de racionalidade na distribuição de bolsas de RM. Associado a isto há que se considerar a participação importante do setor de saúde suplementar no mercado de trabalho.

As tensões provenientes desta dinâmica fragmentada entre formação e demanda acentuada pela influência do setor suplementar de saúde dificultam a adequação às necessidades do SUS.

O modelo hierarquizado de atenção proposto pelo SUS preconiza a entrada no sistema por uma base constituída a partir do médico de família ou por equipes compostas pelas quatro especialidades gerais (Campos, Chakour, Santos, 1997).

De acordo com o MS (2002), o atual momento é particularmente oportuno para propor um sistema de incentivos às instituições acadêmicas dispostas a adequar sua formação profissional às necessidades do SUS. Na primeira etapa, a proposta dirige-se às escolas médicas, por estar nesta categoria profissional os maiores problemas de formação, com forte tendência à especialização precoce, gerando um perfil profissional inadequado às perspectivas da atenção básica.

Ainda, segundo o MS, uma das maiores preocupações que levam à proposição de mudanças na formação desses profissionais de saúde é a excessiva especialização médica, o que contribui para o aumento dos custos assistenciais e diminui, aos poucos, a figura do médico generalista, essencial para a ampliação dos programas de atenção básica, como o Programa Saúde da Família (PSF), que, em 2002, contava com aproximadamente 15 mil equipes atuando em todos os Estados brasileiros, atendendo cerca de 50 milhões de brasileiros.

Apesar das expectativas em torno deste modelo assistencial, a rápida expansão do PSF não foi acompanhada com a mesma velocidade pelo sistema de formação, especialmente no que se refere aos médicos de família e comunidade.

Em publicação recente, o CREMESP (2008) divulgou que apenas 53% dos médicos com registro profissional ativo no Estado de São Paulo possui título de especialista. O levantamento destas informações foi realizado a partir da junção dos registros do próprio conselho, das sociedades de especialidades e da CNRM. Do total de títulos de especialistas, metade concentra-se em apenas cinco especialidades médicas, sendo que, dentre elas, quatro são de Áreas Básicas – Obstetrícia e Ginecologia (15,6%),

Pediatria (11,7%), Cirurgia Geral (7,1%) e Clínica Médica (6,8%), correspondendo a 41,2% do total dos títulos de especialistas (Anexo XVII).

Ao analisar-se a distribuição de inscritos nas especialidades de Área Básica dos processos seletivos do SUS-SES/SP, da USP, da UEL e da UNICAMP, percebe-se que a média da procura foi de 46,5%. Comparando estas duas informações, percebe-se que o comportamento da distribuição dos registros de especialistas e da procura nos processos seletivos para as áreas básicas mostrou-se semelhante.

Pela indisponibilidade de séries históricas para as informações referentes a distribuição de postos de trabalho ou de registro de título de especialistas, e, a partir da análise linear da procura por especialidades médicas no Concurso SUS, verificou-se que, dentre as especialidades de Área Básica, somente a Clínica Médica apresentou aumento na procura.

Confirmando a tendência de procura por áreas de especialização mais complexas, a correlação entre o ano de inscrição do Concurso SUS e a quantidade de inscritos indicou um crescimento da Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia e Psiquiatria; além da Clínica Médica. Ou seja, apesar de em termos quantitativos as especialidades básicas apresentarem o maior percentual de procura, ao longo do tempo, o interesse por estas áreas não se alterou ou até mesmo decresceu em algumas delas, com sua substituição por especialidades que demandam por maior complexidade.

Na compreensão sobre os possíveis aspectos que influenciam na decisão pela especialidade, um estudo baseado em dados do *National Resident Matching Program* para o período entre 1996 e 2002, a questão da escolha pela especialidade foi trabalhada

sob o enfoque de seus determinantes (Dorsey, Jarjoura, Rutecki, 2003). Tendo como norte a classificação das especialidades segundo *lifestyle*, segundo os pesquisadores, as especialidades que oferecem perspectivas de um campo de atuação com chamadas noturnas freqüentes, jornada semanal extensa, inviabilidade de práticas complementares ao exercício e formação profissional, e que, desta forma, caracterizam-se por um limitado grau de flexibilidade e controle do tempo, apareceram com menor freqüência dentre as primeiras opções dos estudantes. A pesquisa coloca ainda que tais fatores relacionados ao tempo e às atividades profissionais influenciam mais na escolha da especialidade do que determinantes clássicos, como remuneração e tempo dispensado à formação especializada.

Dentre as especialidades percebidas com “alto grau de controle” em relação a administração do tempo dispensado às atividades profissionais encontram-se a Anestesiologia, a Dermatologia e a Psiquiatria, as mesmas que nos processos seletivos do Concurso SUS no período entre 1999 e 2004, apresentaram aumento significativo na procura (Anexo XVIII).

O panorama delineado a partir da comparação com os outros três processos seletivos permitiu identificar similitudes na distribuição dos candidatos pelas especialidades oferecidas.

Apesar deste estudo retratar pontualmente a demanda por especialidades oferecidas no Concurso SUS, o comportamento distante entre as tendências de escolha e as necessidades/diretrizes dos sistemas de saúde verificado nas situações do Canadá e dos EUA, também se faz sugestivo no caso do Concurso SUS.

6.5 – Taxa de Habilitação e Taxa de Absenteísmo do Concurso SUS

Considerou-se taxa de habilitação do concurso o total de candidatos habilitados no período sobre o total de inscritos no mesmo período multiplicado por cem e taxa de desabilitação o total de candidatos não habilitados sobre o total de inscritos no mesmo período multiplicado por cem.

Do total de inscritos no período entre 1999 e 2004, a taxa de habilitação foi de 71%. Comparando os valores de 1999 e 2004, observou-se um aumento desta medida, que passou de 69% para 75%.

Gráfico 8 – Taxa de candidatos habilitados e desabilitados no Concurso SUS no período de 1999 a 2004.

FONTE: FCC e SES/SP

Ao analisar a taxa de habilitação a partir da Unidade Federada de origem, observou-se que os candidatos que moravam em Estados que não São Paulo apresentaram valor inferior (44%) ao do grupo de candidatos com moradia em SP (56%). Na análise ano a ano este comportamento apenas se inverteu e a taxa de desabilitação tornou-se discretamente maior no grupo de candidatos que residiam em SP, no ano de 2004 (50,4%).

Gráfico 9 – Taxa de Desabilitação no Concurso SUS segundo Unidade da Federação de moradia, no período entre 1999 e 2004.

FONTE: FCC e SES/SP

Do total de candidatos inscritos por Estado, foram calculadas as taxas de habilitados e desabilitados no período estudado. Os cinco Estados que apresentaram os maiores valores de desabilitação foram: Amapá (80%), Acre (71%), Tocantins (53%),

Roraima (53%) e Rondônia (52%), todos concentrados na região Norte do país. Já os Estados com as cinco maiores taxas de habilitação concentraram-se na região Nordeste: Rio Grande do Norte (87%), Ceará (83%), Pernambuco (83%), Bahia (81%) e Piauí (79%).

Tabela 37 – Taxa de Habilitação e Desabilitação no Concurso SUS segundo local de moradia, no período entre 1999 e 2004.

UF de moradia no ato da inscrição	Desabilitados	% Desabilitados	Habilitados	% Habilitados	TOTAL
AP	12	80%	3	20%	15
AC	17	71%	7	29%	24
TO	9	53%	8	47%	17
RR	42	53%	38	48%	80
RO	12	52%	11	48%	23
MS	149	42%	207	58%	356
RS	496	42%	694	58%	1 190
DF	259	39%	412	61%	671
SC	333	38%	551	62%	884
GO	301	37%	510	63%	811
AM	122	37%	211	63%	333
PR	810	36%	1 427	64%	2 237
RJ	728	36%	1 322	64%	2 050
PA	283	33%	586	67%	869
MG	895	32%	1 907	68%	2 802
MA	75	29%	186	71%	261
MT	79	28%	199	72%	278
SP	4 488	26%	12 573	74%	17 061
AL	128	25%	387	75%	515
ES	293	24%	941	76%	1 234
SE	83	21%	311	79%	394
PB	72	21%	270	79%	342
PI	55	21%	208	79%	263
BA	286	19%	1 210	81%	1 496
PE	120	17%	570	83%	690
CE	63	17%	307	83%	370
RN	48	13%	315	87%	363
TOTAL	10 258	29%	25 371	71%	35 629

FONTE: FCC e SES/SP

Estratificando as especialidades por grandes áreas, não foram encontradas variações expressivas na taxa de habilitação que se situaram em torno da taxa média de habilitação no período (71%).

Tabela 38 – Número de candidatos habilitados e desabilitados segundo grupos de especialidades no período de 1999 a 2004.

Área de Especialidade	Desabilitados	% Desabilitados	Habilitados	% Habilitação	Total
Especialidades de Áreas Básicas	5 469	28%	14 217	72%	19 686
Especialidades Cirúrgicas	2 364	31%	5 299	69%	7 663
Especialidades Clínicas	1 324	29%	3 247	71%	4 571
Especialidades de SADT	1 038	30%	2 459	70%	3 497
<i>Missings</i>	63	30%	149	70%	212
Total	10 258	29%	25 371	71%	35 629

FONTE: FCC e SES/SP

Quando analisada a taxa de habilitados em determinada especialidade (número de inscritos habilitados na especialidade sobre o número total de inscritos na especialidade vezes cem) os melhores desempenhos no concurso foram registrados nas seguintes especialidades: Cardiologia (79%), Neurocirurgia (79%), Infectologia (78%), Cirurgia Oncológica (77%), Radioterapia (77%) e Radiologia (77%) e Diagnóstico por Imagem (76%).

Já as especialidades que apresentaram os piores desempenhos foram: Cirurgia Pediátrica (55%), Medicina de Família e Comunidade (55%), Gastroenterologia (49%), Cirurgia Torácica (49%), Pneumologia (48%) e Neurologia (48%).

Tabela 39 – Taxa de habilitados e desabilitados e número de candidatos habilitados e desabilitados por especialidade prestada e taxa de habilitação de inscritos na especialidade, no período de 1999 a 2004.

	Especialidade prestada	Desabilitados	% Desabilitados	Habilitados	% Habilitados	Total
1	Cardiologia	191	21	727	79%	918
2	Neurocirurgia	151	22	524	78%	675
3	Infectologia	139	23	464	77%	603
4	Cirurgia Oncológica	102	23	339	77%	441
5	Radioterapia	54	23	176	77%	230
6	Radiologia e Diag. por Imagem	509	24	1 596	76%	2 105
7	Clínica Médica	2 118	24	6 556	76%	8 674
8	Otorrinolaringologia	327	25	1 000	75%	1 327
9	Urologia	149	25	451	75%	600
10	Endocrinologia	168	25	493	75%	661
11	Cancerologia	80	26	228	74%	308
12	Cirurgia geral	1 752	27	4 700	73%	6 452
13	Nefrologia	30	29	75	71%	105
14	Hematologia e Hemoterapia	37	30	88	70%	125
15	Cirurgia Plástica	254	30	587	70%	841
16	Cirurgia Cardiovascular	23	30	53	70%	76
17	Patologia	83	31	186	69%	269
18	Angiologia e Cirurgia Vascular	140	31	311	69%	451
19	Dermatologia	323	32	682	68%	1 005
20	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	24	33	48	67%	72
21	Coloproctologia	53	34	101	66%	154
22	Obstetrícia e Ginecologia	797	34	1 515	66%	2 312
23	Oftalmologia	467	35	874	65%	1 341
24	Pediatria	738	35	1 368	65%	2 106
25	Cirurgia do Aparelho Digestivo	51	36	91	64%	142
26	Psiquiatria	192	37	321	63%	513
27	Ortopedia e Traumatologia	546	40	833	60%	1 379
28	Anestesiologia	392	44	501	56%	893
29	Reumatologia	42	44	53	56%	95
30	Cirurgia Pediátrica	50	45	61	55%	111
31	Medicina da Fam. e Comunidade	64	45	78	55%	142
32	Gastroenterologia	41	51	40	49%	81

Continua

Conclusão Tabela 39 – Taxa de habilitados e desabilitados e número de candidatos habilitados e desabilitados por especialidade prestada e taxa de habilitação de inscritos na especialidade, no período de 1999 a 2004.

	Especialidade prestada	Desabilitados	% Desabilitados	Habilitados	% Habilitados	Total
33	Cirurgia Torácica	27	51	26	49%	53
34	Pneumologia	49	52	46	48%	95
35	Neurologia	32	52	30	48%	62
36	Sem informação	63	30	149	70%	212
Total		10 258	29	25 371	71%	35 629

FONTE: FCC e SES/SP

Avaliando este indicador tomando por referência o agrupamento proposto para o perfil da procura, nota-se que, as especialidades que apresentaram tendência de crescimento na demanda (Classificação 1) também apresentaram tendência de crescimento no número de candidatos habilitados.

Dentre as especialidades da Classificação 1, as taxas de habilitação que ficaram acima da média do concurso foram as da Cirurgia Oncológica (77%), da Clínica Médica (76%) e da Endocrinologia (75%).

Observou-se que as especialidades que apresentaram procura decrescente (Classificação 2) também contaram com queda na taxa de habilitação e todas se situaram abaixo da média do Concurso.

Tabela 40 – Número de candidatos habilitados por ano e Coeficiente de correlação de Pearson no período entre 1999 e 2004.

Habilitados								Coeficiente de correlação de Pearson
Classificação	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	
Crescente	1 310	1 446	1 436	1 669	1 673	1 998	9 532	0,9
Decrescente	452	461	399	401	325	338	2 376	-0,9
Estável	2 128	2 199	2 129	2 214	2 039	2 605	13 314	0,5
Sem informação	0	0	0	0	67	82	149	0,8
Total	3 890	4 106	3 964	4 284	4 104	5 023	25 371	0,8

FONTE: FCC e SES/SP

A taxa de absenteísmo para o período de 1999 a 2004, calculada como o número de inscritos ausentes no momento da prova pelo total de inscritos multiplicado por cem, resultou 15%. Na comparação entre os anos inicial e final do período o absenteísmo apresenta queda significativa: de 18,6% em 1999 passou para 9,2% em 2004.

Ao analisar o absenteísmo segundo Unidade da Federação de moradia do inscrito, nota-se que as maiores taxas em ordem decrescente foram as de Rio Grande do Sul (34%), Santa Catarina (31%), Acre (29%), Paraná (28%) e Distrito Federal (28%). Já as menores taxas no concurso foram as dos Estados Rio Grande do Norte (6%), Tocantins (6%), Pará (9%), São Paulo (9%) e Sergipe (9%).

Tabela 41 – Taxa de Absenteísmo e número de inscritos ausentes e presentes segundo Unidade da Federação de moradia do inscrito no período entre 1999 e 2004.

