



Observatório de Recursos Humanos
em Saúde de São Paulo



www.observarhsp.org.br

ESTUDO DA NECESSIDADE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Coordenadores:

Adriana Carro

Aniara Nascimento Correa

Arnaldo Sala

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

INDICE

Introdução	01
Experiências Internacionais.....	12
Objetivos	25
Metodologia.....	26
Resultados	28
Considerações Finais.....	41
Referências Bibliográficas	45
Bibliografia.....	46
Anexos	47

INTRODUÇÃO

A questão dos recursos humanos é fundamental quando se pensa em melhorar as condições de saúde da população e para que se possa atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio; a prevenção e o tratamento de doenças exige prestação de serviços de saúde, controle e avaliação do pessoal.

Esta questão tem se tornado cada vez mais relevante, à medida que a população mundial vem crescendo, enquanto os recursos humanos em saúde estão estagnados ou até mesmo têm diminuído. Tal situação ainda tem se agravado devido à escassez de educadores, formadores, recursos financeiros e de gestores, sendo que em todo o mundo os sistemas têm tido dificuldades em formar e reter seu pessoal de saúde.

A complexidade do sistema de saúde torna difícil controlar sua evolução. A decisão de treinar mais ou menos trabalhadores de saúde pode não refletir no estoque de trabalhadores por muito tempo, já que, uma vez treinado, o profissional pode permanecer no mercado por anos ou migrar para outros lugares ou ainda exercer outras atividades. A tecnologia em saúde está avançando rapidamente, o que torna difícil prever as implicações futuras.

Nos países desenvolvidos, a crise de pessoal da saúde está ligada ao fato do envelhecimento da população, com maior prevalência de doenças crônicas; a maior demanda por recursos humanos em saúde acaba favorecendo a emigração de trabalhadores em saúde de países em desenvolvimento para estes países desenvolvidos, o que acaba por agravar a carência de pessoal nestes países com maior necessidade de saúde.¹

Estima-se que o mundo tenha hoje uma carência de mais de 4 milhões de profissionais da saúde, entre eles médicos, enfermeiros, parteiras, dentistas, farmacêuticos e pessoal de apoio. O histórico de cortes de verbas e investimentos insuficientes em saúde acabou por resultar em péssimas condições

de trabalho para os profissionais da saúde, resultando em perda de pessoal, deterioração dos serviços e perda de confiança da população nos sistemas públicos de saúde.

A Organização Mundial de Saúde e seus parceiros vêm colocando esta questão em suas agendas políticas, tendo como objetivo encorajar os profissionais desta área, instituições acadêmicas, políticos, doadores internacionais, tomadores de decisão, sociedade civil e organizações religiosas a trabalharem conjuntamente em prol da saúde, no que diz respeito à questão de pessoal, sendo necessário que esta questão esteja na agenda política de todos os países.

A má distribuição de recursos humanos em saúde é uma questão mundial, presente em diversos países, tanto em países desenvolvidos, como França, Reino Unido, Alemanha, Austrália e Suécia, quanto em países em desenvolvimento, como Equador e Bolívia. A questão da má distribuição inclui tanto a questão da distribuição geográfica, quanto desequilíbrios entre as próprias especialidades.²

Os gestores de saúde devem reconhecer a necessidade de desenvolvimento de uma política mais integral de recursos humanos em saúde, a fim de que estes recursos sejam adequados ao Sistema de Saúde vigente, e não o contrário, ou seja, o sistema de saúde adequando-se aos recursos humanos disponíveis.

A literatura identifica 5 categorias de determinantes que influenciam a distribuição geográfica de recursos humanos em saúde, dentre estes:

1. Aspectos individuais, onde estão incluídos aspectos sociais, étnicos, de idade, gênero, educação, valores, crenças, entre outros;
2. Fatores Organizacionais como tipo de administração, incentivos, planos de carreira, escalas salariais, práticas de acesso e retenção;
3. Sistema educacional, que geralmente é baseado no modelo urbano, curativo e hospitalocêntrico, não refletindo as necessidades do país e

- desconectado dos objetivos das reformas do setor saúde, já que os profissionais que estão trabalhando em áreas mais afastadas não têm oportunidades de educação e desenvolvimento profissional;
4. Sistema de Atenção à Saúde que deve considerar as características do pessoal da saúde quanto ao número, faixa etária, sexo, ocupação e evolução;
 5. Organização institucional.³

As questões envolvidas na má distribuição de médicos são diversas, incluindo, entre outras, fatores sociais, econômicos, sistema de educação médica, pagamento de incentivos e desenvolvimento dos sistemas público e privado de saúde, representando, desta forma um problema de inequidade social e de administração dos sistemas de saúde.

Existem várias propostas para superar a inequidade na distribuição de pessoal de saúde, entre estas podemos citar incentivos financeiros, especialização, plano de carreira, ou seja, estímulos para concentrar profissionais de saúde nas regiões de maior carência. A reforma do sistema educativo também poderia contribuir para amenizar as desigualdades, tais como subsídios estudantis, reformas na estrutura e conteúdo curricular, bem como, formação de novas categorias profissionais.

Desta forma, uma outra questão relevante é a de que cada vez mais se torna necessário a existência de sistemas de informação adequados para o monitoramento das necessidades e oferta de profissionais de saúde, bem como de subespecialidades¹, já que a informação é fundamental instrumento para gestão.

São diversas as propostas para caracterização dos desequilíbrios na oferta de médicos especialistas, sendo que, por exemplo, a OMS e a OPS 2002, propõe que tal caracterização seja feita através da comparação da demanda com a oferta, junto a uma análise da tipologia do Sistema de Saúde vigente. Desta

forma, para demanda seriam consideradas as necessidades de saúde da população, nível de utilização dos serviços de saúde e novas tecnologias. Já para a oferta seriam considerados os padrões de educação e treinamento, participação laboral, barreiras para entrada no mercado de trabalho e migração regional e internacional. Por fim, para análise da tipologia do Sistema de Saúde, seriam considerados os principais atores e sua inserção no mercado de trabalho, segundo regiões ricas X pobres, espaço urbano X rural e segundo instituições e serviços (público X privado). A OPS propõe ainda complementar esta caracterização através de análise da cobertura de profissionais para as necessidades de saúde da população, fixação de padrões para comparação da disponibilidade atual de RH e, por fim, identificação da oferta de acordo com o processo de trabalho.

Não há um indicador padrão para medir tal desequilíbrio, devendo-se analisar o conjunto dos indicadores. Entre os indicadores propostos pela OMS para esta caracterização estão:

- indicadores de emprego: vagas de trabalho, crescimento da força de trabalho, índice de desemprego ocupacional e índice de movimentação financeira;
- indicadores de atividade: horas extras de trabalho;
- indicadores monetários: índice de salário real e a razão de retorno;
- indicadores normativos de base populacional: razão de médicos/ habitantes, razão de enfermeiras/ habitantes;
- indicadores qualitativos: relações de trabalho, motivação e satisfação profissional.

Por sua vez, a OPS (2003) propõe que esta caracterização seja feita através do seguinte método:

- análise da relação entre estrutura, processos e resultados, de acordo com as metas delineadas;
- relação entre tempo disponível dos profissionais e tempo gasto para efetuar as atividades;
- estimativa da oferta de profissionais para processos otimizados.

As abordagens analíticas destes estudos devem considerar abordagens qualitativas, tais como estudos sobre a regulação dos profissionais da saúde, relações de trabalho, satisfação, mas, também, as quantitativas.