UF de Moradia	Ausentes	% Ausentes	Presentes	% Presentes	Total
RS	408	34%	782	66%	1 190
SC	275	31%	609	69%	884
AC	7	29%	17	71%	24
PR	633	28%	1 604	72%	2 237
DF	187	28%	484	72%	671
MS	97	27%	259	73%	356
GO	219	27%	592	73%	811
AP	4	27%	11	73%	15
MG	649	23%	2 153	77%	2 802
RO	5	22%	18	78%	23
RJ	399	19%	1 651	81%	2 050
AM	56	17%	277	83%	333
MT	46	17%	232	83%	278
PI	40	15%	223	85%	263
RR	12	15%	68	85%	80
ES	182	15%	1 052	85%	1 234
MA	36	14%	225	86%	261
PE	93	13%	597	87%	690
PB	45	13%	297	87%	342
CE	46	12%	324	88%	370
AL	62	12%	453	88%	515
BA	152	10%	1 344	90%	1 496
SE	35	9%	359	91%	394
SP	1 463	9%	15 598	91%	17 061
PA	74	9%	795	91%	869
TO	1	6%	16	94%	17
RN	21	6%	342	94%	363
TOTAL	5 247	15%	30 382	85%	35 629

FONTE: FCC e SES/SP

Em relação às especialidades concorridas, as taxas de absenteísmo mais elevada foram as de Neurologia (39%), Anestesiologia (27%), Reumatologia (24%), Pneumologia (24%) e Gastroenterologia (23%). As especialidades que apresentaram os menores valores foram: Cirurgia Cardiovascular (8%), Cardiologia (11%), Infectologia (12%), Dermatologia (13%) e Clínica Médica (13%).

Tabela 42 – Taxa de Absenteísmo e número de inscritos ausentes e presentes segundo Unidade da Federação de moradia do inscrito no período entre 1999 e 2004.

Especialidade Prestada no Concurso SUS	Nº de inscritos ausentes	Total de inscritos	Taxa de Absenteísmo
Neurologia	24	62	38,7%
Anestesiologia	243	893	27,2%
Reumatologia	23	95	24,2%
Pneumologia	23	95	24,2%
Gastroenterologia	19	81	23,5%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	16	72	22,2%
Cirurgia Pediátrica	23	111	20,7%
Medicina da Família e Comunidade	28	142	19,7%
Oftalmologia	263	1 341	19,6%
Coloproctologia	30	154	19,5%
Cancerologia	59	308	19,2%
Angiologia e Cirurgia Vascular	86	451	19,1%
Ortopedia e Traumatologia	262	1 379	19,0%
Cirurgia do Aparelho Digestivo	26	142	18,3%
Cirurgia Torácica	9	53	17,0%
Patologia	43	269	16,0%
Psiquiatria	80	513	15,6%
Cirurgia Plástica	130	841	15,5%
Nefrologia	16	105	15,2%
Obstetrícia e Ginecologia	352	2 312	15,2%
Hematologia e Hemoterapia	19	125	15,2%
Cirurgia Oncológica	65	441	14,7%
Pediatria	307	2 106	14,6%
Endocrinologia	96	661	14,5%
Radioterapia	33	230	14,3%
Neurocirurgia	94	675	13,9%
Urologia	82	600	13,7%
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	282	2 105	13,4%
Cirurgia Geral	864	6 452	13,4%
Otorrinolaringologia	175	1 327	13,2%
Clínica Médica	1 128	8 674	13,0%
Dermatologia	130	1 005	12,9%
Infectologia	73	603	12,1%
Cardiologia	105	918	11,4%
Cirurgia Cardiovascular	6	76	7,9%
Total	5 214	35 417	14,7%

FONTE: FCC e SES/SP

Considerando os agrupamentos propostos para o perfil da procura, nota-se que, as especialidades da classificação 1 também apresentaram tendência de crescimento no

número de candidatos ausentes ao longo do período. No entanto, das oito especialidades desta classe, cinco apresentaram taxa de absenteísmo inferior ou igual a média do concurso: Cirurgia Cardiovascular (7,9%), Clínica Médica (12,9%), Dermatologia (12,9%), Endocrinologia (14,5%) e Cirurgia Oncológica (14,7%).

Dentre as especialidades da **Classificação 2**, apenas a Pediatria (14,6%) apresentou taxa de absenteísmo superior a da média do concurso.

6.6 – Relação demanda de inscritos x oferta de vagas por especialidades

O indicador utilizado para analisar a relação entre a demanda de inscritos e a oferta de vagas por especialidade teve que ser ajustado para o ano de 1999 devido à ausência do número de vagas ofertadas por especialidade no edital do concurso. Sendo assim, apurou-se o número de vagas oferecidas por especialidade dividindo-se o número de inscrições pela relação candidato/vaga de cada especialidade informada pela Fundação Carlos Chagas.

Para o ano de 2004, este indicador foi calculado a partir das vagas publicadas no edital do ano do concurso. Desta forma, trabalhar esta relação para cada ano do período tornou-se inviável por não se dispor da informação da relação candidato/vaga para os anos de 2000 a 2003.

A diferença encontrada entre 2004 e 1999 no número de vagas ofertadas foi de 142 a menor, sendo que tal diminuição na oferta concentra-se em apenas algumas especialidades, sendo as principais a Pediatria, a Obstetrícia e Ginecologia e a Cirurgia

Geral, que juntas respondem por cerca de 40% (56 vagas) da diminuição das vagas verificadas no período.

6.6.1 – Relação Candidato/Vaga do Concurso SUS – 1999

A maior relação candidato/vaga deste ano verificou-se na Neurologia, com 31,3 candidatos para cada vaga oferecida, e o menor valor apresentado foi o da Cirurgia Cardiovascular, de 1,3 candidatos para cada vaga.

Dentre as especialidades de Área Básica, as mais concorridas foram Cirurgia Geral e Clínica Médica, que contaram com 17,2 e 16,1 candidatos para cada vaga, respectivamente.

Considerando os agrupamentos das especialidades pela demanda, observa-se que as especialidades da classificação 2 apresentaram valores abaixo da média do concurso, com exceção da Oftalmologia que, no entanto, mesmo situando-se acima da média do concurso e ocupando a segunda posição dentre as especialidade mais concorrida no período, vem apresentando queda na procura.

Já as especialidades da **Classificação 1**, apresentaram comportamento heterogêneo, conforme apresentado na tabela 43.

Tabela 43 – Relação Candidato/Vaga, número de inscritos e vagas ofertadas por especialidade no Concurso SUS – 1999.

Especialidades Oferecidas no Concurso SUS	Inscritos 1999	Vagas ofertadas em 1999	Relação Cand./Vaga Concurso de 1999
Neurocirurgia	125	4	31,3
Oftalmologia	250	9	27,8
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	376	16	23,5
Otorrinolaringologia	204	9	22,7
Cirurgia Geral	1 051	61	17,2
Clínica Médica	1 268	79	16,1
Endocrinologia	96	6	16,0
Cirurgia Plástica	120	8	15,0
Radioterapia	41	3	13,7
Urologia	81	8	10,1
Ortopedia e Traumatologia	260	26	10,0
Cirurgia do Aparelho Digestivo	19	2	9,5
Patologia	35	4	8,8
Coloproctologia	25	3	8,3
Dermatologia	108	13	8,3
Gastroenterologia	16	2	8,0
Anestesiologia	101	14	7,2
Psiquiatria	72	10	7,2
Cirurgia Pediátrica	19	3	6,3
Pediatria	406	67	6,1
Reumatologia	12	2	6,0
Angiologia e Cirurgia Vascular	74	13	5,7
Obstetrícia e Ginecologia	442	81	5,5
Cardiologia	149	29	5,1
Cirurgia Oncológica	64	14	4,6
Neurologia	16	4	4,0
Cirurgia Torácica	11	3	3,7
Pneumologia	23	7	3,3
Infectologia	79	25	3,2
Hematologia e Hemoterapia	22	8	2,8
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	12	5	2,4
Cancerologia	36	16	2,3
Nefrologia	11	6	1,8
Medicina da Família e Comunidade	17	12	1,4
Cirurgia Cardiovascular	8	6	1,3
Média do Concurso SUS – 1999	5 649	578	9,8

FONTE: FCC e SES/SP

LEGENDA DA TABELA 43:

Classificação 1 – demanda crescente
Classificação 2 – demanda decrescente
Classificação 3 – demanda estável

6.6.2 – Relação Candidato/Vaga do Concurso SUS – 2004

A Neurocirurgia, que ocupava a primeira posição do ranking candidato/vaga em 1999, aparece em quinto lugar em 2004 com 30 candidatos concorrendo a uma vaga na especialidade. Com o aumento do número de inscritos e a diminuição no número de vagas ofertadas, a média da relação candidato vaga do Concurso evoluiu de 9,8, em 1999, para 15,3, em 2004.

A especialidade mais concorrida em 2004 foi a Otorrinolaringologia, com 67,5 candidatos para cada vaga, e a menos concorrida foi Pneumologia, com 1,7 candidatos para cada vaga.

Na comparação entre 1999 e 2004, os reflexos da diminuição na oferta e o crescimento na procura provocou decréscimo na relação candidato/vaga nas especialidades Cirurgia Geral (de 17,2 para 16,1) e Clínica Médica (de 24,1 para 22,2), resultando na perda de três posições no ranking das especialidades mais procuradas, passando respectivamente da quinta para a oitava posição e da sexta, para a nona colocação.

Em relação ao agrupamento das especialidades pela demanda, observa-se que as especialidades da **Classificação 2** continuam sendo menos concorridas em relação às

especialidades da classe 1, com exceção da Oftalmologia, que no entanto perde duas posições na classificação das especialidades mais procuradas passando da segunda em 1999 para quarta colocação em 2004.

No ano de 1999, dentre as especialidades da **Classificação 1** apenas a Clínica Médica, Endocrinologia e Cirurgia Plástica apresentavam valores para a relação candidato/vaga acima da média do Concurso. No ano de 2004, esta mesma classe passou a contar com cinco especialidades apresentando valores superiores à média do Concurso: Cirurgia Plástica, Endocrinologia, Clínica Médica, Dermatologia e Anestesiologia.

Tabela 44 – Relação Candidato/Vaga, número de inscritos e vagas ofertadas por especialidade no Concurso SUS – 2004.

Especialidades Oferecidas no Concurso SUS	Inscritos 2004	Vagas ofertadas em 2004	Relação Cand./Vaga Concurso de 2004
Otorrinolaringologia	270	4	67,5
Cirurgia Plástica	177	5	35,4
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	388	11	35,3
Oftalmologia	163	5	32,6
Neurocirurgia	120	4	30,0
Urologia	106	4	26,5
Endocrinologia	127	5	25,4
Cirurgia Geral	1 182	49	24,1
Clínica Médica	1 623	73	22,2
Dermatologia	200	10	20,0
Cancerologia	133	7	19,0
Cirurgia do Aparelho Digestivo	33	2	16,5
Anestesiologia	235	15	15,7
Psiquiatria	115	8	14,4
Reumatologia	14	1	14,0
Ortopedia e Traumatologia	232	20	11,6
Angiologia e Cirurgia Vascular	95	9	10,6
Radioterapia	31	3	10,3
Cirurgia Oncológica	97	10	9,7

Continua

Conclusão Tabela 44 – Relação Candidato/Vaga, número de inscritos e vagas ofertadas por especialidade no Concurso SUS – 2004.

Coloproctologia	28	3	9,3
Cirurgia Torácica	9	1	9,0
Patologia	33	4	8,3
Cardiologia	145	20	7,3
Pediatria	314	44	7,1
Gastroenterologia	7	1	7,0
Obstetrícia e Ginecologia	405	60	6,8
Hematologia e Hemoterapia	17	3	5,7
Infectologia	123	23	5,3
Nefrologia	21	4	5,3
Cirurgia Pediátrica	15	3	5,0
Medicina da Família e Comunidade	43	10	4,3
Neurologia	10	3	3,3
Cirurgia Cardiovascular	14	5	2,8
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	11	4	2,8
Pneumologia	5	3	1,7
Média do Concurso SUS – 2004	6 661	436	15,3

FONTE: FCC e SES/SP

LEGENDA:

Classificação 1 – demanda crescente
Classificação 2 – demanda decrescente
Classificação 3 – demanda estável

7 – Considerações Finais

A efetivação do direito universal à saúde demanda estratégias governamentais que garantam, dentre diversos aspectos, os recursos humanos necessários para a operacionalização de ações e serviços em todos os níveis de complexidade da atenção, com abrangência nacional. Em resposta a estas expectativas e ao que socialmente elas representam, o Estado depende dos profissionais da saúde para cumprir com suas responsabilidades.

A Residência Médica é o principal mecanismo de formação de médicos especialistas no Brasil. À medida que a determinação do volume e do tipo de especialistas se dá pelos agentes formativos e não pela instância responsável pela gestão do sistema de saúde, a manutenção de um quadro médico que atenda às reais demandas de saúde da população torna-se tarefa hercúlea para os gestores de saúde. Além do mais, há de se considerar também um componente antecessor à questão de quem regula a entrada e quem expressa às necessidades do sistema de saúde, que se trata da escolha individual do médico pela especialidade com a qual seguirá sua vida profissional.

Buscou-se na análise do perfil dos candidatos ao Concurso SUS/SES-SP caracterizar as tendências de procura por especialidades médicas, bem como o comportamento dos inscritos segundo a procedência de moradia e do desempenho e do absenteísmo na prova.

A maioria das instituições formadoras integrantes do concurso são hospitais públicos da administração direta estadual, nos quais se concentrou também o maior quantitativo de vagas ofertadas.

O Concurso SUS destaca-se pelo elevado volume de candidatos inscritos, que no período analisado contou com aproximadamente 6.000 candidatos/ano, superando a somatória do total de candidatos de processos seletivos de instituições renomadas como USP, UNICAMP e UEL. No espaço entre 1999 e 2004, o total de inscritos cresceu 18% com aumento também da proporção de inscrições do sexo feminino, muito embora a grande maioria dos candidatos no período seja do sexo masculino.

Metade dos inscritos contava com 25 anos de idade. Ao longo do período houve um aumento do número de candidatos na faixa entre 26 e 30 anos de idade, apontando para uma tendência de envelhecimento do perfil etário.

Na análise por origem, verificou-se que mais da metade dos inscritos não morava no Estado de São Paulo, atribuindo ao concurso importante capacidade atrativa para médicos de outros Estados brasileiros. Este comportamento exacerbou-se ainda mais quando considerada unidade federada da graduação, que, neste caso, chegou a 68% de candidatos formados fora de SP.

Na constatação da unidade federada de moradia declarada na inscrição, metade dos médicos que se formaram em outras unidades federadas já residia em SP. Este fato sugere a migração de moradores ou nascidos no Estado de São Paulo em busca da graduação em outras unidades federadas com o posterior retorno para a formação especializada e ingresso no mercado de trabalho.

Em termos de volume de inscritos, as quatro especialidades de Área Básica mantiveram-se dentre as cinco primeiras colocações, acrescentando-se a este *ranking* a Radiologia e Diagnóstico por Imagem, na quinta posição.

Dentre as especialidades que apresentaram volumes inferiores a cem inscritos no período destacaram-se as que demandam por pré-requisito – Pneumologia, Reumatologia, Gastroenterologia, Neurologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Torácica.

Na análise ano a ano foi possível observar que as quatro especialidades gerais encontravam-se nas quatro primeiras colocações até o ano de 2002. A partir deste ano, a Pediatria é deslocada pela Radiologia e por Diagnóstico por Imagem.

Na totalidade de inscritos para cada especialidade verificou-se que os maiores percentuais de candidatos com moradia em Estados diferentes de SP foram os de Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Gastroenterologia e Clínica Médica. Já as cinco especialidades com maior concentração de médicos que moravam em SP foram Cirurgia Pediátrica, Medicina de Família e Comunidade, Urologia, Pneumologia e a Psiquiatria.