A reorganização da força de trabalho em saúde pela via de regulação não tem sido comum entre os países, entretanto entre as medidas adotadas pelos governos para resolver estes desequilíbrios, temos as ações cujo objetivo é corrigir a oferta total de profissionais e as que se destinam a atuar sobre as especialidades.

Entre as medidas visando corrigir o número total de médicos temos:

- Restrição de médicos imigrantes;
- Desenvolvimento de programas de graduação regionais;
- Redução de vagas em escolas médicas;
- Respostas aos problemas de distribuição e de redução do poder médico em saúde.

Por sua vez, as propostas políticas de promoção de equilíbrio entre as especialidades estão relacionadas a:

- Incentivos financeiros;
- Limitação do número das especialidades mais concorridas;
- Privilegiar a medicina da família, a medicina geral interna e a pediatria, através da modificação de currículos;
- Redução de reembolso para especialistas e aumento de reembolsos para generalistas;
- Adoção de modelos alternativos de serviços.

No geral, entre as medidas relacionadas aos aspectos financeiros, podemos citar aumento de salário, diminuição da jornada de trabalho, incentivos para áreas carentes, entre outros, como adotado pelos Estados Unidos, ou Trabalho Público compulsório e mudança no financiamento da saúde, conforme praticado na

Tailândia ou, ainda, incentivo a programas de graduação regional utilizado pelo Canadá.

Entre as políticas adotadas pertinentes a aspectos educacionais, podemos citar a fixação do número de vagas para o 1º ano (Reino Unido, Alemanha), redução das escolas de medicina (Holanda), redução do número de vagas (Canadá), controle das residências médicas (Canadá, Bélgica, Holanda), emissão de certificados de especialidade (Bélgica, Reino Unido, Alemanha), entre outros.

Já entre as políticas envolvendo aspectos sociais (Organizacionais, referentes aos serviços), estão a organização e redistribuição de pessoal – aumento da oferta (Tailândia) e controle indireto de leitos hospitalares (Estados Unidos).

Outro aspecto importante adotado na tentativa de amenizar desequilíbrios está o controle dos movimentos migratórios (*brain drain*) como controle da migração interna, através de barreiras regionais e também o controle da prática médica através do retorno de profissionais ao país de origem (Canadá) ou controle das licenças de estudantes estrangeiros.

Um último aspecto a ser abordado seria a controle sobre a prática de trabalho a partir do aumento de aposentadorias, proposta pelos Estados Unidos e limites nas posições de trabalho de especialidades muito concorridas, já adotadas por este. Neste sentido o Canadá se utilizou em reduzir o número de novos médicos que se incorporam à prática e redução do poder médico em saúde.

Muitos fatores têm alterado este equilíbrio entre a oferta e demanda de médicos, estando estes fatores presentes nos países com mais literatura sobre este assunto, como Reino Unido, Estados Unidos e Canadá, onde podemos citar: desenvolvimento tecnológico, repercussão de novas tecnologias no mercado de saúde, localização das instituições de ensino, movimentos migratórios dos profissionais de saúde, política de empregos, aumento da participação feminina na força de trabalho em saúde, entre outros.

No entanto, é importante frisar que na literatura não há consenso sobre o número ideal de médicos para um país ou região, tendendo esta referência a ser construída socialmente.

Como será descrito adiante, países como os Estados Unidos e o Canadá utilizam softwares que visam fazer projeções quanto à demanda, necessidades e ofertas de médicos, bem como os desequilíbrios presentes entre estas variáveis. Estas projeções são realizadas tomando por base o histórico de utilização dos serviços, bem como características epidemiológicas e demográficas da população de abrangência.

Para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde, a construção de algumas referências obtidas a partir de consensos seria útil, o que poderia ser obtido a partir da implantação de uma linha de pesquisa abordando tanto aspectos qualitativos quanto quantitativos de recursos humanos em saúde. Também seria importante o desenvolvimento de estudos prospectivos sobre regulação da força de trabalho em saúde, tendências e demandas no âmbito da formação médica.

Considerando que a formação médica, sobretudo a residência, é um fator muito importante para fixação dos profissionais em uma dada região, já que estes tendem a se estabelecer nos locais onde se formaram/especializaram, é preciso pensar na possibilidade de migração interna de profissionais médicos na hipótese de criação de faculdades de medicina em regiões do estado com menor proporção médico/habitante, avaliando a permissão de instalação de faculdades nestas regiões. Outro fator importante a ser considerado é o grande número de bolsas de residência médica financiadas pelo SUS, o que possibilita a alocação de vagas para as especialidades de sentida carência para o sistema, ou seja, a importância do Estado como regulador desta questão pertinente à oferta de profissionais.

A inequidade na distribuição de médicos, considerando a localização geográfica, influencia o bem-estar social, já que estes são os principais provedores de serviços de saúde.⁵ Os fatores que contribuem na decisão do médico quanto à sua fixação têm sido objeto de estudos em vários países, sendo que entre os principais fatores temos: oportunidades de mercado de trabalho para o cônjuge, no caso de profissionais médicos casados, e o local onde o médico fez sua graduação e/ou residência médica.

As evidências empíricas mostram que os mecanismos de mercado são insuficientes para garantir uma distribuição ideal de médicos, considerando as necessidades e demandas de serviços. Desta forma, do ponto de vista de políticas públicas, a regulação da oferta de ensino médico pode gerar ganhos de bem-estar social.

O *World Health Report* 2006 considera quatro eixos de ação como sendo prioritários para se enfrentar esta questão dos recursos humanos, dentre estes:

1. Formar e preparar trabalhadores da saúde;
2. Apoiar e protegê-los;
3. Melhorar a eficácia destes trabalhadores;
4. Procurar resolver desequilíbrios e injustiças.

1. Formar e preparar trabalhadores de saúde

O rápido avanço tecnológico, o progresso da medicina e as novas abordagens adotadas acabam por exigir um novo perfil de competência dos profissionais a fim de que possam responder às necessidades de saúde atuais.

Dispor de profissionais da saúde de forma adequada pressupõe que se tenham trabalhadores em número suficiente e habilitados tecnicamente, além de que estes sejam acessíveis e capazes de alcançar os doentes e populações diversas, sendo, para isto necessário:

- Planejamento abrangente: visa orientar um número suficiente de trabalhadores com competências adequadas, devendo contar com investimentos públicos e privados apropriados em educação e formação e na gestão dos mercados de trabalho;
- Investimentos do Setor Público em Educação e Formação: importante para assegurar a disponibilidade de todas as especialidades, sobretudo as relacionadas com a prevenção; já que a lógica do mercado orientará serviços curativos, em detrimento de algumas especialidades;
- Criação de instituições fortes e respondentes: com intuito de formar recursos humanos em saúde em número e competências adequadas;
- Reforço da regulamentação profissional: os governos devem assegurar a competência e qualidade dos organismos profissionais através da acreditação e investimentos de fundos públicos,

2. Apoiar e proteger os trabalhadores de saúde

Apoiar e proteger trabalhadores de saúde significa oferecer salários compatíveis, benefícios, boas condições de trabalho, incluindo local seguro contra risco de infecção e violência.

3. Melhorar a eficácia do pessoal de saúde

Tornar competências e necessidades compatíveis e manter padrões profissionais e códigos de comportamento. O trabalho em equipe deve ser estimulado e apoiado por uma supervisão eficaz.

4. Procurar resolver desequilíbrios e injustiças

Há grande desequilíbrio de pessoal de saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e, ainda dentro de um mesmo país, entre zonas urbanas e rurais. A questão da migração de profissionais de países mais carentes para países desenvolvidos é um fator de grande relevância, já que acentua ainda mais a carência dos países em desenvolvimento. É preciso lançar mão de estratégias para gerir a migração interna e internacional e tornar a ocupação em saúde mais segura e adequada.