Na lógica distributiva dos candidatos segundo o local de moradia, a procura pelas quatro especialidades gerais foi superior para o grupo de médicos de outros Estados. Assim, o Concurso SUS apresenta-se como uma importante porta de entrada dada a sua maior permeabilidade frente a outros concursos, para, ainda que não de forma exclusiva, a especialização em áreas básicas, em particular Clínica Médica e Cirurgia Geral, e daí para novas especializações, e, por conseguinte para o mercado de trabalho paulista.

Apesar da predominância masculina no concurso, o grupo de especialidades clínicas e de áreas básicas caracterizou-se pela proporção superior de inscrições femininas. As especialidades cirúrgicas e de SADT apresentaram maior concentração masculina.

Em que pese sua especificidade, voltada principalmente, ainda que não de forma exclusiva, para instituições não-universitárias, o Concurso SUS apresenta semelhança muito grande em termos de demanda por especialidade com outros concursos de Instituições Universitárias. Tal constatação sinaliza que esta convergência na escolha da especialidade independe do perfil da instituição a qual se pretende pleitear uma vaga.

Das oito especialidades que apresentaram aumento na demanda (Classificação 1) – Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia e Psiquiatria –, a característica comum a cinco delas é a exigência por pré-requisito. Foi observada predominância masculina neste grupo, assim como a de candidatos com moradia em outras UF's do país.

O grupo que apresentou queda na procura (Classificação 2) não mostra nenhuma similaridade acerca da forma de acesso aos PRM's, e as especialidades com esta tendência foram Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Gastroenterologia, Oftalmologia, Pediatria e Pneumologia. A participação feminina neste grupo foi superior, e a proporção de inscritos moradores em SP também foi maior.

A análise de tendência da procura por especialidades no Concurso SUS descortinou que, apesar de quantitativamente as especialidades básicas apresentarem os maiores volumes de inscritos, há uma propensão à queda na Pediatria e à estagnação em Cirurgia Geral e Obstetrícia e Ginecologia, sendo que somente a Clínica apresentou

tendência de aumento. Tal sugere a existência de um *gap* entre as tendências de escolha dos médicos deste concurso e às expectativas emanadas a partir da concepção do modelo hierarquizado de saúde proposto pelo SUS, onde o acesso ao sistema calca-se na atenção primária, *locus* de atuação de médicos de família.

Esta diferença apontada nos resultados entre a opção individual dos candidatos e o que é esperado a partir do desenho organizacional do sistema de saúde brasileiro tende a persistir dada a dinâmica instituída na determinação do quantitativo e do tipo de especialidade que se irá formar, onde quem desempenha papel nuclear são os agentes formadores. À medida que o Estado não exerce sua função regulatória para estipular os tipos de profissionais que entram no mercado de trabalho, manter um sistema de saúde universalista que coabita com a forte presença de um setor suplementar, garantir o volume adequado de médicos de acordo com as especialidades e localidades territoriais necessárias torna-se tarefa complexa para os gestores do sistema.

A proporção de médicos habilitados no concurso, que no período foi de 71%, cresceu em relação aos anos de 1999 e 2004. Os candidatos que moravam no Estado de SP apresentaram uma taxa de habilitação superior a dos médicos de outros Estados, com tendência de inversão deste padrão no correr dos anos, culminando numa taxa de desabilitação discretamente superior para os inscritos de SP em 2004.

Os melhores desempenhos do período em termos de habilitação no Concurso foram constatados em Cardiologia, Neurocirurgia, Infectologia, Cirurgia Oncológica, Radioterapia e Radiologia e Diagnóstico por Imagem; e os piores foram na Cirurgia Pediátrica, Medicina de Família e Comunidade, Gastroenterologia, Cirurgia Torácica, Pneumologia e Neurologia. Observou-se que o número de candidatos habilitados que

concorreram às especialidades da Classificação 1 apresentou tendência de crescimento, enquanto que esta tendência foi de queda para os candidatos às especialidades da Classificação 2.

A taxa de absenteísmo do exame, cuja média do período foi 15%, apresentou queda de 50% entre os anos de 1999 e 2004. Os candidatos com domicílio em outros Estados formam a maioria dentre os ausentes no Concurso, com destaque para estados da Região Sul.

As especialidades que apresentaram maior concentração de médicos ausentes no Concurso foram Neurologia, Anestesiologia, Reumatologia, Pneumologia e Gastroenterologia; e as especialidades que apresentaram os menores valores foram Cirurgia Cardiovascular, Cardiologia, Infectologia, Dermatologia e Clínica Médica. Segundo o agrupamento pela procura, a maioria das especialidades de Classificação 1 apresentou taxa de absenteísmo inferior à média do concurso, o comportamento oposto para as especialidades de Classificação 2.

A concorrência entre as especialidades variou de 31,3 candidatos/vaga para a Neurologia a 1,3 candidatos/vaga para a Cirurgia Cardiovascular. Dentre as especialidades de Área Básica, as mais concorridas foram Cirurgia Geral e Clínica Médica. Considerando o agrupamento das especialidades pela demanda, observou-se que a maioria das especialidades tanto da Classificação 1 quanto da Classificação 2 apresentaram valores abaixo da média do concurso.

Em suma, o estudo dos volumes brutos de procura por especialidade associados à análise das tendências de crescimento, bem como desempenho na prova, demonstra consistência – as especialidades com maior tendência de crescimento estão entre as que

apresentam melhor desempenho. Por outro lado, aquelas com tendência de queda na procura, também apresentam o pior desempenho. Ao mesmo tempo, também é possível identificar comportamentos distintos entre as especialidades e dentro dos grupos – especialidades ainda com grande volume de procura que apresentam forte tendência de redução nesta procura, apresentando redução na relação de candidatos por vaga com valores atualmente abaixo da média geral, como a Pediatria. Há outras que, mesmo com tendência decrescente, ainda apresentam volume importante de procura, com alta relação de candidato por vaga e bom desempenho em termos de habilitação, como a Oftalmologia. Ainda identificam-se outras especialidades que apresentam tendência decrescente de procura, baixo volume de inscrição, baixa relação de candidato por vaga, baixo desempenho e alto absenteísmo – Pneumologia.

Dentre as especialidades emergentes, excetuando a Clínica Médica na qual a procura elevada provavelmente está relacionada ao fato de ser pré-requisito para outras especialidades, é possível identificar uma forte convergência com situações verificadas em outros países em que o profissional começa a procurar especialidades onde detenha maior controle do seu tempo e de seu processo de trabalho.

Neste sentido, num sistema com grande limitação na produção de informações sobre o registro e local de atuação dos médicos especialistas e baixa capacidade de regulação em termos da oferta de postos de trabalho, inclusive no setor de saúde suplementar, o conhecimento mais aprofundado da procura e das expectativas dos profissionais frente às especialidades onde pretendem trabalhar pode servir como pista para a identificação de comportamento do mercado e elemento de diálogo com as

questões da regulação estatal da formação especializada do médico para sua inserção no sistema de saúde.

8 - Referências

Academia Nacional de Medicina - ANM. *A história da Academia Nacional de Medicina* [citado 16 jun 2007]. Disponível em: <http://www.anm.org.br/>.

Almeida C. *Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 13(4):659-676, out-dez, 1997.

American Board of Medical Specialties – ABMS (2007). *Approved ABMS Member Board General and Subspecialty Certificates* [citado 05 jan 2008]. Disponível em: http://www.abms.org/Who_We_Help/Physicians/specialties.aspx
http://www.abms.org/Who_We_Help/Physicians/specialties.aspx

Associação Médica Brasileira - AMB. Estatuto Social. Brasília: Associação Médica Brasileira, 1982. Disponível em: http://www.amb.org.br/inst_estatuto.php3

Barata LRB. *O papel do Gestor Estadual no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2003.

Barata RB. *Necessidades sociais de Saúde e organização tecnológica no controle da malária. Abordagem teórica e metodológica*. Red de Revista científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Espacio Abierto 8, nº 02, maio-ago, 1999.

Bahia L. *Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado*. Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde, 4(1):159-169, 2006.

Bahia L, Viana LA. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, 2002.

Beck AH. *The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education*. JAMA, 291(17):maio, 2004.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. In: Coleção Progestores – Para Entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, v. 5, 2007a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. In: Coleção Progestores – Para Entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007b.

Brasil. Leis etc. *Decreto de 20 de junho de 2007* [citado 15 mar 2008].. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn11279.htm

Brasil. Leis etc. *Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932* [citado 21 jun 2007].

Disponível em: http://www.cremesp.org.br/legislacao/codame/decreto_20931.htm.

Brasil. Leis etc. *Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977* [citado 10 jun 2007].

Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legislacao.pdf>

Brasil. Leis etc. *Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957* [citado 10 jun 2007].

Disponível em: http://www.cremesp.org.br/legislacao/leg_internet/3268_07_57.htm.

Brasil. Leis etc. *Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981* [citado 10 jun 2007]. Disponível

em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/lei6932.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2.ed., ver.e atual. 2 reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises* / organizado por Falcão A et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de Investigação sobre Necessidade de Profissionais de Saúde no Brasil* [Relatório de Pesquisa]. Brasília: Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. *Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde* / Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. *Revista de Saúde Pública*, jun. 2002; 36(3):375-378.

Brito F, Carvalho JAM. *As migrações internas no Brasil: as novidades sugeridas pelos censos demográficos e pelas PNADs recentes*. In: Seminário do Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. Brasília: 2006.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. *Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)* [citado 27 abr 2008]. *Cad. Saúde Pública*, jan-1997;13(1):141-144. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100025&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X1997000100025

Canadian Institute for Health Information. *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians 2005*. Scott's Medical Database, Canadian Institute for Health Information, 2006 [citado 27 abr 2008]. Disponível em:

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=SMD B2005PDF&cw_ctt=1&cw_dform=N

Carro ARL, Araújo ANC, Oliveira Filho NO, Seixas PHD. *Residência Médica: Prioridades do Sistema Único de Saúde que determinam a distribuição de vagas. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise / Barros AFR et al (Orgs.). Brasília: MS, 2004.*

Coelho EC. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórico-comparada. *In: Machado MH. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 35-62.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. *Especialidades médicas no Estado de São Paulo.* Publicação do CREMESP, 2008. Disponível em: WWW.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/especialidades.pdf

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. *Resultados da Pesquisa Datafolha sobre as condições de trabalho dos médicos paulistas.* São Paulo: Jornal do CREMESP, n. 243 nov-dez, 2007.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. Resolução CFM nº 1.634, de 11 de abril de 2002 [citado 17 abr 2007]. Disponível em: www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3097

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. Resolução CFM nº 1.785 de 05 de abril de 2006 [citado 17 abr 2007]. Disponível em: www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6515

Cooper RA, Getzen TE, Laud P. *Economic Expansion and Physician Supply and Utilization*. Health Services Research 38:2 abr 2003.

Crittenden R, Schaad D, Coombs J. *Surveying Graduates of One School to Determine Regional Workforce Demand*. Academic Medicine. 76(6):623-627, June 2001.

Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. *Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students*. Journal of the American Medical Association, 290(9), September 3, 2003.

Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce [citado 12 fev 2008]. *Human Resources for Health* 2006;4:12, p.3. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>.

Elias PEM. *Residência Médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1987.

Ernst RL, Yett DE. Econometric and Statistical Studies of the Geographic Distribution of Physicians. In: *Physician Location and Specialty Choice*, Ernst RL, Yett DE (ed.). Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1985:179–226.

Feuerwerker L. *A formação de médicos especialistas no Brasil*. Material preparado para o curso ‘Política de RH para gestão do SUS’. OPAS. Brasília, 2000 [citado 26 jun 2005]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/especialistas.pdf>.

Flynn R. *The new politics of medicine*. Public administration, 84(2):489, jun, 2006.

Foucault M. *O Nascimento da Medicina Social*. In: Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Girardi SN. *Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões*. Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. Minas Gerais: 2005:125-150.

Green ML. *Evidence-based medicine training in graduate medical education: past, present and future*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 6(2):121–138, 2000.

Grumbach K. *The ramifications of specialty-dominated medicine: The demand for specialists of unchallenged value spell an SUV policy for physician supply*. Health affairs 21(1):155-157, 2002.

Gunderman RB. *The fight for education*. American Journal of Roentgenology, 176:23-26, 2001.

Hatch DJ. *General Medical Council programmes for reduction of errors and protection of patients*. Swiss Med J, 2001;82(25).

Hodges B. *The many and conflicting histories of medical education in Canada and the USA: an introduction to the paradigm wars*. Medical Education, 2005;39(6):613–21.

Kruse, GA. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001.

Lampert JB. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

Long DM. *Competency-based Residency Training: The Next Advance in Graduate Medical Education*. Academic Medicine, 75(12):dez, 2000.

Machado, MH (org). *Trabalhadores de Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, v. 2, 2006.

Mahar M. *Why aren't more students applying to medical school?* The Health Care Blog, jan. 2008 [citado 20 mar 2008]. Disponível em: <http://alternet.org/healthwellness/73774/?page=entire>.

Marcondes ELG. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

Marques HHS, Rodrigues LC. *A luta pelos direitos trabalhistas dos médicos residentes* [citado 10 mar 2008]. São Paulo: *Pediatria (USP)*, 1:40-44, 1979. Disponível em: www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/294.pdf.

Mendes EV. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. Texto parcialmente publicado, com autorização da editora / Texto de apoio/Unidade 1 CADHRU. In: Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Nassif CAN. *Projeto Flexner brasileiro* [citado 03 maio 2007]. *Escolas Médicas do Brasil*, 25 ago 2006. Disponível em: http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=14&busca=nassif.

Newton DA, Grayson MS, Whitley TW. *What predicts medical students career choice?* J Gen Intern Medicine 1998;13:200-203.

Nunes ED. *Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas. Physis* [citado 03 maio 2008]. 2005, v. 15, n. 1, pp. 13-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo. *Estudo da migração de médicos egressos de Programas de Residência Médica financiados pela SES/SP no período de 1990 a 2002. Relatório de Pesquisa*. São Paulo: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo, 2006 [citado 26 mar 2008]. Disponível em: www.observarhsp.org.br.

Pellegrini CA, Warshaw AL, Debas HT. *Residency training in surgery in the 21st century: A new paradigm*. Surgery, 136(5):nov, 2004.

Perez EP. *A propósito da educação médica*. Recife: IMIP, 2004;jan-mar:4(1):9-13.

Pereira Neto AF. *Ética e Institucionalização da profissão médica (1927-1957). Repertório de fontes documentais para uma história da criação dos conselhos de medicina* [citado 16 jun 2007]. Rio de Janeiro: Manguinhos. História, Ciências, Saúde. 5(2):435-41, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701998000200008&script=sci_arttext&tlng=en.

Pierantoni CR, Varella TC, França T. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática*. In: Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises / Barros AFR et. al. (Orgs.). Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2004.

Postgraduate Medical Education and Training Board – PMETB. *Specialties and Subspecialties list* [citado 15 fev 2007]. Disponível em: <http://www.pmetb.org.uk/index.php?id=approvedcurricula>.

Ribeiro JM, Scharaiber LB. *Autonomia e o Trabalho em Medicina*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 10(2)A:190-199, abr-jun, 1994.

Ring RA. *History of the American Board of Preventive Medicine*. American Journal of Preventive Medicine, 22(4), 2002.