No Brasil, a abertura indiscriminada de novas escolas médicas, tem suscitado várias discussões e polêmicas sobre a qualidade destes cursos e necessidade de novos profissionais. Não há muitos artigos disponíveis na literatura tratando a questão das políticas de formação de recursos humanos, sobretudo critérios para a abertura de novos cursos; contudo há muitas descrições sobre o desequilíbrio de recursos humanos médicos entre as diversas especialidades e regiões do país, considerando critérios epidemiológicos e eqüitativos.⁴

No Brasil há grande concentração de médicos na região sudeste, já que conta com 60% dos médicos e 42% da população; entre os estados também há distribuição desigual, como no caso de São Paulo e Rio de Janeiro, que concentram 46,16% dos médicos do Brasil. Comparado com o recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é 1 médico para 1000 habitantes, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentam relação pouco superior a esta, 1,12 e 1,20, respectivamente, a região Sudeste conta com relação quase três vezes superior, 2,81 médicos para 1000 habitantes. Há uma relação positiva entre o número de médicos e o desenvolvimento econômico de uma região.

No Brasil, para dimensionamento de Recursos Humanos temos a portaria nº 1001⁶, de 12 de junho de 2002, que nos fornece alguns parâmetros gerais para estimar cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, dada a

necessidade apontada pelos gestores dos três níveis de governo de parâmetros para instrumento de planejamento, controle, regulação e avaliação do SUS.

Para elaboração destes parâmetros foram considerados:

- Parâmetros assistenciais internacionalmente reconhecidos;
- Estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS e as incidências nacionais, por especialidade, dos últimos três anos;
- O número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e serviços complementares, entre outras, com base em estudos e pareceres.

Para construção de parâmetros de cobertura assistencial, alguns procedimentos foram calculados considerando a população, enquanto outros consideraram o total de consultas (exames, diagnoses e terapias).

Para cobertura hospitalar estima-se que 7 a 9% da população se utilizarão de internações hospitalares no ano, dividido da seguinte forma entre as especialidades:

- ✓ Cirúrgica 20%
- ✓ Clínica Médica 33%
- ✓ Cuidados prolongados 0,80%
- ✓ Obstétrica 20,25%
- ✓ Pediátrica 15%
- ✓ Psiquiátrica 3,50%
- ✓ Reabilitação 1,08%
- ✓ Tisiologia 0,13%
- ✓ Fator de ajuste 6,24%

O planejamento de Recursos Humanos em Saúde tem como objetivo o número certo de pessoas com as corretas habilidades no lugar certo, na hora certa, para prover os serviços de saúde para as pessoas certas. ⁷

Experiências Internacionais:

Com esta preocupação em relação ao dimensionamento e planejamento correto da força de trabalho em saúde, procuramos conhecer um pouco como países como os Estados Unidos e Canadá estão tratando estas questões, bem como a utilização de possíveis ferramentas que poderiam ser adaptadas para outras realidades, como no caso brasileiro.

Experiência Americana

Nos Estados Unidos, devido a esta preocupação em formar médicos de forma adequada, foi criado um conselho intitulado “COGME” (*Council on Graduate Medical Education*), cujo papel principal é tecer recomendações com respeito à adequada oferta e distribuição de médicos nos Estados Unidos, incluindo medidas em relação a prováveis carências ou excesso de médicos em algumas especialidades ou áreas de atuação.

A previsão para a oferta de médicos nos Estados Unidos de 2000 a 2020⁸ é baseada no *Physician Supply Model (PSM)* que foi desenvolvido e mantido pelo *Bureau of Health Professionals (BHP)*, entre outras instituições, e produz projeções de médicos homeopatas e alopatas por especialidade de 1995 a 2040, sendo utilizado como unidade de análise o médico trabalhando em período integral, sendo que para o cálculo da oferta de médicos considera-se o número de ingressantes para a residência médica. Entre as considerações expressas pelo COGME, por volta do início da década de 1990, este conselho expressou preocupação com potencial excesso de médicos, recomendando um aumento na formação de médicos generalistas. O Conselho avaliou a provável futura oferta, demanda e necessidade de médicos generalistas e especialistas até 2020 nos

Estados Unidos, baseado nos padrões anteriores de uso de serviços e modelos de prática médica, frente às expectativas da população e a força de trabalho disponível.

Para previsão da oferta futura de médicos, considera-se as variáveis idade, gênero, distribuição de médicos por especialidade, currículo dos médicos atuantes e atuais tendências dos novos residentes ingressantes, tanto de escolas homeopáticas, quanto alopáticas, de países como o Canadá ou de outras escolas médicas estrangeiras.

Já a previsão da demanda e do uso de serviços médicos baseiam-se na análise do histórico de uso dos serviços a partir das variáveis idade, gênero, situação de seguro-saúde, localização urbana/rural da população e penetração do *managed care*. Também considerou-se que a utilização dos serviços médicos para a população que ainda não têm seguro-saúde tende a ser equivalente à utilização dos assegurados, caso haja recursos suficientes.

O número de médicos per capita nos EUA é esperado crescer de 283 a cada 100.000 americanos (Ano 2000) para 301 em (Ano 2015), com uma queda para 298 (Ano 2020). Ao mesmo tempo, segundo os modelos, a previsão é de que a demanda irá aumentar mais que a oferta de médicos neste período, devido ao crescimento de 18% da população americana entre os anos de 2000 e 2020, o envelhecimento da população, o número de pessoas com idade superior a 65 anos e a mudança na taxa de utilização dos serviços, já que indivíduos com até 45 anos usam em média menos serviços que aqueles com mais de 45 anos.

A necessidade de médicos é esperada crescer entre 1.09 e 1.17 milhões de médicos em 2020. Ao mesmo tempo, se a população continuar a usar os serviços no futuro como têm usado no passado e as práticas médicas também se mantiverem semelhante, os EUA enfrentarão uma falta de 96.000 médicos no ano de 2020.

Os modelos e cenários alternativos para fazer as projeções futuras incluem uma série de fatores que podem ter um maior impacto na oferta, demanda e necessidade de serviços médicos. Entre os fatores que podem agravar a falta de médicos temos mudanças no estilo de vida, que apontam que os médicos buscarão trabalhar menos horas que as gerações anteriores; manutenção do aumento do uso de serviços médicos por pessoas com idade superior a 45 anos, como tem ocorrido nos últimos 20 anos e também aumento no uso dos serviços devido à geração do *baby-boom*. Aumentos esperados na saúde da nação também contribuirão para aumentar a taxa de uso dos serviços.

Entre os fatores que podem limitar a futura falta de médicos estão aumentos na produtividade devido ao aperfeiçoamento da tecnologia e sistemas de informação e revisão de fluxos para abandono de atividades inapropriadas ou desnecessárias.

Há uma preocupação crescente com a falta de profissionais em algumas especialidades específicas, como radiologia, anestesiologia, cardiologia, reumatologia, nefrologia, cuidados críticos em doenças pulmonares e psiquiatria infantil.

A porcentagem de generalistas vem aumentando a partir da última década, correspondendo atualmente a 38%, percentual este inferior aos 50% recomendado pelo *COGME* em seu terceiro relatório. No entanto, este objetivo de 50% para generalistas vem enfraquecendo, já que amostras demonstram que a procura por generalistas é inferior do que para a maioria das especialistas.