Santos PM. Profissão Médica no Brasil. In: Machado MH. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

São Paulo. Leis etc. Decreto nº 13.919 de 11 de setembro de 1979 [citado 27 jan 2008]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/geral/acoes_da_sessp/decreto_n._13.919_de_11_de_setembro_de_1979.pdf

São Paulo. Leis etc. Decreto nº 28.495, de 15 de junho de 1988 [citado 27 jan 2008].

Disponível

em:

http://www.fundap.sp.gov.br/rm/rm_old/Resolucoes%20Conforpas/Dec28495.htm

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2008-2011* / Souza RR et al (Orgs). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

Scharaiber LB. *Work in Medicine: Some Questions About the Professional Autonomy*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 11(1):57-64, jan-mar, 1995.

Seifer SD, Vranizan K, Grumbach K. Graduate Medical Education and Physician Practice Location: Implications for Physician Workforce Policy. *Journal of the American Medical Association*, 274(9):685–91, 1995.

Seixas PHD. *Residência Médica e Regulação Pública* [Correspondência pessoal]. Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo - ObservaRHSP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

Seixas PHD. *Estudo Sobre Sociedades de Especialistas em Medicina no Brasil*. Relatório Final do Estudo sobre Especialização Médica na América Latina e Caribe. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://www.bra.ops-oms.org/rh/areas_det.cfm?id_doc=113&id_area=3.

Silva GGA. *Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva*. Botucatu: Interface, 10(19):7-24, jan-jun, 2006.

Silva MRB. *O ensino médico em debate: São Paulo - 1890 a 1930*. Rio de Janeiro: Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos, 9(0), 2002.

Sousa EG. *Considerações sobre a Residência Médica no Brasil*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Colo-Proctologia, 1988;8(4):150-52.

Sullivan M. *Why are fewer medical students choosing family medicine as a career choice?* Tese apresentada na Atlantic Regional Training Centre/Health Service Research, 2006 [citado 04 abr 2008]. Disponível em: www.artc-hsr.ca/Documents%20linked%20to/Thesis%20summary%20Melissa%20Sullivan.pdf

Thurston NK. *Physician Market Power-Evidence From the Allocation of Malpractice Premiums*. Economic Inquiry 39 (3), 487-498, July 2001.

Universidade de São Paulo - USP. Faculdade de Medicina. *Pós Graduação: Residência Médica* [citado 24 mar 2008]. Disponível em: http://www.netsim.fm.usp.br/pg_resid/

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas. *Residência Médica 2008* [citado 24 mar 2008]. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/ensino/residencia/arquivos/exame_2008/relcv2008.pdf

Universidade Estadual de Londrina - UEL. Faculdade de Medicina. *Seleção Pública: Residência Médica 2008* [citado 24 mar 2008]. Disponível em: http://www.cops.uel.br/concursos/45_residencia_medica/candidato_vaga.pdf.

Warner JH. *Against the Spirit of the System: The French Impulse in Nineteenth-Century American Medicine*. Princeton, NJ, 1998.

Weiner J. *A shortage of physicians or a surplus of assumptions?* Health Affairs, v. 21, n. 1, jan/fev 2002.

Wright B, Scott I, Woloschuk W, Brenneis. Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *Canada's leading medical journal*. F. JAMC, 22 jun 2004;170(13) [citado 03 abr 2008]. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/170/13/1920>

Youngson AJ. *Medical education in the later 19th century: the science take-over*. Medical Education, nov 1989;23(6):480-91.

9 - ANEXOS

Anexo I

Lista de Especialidades e Subespecialidades Médicas Certificadas pela ABMS (EUA)

General Certificate(s)	Subspecialty Certificates
American Board of Allergy & Immunology	
Allergy & Immunology	
American Board of Anesthesiology	
Anesthesiology	Critical Care Medicine Hospice and Palliative Medicine Pain Medicine
American Board of Colon & Rectal Surgery	
Colon & Rectal Surgery	
American Board of Dermatology	
Dermatology	Clinical & Laboratory Dermatological Immunology Dermatopathology Pediatric Dermatology
American Board of Emergency Medicine	
Emergency Medicine	Hospice and Palliative Medicine Medical Toxicology Pediatric Emergency Medicine Sports Medicine Undersea and Hyperbaric Medicine
American Board of Family Medicine	
Family Medicine	Adolescent Medicine Geriatric Medicine Hospice and Palliative Medicine Sports Medicine
American Board of Internal Medicine	
Internal Medicine	Adolescent Medicine Cardiovascular Disease Clinical Cardiac Electrophysiology Critical Care Medicine Endocrinology, Diabetes & Metabolism Gastroenterology Geriatric Medicine Hematology Hospice and Palliative Medicine Infectious Disease Interventional Cardiology Medical Oncology Nephrology Pulmonary Disease Rheumatology Sleep Medicine Sports Medicine Transplant Hepatology
American Board of Medical Genetics	

Clinical Biochemical Genetics Clinical Cytogenetics Clinical Genetics (MD) Clinical Molecular Genetics PhD Medical Genetics	Molecular Genetic Pathology
American Board of Neurological Surgery	
Neurological Surgery	
American Board of Nuclear Medicine	
Nuclear Medicine	
American Board of Obstetrics & Gynecology	
Obstetrics & Gynecology	Critical Care Medicine Gynecologic Oncology Hospice and Palliative Medicine Maternal & Fetal Medicine Reproductive Endocrinology/Infertility
American Board of Ophthalmology	
Ophthalmology	
American Board of Orthopaedic Surgery	
Orthopaedic Surgery	Orthopaedic Sports Medicine Surgery of the Hand
American Board of Otolaryngology	
Otolaryngology	Neurotology Pediatric Otolaryngology Plastic Surgery Within the Head and Neck Sleep Medicine
American Board of Pathology	
Anatomic Pathology & Clinical Pathology Pathology - Anatomic Pathology - Clinical	Blood Banking/Transfusion Medicine Chemical Pathology Cytopathology Dermatopathology Forensic Pathology Hematology Medical Microbiology Molecular Genetic Pathology Neuropathology Pediatric Pathology
American Board of Pediatrics	
Pediatrics	Adolescent Medicine Blood Banking/Transfusion Medicine Child Abuse Pediatrics Developmental-Behavioral Pediatrics Hospice and Palliative Medicine Medical Toxicology Neonatal-Perinatal Medicine Neurodevelopmental Disabilities Pediatric Cardiology Pediatric Critical Care Medicine Pediatric Emergency Medicine Pediatric Endocrinology Pediatric Gastroenterology Pediatric Hematology-Oncology Pediatric Infectious Diseases

	Pediatric Nephrology Pediatric Pulmonology Pediatric Rheumatology Sleep Medicine Sports Medicine Transplant Hepatology
American Board of Physical Medicine & Rehabilitation	
Physical Medicine & Rehabilitation	Hospice and Palliative Medicine Pain Medicine Neuromuscular Medicine Pediatric Rehabilitation Medicine Spinal Cord Injury Medicine Sports Medicine
American Board of Plastic Surgery	
Plastic Surgery	Plastic Surgery Within the Head and Neck Surgery of the Hand
American Board of Preventive Medicine	
Aerospace Medicine Occupational Medicine Public Health & General Preventive Medicine	Medical Toxicology Undersea & Hyperbaric Medicine
American Board of Psychiatry & Neurology	
Psychiatry Neurology Neurology with Special Qualifications in Child Neurology	Addiction Psychiatry Child & Adolescent Psychiatry Clinical Neurophysiology Forensic Psychiatry Geriatric Psychiatry Hospice and Palliative Medicine Neurodevelopmental Disabilities Neuromuscular Medicine Pain Medicine Psychosomatic Medicine Sleep Medicine Vascular Neurology
American Board of Radiology	
Diagnostic Radiology Radiation Oncology Radiologic Physics	Hospice and Palliative Medicine Neuroradiology Nuclear Radiology Pediatric Radiology Vascular and Interventional Radiology
American Board of Surgery	
Surgery Vascular Surgery	Hospice and Palliative Medicine Pediatric Surgery Surgery of the Hand Surgical Critical Care
American Board of Thoracic Surgery	
Thoracic Surgery	
American Board of Urology	
Urology	Pediatric Urology

FONTE: American Board of Medical Specialties

Anexo II

Lista de especialidades e subespecialidades reconhecidas no Reino Unido, 2007.

Specialty	Sub Specialty
Emergency medicine	Paediatric Emergency Medicine
Allergy	
Anaesthetics	
Audiological medicine	
Cardiology	Stroke Medicine
Cardio-thoracic surgery	
Chemical pathology	Metabolic Medicine
Child and adolescent psychiatry	
Clinical cytogenetics and molecular genetics	
Clinical genetics	
Clinical neurophysiology	
Clinical oncology	
Clinical pharmacology and therapeutics	Stroke Medicine
Clinical radiology	
Dermatology	
Endocrinology and diabetes mellitus	
Forensic psychiatry	
Gastroenterology	Hepatology
General (internal) medicine	Acute Medicine
	Metabolic Medicine
	Stroke Medicine
General psychiatry	Liaison Psychiatry
	Rehabilitation Psychiatry
	Substance Misuse Psychiatry
General surgery	
Genito-urinary medicine	
Geriatric medicine	Stroke Medicine
Haematology	
Histopathology	Cytopathology
	Forensic Pathology
	Neuropathology
	Paediatric Pathology
Immunology	
Infectious diseases	
Intensive care medicine	
Medical microbiology and virology	
Medical oncology	
Medical ophthalmology	Stroke Medicine
Neurology	
Neurosurgery	
Nuclear medicine	Gynaecological Oncology
Obstetrics and gynaecology	Maternal and Fetal Medicine
	Reproductive Medicine
	Sexual and Reproductive Health (previously known as Community Gynaecology)
	Urogynaecology
Occupational medicine	
Old age psychiatry	
Ophthalmology	Community Child Health

Oral and maxillo-facial surgery	
Otolaryngology	Neonatal Medicine
Paediatric cardiology	
Paediatric surgery	Paediatric Clinical Pharmacology and Therapeutics
Paediatrics	Paediatric Emergency Medicine
	Paediatric Endocrinology
	Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
	Paediatric Infectious Diseases and Immunology
	Paediatric Intensive Care Medicine
	Paediatric Nephrology
	Paediatric Neurodisability
	Paediatric Neurology
	Paediatric Oncology
	Paediatric Respiratory Medicine
	Paediatric Rheumatology
	Stroke Medicine
Palliative medicine	
Pharmaceutical medicine	
Plastic surgery	
Psychiatry of learning disability	
Psychotherapy	
Public health medicine	
Rehabilitation medicine	
Renal medicine	
Respiratory medicine	
Rheumatology	
Trauma and orthopaedic surgery	
Tropical medicine	
Urology	

FONTE: Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB)

Anexo III

DECRETO nº 20.931 - DE 11 DE JANEIRO DE 1932

Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

O Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, de conformidade com o art. 1º do decreto n. 19.398, de 11 de novembro de 1930, DECRETA:

Art. 1º O exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeiro, fica sujeito à fiscalização na forma deste decreto.

Art. 2º Só é permitido o exercício das profissões enumeradas no art. 1º, em qualquer ponto do território nacional, a quem se achar habilitado nelas de acordo com as leis federais e tiver título registrado na forma do art. 5º deste decreto.

Art. 3º Os optometristas, práticos de farmácia, massagistas e duchistas estão também sujeitos à fiscalização, só podendo exercer a profissão respectiva se provarem a sua habilitação a juízo da autoridade sanitária.

Art. 4º Os graduados por escolas ou universidades estrangeiras só podem exercer a profissão após submeterem-se a exame de habilitação, perante as faculdades brasileiras, de acordo com as leis federais em vigor.

Art. 5º É obrigatório o registro do diploma dos médicos e demais profissionais a que se refere o art. 1º, no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente.

Art. 6º Os médicos e os cirurgiões dentistas são obrigados a notificar no primeiro trimestre de cada ano, à autoridade sanitária da localidade onde clinicarem ou, em sua falta, à autoridade policial, a sede dos seus consultórios ou residências, afim de serem organizados o cadastro médico e o cadastro odontológico local.

Art. 7º A Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública, fará publicar mensalmente no Diário Oficial a relação dos profissionais cujos títulos tiverem sido registrados, organizando, anualmente, com as alterações havidas a relação completa dos mesmos.

Art. 8º As autoridades municipais, estaduais e federais só podem receber impostos relativos ao exercício da profissão médica, mediante apresentação de prova de se

achar o diploma do interessado devidamente registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública e nas repartições sanitárias estaduais competentes.

Art. 9º Nas localidades, onde não houver autoridade sanitária, compete às autoridades policiais e judiciárias verificar se o profissional se acha devidamente habilitado para o exercício da sua profissão.

Art. 10 Os que, mediante anúncios ou outro qualquer meio, se propuserem ao exercício da medicina ou de qualquer dos seus ramos, sem título devidamente registrado, ficam sujeitos, ainda que se entreguem excepcionalmente a essa atividade às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da medicina.

Art. 11 Os médicos, farmacêuticos, cirurgiões dentistas, veterinários, enfermeiros e parteiras que cometerem falta grave ou erro de ofício, poderão ser suspensos do exercício da sua profissão pelo prazo de seis meses a dois anos, e se exercem função pública, serão demitidos dos respectivos cargos.

Art. 12 A penalidade de suspensão será imposta no Distrito Federal pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, depois de inquérito administrativo apreciado por três profissionais de notório saber e probidade, escolhidos um pelo ministro da Educação e Saúde Pública, um pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e um pelo diretor do Departamento Nacional do Ensino, e nos Estados pelo respectivo diretor dos serviços sanitários, após inquérito administrativo procedido por uma comissão de três profissionais, escolhidos um pelo secretário do Interior do Estado, um pelo diretor do serviço sanitário e um pelo juiz seccional federal. Em qualquer caso da aplicação da penalidade cabe recurso para o ministro da Educação e Saúde Pública.

Art. 13 Os que apresentarem oposição ou embaraço de qualquer ordem à ação fiscalizadora da autoridade sanitária, ou que a desacatarem no exercício de suas funções, ficam sujeitos à multa de 2:000\$0 a 5:000\$0, cobrável executivamente sem prejuízo da ação penal por desacato à autoridade, que poderá ter lugar por denúncia do Ministério Público, na Justiça Federal, ou por denúncia dos órgãos competentes da Justiça Estadual.

Art. 14 Podem continuar a clinicar nos respectivos Estados os médicos, cirurgiões dentistas e veterinários que na data da publicação do presente decreto forem portadores de diplomas expedidos por escolas reconhecidas e fiscalizadas pelos governos estaduais, bem como os médicos, cirurgiões dentistas e veterinários diplomados por faculdade estrangeiras, com mais de 10 anos de clínica no país, se comprovarem a idoneidade da escola por onde tenham se formado a juízo da autoridade sanitária.

Do exercício da medicina

Art. 15 São deveres dos médicos:

- a) notificar dentro do primeiro trimestre de cada ano à Inspetoria da Fiscalização do Exército da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Distrito Federal, à autoridade sanitária local ou na sua ausência à autoridade policial, nos Estados, a sede do seu consultório ou a sua residência, para organização do cadastro médico regional (art. 6º);
- b) escrever as receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou consultório;
- c) ratificar em suas receitas a posologia dos medicamentos, sempre que esta for anormal, eximindo assim o farmacêutico de responsabilidade no seu aviamento;
- d) observar fielmente as disposições regulamentares referentes às doenças de notificação compulsória;
- e) atestar o óbito em impressos fornecidos pelas repartições sanitárias, com a exata causa mortis, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo-sanitária;
- f) mencionar em seus anúncios somente os títulos científicos e a especialidade.

Art. 16 É vedado ao médico:

- a) ter consultório comum com indivíduo que exerça ilegalmente a medicina;
- b) receitar sob forma secreta, como a de código ou número;
- c) indicar em suas receitas determinado estabelecimento farmacêutico, para as aviar;
- d) atestar o óbito de pessoa a quem não tenha prestado assistência médica;
- e) firmar atestados sem praticar os atos profissionais que os justifiquem;
- f) dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica;
- g) fazer parte, quando exerça a clínica, de empresa que explore a indústria farmacêutica ou seu comércio. Aos médicos autores de fórmulas de especialidades farmacêuticas, serão, porém, assegurados os respectivos direitos, embora não as possam explorar comercialmente, desde que exerçam a clínica;
- h) exercer simultaneamente as profissões de médico e farmacêutico quando formado em medicina e farmácia, devendo optar por uma delas, do que deve dar conhecimento, por escrito, ao Departamento Nacional de Saúde Pública;

i) assumir a responsabilidade de tratamento médico dirigido por quem não for legalmente habilitado;

j) anunciar a cura de doenças consideradas incuráveis segundo os atuais conhecimentos científicos;

k) assumir a responsabilidade como assistente, salvo nas localidades onde não houver outro médico, do tratamento de pessoa da própria família, que viva sob o mesmo teto, que esteja acometida de doença grave ou tóxico-maníaca, caso em que apenas pode auxiliar o tratamento dirigido por médico estranho à família;

l) recusar-se a passar atestado de óbito de doente a quem venha prestando assistência médica, salvo quando houver motivo justificado, do que deverá dar ciência, por escrito, à autoridade sanitária;

m) manter a publicação de conselhos e receitas a consulentes por correspondência ou pela imprensa.

Art. 17 As associações religiosas ou de propaganda doutrinária, onde forem dadas consultas médicas ou fornecidos medicamentos, ficam sujeitas, nas pessoas de seus diretores, ou responsáveis, às multas estabelecidas no regulamento sanitário e às penas previstas no Código Penal.

§ 1º Se alguém, não se achando habilitado para exercer a medicina, se valer de uma dessas associações para exercê-la, ficará sujeito às mesmas penalidades em que devem incorrer o diretor ou responsável.

§ 2º Se qualquer associação punida na forma deste artigo, reincidir na infração, a autoridade sanitária ordenará, administrativamente, o fechamento da sua sede.

Art. 18 Os profissionais que se servirem do seu título para a prescrição ou administração indevida de tóxicos entorpecentes, além de serem responsabilizados criminalmente serão suspensos do exercício da sua profissão pelo prazo de um a cinco anos, e demitidos de qualquer cargo público que exerçam.

Parágrafo único. A aplicação da penalidade estabelecida neste artigo dependerá de condenação do infrator, salvo quando este houver sido autuado em flagrante no momento em que administrava o tóxico.

Art. 19 Não é permitido o uso continuado de entorpecentes no tratamento de doenças ou afecções para o qual sejam admissíveis ou recomendáveis outros recursos terapêuticos, salvo quando, em conferência médica, na qual deve tomar parte a autoridade sanitária, ficar demonstrada a necessidade imprescindível do uso continuado de medicação dessa natureza.

Art. 20 O médico, cirurgião-dentista, ou veterinário que, sem causa plenamente justificada, prescrever continuamente entorpecentes, será, declarado suspeito pela Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de

Saúde Pública, ou pela autoridade sanitária local, ficando sujeito seu receituário a rigorosa fiscalização. Verificadas nele irregularidades em inquérito administrativo, ser-lhe-á cassada a faculdade de prescrever entorpecentes, sem prévia fiscalização da autoridade sanitária, ficando as farmácias proibidas de aviar suas receitas, sem o "visto" prévio da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública, ou da autoridade sanitária local.

Art. 21 Ao profissional que prescrever ou administrar entorpecentes para alimentação da toxicomania será cassada pelo diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Distrito Federal, e nos Estados pelo respectivo diretor dos serviços sanitários, a faculdade de receitar essa medicação, pelo prazo de um a cinco anos, devendo ser o fato comunicado às autoridades policiais para a instauração do competente inquérito e processo criminal.

Art. 22 Os profissionais que forem toxicômanos serão sujeitos a exame médico legal, não lhes sendo permitido prescrever entorpecentes pelo espaço de um a cinco anos.

Art. 23 Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio. Esses doentes serão internados obrigatoriamente em estabelecimentos hospitalares, devendo os médicos assistentes comunicar a internação à Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública, ou à autoridade sanitária local e apresentar-lhe o plano clínico para a desintoxicação. Nesses casos as receitas deverão ser individuais e ficarão sujeitas ao "visto" prévio da Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública ou da autoridade sanitária local.

Dos estabelecimentos dirigidos por médicos

Art. 24 Os institutos hospitalares de qualquer natureza, públicos ou particulares, os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, fisioterapia e ortopedia, e os estabelecimentos de duchas ou banhos medicinais, só poderão funcionar sob responsabilidade e direção técnica de médicos ou farmacêuticos, nos casos compatíveis com esta profissão, sendo indispensável para o seu funcionamento, licença da autoridade sanitária.

Art. 25 Os institutos de beleza, sem direção médica, limitar-se-ão aos serviços compatíveis com sua finalidade, sendo terminantemente proibida aos que neles trabalham a prática de intervenções de cirurgia plástica, por mais rudimentares que sejam, bem como a aplicação de agentes fisioterápicos e a prescrição de medicamentos.

Art. 26 Os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, de fisioterapia e de ortopedia, serão licenciados e fiscalizados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública ou pela autoridade local. A licença será concedida ao responsável pelo estabelecimento e só poderá ser fornecida após a competente inspeção sanitária, devendo a transferência de local ou a substituição do

responsável ser previamente requerida à Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina ou à autoridade sanitária local.

Art. 27 Os estabelecimentos eletro, rádio e fisioterápicos e ortopédicos só poderão funcionar sob a direção técnica profissional de médico cujo nome será indicado no requerimento dos interessados à autoridade sanitária competente, salvo se esses estabelecimentos forem de propriedade individual de um médico.

Art. 28 Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal.

No requerimento de licença para seu funcionamento deverá o diretor técnico do estabelecimento enviar à autoridade sanitária competente a relação dos profissionais que nele trabalham, comunicando-lhe as alterações que forem ocorrendo no seu quadro.

Art. 29 A direção dos estabelecimentos destinados a abrigar indivíduos que necessitem de assistência médica, se achem impossibilitados, por qualquer motivo, de participar da atividade social, e especialmente os destinados a acolher parturientes, alienados, toxicômanos, inválidos, etc., será confiada a um médico especialmente habilitado e a sua instalação deverá ser conforme os preceitos científicos de higiene, com adaptações especiais aos fins a que se destinarem.

O diretor técnico deverá facultar à autoridade sanitária a livre inspeção do estabelecimento sob sua direção, determinando o seu fechamento quando assim o exigir a autoridade sanitária, por motivo de conveniência pública ou de aplicação de penalidade, imposta por infração dos dispositivos do regulamento sanitário.

§ 1º O diretor técnico, que requerer à autoridade sanitária a competente licença para abertura dos estabelecimentos citados nos artigos precedentes, deverá pedir baixa de sua responsabilidade sempre que se afastar da direção.

§ 2º Esses estabelecimentos terão um livro especial, devidamente rubricado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro dos internados, com todas as especificações de identidade, e a anotação de todas as ocorrências verificadas desde a entrada até a saída do internado.

Do exercício da odontologia

Art. 30 O cirurgião-dentista somente poderá prescrever agentes anestésicos de uso tópico e medicamento de uso externo para os casos restritos de sua especialidade.

Art. 31 Ao cirurgião-dentista é vedado praticar intervenções cirúrgicas, que exijam conhecimentos, estranhos à sua profissão, bem como permitir o exercício da clínica odontológica, em seu consultório, a indivíduo não legalmente habilitado para exercê-la.

Art. 32 O material existente em consultório dentário, cujo funcionamento não esteja autorizado pela autoridade sanitária ou que seja utilizado por quem não tiver diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública, será apreendido e remetido para o depósito público.

Art. 33 É terminantemente proibida aos protéticos, a instalação de gabinetes dentários, bem como o exercício da clínica odontológica.

Do exercício da medicina veterinária

Art. 34 É proibido às farmácias aviar receituário de médicos veterinários que não tiverem seus diplomas devidamente registrados no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Art. 35 Nas receitas deve o veterinário determinar o animal a que se destina a medicação, e indicar o local onde é encontrado bem como o respectivo proprietário, mencionando a qualidade de veterinário após a assinatura da receita.

Do exercício da profissão de parteira

Art. 36 As parteiras e enfermeiras especializadas em obstetrícia devem limitar-se aos cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos casos normais, e em qualquer anormalidade devem reclamar a presença de um médico, cabendo-lhes a responsabilidade pelos acidentes atribuíveis à imperícia da sua intervenção.

Art. 37 É vedado às parteiras:

- a) prestar assistência médica a mulheres e crianças fora do período do parto, ou realizar qualquer intervenção cirúrgica;
- b) recolher as parturientes e gestantes para tratamento em sua residência ou em estabelecimento sob sua direção imediata ou mediata;
- c) manter consultório para exames e prática de curativos;
- d) prescrever medicações, salvo a que for urgentemente reclamada pela necessidade de evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente, do feto ou recém-nascido.

Nesses casos, porem, como em todos os que se revestem de qualquer anormalidade, a presença do médico deve ser reclamada pela parteira, que tomará providências apenas até que chegue o profissional.

Disposições gerais

Art. 38 É terminantemente proibido aos enfermeiros, massagistas, optometristas e ortopedistas a instalação de consultórios para atender clientes, devendo o material aí encontrado ser apreendido e remetido para o depósito público, onde será vendido

judicialmente a requerimento da Procuradoria dos leitos da Saúde Pública e a quem a autoridade competente oficiará nesse sentido. O produto do leilão judicial será recolhido ao Tesouro, pelo mesmo processo que as multas sanitárias.

Art. 39 É vedado às casas de ótica confeccionar e vender lentes de grau sem prescrição médica, bem como instalar consultórios médicos nas dependências dos seus estabelecimentos.

Art. 40 É vedado às casas que comerciam em artigos de ortopedia ou que os fabricam, vender ou aplicar aparelhos protéticos, contensivos, corretivos ou imobilizadores, sem a respectiva prescrição médica.

Art. 41 As casas de ótica, ortopedia e os estabelecimentos eletro, rádio e fisioterápicos de qualquer natureza devem possuir um livro devidamente rubricado pela autoridade sanitária competente, destinado ao registro das prescrições médicas.

Art. 42 A infração de qualquer dos dispositivos do presente decreto será punida com a multa de 2:000\$0 a 5:000\$0, conforme a sua natureza, a critério da autoridade autuante, sem prejuízo das penas criminais. Estas penalidades serão discriminadas em cada caso no regulamento.

Parágrafo único. Nos casos de reincidência na mesma infração dentro do prazo de dois anos, a multa será duplicada a cada nova infração.

Art. 43 Os processos criminais previstos neste decreto terão lugar por denúncia da Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública, na Justiça do Distrito Federal, ou por denúncia do órgão competente, nas justiças estaduais, mediante solicitações da Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina ou de qualquer outra autoridade competente.

Art. 44 Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 1932, 111º da Independência e 44º da República.

GETULIO VARGAS.

Francisco Campos.

Anexo IV

LEI Nº 3.268 DE 30 DE SETEMBRO DE 1957 - DOU DE 1/10/57

Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 2º O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Art. 3º Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

Art. 4º O Conselho Federal de Medicina compor-se-á de 10 (dez) membros e outros tantos suplentes, de nacionalidade brasileira. (**Vide Medida Provisória nº 203, de 28.7.2004**)

Parágrafo único. Dos 10 (dez) membros e respectivos suplentes do Conselho Federal, 9 (nove) serão eleitos, por escrutínio, secreto e maioria absoluta de votos, em assembléia dos delegados dos Conselhos Regionais e o restante pela Associação Médica Brasileira.

Art. 5º São atribuições do Conselho Federal: (**Vide Medida Provisória nº 203, de 28.7.2004**).

- a) organizar o seu regimento interno;
- b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;

c) eleger o presidente e a secretária geral do Conselho;

d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;

e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;

f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;

g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimí-las;

i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.

Art. 6º O mandato dos membros do Conselho Federal de Medicina será meramente honorífico e durará 5 (cinco) anos.

Art. 7º Na primeira reunião ordinária do Conselho Federal será eleita a sua diretoria, composta de presidente, vice-presidente, secretário geral, primeiro e segundo secretários, tesoureiro, na forma do regimento.

Art. 8º Ao presidente do Conselho Federal compete a direção do mesmo Conselho, cabendo-lhe velar pela conservação do decôro e da independência dos Conselhos de Medicina e pelo livre exercício legal dos direitos de seus membros.

Art. 9º O secretário geral terá a seu cargo a secretaria permanente do Conselho Federal.

Art. 10. O presidente e o secretário geral residirão no Distrito Federal durante todo o tempo de seus mandatos. (**Vide Medida Provisória nº 203, de 28.7.2004**)

Art. 11. A renda do Conselho Federal será constituída de:

a) 20% (vinte por cento) da totalidade do impôsto sindical pago pelos médicos;

b) 1/3 (um têrço) da taxa de expedição das carteiras profissionais;

c) 1/3 (um têrço) das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;

d) doações e legados;

- e) subvenções oficiais;
- f) bens e valores adquiridos;
- g) 1/3 (um terço) das anuidades percebidas pelos Conselhos Regionais.

Art. 12. Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, quando o Conselho tiver até 50 (cinquenta) médicos inscritos, de 10 (dez), até 150 (cento e cinquenta) médicos inscritos, de 15 (quinze), até 300 (trezentos) inscritos, e, finalmente, de 21 (vinte e um), quando excedido êsse número.

Art. 13. Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina, com exceção de um que será escolhido pela Associação Médica, sediada na Capital do respectivo Estado, federado à Associação Médica Brasileira, serão eleitos, em escrutínio secreto, em assembléia dos inscritos de cada região e que estejam em pleno gozo de seus direitos.

§ 1º As eleições para os Conselhos Regionais serão feitas sem discriminação de cargos, que serão providos na primeira reunião ordinária dos mesmos.

§ 2º O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será meramente honorífico e exigida como requisito para eleição a qualidade de brasileiro nato ou naturalizado.

Art. 14. A diretoria de cada Conselho Regional compor-se-á de presidente, vice-presidente, primeiro e segundo secretários e tesoureiro.

Parágrafo único. Nos Conselhos onde o quadro abranger menos de 20 (vinte) médicos inscritos poderão ser suprimidos os cargos de vice-presidente e os de primeiro ou segundo secretários, ou alguns dêstes.

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;

f) expedir carteira profissional;

g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos;

h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;

i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;

j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;

k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Art. 16. A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

a) taxa de inscrição;

b) 2/3 (dois terços) da taxa de expedição de carteiras profissionais;

c) 2/3 (dois terços) da anuidade paga pelos membros inscritos no Conselho Regional;

d) 2/3 (dois terços) das multas aplicadas de acordo com a alínea d do art. 22;

e) doações e legados;

f) subvenções oficiais;

g) bens e valores adquiridos.