Atualmente o *COGME* recomenda que o número de médicos ingressantes na residência deve aumentar de 24.000 em 2002 para 27.000 em 2015 e que a distribuição entre generalistas e especialistas devem considerar avaliações futuras de demanda, não recomendando nenhum valor rígido ideal.

A análise do 16º relatório do COGME prevê que os EUA irão enfrentar uma falta de médicos, principalmente de especialistas. O COGME também recomenda um aumento de 15% das vagas das escolas médicas até 2015 com, inclusive, abertura de novas escolas.

O modelo inicia-se com a base de médicos ativos, a especialidade e o ano de pós-graduação, sendo então esta base organizada por idade, expectativa de vida e previsão de aposentadoria. Este método considera o número de novos ingressantes na força de trabalho médica/residência médica, oriundos de escolas médicas americanas ou estrangeiras. Entre outros, este método considera os seguintes fatores:

- Distribuição por gênero dos médicos atuantes;
- Distribuição por idade dos médicos atualmente;
- Expectativa de vida e aposentadoria dos médicos atuantes;
- As especialidades dos médicos atuais e a escolha dos novos ingressantes;
- As taxas dos diferentes tipos de atividades profissionais, tais como ensino, cuidado ao paciente e pesquisa.

Para cálculo da demanda de médicos são considerados os números de pessoas nas seguintes faixas etárias: 0-4 anos; 5-17 anos; 18-44 anos; 45-64 anos; 65-74 anos, 75-84 anos, 85 anos e mais de 85 anos, localização (urbana/rural) e status do seguro, além da análise do uso dos serviços médicos, considerando-se também o possível uso daqueles que ainda não são segurados, caso estes venham a possuir seguro.

Em essência o COGME utiliza o *Physician Supply Model (PSM)* para fazer a projeção da oferta de médicos e o *Physician Demand Model (PDM)* para fazer as projeções da demanda por médicos e da futura necessidade de médicos. Vale salientar que a diferença entre demanda por médicos e necessidade de médicos é que esta última, além de considerar o histórico das taxas de utilização dos serviços, que é considerado para o cálculo da primeira, isto é, da demanda,

contabiliza também as pessoas que não têm seguro atualmente e que podem vir a ter.

Experiência Canadense

Um sistema utilizado no Canadá para estimar os recursos humanos necessários para a área da saúde é o *SHARP (System for Health Area Resource Planning)*⁹, sendo esta uma metodologia disponibilizada em forma de *software*. Este sistema é de fácil utilização, personalizado e foi desenhado para planejamentos de médio a longo prazo. Este sistema consiste em sete modelos, sendo que os dois primeiros fazem a projeção da população, na abrangência considerada, associando-a com a necessidade de serviços de saúde e, por sua vez, os quatro modelos seguintes projetam a disponibilidade de tais serviços. Os resultados são analisados conjuntamente num modelo final que calcula desequilíbrios entre necessidade e disponibilidade, facilitando visualizações de alternativas para redução de desequilíbrios.

O modelo 1 - SHARP 1- projeta a população segundo as variáveis gênero e idade, a partir de dados iniciais de distribuição por sexo, idade, taxas de nascimento e mortalidade por gênero e idade e taxas de migração. Os resultados são projetados por ano, segundo o número de anos desejados pelo usuário.

As necessidades pelos serviços de saúde são calculadas no modelo 2 - SHARP 2, sendo estes cálculos baseados na taxa de utilização de serviços, por sexo e idade, segundo cada tipo de serviço. Os perfis de utilização por idade foram desenvolvidos para demonstrar a necessidade de médicos para 30 especialidades (entre outras, clínica médica, anestesiologia e dermatologia) e para outros profissionais de saúde (enfermeiras, auxiliares de enfermagem e mais outras 26 categorias de profissionais de saúde), número de leitos hospitalares em 11 categorias (ex: UTI, Centro-cirúrgico), para ambulatório e para cuidados com a comunidade, sendo que os níveis de referência de provisão de serviços são baseados na prática atual, pela carência de outras referências;

contudo, o usuário pode alterar estes perfis de necessidade e avaliar as implicações se forem mantidas as práticas de atendimento atuais.

As necessidades futuras conforme são definidos no SHARP são independentes da disponibilidade futura de serviços; a partir dos perfis de utilização considerados, as necessidades irão variar em resposta a mudanças na população. Esta distinção entre necessidade e disponibilidade é essencial no sistema e pode fundamentar o planejamento ou avaliação da política.

Os Modelos 3 e 4 – SHARP 3 e SHARP 4- referem-se ao número de médicos e enfermeiras, respectivamente, bem como à disponibilidade de serviços relacionados. Estes modelos fazem projeções separadas para médicos e enfermeiras, considerando as variáveis gênero e idade, sendo que no caso dos médicos, o SHARP considera 30 especialidades.

São utilizados métodos demográficos para fazer a projeção ano a ano no período, considerando aposentadorias, expectativa de vida e migração. O modelo ainda contabiliza o número de residentes e de médicos, considerando os recém-formados que estão entrando e saindo do estado por causa do treinamento da residência médica. Treinamentos posteriores dos profissionais médicos e mudanças de especialidade também são computados.

Já os serviços disponíveis são computados em termos de profissionais/ano, a fim de permitir que se considere tanto profissionais que irão trabalhar tempo integral quanto profissionais que trabalharão meio-período.

A disponibilidade de auxiliares de enfermagem e outras 25 categorias de profissionais da saúde podem ser projetadas utilizando o Modelo 5 - SHARP 5, sendo o cálculo bastante simples por falta de dados, onde somente são considerados o crescimento da rede e a participação relativa de cada tipo de profissional na equipe.

O modelo 6 - SHARP 6 - faz a projeção de leitos hospitalares e cuidados ambulatoriais, estimando leitos em 11 categorias de tipos de cuidados. O futuro número de leitos hospitalares é calculado de acordo com as médias de atendimento, considerando as taxas de crescimento. As taxas de ocupação hospitalar são incorporadas e o número de leitos ocupados são calculados a partir da utilização padrão (“normal”).

As várias projeções de necessidades e disponibilidades são confrontadas no Modelo 7 - SHARP 7, com avaliação do equilíbrio do modelo, que considera as necessidades de saúde calculadas no SHARP 2 e a disponibilidade de recursos calculada no SHARP 3, 4, 5 e 6, sendo que os cálculos da população do SHARP 1 também são utilizados na taxa de reservas para a população.

Então, este último modelo, SHARP 7, gera tabelas mostrando o desequilíbrio entre necessidades e disponibilidades, bem como os cálculos relacionados. O usuário pode então determinar quais mudanças no pessoal, na capacidade hospitalar (leitos) ou nas práticas de atendimento são necessárias para alcançar o equilíbrio entre necessidades e disponibilidades nas várias categorias.

Este método ainda pode ser utilizado para explorar implicações da redução de número de vagas de entrada nas escolas médicas ou medidas alternativas que afetem a residência médica.

Como exemplo, podemos mostrar a utilização deste método em Ontário. Em 1990 estimava-se 19259 médicos ativos em Ontário, sendo que perto de 50% destes médicos foram classificados como sendo clínico-gerais ou médicos de família. Havia 587 graduados de escolas médicas em Ontário e 3036 internos ou residentes, sendo ambos de interesse como indicadores que renovam ou aumentam o estoque de médicos e como indicadores do número de provedores de fato de serviços.

A tabela 1 abaixo mostra projeções para os anos 2000 e 2010 em seis casos alternativos.