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Art. 18. Aos profissionais registrados de acordo com esta lei será entregue uma carteira profissional que os habitará ao exercício da medicina em todo o País.

§ 1º No caso em que o profissional tiver de exercer temporariamente, à medicina em outra jurisdição, apresentará sua carteira para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional desta jurisdição.

§ 2º Se o médico inscrito no Conselho Regional de um Estado passar a exercer, de modo permanente, atividade em outra região, assim se entendendo o exercício da

profissão por mais de 90 (noventa) dias, na nova jurisdição, ficará obrigado a requerer inscrição secundária no quadro respectivo, ou para êle se transferir, sujeito, em ambos os casos, à jurisdição do Conselho local pelos atos praticados em qualquer jurisdição.

§ 3º Quando deixar, temporária ou definitivamente, de exercer atividade profissional, o profissional restituirá a carteira à secretaria do Conselho onde estiver inscrito.

§ 4º No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades.

Art. 19. A carteira profissional, de que trata o art. 18, valerá documento de identidade e terá fé pública.

Art. 20. Todo aquêle que mediante anúncios, placas, cartões ou outros meios quaisquer, se propuser ao exercício da medicina, em qualquer dos ramos ou especialidades, fica sujeito às penalidades aplicáveis ao exercício ilegal da profissão, se não estiver devidamente registrado.

Art. 21. O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao Conselho Regional, em que estavam inscritos ao tempo do fato punível, ou em que ocorreu, nos termos do art. 18, § 1º.

Parágrafo único. A jurisdição disciplinar estabelecida neste artigo não derroga a jurisdição comum quando o fato constitua crime punido em lei.

Art. 22. As penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:

- a) advertência confidencial em aviso reservado;
- b) censura confidencial em aviso reservado;
- c) censura pública em publicação oficial;
- d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;
- e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal.

§ 1º Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata da penalidade mais grave a imposição das penas obedecerá à gradação dêste artigo.

§ 2º Em matéria disciplinar, o Conselho Regional deliberará de oficial ou em consequência de representação de autoridade, de qualquer membro, ou de pessoa estranha ao Conselho, interessada no caso.

§ 3º A deliberação do Comércio precederá, sempre, audiência do acusado, sendo-lhe dado defensor no caso de não ser encontrado, ou fôr revel.

§ 4º Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência, para o Conselho Federal, sem efeito suspenso salvo os casos das alíneas c, e e f , em que o efeito será suspensivo.

§ 5º Além do recurso previsto no parágrafo anterior, não caberá qualquer outro de natureza administrativa, salvo aos interessados a via judiciária para as ações que fôrem devidas.

§ 6º As denúncias contra membros dos Conselhos Regionais só serão recebidas quando devidamente assinadas e acompanhadas da indicação de elementos comprobatórios do alegado.

Art 23. Constituem a assembléia geral de cada Conselho Regional os médicos inscritos, que se achem no pleno gozo de seus direitos e tenham aí a sede principal de sua atividade profissional.

Parágrafo único. A assembléia geral será dirigida pelo presidente e os secretários do Conselho Regional respectivo.

Art. 24. A assembléia geral compete:

I - ouvir a leitura e discutir o relatório e contas da diretoria. Para êsse fim se reunirá, ao menos uma vez por ano, sendo, nos anos em que se tenha de realizar a eleição do Conselho Regional, de 30 (trinta) a 45(quarenta e cinco) dias antes da data fixada para essa eleição;

II - autorizar a alienação de imóveis do patrimônio do Conselho;

III - fixar ou alterar as de contribuições cobradas pelo Conselho pelos serviços praticados;

IV - deliberar sobre as questões ou consultas submetidas à sua decisão pelo Conselho ou pela Diretoria;

V - eleger um delegado e um suplente para eleição dos membros e suplentes do Conselho Federal.

Art 25. A assembléia geral em primeira convocação, reunir-se-á com a maioria absoluta de seus membros e, em segunda convocação, com qualquer número de membros presentes.

Parágrafo único. As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos presentes.

Art. 26. O voto é pessoal e obrigatório em toda eleição, salvo doença ou ausência comprovadas plenamente.

§ 1º Por falta injustificada à eleição, incorrerá o membro do Conselho na multa de Cr\$200,00 (duzentos cruzeiros), dobrada na reincidência.

§ 2º Os médicos que se encontrarem fora da sede das eleições, por ocasião destas, poderão dar seu voto em dupla sobrecarta, opaca, fechada, e remetida pelo correio, sob registro, por ofício com firma reconhecida, ao Presidente do Conselho Regional.

§ 3º Serão computadas as cédulas recebidas, com as formalidades do parágrafo precedente até o momento de encerrar-se a votação. A sobrecarta maior será aberta pelo Presidente do Conselho, que depositará a sobrecarta menor na urna, sem violar o segredo do voto.

§ 4º As eleições serão anunciadas no órgão oficial e em jornal de grande circulação, com 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 5º As eleições serão feitas por escrutínio secreto, perante o Conselho, podendo, quando haja mais de duzentos votantes, determinarem-se locais diversos para o recebimento dos votos, permanecendo, neste caso, em cada local, dois diretores, ou médicos inscritos, designados pelo Conselho.

§ 6º Em cada eleição, os votos serão recebidos durante 6 (seis) horas contínuas pelo menos.

Art. 27. A inscrição dos profissionais já registrados nos órgãos de saúde pública, na data da presente lei, será feita independente da apresentação de títulos, diplomas certificados ou cartas registradas no Ministério da Educação e Cultura, mediante prova do registro na repartição competente.

Art. 28. O atual Conselho Federal de Medicina designará diretorias provisórias para os Conselhos Regionais dos Estados Territórios e Distrito Federal, onde não houverem ainda sido instalados, que tomarão a seu cargo a sua instalação e a convocação, dentro em 180 (cento e oitenta) dias, da assembléia geral, que elegerá o Conselho Regional respectivo.

Art. 29. O Conselho Federal de Medicina baixará instruções no sentido de promover a coincidência dos mandatos dos membros dos Conselhos Regionais já instalados e dos que vierem a ser organizados.

Art. 30. Enquanto não fôr elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais o Código de Deontologia Médica, vigorará o Código de Ética da Associação Médica Brasileira.

Art. 31. O pessoal a serviço dos Conselhos de Medicina será inscrito, para efeito de previdência social, no Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado em conformidade com o art. 2º do Decreto-lei nº 3.347, de 12 de junho de 1941.

Art. 32. As diretorias provisórias, a que se refere o art. 28, organizarão a tabela de emolumentos devidos pelos inscritos, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal.

Art. 33. O Poder Executivo providenciará a entrega ao Conselho Federal de Medicina, logo após a publicação da presente lei, de 40% (quarenta por cento) da totalidade do impôsto sindical pago pelos médicos a fim de que sejam empregados na instalação do mesmo Conselho e dos Conselhos Regionais.

Art. 34. O Govêrno Federal tomará medidas para a instalação condigna dos Conselhos de Medicina no Distrito Federal e nas capitais dos Estados e Territórios, tanto quanto possível em edifícios públicos.

Art. 35 O Conselho Federal de Medicina elaborará o projeto de decreto de regulamentação desta lei, apresentando-o ao Poder Executivo dentro em 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 36 Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogados o Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, e disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 1957; 136º da Independência e 69º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK

Clovis Salgado

Parsifal Barbosa

Maurício de Medeiros

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 01.10.1957

Anexo V

DECRETO Nº 80.281 DE 5 DE SETEMBRO DE 1977

Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, decreta:

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas:

Clínica Médica;

Cirurgia Geral;

Pediatria;

Obstetrícia e Ginecologia;

Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Os programas de Residência terão a duração mínima de 1 (um) ano, correspondendo ao mínimo de 1.800 (um mil e oitocentas) horas de atividade.

§ 3º Além do treinamento em serviço, os programas de Residência compreenderão um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos alunos.

Art. 2º Fica criada no âmbito do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura a Comissão Nacional de Residência Médica, com as seguintes atribuições:

a) credenciar os programas de Residência, cujos certificados terão validade nacional;

- b) definir, observado o disposto neste Decreto e ouvido o Conselho Federal de Educação, as normas gerais que deverão observar os programas de Residência em Medicina;
- c) estabelecer os requisitos mínimos necessários que devem atender as Instituições onde serão realizados os programas de Residência, assim como os critérios e a sistemática de credenciamento dos programas.
- d) assessorar as Instituições para o estabelecimento de programas de Residência;
- e) avaliar periodicamente os programas, tendo em vista o desempenho dos mesmos em relação às necessidades de treinamento e assistência à saúde em âmbito nacional ou regional;
- f) sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos programas que não estiverem de acordo com as normas e determinações emanadas da Comissão.

§ 1º A Comissão Nacional de Residência Médica será composta de dez membros, designados pelo Ministro da Educação e Cultura, assim constituída:

- a) o Diretor Geral do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, que é membro nato da Comissão e seu Presidente;
- b) um representante da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura;
- c) um representante do Ministério da Saúde;
- d) um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;
- e) um representante do Estado-Maior das Forças Armadas;
- f) um representante do Conselho Federal de Medicina;
- g) um representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas;
- h) um representante da Associação Médica Brasileira;
- i) um representante da Federação Nacional dos Médicos;
- j) um representante da Associação Nacional de Médicos Residentes;

§ 2º Sempre que necessário, a Comissão Nacional de Residência Médica poderá convidar representantes de outras entidades e órgão governamentais, para exame de assuntos específicos.

§ 3º A Comissão Nacional de Residência Médica terá um Secretário Executivo, substituto eventual do Presidente, designado pelo Ministro da Educação e Cultura.

§ 4º O Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura proverá o suporte administrativo e técnico necessário aos trabalhos da Comissão.

Art. 3º Para que a instituição de saúde não vinculada ao sistema de ensino seja credenciada a oferecer programa de Residência, será indispensável o estabelecimento de convênio específico entre esta e Escola Médica ou Universidade, visando mútua colaboração no desenvolvimento de programas de treinamento médico.

Art. 4º Os programas de Residência serão credenciados por um prazo de cinco anos, ao final do qual o credenciamento será renovado a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 5º Aos médicos que completarem o programa de Residência em Medicina, com aproveitamento suficiente, será conferido o certificado de Residência Médica, de acordo com as normas baixadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Parágrafo Único. Os certificados de Residência em Medicina, expedidos até janeiro de 1979, poderão ser convalidados de acordo com normas a serem estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 6º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 5 de setembro de 1977, 156º da Independência e 89º da República.

Ernesto Geisel, Ney Braga, Paulo de Almeida Machado, L.G. do Nascimento e SILVA e Moacyr Barcellos Potyguara.

(Publicado no DOU de 06/09/77)

Anexo VI

LEI Nº 6.932, DE 07 DE JULHO DE 1981.

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º. As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º. É vedado o uso da expressão “Residência Médica” para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º. Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º. O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;
- b) o nome da instituição responsável pelo programa;
- c) a data de início e a prevista para o término da residência;
- d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art. 4º. Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo de valor equivalente ao vencimento inicial de carreira de médico, de 20 (vinte) horas semanais, do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP, paga pela instituição,

acrescido de um adicional de 8%, a título de compensação previdenciária, incidente na classe da escala de salário-base a que fica obrigado por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social.

§ 1º. As instituições de saúde responsáveis por programas de residência Médica oferecerão aos residentes alimentação e alojamento no decorrer do período da residência.

§ 2º. Ao médico residente, inscrito na Previdência Social na forma deste artigo, serão assegurados todos os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, bem como os decorrentes do seguro de acidentes do trabalho.

§ 3º. À Médica residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do art. 7º desta Lei.

Art. 5º. Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte quatro) horas de plantão.

§ 1º. O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º. Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% num máximo de 20% de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º. Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 7º. A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

Art. 8º. A partir da publicação desta Lei, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 9º. Esta Lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação.

Art. 10º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 07 de julho de 1981; 160º da Independência e 93º da República.

João Figueiredo, Rubem Ludwig, Murilo Macedo, Waldir Mendes Arcoverde e Jair Soares.

(Publicada no D. O. U. de 09/07/1981).

Anexo VII

Quadro com a lista de especialidades e áreas de atuação reconhecidas pela Resolução CFM nº 1.785 de 05 de abril de 2006.

Especialidades	Áreas de Atuação
1. ACUPUNTURA	1. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA	2. ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
3. ANESTESIOLOGIA	3. ANGIORRADIOLOGIA E CIR. ENDOVASCULAR
4. ANGIOLOGIA	4. ATENDIMENTO AO QUEIMADO
5. CANCEROLOGIA	5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
6. CARDIOLOGIA	6. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR	7. CIRURGIA DA COLUNA
8. CIRURGIA DA MAO	8. CIRURGIA DERMATOLÓGICA
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	9. CIRURGIA DO TRAUMA
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	10. CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
11. CIRURGIA GERAL	11. CITOPATOLOGIA
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA	12. COSMIATRIA
13. CIRURGIA PLÁSTICA	13. DENSITOMETRIA ÓSSEA
14. CIRURGIA TORÁCICA	14. DOR
15. CIRURGIA VASCULAR	15. ECOCARDIOGRAFIA
16. CLÍNICA MÉDICA	16. ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER
17. COLOPROCTOLOGIA	17. ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA
18. DERMATOLOGIA	18. ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
19. ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	19. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
20. ENDOSCOPIA	20. ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
21. GASTROENTEROLOGIA	21. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
22. GENÉTICA MÉDICA	22. ERGOMETRIA
23. GERIATRIA	23. FONIATRIA
24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	24. GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	25. HANSENOLOGIA
26. HOMEOPATIA	26. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
27. INFECTOLOGIA	27. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERV.
28. MASTOLOGIA	28. HEPATOLOGIA
29. MEDICINA DE FAM. E COMUNIDADE	29. INFECTOLOGIA HOSPITALAR
30. MEDICINA DO TRABALHO	30. INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
31. MEDICINA DE TRÁFEGO	31. MAMOGRAFIA

Continua

Conclusão - Quadro com a lista de especialidades e áreas de atuação reconhecidas pela Resolução CFM nº 1.785 de 05 de abril de 2006.

32. MEDICINA ESPORTIVA	32. MEDICINA DE URGÊNCIA
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	33. MEDICINA DO ADOLESCENTE
34. MEDICINA INTENSIVA	34. MEDICINA FETAL
35. MEDICINA LEGAL	35. MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA
36. MEDICINA NUCLEAR	36. NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	37. NEONATOLOGIA
38. NEFROLOGIA	38. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
39. NEUROCIRURGIA	39. NEUROLOGIA PEDIATRICA
40. NEUROLOGIA	40. NEURORRADIOLOGIA
41. NUTROLOGIA	41. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
42. OFTALMOLOGIA	42. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	43. NUTROLOGIA PEDIÁTRICA
44. OTORRINOLARINGOLOGIA	44. PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
45. PATOLOGIA	45. PSICOGERIATRIA
46. PATOLOGIA CLÍN./MED.	46. PSICOTERAPIA
47. PEDIATRIA	47. PSIQUIATRIA DA INFANCIA E ADOLESCENCIA
48. PNEUMOLOGIA	48. PSIQUIATRIA FORENSE
49. PSIQUIATRIA	49. RADIOLOGIA INTERV. E ANGIORRADIOLOGIA
50. RADIOLOGIA E DIAG. POR IMAGEM	50. REPRODUÇÃO HUMANA
51. RADIOTERAPIA	51. REUMATOLOGIA PEDIATRICA
52. REUMATOLOGIA	52. SEXOLOGIA
53. UROLOGIA	53. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
	54. ULTRA-SONOGRAFIA EM GINEC. E OBSTETRÍCIA

FONTE: Conselho Federal de Medicina

Anexo VIII

DECRETO DE 20 DE JUNHO DE 2007.

Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituída, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, de acordo com as competências estabelecidas no art. 2º, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º À Comissão Interministerial compete:

I - subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde;

II - subsidiar a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores na área da saúde;

III - subsidiar a definição de critérios para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior, incluindo a pós-graduação lato sensu nas modalidades de especialização, residência médica, multiprofissional e em área profissional na área da saúde;

IV - identificar, periodicamente, a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais;

V - identificar, periodicamente, a capacidade instalada do SUS, a fim de subsidiar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais de saúde; e

VI - estabelecer diretrizes para a educação na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde na rede pública de educação básica.

Art. 3º A Comissão Interministerial será composta pelos seguintes membros:

I - Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação;

II - Secretário de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação;

III - Secretário de Educação à Distância do Ministério da Educação;

IV - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde;

V - Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde;

VI - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde;

VII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e
VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Parágrafo único. O Presidente da Comissão Interministerial, os suplentes e os membros de que tratam os incisos VII e VIII serão designados, em ato conjunto, pelos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 4º A Comissão Interministerial manifestar-se-á mediante parecer, aprovado por maioria de seus membros, a ser encaminhado à homologação dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 1º A Comissão Interministerial poderá instituir subcomissões temáticas com a função de colaborar, no que couber, para o cumprimento de suas atribuições, sistematizar as informações recebidas e subsidiar a elaboração de proposições.

§ 2º Sempre que necessário, a Comissão Interministerial poderá convidar representantes de entidades e de órgãos governamentais, para exame de assuntos específicos.

Art. 5º O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos da Comissão Interministerial serão providos pela Secretaria de Educação Superior e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Art. 6º A participação na Comissão Interministerial é de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de junho de 2006; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

José Gomes Temporão

Este texto não substitui o publicado no DOU de 21.6.2007

Anexo IX

DECRETO Nº 28.495, DE 15 DE JUNHO DE 1988

Cria o Conselho Estadual de Formação Profissional na Área da Saúde e dá outras providências.

ORESTES QUÉRCIA, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais decreta:

Artigo 1º - Fica criado, junto à Secretaria da Saúde, o Conselho Estadual de Formação Profissional na Área da Saúde - CONFORPAS, composto pelos seguintes membros:

I - Secretário da Saúde que será seu Presidente nato;

II - Secretário de Ciências e Tecnologias;

III - Secretário da Fazenda;

IV - Secretário de Economia e Planejamento;

V - Diretor Executivo da Fundação do Desenvolvimento Administrativo - Fundap;

VI - Um representante do Conselho de Reitores das Universidades Estaduais do Estado de São Paulo (CRUESP);

VII - Um representante da Comissão Interinstitucional da Saúde de São Paulo.

Parágrafo único. Cada membro do Conselho a que se refere o "caput" deste artigo contará com um suplente, que o substituirá em seus impedimentos.

Artigo 2º - Ao Conselho Estadual de Formação Profissional na Área da Saúde - Conforpas, compete:

I - Desenvolver o processo de planejamento para a formação, em nível de pós-graduação "lato-sensu", de médicos e outros profissionais de nível superior que atuam na área da saúde, tendo em vista as necessidades presentes e futuras de atendimento à população do Estado de São Paulo;

II - Fixar as metas a serem alcançadas e definir normas e procedimentos para a execução, controle e avaliação dos respectivos programas;

III - Propor ao Governador do Estado a fixação do número-limite de Bolsas de Estudos dos Médicos Residentes; (voltar ao Dec. 28.924, Art. 1º); (voltar ao Dec. 33.318, Art. 1º); (voltar ao Dec. 34.189, Art. 1º); (voltar ao Dec. 36.192, Art. 1º); (voltar ao Dec. 40.414, Art. 3º); (voltar ao Dec. 42.436, Art. 1º); (voltar ao Dec. 43.715, Art. 1º); (voltar ao Dec. 44.487, Art. 1º); (voltar ao Dec. 45.692, Art. 1º); (voltar ao Dec. 46.419, Art. 1º); (voltar ao Dec. 47.414, Art. 1º)

IV - Distribuir as Bolsas de Estudos dos Médicos Residentes por instituição, dentro do número-limite fixado pelo Governador do Estado.

Parágrafo único. Os subsídios necessários à elaboração do planejamento a que se refere o inciso I deste artigo serão fornecidos pela Secretaria da Saúde.

Artigo 3º - A Administração das Bolsas de Estudos dos Médicos Residentes ficará a cargo da Fundação do Desenvolvimento Administrativo - Fundap, nos termos do Decreto nº 13.919, de 11 de setembro de 1979.

Artigo 4º - É vedada a concessão de Bolsas de Estudo a médicos e outros profissionais da área da saúde em desacordo com as disposições deste decreto.

Parágrafo único. A inobservância do disposto neste artigo importará em responsabilidade para o infrator, com a conseqüente aplicação das sanções legais e administrativas cabíveis.

Artigo 5º - A Secretaria de Economia e Planejamento providenciará para que a cobertura dos encargos financeiros decorrentes da execução desse decreto corra à conta de dotações próprias a serem consignadas, anualmente, no Orçamento do Estado, em favor da Secretaria da Saúde.

Parágrafo único. Para cumprimento do disposto neste artigo a Secretaria de Economia e Planejamento fica autorizada a proceder as alterações que se fizerem necessárias nos Orçamentos das instituições da Administração Descentralizada vinculadas à execução dos programas aprovados pelo Conselho Estadual de Formação Profissional na Área da Saúde - CONFORPAS.

Artigo 6º - As disposições deste decreto abrangem todas as instituições ligadas ao sistema de saúde do Governo do Estado, inclusive as conveniadas com a Secretaria da Saúde.

Artigo 7º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogados o artigo 2º e os incisos III e IV, do artigo 5º do Decreto nº 13.919, de 11 de setembro de 1979.

Palácio dos Bandeirantes, 15 de junho de 1988.

ORESTES QUÉRCIA

José Machado de Campos Filho
Secretário da Fazenda

José Aristodemo Pinotti
Secretário da Saúde

Frederico Mathias Mazzuchelli
Secretário de Economia e Planejamento

Ralph Biasi
Secretário da Ciência e Tecnologia

Antônio Carlos Mesquita
Secretário do Governo

Publicado na Secretaria de Estado do Governo, aos 15 de junho de 1988.

Anexo X

Tabela 45 - Distribuição dos candidatos inscritos em Clínica Médica segundo UF de moradia no período de 1999 e 2004

CLÍNICA MÉDICA			
UF de Moradia no ato da inscrição	inscritos	% de inscritos	% acumulada
AC	4	0,00%	0,00%
AL	239	2,80%	2,80%
AM	77	0,90%	3,70%
AP	3	0,00%	3,70%
BA	385	4,40%	8,20%
CE	95	1,10%	9,30%
DF	95	1,10%	10,40%
ES	491	5,70%	16,00%
GO	220	2,50%	18,50%
MA	80	0,90%	19,50%
MG	751	8,70%	28,10%
MS	81	0,90%	29,10%
MT	94	1,10%	30,10%
PA	259	3,00%	33,10%
PB	101	1,20%	34,30%
PE	241	2,80%	37,10%
PI	78	0,90%	38,00%
PR	542	6,20%	44,20%
RJ	520	6,00%	50,20%
RN	152	1,80%	52,00%
RO	6	0,10%	52,00%
RR	23	0,30%	52,30%
RS	273	3,10%	55,50%
SC	209	2,40%	57,90%
SE	129	1,50%	59,30%
SP	3 521	40,60%	99,90%
TO	5	0,10%	100,00%
Total	8 674	100,00%	100,00%

FONTE: FCC e SES/SP

Anexo XI

Tabela 46 - Distribuição dos candidatos inscritos em Neurocirurgia segundo UF de moradia no período de 1999 e 2004

NEUROCIRURGIA			
UF de Moradia no ato da inscrição	inscritos	% de inscritos	% acumulada
AC	1	0,10%	0,10%
AL	10	1,50%	1,60%
AM	20	3,00%	4,60%
BA	25	3,70%	8,30%
CE	9	1,30%	9,60%
DF	14	2,10%	11,70%
ES	34	5,00%	16,70%
GO	19	2,80%	19,60%
MA	6	0,90%	20,40%
MG	53	7,90%	28,30%
MS	11	1,60%	29,90%
MT	6	0,90%	30,80%
PA	22	3,30%	34,10%
PB	13	1,90%	36,00%
PE	13	1,90%	37,90%
PI	12	1,80%	39,70%
PR	50	7,40%	47,10%
RJ	44	6,50%	53,60%
RN	11	1,60%	55,30%
RS	33	4,90%	60,10%
SC	13	1,90%	62,10%
SE	5	0,70%	62,80%
SP	251	37,20%	100,00%
Total	675	100,00%	100,00%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 47 - Distribuição dos candidatos inscritos em Otorrinolaringologia segundo UF de moradia no período de 1999 e 2004

OTORRINOLARINGOLOGIA			
UF de Moradia no ato da inscrição	inscritos	% de inscritos	% acumulada
AL	15	1,10%	1,10%
AM	9	0,70%	1,80%
BA	68	5,10%	6,90%
CE	32	2,40%	9,30%
DF	21	1,60%	10,90%
ES	46	3,50%	14,40%
GO	43	3,20%	17,60%
MA	8	0,60%	18,20%
MG	135	10,20%	28,40%
MS	24	1,80%	30,20%

MT	12	0,90%	31,10%
PA	16	1,20%	32,30%
PB	15	1,10%	33,50%
PE	51	3,80%	37,30%
PI	14	1,10%	38,40%
PR	102	7,70%	46,00%
RJ	54	4,10%	50,10%
RN	11	0,80%	50,90%
RO	2	0,20%	51,10%
RS	73	5,50%	56,60%
SC	55	4,10%	60,70%
SE	8	0,60%	61,30%
SP	513	38,70%	100,00%
Total	1327	100,00%	100,00%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 48 - Distribuição dos candidatos inscritos em Oftalmologia segundo UF de moradia no período de 1999 e 2004

OFTALMOLOGIA			
UF de Moradia no ato da inscrição	inscritos	% de inscritos	% acumulada
AL	17	1,30%	1,30%
AM	7	0,50%	1,80%
AP	1	0,10%	1,90%
BA	89	6,60%	8,50%
CE	13	1,00%	9,50%
DF	29	2,20%	11,60%
ES	40	3,00%	14,60%
GO	36	2,70%	17,30%
MA	12	0,90%	18,20%
MG	117	8,70%	26,90%
MS	19	1,40%	28,30%
MT	15	1,10%	29,50%
PA	48	3,60%	33,00%
PB	12	0,90%	33,90%
PE	35	2,60%	36,50%
PI	4	0,30%	36,80%
PR	90	6,70%	43,50%
RJ	84	6,30%	49,80%
RN	14	1,00%	50,90%
RO	2	0,10%	51,00%
RR	2	0,10%	51,20%
RS	71	5,30%	56,50%
SC	44	3,30%	59,70%
SE	13	1,00%	60,70%
SP	524	39,10%	99,80%
TO	3	0,20%	100,00%
Total	1.341	100,00%	100,00%

FONTE: FCC e SES/SP

Tabela 49 - Distribuição dos candidatos inscritos em Cirurgia Geral segundo UF de moradia no período de 1999 e 2004

CIRURGIA GERAL			
UF de Moradia no ato da inscrição	inscritos	% de inscritos	% acumulada
AC	4	0,10%	0,10%
AL	113	1,80%	1,80%
AM	72	1,10%	2,90%
BA	331	5,10%	8,10%
CE	53	0,80%	8,90%
DF	100	1,50%	10,40%
ES	226	3,50%	13,90%
GO	212	3,30%	17,20%
MA	43	0,70%	17,90%
MG	453	7,00%	24,90%
MS	59	0,90%	25,80%
MT	50	0,80%	26,60%
PA	201	3,10%	29,70%
PB	69	1,10%	30,80%
PE	97	1,50%	32,30%
PI	64	1,00%	33,30%
PR	568	8,80%	42,10%
RJ	404	6,30%	48,30%
RN	75	1,20%	49,50%
RO	2	0,00%	49,50%
RR	12	0,20%	49,70%
RS	245	3,80%	53,50%
SC	134	2,10%	55,60%
SE	70	1,10%	56,70%
SP	2.791	43,30%	99,90%
TO	4	0,10%	100,00%
Total	6.452	100,00%	100,00%

FONTE: FCC e SES/SP

Anexo XII

Tabela 10 - Distribuição dos candidatos inscritos em Gastroenterologia segundo UF de moradia no período de 1999 e 2004.

GASTROENTEROLOGIA			
UF de Moradia no ato da inscrição	inscritos	% de inscritos	% acumulada
AC	1	1,20%	1,20%
AM	3	3,70%	4,90%
BA	3	3,70%	8,60%
DF	9	11,10%	19,80%
ES	2	2,50%	22,20%
MA	2	2,50%	24,70%
MG	2	2,50%	27,20%
PA	3	3,70%	30,90%
PB	1	1,20%	32,10%
PE	1	1,20%	33,30%
PR	5	6,20%	39,50%
RJ	8	9,90%	49,40%
RS	5	6,20%	55,60%
SC	2	2,50%	58,00%
SE	2	2,50%	60,50%
SP	32	39,50%	100,00%
Total	81	100,00%	100,00%

FONTE: FCC e SES/SP

Anexo XIII

Tabela 51 – Distribuição do total de inscritos com moradia em SP no momento da inscrição segundo especialidade prestada, no período entre 1999 e 2004.

Especialidades Oferecidas no Concurso SUS	% Inscritos c/ Moradia em SP	% acum.	Inscritos c/ Moradia em SP
CLINICA MEDICA	21%	21%	3 521
CIRURGIA GERAL	17%	37%	2 791
OBSTETRICA E GINECOLOGIA	8%	45%	1 301
PEDIATRIA	7%	52%	1 214
RADIOLOGIA E DIAG. POR IMAGEM	5%	58%	930
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4%	62%	683
DERMATOLOGIA	3%	65%	552
CARDIOLOGIA	3%	68%	544
CIRURGIA PLÁSTICA	3%	71%	528
OFTALMOLOGIA	3%	74%	524
OTORRINOLARINGOLOGIA	3%	77%	513
ANESTESIOLOGIA	3%	80%	441
UROLOGIA	2%	82%	394
ENDOCRINOLOGIA	2%	84%	354
INFECTOLOGIA	2%	87%	339
PSIQUIATRIA	2%	88%	329
ANGIOLOGIA E CIR. VASCULAR	2%	90%	259
CIRURGIA ONCOLÓGICA	1%	91%	253
NEUROCIRURGIA	1%	93%	251
CANCEROLOGIA	1%	94%	165
PATOLOGIA	1%	95%	151
RADIOTERAPIA	1%	95%	111
MEDICINA DA FAM. E COMUNIDADE	1%	96%	102
CIRURGIA DO APAR. DIGESTIVO	1%	97%	88
CIRURGIA PEDIÁTRICA	1%	97%	85
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	0%	98%	76
COLOPROCTOLOGIA	0%	98%	71
NEFROLOGIA	0%	98%	64
PNEUMOLOGIA	0%	99%	62
REUMATOLOGIA	0%	99%	53
CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO	0%	99%	36
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	0%	99%	34
GASTROENTEROLOGIA	0%	100%	32
CIRURGIA TORÁCICA	0%	100%	32
NEUROLOGIA	0%	100%	29
Total	100%	200%	16 912

Tabela 22 - Distribuição do total de inscritos com moradia em outras UF's no momento da inscrição segundo especialidade prestada, no período entre 1999 e 2004.