Tabela 1
Projeções de médicos em Ontário em 6 casos alternativos

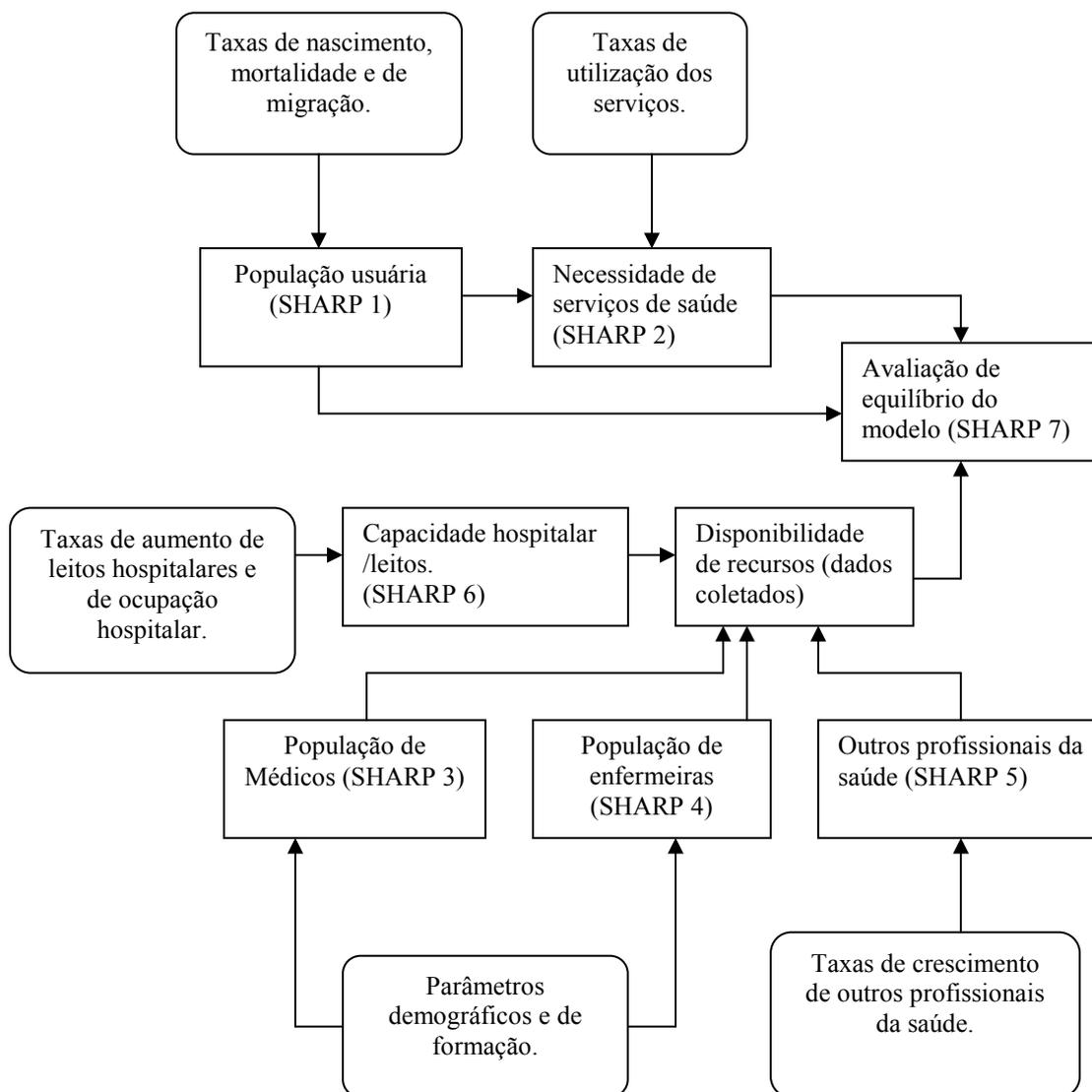
Projeções Consideradas	População					Crescimento no número de médicos em 10 anos, %		
	Ano	Graduados de escolas médicas	Internos e residentes	Todos os Médicos	Médicos Clínicos -gerais ou Médicos de Família	Todos	Médicos Clínicos -gerais ou Médicos de família	Outras especialidades
Base para estimativa	1990	587	3036	19259	9580	-	-	-
1-Caso referência	2000	595	3001	25596	13178	32.9	37.6	28.3
	2010	595	3001	31477	16551	23.0	25.6	20.2
2- Primeiro ano após redução de 70 vagas de entrada na graduação em medicina	2000	527	2828	25557	13138	32.7	37.1	28.3
	2010	527	2751	30602	16049	19.7	22.2	17.2
3- Igual ao caso 2, sem redução na residência médica	2000	527	3001	25596	13178	32.9	37.6	28.3
	2010	527	3001	31477	16551	23.0	25.6	20.0
4- Igual ao caso 2, com metade da redução na residência médica do que considerado no caso 1	2000	527	2914	25557	13158	32.8	37.3	28.3
	2010	527	2876	31039	16300	21.4	23.9	18.7
5- Igual ao caso 2 com redução na residência médica nas especialidades	2000	527	2544	25690	13521	33.4	41.1	25.7
	2010	527	2486	30422	17049	18.4	26.1	9.9
6- Igual ao caso 2 com grande redução na residência médica nas especialidades	2000	527	2298	25792	13864	33.9	44.7	23.2
	2010	527	2254	30235	17923	17.2	29.3	3.2

Fonte: Frank T D, 1994.

Em essência, o SHARP trabalha com 7 modelos, sendo 1 para projeção da população, 1 para projeção de necessidades de serviços, 4 para projeção de disponibilidade de serviços e 1 para avaliação do equilíbrio entre necessidade e disponibilidade. Segue abaixo, Figura 1, o fluxograma deste sistema.

Figura 1

Configuração do Sistema para Planejamento de Recursos Humanos na Área da Saúde (*System for Health Area Resource Planning – SHARP*), mostrando os modelos (retângulos), os parâmetros especificados pelos usuários (ovais) e fluxo de direção das informações (setas). Fonte: Frank T. D. et. al. *System for Health Area Resource Planning (SHARP): an application to Ontario medical school enrolment*.



Experiência- Peru

Outra experiência em relação à necessidade de definir prioridades de médicos especialistas foi obtida pelo Peru, onde as vagas de residência médica são financiadas 100% com fundos públicos. Realizaram um estudo para definição de necessidade de especialistas que teve três etapas¹⁰:

Etapa 1: Definição de prioridades de especialistas que seriam financiados pelo Ministério da Saúde.

Etapa 2: Definição do número de especialistas para cada especialidade priorizada e os desequilíbrios entre o número existente e o número de especialistas necessários que foi definido;

Etapa 3: Definição de locais prioritários para o destino de pediatras e gineco-obstetras¹.

Etapa 1

O Instituto de Desenvolvimento de Recursos Humanos elaborou uma proposta baseada no perfil epidemiológico, demográfico, nas prioridades estabelecidas pela Direção de saúde para o período 2002-2012, e na estimativa da demanda de especialistas a partir do número de consultas realizadas e internações hospitalares. A partir disto, cada especialidade foi quantificada numa escala numérica de 1 a 5, obtendo-se uma média para cada uma das 66 especialidades, o que foi denominado fator 1.

A direção política de regulação elaborou duas propostas, uma tendo por base a opinião da direção geral de saúde do Ministério da saúde e a outra tomando por base a percepção das Direções Regionais de Saúde, que correspondem aos fatores 2 e 3.

¹ Una experiencia metodológica para la definición de las prioridades de médicos especialistas in El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos em salud. Série Bibliográfica. Recursos Humanos en Salud nº 5. Capítulo 3. Lima, Peru- 2006.