Especialidades Oferecidas no Concurso SUS	% Inscritos c/ Moradia em Outras UF's	% acum.	Inscritos c/ Moradia em Outras UF's
CLINICA MEDICA	28%	28%	5 153
CIRURGIA GERAL	20%	48%	3 661
RADIOLOGIA E DIAG. POR IMAGEM	6%	54%	1 175
OBSTETRICA E GINECOLOGIA	5%	59%	1 011
PEDIATRIA	5%	64%	892
OFTALMOLOGIA	4%	69%	817
OTORRINOLARINGOLOGIA	4%	73%	814
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4%	77%	696
DERMATOLOGIA	2%	79%	453
ANESTESIOLOGIA	2%	82%	452
NEUROCIRURGIA	2%	84%	424
CARDIOLOGIA	2%	86%	374
CIRURGIA PLÁSTICA	2%	88%	313
ENDOCRINOLOGIA	2%	89%	307
INFECTOLOGIA	1%	91%	264
UROLOGIA	1%	92%	206
ANGIOLOGIA E CIR. VASCULAR	1%	93%	192
CIRURGIA ONCOLÓGICA	1%	94%	188
PSIQUIATRIA	1%	95%	184
CANCEROLOGIA	1%	96%	143
RADIOTERAPIA	1%	96%	119
PATOLOGIA	1%	97%	118
COLOPROCTOLOGIA	0%	97%	83
CIRURGIA DO APAR. DIGESTIVO	0%	98%	54
GASTROENTEROLOGIA	0%	98%	49
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	0%	98%	49
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	0%	99%	42
REUMATOLOGIA	0%	99%	42
NEFROLOGIA	0%	99%	41
MEDICINA DA FAM. E COMUNIDADE	0%	99%	40
CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO	0%	99%	36
NEUROLOGIA	0%	100%	33
PNEUMOLOGIA	0%	100%	33
CIRURGIA PEDIÁTRICA	0%	100%	26
CIRURGIA TORÁCICA	0%	100%	21
Total	100%	200%	18 505

Anexo XIV

Tabela 53 - Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2008 da UNICAMP, segundo especialidade concorrida.

Processo Seletivo 2008 - UNICAMP		
Especialidades	Candidatos	% Candidatos
CLINICA MEDICA	316	15%
CIRURGIA GERAL	247	12%
OFTALMOLOGIA	150	7%
DERMATOLOGIA	131	6%
RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	128	6%
PEDIATRIA	117	6%
OBSTETRICA E GINECOLOGIA	91	4%
ANESTESIOLOGIA	88	4%
NEUROLOGIA	70	3%
PSIQUIATRIA	64	3%
OTORRINOLARINGOLOGIA	59	3%
ENDOCRINOLOGIA	55	3%
COLOPROCTOLOGIA	47	2%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	46	2%
CIRURGIA PLASTICA	41	2%
NEFROLOGIA	37	2%
CARDIOLOGIA	36	2%
CANCEROLOGIA / CLINICA	35	2%
NEUROCIRURGIA	32	2%
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	28	1%
GASTROENTEROLOGIA	27	1%
REUMATOLOGIA	22	1%
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	21	1%
MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	17	1%
MEDICINA NUCLEAR	16	1%
PATOLOGIA	15	1%
MEDICINA INTENSIVA	15	1%
INFECTOLOGIA	14	1%
CIRURGIA VASCULAR	14	1%
CIRURGIA GERAL - PROGRAMA AVANÇADO	13	1%
RADIOTERAPIA	10	0%
PNEUMOLOGIA	10	0%
UROLOGIA	9	0%
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	7	0%
CIRURGIA PEDIATRICA	7	0%
GENETICA MEDICA	6	0%
CIRURGIA DE CABECA E PESCOÇO	6	0%
MASTOLOGIA	6	0%

continua

CIRURGIA TORÁCICA	5	0%
MEDICINA DO TRABALHO	4	0%
PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	3	0%
ALERGIA E IMUNOLOGIA	1	0%
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	0	0%
Total	2.066	100%

FONTE: UNICAMP, 2008.

Tabela 54 - Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2008 da UEL, segundo especialidade concorrida.

Processo Seletivo da Universidade Estadual de Londrina - 2008		
Especialidades	Candidatos	% Candidatos
CLÍNICA MÉDICA	91	19%
CIRURGIA GERAL	76	16%
DERMATOLOGIA	45	10%
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	32	7%
OFTALMOLOGIA	26	6%
ANESTESIOLOGIA	23	5%
PEDIATRIA	23	5%
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	22	5%
OTORRINOLARINGOLOGIA	21	4%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	3%
PSIQUIATRIA	15	3%
NEUROLOGIA	13	3%
ENDOCRINOLOGIA	12	3%
UROLOGIA	8	2%
CARDIOLOGIA	7	1%
INFECTOLOGIA	7	1%
NEUROCIRURGIA	7	1%
REUMATOLOGIA	5	1%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	4	1%
MEDICINA INTENSIVA	3	1%
PATOLOGIA	3	1%
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	2	0%
NEFROLOGIA	2	0%
R3 OP. DA PEDIATRIA - ÁREA DE NEONATOLOGIA	2	0%
GASTROENTEROLOGIA	1	0%
PEDIATRIA - ÁREA DE MED. INTENS. PED.(R-3 OPCION.)	1	0%
PNEUMOLOGIA	1	0%
R3 OP. DA PEDIATRIA - ÁREA DE INFECT. PEDIÁTRICA	1	0%
Total	469	1

FONTE: UEL, 2008.

Tabela 55 - Distribuição do nº de candidatos no Processo Seletivo/2004 da USP segundo especialidade concorrida.

USP 2004		
Especialidades	Candidatos	% Cand.
CLINICA MEDICA	706	24%
CIRURGIA GERAL	367	12%
PEDIATRIA	224	8%
OFTALMOLOGIA	163	5%
OBSTETRICA E GINECOLOGIA	152	5%
RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	151	5%
ANESTESIOLOGIA	135	5%
OTORRINOLARINGOLOGIA	113	4%
PSQUIATRIA	107	4%
CARDIOLOGIA	103	3%
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	74	2%
NEUROCIRURGIA	55	2%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	55	2%
INFECTOLOGIA	48	2%
PATOLOGIA	46	2%
MEDICINA NUCLEAR	37	1%
CIRURGIA PLÁSTICA	34	1%
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	32	1%
NEFROLOGIA	30	1%
REUMATOLOGIA	29	1%
GERIATRIA	28	1%
CIRURGIA VASCULAR	26	1%
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	24	1%
UROLOGIA	23	1%
MEDICINA FISICA E REABILITACAO	22	1%
GASTROENTEROLOGIA	21	1%
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	20	1%
CANCEROLOGIA	20	1%
PNEUMOLOGIA	20	1%
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	16	1%
RADIOTERAPIA	15	1%
MEDICINA INTENSIVA	13	0%
CIRURGIA TORÁCICA	12	0%
PATOLOGIA CLINICA E MEDICINA LABORATORIAL	11	0%
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	11	0%
3 ° ANO OPCIONAL DE CLÍNICA MÉDICA	10	0%
MASTOLOGIA	9	0%
COLOPROCTOLOGIA	7	0%
MEDICINA LEGAL	5	0%
ALERGIA E IMUNOLOGIA	4	0%
MEDICINA DO TRABALHO	3	0%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	2	0%
NUTROLOGIA	1	0%
Total	2.984	100%

FONTE: USP, 2008

Anexo XV

Tabela 56 - ABMS Member Board General Certificates Issued 1997-2006

AMERICAN BOARD OF	10-Year Total	%
Internal Medicine	70 832	29,2%
Family Medicine	33 142	13,7%
Pediatrics	27 340	11,3%
Psychiatry and Neurology	15 410	6,3%
Radiology	12 428	5,1%
Anesthesiology	12 012	4,9%
Obstetrics and Gynecology	11 338	4,7%
Surgery	11 191	4,6%
Emergency Medicine	10 804	4,5%
Orthopaedic Surgery	6 194	2,6%
Pathology	5 292	2,2%
Ophthalmology	4 673	1,9%
Physical Medicine and Rehabilitation	3 221	1,3%
Dermatology	3 104	1,3%
Otolaryngology	2 869	1,2%
Urology	2 559	1,1%
Preventive Medicine	2 375	1,0%
Plastic Surgery	2 086	0,9%
Thoracic Surgery	1 348	0,6%
Neurological Surgery	1 335	0,6%
Allergy and Immunology	1 311	0,5%
Nuclear Medicine	699	0,3%
Medical Genetics	592	0,2%
Colon and Rectal Surgery	529	0,2%
TOTAL	242 684	100,0%

FONTE: ABMS Certificate Statistics 2007

Anexo XVI

Tabela 57 - ABMS Member Board General Certificates Issued 1997-2006

AMERICAN BOARD OF	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Coef. de Correlação de Pearson
Colon and Rectal Surgery	40	39	46	49	53	57	61	61	61	62	0,96
Emergency Medicine	796	895	901	1124	1133	1139	1140	1238	1233	1205	0,91
Psychiatry and Neurology	1378	1475	1552	1570	1441	1451	1520	1658	1669	1696	0,78
Surgery	1043	1080	1070	1149	1064	1094	1025	1175	1124	1367	0,63
Dermatology	321	294	286	283	305	309	307	329	352	318	0,59
Nuclear Medicine	67	70	66	62	61	63	74	87	73	76	0,57
Neurological Surgery	119	137	128	124	120	143	152	139	145	128	0,49
Medical Genetics	0	0	201	0	0	158	0	0	233	0	0,15
Physical Medicine and Rehabilitation	321	317	335	294	354	325	266	357	293	359	0,10
Alergia e Imunologia	250	0	205	0	194	0	251	0	271	140	0,07
Radiology	1458	1325	1218	1174	1002	1113	1201	1192	1336	1409	-0,04
Anesthesiology	1550	1491	1379	961	703	822	1037	1278	1259	1532	-0,12
Pathology	671	589	503	443	466	477	482	440	608	613	-0,13
Thoracic Surgery	121	168	135	126	120	162	118	152	112	134	-0,16
Obstetrics and Gynecology	1201	1220	1291	803	1174	1106	1203	1107	1128	1105	-0,18
Pediatrics	2754	2760	2877	2586	2875	2736	2656	2852	2556	2688	-0,33
Urology	244	261	247	289	295	262	245	256	249	211	-0,39
Otolaryngology	284	282	305	321	303	310	250	274	281	259	-0,48
Medicina Preventiva	404	192	211	277	213	193	236	242	207	200	-0,49
Cirurgia Plástica	220	205	358	227	182	192	173	169	162	198	-0,52
Orthopaedic Surgery	640	645	623	639	621	631	563	594	645	593	-0,52
Family Medicine	3174	3619	3336	3602	3339	3253	3371	3194	3193	3061	-0,55
Internal Medicine	7822	7019	7263	6944	6774	6977	7167	7026	7066	6774	-0,57
Oftalmologia	571	469	491	513	442	475	406	403	434	469	-0,68
Total	25449	24552	25027	23560	23234	23448	23904	24223	24690	24597	-0,24

FONTE: ABMS Certificate Statistics, 2007.

Anexo XVII

Ilustração 3 - Distribuição dos registros de título de especialistas segundo especialidades médicas.

Especialidades médicas no Estado de São Paulo				
Especialidades	Médicos	%	Especialidades	Médicos %
Ginecologia e Obstetrícia	8413	15,6	Reumatologia	351 0,7
Pediatria	6314	11,7	Hematologia e Hemoterapia	326 0,6
Cirurgia Geral	3848	7,1	Cancerologia	289 0,5
Clínica Médica	3646	6,8	Medicina do Tráfego	268 0,5
Cardiologia	3488	6,5	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	257 0,5
Ortopedia e Traumatologia	3440	6,4	Angiologia/Cirurgia Vascular	234 0,4
Oftalmologia	3312	6,1	Cirurgia Pediátrica	210 0,4
Psiquiatria	2116	3,9	Medicina Intensiva	195 0,4
Medicina do Trabalho	2047	3,8	Cirurgia da Cabeça e Pescoço	155 0,3
Anestesiologia	1840	3,4	Medicina da Família e Comunidade	152 0,3
Urologia	1209	2,2	Acupuntura	149 0,3
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	1110	2,1	Medicina Física e Reabilitação	143 0,3
Cirurgia Plástica	937	1,7	Coloproctologia	131 0,2
Gastroenterologia	912	1,7	Geriatria e Gerontologia	116 0,2
Otorrinolaringologia	888	1,6	Alergia e Imunologia	110 0,2
Dermatologia	872	1,6	Cirurgia Torácica	98 0,2
Pneumologia	769	1,4	Radioterapia	93 0,2
Neurologia	667	1,2	Medicina Nuclear	77 0,1
Cirurgia Cardiovascular	666	1,2	Nutrologia	74 0,1
Doenças Infecciosas e Parasitárias	633	1,2	Endoscopia	72 0,1
Endocrinologia e Metabologia	606	1,1	Mastologia	46 0,1
Nefrologia	505	0,9	Medicina Legal	35 0,1
Neurocirurgia	445	0,8	Medicina Esportiva	34 0,1
Patologia	430	0,8	Genética Médica	24 0,0
Medicina Preventiva e Social	409	0,8	Cirurgia da Mão	22 0,0
Homeopatia	360	0,7		
Cirurgia do Aparelho Digestivo	356	0,7		
			Total	53899 100,0

FONTE: CREMESP, 2008.

Anexo XVIII

Tabela 58 – Classificação das especialidades médicas segundo percepção de *lifestyle*.

Especialidades	Grau identificado sobre o controle de tempo dispensado às atividades profissionais	Média de ganhos semanais (dólares)	Média de horas semanais trabalhadas	Tempo dispensado na formação
Anestesiologia	Alto	225	61.0	4
Dermatologia	Alto	221	45.5	4
Medicina de	Alto	183	46.0	4
Medicina de Família	Baixo	132	52.5	3
Medicina Interna	Baixo	158	57.0	3
Neurologia	Alto	172	55.5	4
Obstetrícia e	Baixo	224	61.0	4
Oftalmologia	Alto	225	47.0	4
Ortopedia	Baixo	323	58.0	5
Otorrinolaringologia	Alto	242	53.5	5
Patologia	Alto	202	45.5	4
Pediatria	Baixo	138	54.0	3
Psiquiatria	Alto	134	48.0	4
Radiologia	Alto	263	58.0	4
Cirurgia Geral	Baixo	238	60.0	5
Urologia	Baixo	245	60.5	5
Média do geral	não se aplica	208	53.9	4

FONTE: Dorsey, Jarjoura, Rutecki, 2003.