Cada proposta foi ponderada por especialidade segundo seu nível de prioridade para elaborar uma média final, assegurando igual peso a cada proposta.

Etapa 2

Para definição do número de especialistas consideramos dados sobre utilização dos serviços especializados, a produtividade dos especialistas para cada especialidade, número de consultas, número de emergências e internações por especialidade, que muitas vezes eram inexistentes, o que levou que se considerasse os dados de três hospitais gerais de referência nacional, complementando-se com dados de hospitais da seguridade social.

A metodologia utilizada para estimar o número de profissionais necessários foi estimar para cada uma das especialidades priorizadas, de acordo com a população-alvo, o número de horas necessárias para o atendimento de 1000 pessoas, considerando a proporção de pessoas que adoecem e a média anual de atendimento, considerando a proporção atendida em consultas ambulatoriais, emergência e internação. Estas informações foram traduzidas em número de horas necessárias para o atendimento de 1000 pessoas, número de horas-especialistas necessárias e, por sua vez, o número de especialistas. Desta forma, estimou-se o número de especialistas necessários por departamento e o número de especialistas disponíveis em cada um dos departamentos.

Etapa 3

As especialidades de Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia são críticas em todos os níveis de atenção no Peru, nem sempre cobrindo todos os serviços ou áreas geográficas. Foi criada uma relação dos departamentos, de acordo com a necessidade destes profissionais, onde foram utilizados os seguintes indicadores:

- ✓ Mortalidade infantil
- ✓ Mortalidade perinatal
- ✓ Desnutrição crônica em crianças < 5 anos

- ✓ Mortalidade geral em crianças < 5 anos
- ✓ Anemia em crianças < 5 anos
- ✓ Morbidade por EDAS em crianças < 5 anos
- ✓ Pneumonia em crianças < 5 anos
- ✓ Indicadores de necessidade de gineco-obstetras
- ✓ Número de partos
- ✓ Taxa global de fecundidade
- ✓ Razão de mortalidade materna
- ✓ Porcentagem de mães adolescentes

Resultados:

Etapa 1

Do resultado da análise da etapa 1 se obteve uma média de cada uma das 66 especialidades que vêm sendo financiadas sobre as que se deve priorizar, os resultados aparecem na Tabela 2 como fator 1. Por sua vez, a Direção Geral de Saúde estabeleceu 11 prioridades de médicos especialistas para trabalhar no Sistema de Atenção Integral de Saúde, que na Tabela 2 aparece como fator 2. Por fim, 12 das 24 Regionais de saúde responderam a entrevista, correspondendo ao fator 3 da Tabela 2.

Desta forma, as especialidades propostas na tabela a seguir foram propostas como prioritárias para Comissão Nacional de Residência Médica para sua avaliação.

Tabela 2
Especialidades priorizadas com os fatores 1, 2 e 3.

	Especialidades	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator Final
1	Pediatria	100.00		100.00	300.00
2	Medicina da Família	100.00	100.00	28.13	228.13
3	Ginecologia e Obstetrícia	49.39	100.00	78.23	227.62
4	Anestesiologia	36.57	100.00	83.89	220.46
5	Medicina Interna	46.81	100.00	49.24	196.05
6	Cirurgia Geral	24.92	100.00	43.68	168.60
7	Medicina de emergência	25.11	100.00	31.95	157.06
8	Radiologia	18.54	100.00	28.65	147.19
9	Neonatologia	0.00	100.00	43.58	143.58
10	Hematologia Clínica	21.70	100.00	20.39	142.09
11	Oncologia Médica	32.65	100.00	8.41	141.05
12	Neurologia	26.01	100.00	13.54	139.56
13	Urologia	26.40	100.00	10.27	136.67
14	Anatomia Patológica	17.90	100.00	12.47	130.37
15	Ortopedia e Traumatologia	14.17	100.00	15.38	129.55
16	Patologia Clínica	16.10	100.00	13.04	129.14
17	Geriatrics	7.41	100.00	13.39	120.80
18	Cardiologia	42.95	0.00	20.40	63.35
19	Gastroenterologia	34.19	0.00	19.29	53.48
20	Otorrinolaringologia	39.67	0.00	13.08	52.74
21	Oftalmologia	33.61	0.00	17.78	51.39
22	Pneumologia	27.24	0.00	20.39	47.63
23	Psiquiatria	19.38	0.00	23.07	42.45

Fator 1: Perfil epidemiológico, demográfico e prioridades do Plano de Saúde de 2002-2012

Fator 2: Opinião da Direção Geral de Saúde sobre as prioridades em função do modelo de atenção.

Fator 3: Entrevista às Direções Regionais de Saúde sobre a sua necessidade de especialistas

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Conhecer quais são as carências de médicos especialistas no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos

- Verificar a existência de metodologias para dimensionamento do número de profissionais necessários para suprir a demanda em Recursos Humanos no SUS, sobretudo de médicos.
- Apontar iniciativas mundiais abordando a questão de dimensionamento e necessidade de Recursos Humanos em Saúde.
- Conhecer a percepção dos gestores quanto à carência de especialistas médicos para o Sistema Único de Saúde.
- Detectar as necessidades do mercado de trabalho (postos de trabalho do SUS).

Justificativa

Embora o Estado de São Paulo tenha uma alta relação médico/hab. não está assegurada, entre as especialidades, proporção adequada às necessidades da população, principalmente daquela usuária do SUS. Fatores tais como a remuneração, oferta de cursos/vagas de Residência Médica nas diferentes especialidades podem levar à oferta não compatível com a demanda/necessidade das diferentes especialidades, seja por falta ou excesso. Este trabalho tem a intenção de apontar caminhos para melhor entendimento do que vem ocorrendo neste campo.

METODOLOGIA

Este trabalho que trata da necessidade de médicos especialistas no Estado de São Paulo será composto por duas fases distintas. A primeira fase caracteriza-se por uma revisão bibliográfica nas principais bases de dados utilizando-se descritores tais como “recursos humanos em saúde”, “planejamento de recursos humanos” e “necessidade de médicos”, de onde foram selecionados trabalhos que discutiam ferramentas para dimensionamento de pessoal. Buscou-se conhecer a existência de metodologias para planejamento e dimensionamento de pessoal em saúde em outros países, ou seja, referências internacionais que pudessem indicar alguns caminhos para o nosso planejamento de pessoal de saúde, sobretudo de médicos.

A segunda fase do trabalho foi iniciada a partir de visitas a Centrais de Regulação Médica do Estado (Central de Regulação Estadual Metropolitana e Central de Regulação do Ambulatório de Especialidades) e do município de São Paulo (Central de Regulação de Urgências e Emergências e Central de Integração da Regulação), visando conhecer a percepção dos responsáveis quanto à carência de médicos no sistema, bem como a existência de mecanismos de registro que pudessem indicar a falta destes especialistas. Após esta constatação inicial, a segunda fase consistiu na realização de entrevistas a gestores de diferentes posições no Sistema de Saúde- DRS, SMS/Hospital Estadual, em três municípios distintos, totalizando nove entrevistas.

Como critérios para escolha dos municípios que servirão de base para o estudo foi exigido que estes não constituíssem pólos de atração de profissionais e, além disto, o município deveria contar com um hospital geral de porte regional próprio do Estado.

As entrevistas foram presenciais, realizadas em ambiente fechado e livre de ruídos, com duração entre 60 e 90 minutos, gravadas com aparelho eletrônico e

transcritas posteriormente. As entrevistas foram realizadas a partir de um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas.

Para análise da importância conferida às especialidades, pelos gestores, ou seja, a partir do *ranking* estabelecido, atribui-se 5 pontos para as especialidades consideradas como sendo de “alta prioridade”, 3 pontos para as especialidades consideradas de “média prioridade” e, finalmente, 1 ponto para as especialidades de “baixa prioridade”. Vale ressaltar que 8 gestores completaram esta tabela, de forma que a pontuação máxima que poderia alcançar uma especialidade seria 40 pontos, enquanto o mínimo seria de 8 pontos.

RESULTADOS

Centrais de Regulação

Sob a perspectiva dos responsáveis pelas Centrais de Regulação consultadas, as especialidades com maior carência de médicos são Neurocirurgia, Ortopedia, Neurologia e Medicina Intensiva. Por sua vez, embora citadas em apenas uma Central de Regulação, ainda foram referidas as seguintes especialidades: Cirurgia Vascular, Hematologia, Oncologia Clínica, Oncologia Cirúrgica, UTI – neonatal, Cardiologia Infantil, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Clínica Médica e Pediatria. Nenhuma das Centrais consultadas apresentam registros que possam indicar diretamente a carência de médicos nas diversas especialidades. No caso da Central de Regulação do Ambulatório de Especialidades do Estado de São Paulo, esta conta com registros que denomina de “desperdício primário”, consistindo no controle das consultas que não foram agendadas, o que pode ou não ter alguma relação com serviços de menor procura e, portanto, de menor necessidade de especialistas médicos associados.

Já na Central de Integração da Regulação no município de São Paulo, o responsável acredita que a partir de registros existentes, relacionados ao número de novas consultas nos ambulatórios de especialidades, poderia se associar as áreas com maior carência de especialistas àquelas com menor disponibilidade de novas consultas.

Na Central de Regulação de Urgência e Emergência da Prefeitura de São Paulo, os registros existentes compõem relatórios contendo as especialidades mais requisitadas e o índice de resolutividade em cada uma destas. O gestor chamou atenção para o fato de que a simples análise dos dados quantitativos podem levar a erros de interpretação, como no caso da neurocirurgia, por exemplo, que apesar de se tratar de uma especialidade em que grande parte dos casos ser encaminhados, há grande carência destes especialistas, ou seja, é difícil a

análise da carência de especialistas no geral analisando apenas este pequeno universo das urgências e emergências.

Entrevistas com os Gestores - Geral

No geral, das nove entrevistas realizadas junto aos gestores, quando questionados a respeito da carência de médicos especialistas para o sistema de saúde, foram citadas 28 especialidades/áreas de atuação diferentes. Entre as especialidades mais citadas estão a Neurologia, referida por 8 gestores; a Medicina de Família e a Neurocirurgia, citada por 6 gestores e, por fim, a Clínica Médica e a Psiquiatria, citada por 5 gestores.

Por sua vez, as especialidades de Ortopedia, Dermatologia, Endocrinologia e Terapia Intensiva foram citadas por 3 a 4 gestores, enquanto que um total de 11 especialidades/áreas de atuação, dentre estas, Reumatologia, Neuropediatria, Pediatria, Terapia Intensiva Infantil, Nefrologia, Economia e Gestão, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Oncologia Clínica, foram citadas por dois gestores. Por fim, 10 especialidades, discriminadas a seguir, foram citadas por um único gestor, que são: Gastroenterologia, Oncologia Cirúrgica, Geriatria, Hematologia, Anatomia Patológica, Cirurgia Vascular, Urologia, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia e Neurologia Infantil.

A percepção de carência destes profissionais médicos é sentida pelos gestores, com maior frequência, pelo pequeno número ou ausência de candidatos quando da realização de concursos, ou ainda, pela dificuldade de contratação dos profissionais nas especialidades referidas. A seguir, com frequência um pouco inferior, foi relatada que esta percepção dá-se pela dificuldade de atendimento dos pacientes encaminhados da rede básica e de outros serviços municipais e, por fim, aparecendo no relato de dois gestores, esta percepção é sentida a partir da demanda reprimida. Apesar de ser pequena a diferença, a maioria dos

gestores acredita que a falta destes especialistas é mais sentida no setor público do que no privado.

Em relação aos motivos que estariam levando à falta destes profissionais, as questões mais frequentes colocadas pelos gestores estão relacionadas ao mercado de trabalho, no sentido de que os médicos procuram especializar-se em áreas com maior possibilidade de retorno financeiro e, em particular, para o serviço público, a principal questão estaria vinculada aos baixos salários oferecidos.

Ainda, entre as questões comuns a alguns relatos, relacionadas ao motivo da falta do profissional, está a formação aquém da necessidade em algumas especialidades, aumento da demanda por certos especialistas, devido a mudanças no padrão de consumo, e formação de base inadequada dos profissionais, o que aumentaria muito a procura por especialistas.

Por sua vez, embora com menor frequência, como motivos que levariam a esta carência foram apontados a falta de uma política de Estado e de estímulo da universidade no sentido de incentivar a formação para as áreas carentes, dificuldade na obtenção de profissionais em especialidades que exigem maior tempo de formação e existência de condições de trabalho inadequadas e/ou com baixa incorporação tecnológica, no caso dos serviços públicos.

Em relação aos critérios utilizados para conhecimento de quais profissionais precisam ser contratados, a maioria dos gestores citou utilizar a questão da demanda pelos serviços e, em frequência bastante semelhante, o perfil epidemiológico da população. Outros critérios ainda citados, embora com menor frequência, foram a utilização de parâmetros de cobertura das portarias ministeriais, previsão de abertura de novos serviços e ainda outros critérios definidos junto às DRS e aos municípios.

Como alternativas para minimizar a carência destes profissionais houve baixo consenso entre as respostas, aparecendo com maior frequência a questão do pagamento de salários diferenciados para estes profissionais, alternativas de contratação tais como via pessoa jurídica ou a partir de organizações sociais e, ainda, estabelecimento de protocolos para encaminhamento dos pacientes. Com frequência inferior, ainda foram relatadas como alternativas a possibilidade de alguns casos ser atendidos por outros especialistas e avaliação dos encaminhamentos para priorizar as necessidades.

Em relação à existência de mecanismos de registro de informações que indicassem a falta de profissionais, a maior frequência de citações é em relação ao registro da demanda reprimida, seguida pelo número de casos atendidos, informação muitas vezes obtida a partir da Central de Regulação. No entanto, houve gestores que relataram não ter nenhuma informação que pudesse indicar esta carência, nem tampouco receber informações da Central de Regulação.

Como sugestão para resolver a carência de especialistas considerados necessários, duas questões apareceram com grande frequência no discurso dos gestores, sendo que a primeira destas estaria relacionada a políticas de Estado, incluindo a salarial e outros incentivos/ estímulos para os profissionais nas especialidades das quais o sistema é carente. A segunda questão apontada foi a importância do conhecimento das necessidades loco-regionais pela universidade, no sentido de formar profissionais que o sistema necessite, e não segundo uma lógica financeira e de mercado, o que implicaria desde mudanças na formação da graduação, para que os profissionais estivessem mais preparados para a realidade, até uma política mais adequada de distribuição das bolsas de Residência Médica entre as diversas especialidades.

A questão do planejamento de serviços e médicos a ser contratados foi relatada com maior frequência como sendo realizada junto aos colegiados, segundo o perfil epidemiológico da população, demanda e parâmetros editados pelas portarias ministeriais.

Em relação ao profissional da atenção básica a questão colocada com maior frequência pelos gestores é a da alta rotatividade dos profissionais, dificuldade de contrato e manutenção dos médicos. A segunda questão também freqüente foi à inadequação do profissional que atua na Atenção Básica, passando pela questão da formação na graduação, até o fato da maioria ser recém-formados ou médicos aposentados, no caso do Programa Saúde da Família (PSF). Já em relação ao modelo ideal, não há consenso, sendo pouco superior a frequência de quem considera o modelo ideal a Atenção Básica Tradicional, comparada a quem considera que o modelo ideal dependerá da região em que se estabelecerá; com menor frequência, o PSF é considerado como sendo o melhor modelo.

Gestores Municipais

Em relação à necessidade de especialistas, é consenso entre os gestores municipais dos três municípios a falta de médicos para o PSF e de Neurologistas. Já o médico Neurocirurgião e o Ortopedista foram considerados profissionais escassos por dois destes gestores, ou seja, foram apontados pelo gestor municipal de dois municípios, dentro do universo dos três considerados nesta análise.

A maioria dos gestores municipais considera haver maior falta destes especialistas médicos para o setor público, sendo esta percepção de falta dos profissionais sentida devido à demanda reprimida e dificuldade em atender os casos encaminhados pelos municípios, além da dificuldade de contratação, inclusive a partir da realização de concursos.

Quanto aos motivos que estariam levando a esta falta de profissionais, todos relatam a questão salarial, sobretudo no setor público. Ainda foi acrescentado, por um dos gestores, no caso da carência em relação ao Clínico Geral, a justificativa da valorização do especialista pelo mercado, em relação ao Clínico, e

que os médicos estariam procurando as especialidades mais rentáveis, em detrimento, inclusive, da própria vocação.

Em relação aos critérios utilizados para definir quais especialistas há necessidade de contratação, todos relataram considerar a demanda pelos serviços, parâmetros definidos pelas Portarias Ministeriais, além do perfil epidemiológico da população.

Como medidas alternativas para minimizar a carência de profissionais nestas especialidades, foram citadas a criação de protocolos de encaminhamento e avaliação dos pedidos com priorização das necessidades. Além desta, ainda foi relatado como alternativa o pagamento de salário diferenciado para médicos e criação de grupos de capacitação, sobretudo para os médicos que realizam grande número de encaminhamentos.

Como sugestão para solucionar esta questão da carência de profissionais todos perpassam pela questão da atenção básica, no sentido da necessidade de haver maior resolutividade nesta área, a partir de adequações na formação do profissional na graduação. Além desta, apontam a necessidade de que as faculdades de medicina estejam mais integradas à realidade, voltadas para a formação do profissional de que o sistema necessita e, ainda, um dos gestores considera que uma política salarial adequada para os médicos colaborasse para minimizar carências em algumas especialidades.

Em relação aos registros que poderiam indicar a necessidade de médicos, os secretários dos três municípios relatam ter contato com a Central de Regulação e dados da demanda reprimida, apesar de se tratar de um dado indireto, que não está obrigatoriamente associado à falta do profissional, já que a o atendimento pode estar sendo prejudicado por falta de outros recursos, como físicos ou financeiros.

O planejamento da necessidade de médicos sempre foi feito por estes municípios baseado na demanda; porém os três gestores municipais relatam neste momento estar iniciando um planejamento com discussões regionais, a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI).

Quando interrogados em relação à Atenção Básica Tradicional e o PSF, não há consenso quanto ao modelo mais adequado, contudo, a maior parte dos gestores relata dificuldades para admissão e manutenção do médico para atuação no PSF.

Gestores de Serviço - Hospitais

Há consenso entre os gestores de serviço quanto à carência de médicos apenas na especialidade de Neurologia; contudo, médicos com atuação em Clínica Médica e especialistas em Terapia Intensiva foram considerados carentes por dois destes gestores.

Todos os gestores de serviço têm esta percepção de falta destes profissionais devido à dificuldade de contratação, inclusive a partir de realização de concursos, sendo que a maioria considera que haja falta destes profissionais, tanto no setor público, quanto no privado.

Em relação aos motivos que estariam levando a esta falta de profissionais, um padrão de resposta comum aos diretores foi a questão do baixo número de vagas na Residência Médica para estas especialidades de maior carência, o que acabaria formando profissionais em número insuficiente e, por sua vez, a questão salarial também aparece no discurso de dois gestores de serviço. Ainda outras questões levantadas foram o fato de que os médicos atualmente procuram especializar-se em áreas que lhes proporcionem maior rentabilidade e melhor qualidade de vida, dificuldade adicional para formação em especialidades com longo tempo de formação e de fixação em locais com hospitais de baixa capacidade operacional.

Para definição dos médicos especialistas que devem ser contratados há consenso entre os gestores de serviço quanto a considerar a demanda e, apesar de não ser unânime, há gestores que consideram o padrão de lotação do hospital, bem como o planejamento de abertura de novos serviços.

A respeito de medidas alternativas adotadas para minimizar a carência de profissionais, não houve consenso entre os gestores de serviço. Foram citadas como alternativas o pagamento de salário diferenciado, segundo a tabela AMB, contrato de profissionais a partir de Organizações Sociais e realização de concursos para generalistas ao invés de especialistas, apesar de que estes irão atuar na especialidade após treinamento no hospital. Ainda outras opções colocadas foram a adoção de protocolos de encaminhamento e formação de grupos, tais como grupo da obesidade, para que possam ser tratados por outros profissionais e encaminhados para os especialistas apenas os casos mais complexos. Outra medida relatada foi a criação de Ambulatórios por afecção, ao invés de por especialidade, como por exemplo, substituição do “Ambulatório de Cirurgia Vascular” por “Ambulatório de Varizes”, tendo o diretor referido diminuição da demanda devido a esta manobra.

Em relação aos registros de informações que indicariam a necessidade de profissionais médicos, nenhum dos diretores relatou ter algum tipo de informação registrada, nem tampouco acesso às informações reunidas junto à Central de Regulação.

Referente às sugestões que pudessem contribuir para a redução desta carência de especialistas, um padrão de resposta comum aos diretores foi em relação à formação médica na graduação, ou seja, ressaltaram a necessidade de uma formação mais coerente com o sistema, incluindo maior conhecimento dos médicos a respeito do Sistema Único de Saúde. Quanto à universidade, observa-se que esta deva apreender as necessidades do sistema no que concerne à oferta de Residência Médica, sendo que a necessidade do sistema deveria ser o critério adotado para alocação destas bolsas; ainda foi referido que deveria ser

estimulado o ingresso na Residência Médica nas especialidades de maior carência.

Em relação ao planejamento da necessidade de serviços apenas um diretor relatou realizar este planejamento, sendo que o faz a partir da demanda pregressa, média histórica e com base na população (número de consultas e de especialistas por habitante), enquanto que os outros dois diretores relatam que o planejamento de serviços é feito pelos DRS. Já em relação ao planejamento de número de médicos, os três diretores relataram não realizar este tipo de planejamento.

Quando interrogados em relação à Atenção Básica, a maioria dos diretores considera a Atenção Básica tradicional mais adequada que o PSF, embora haja crítica à Atenção Básica Tradicional quanto à sua baixa resolutividade e crença quanto à viabilidade de coexistência das duas formas de atenção. Já em relação aos profissionais da Atenção Básica, os gestores consideram que não contamos com o profissional adequado para atuar no PSF, já que formamos “especialistas” e não o médico com esta visão “global”, como seria exigido para o PSF. Além desta questão, referem ainda o fato da dificuldade de contratar e manter este profissional, sobretudo nas regiões mais distantes, já que há alta rotatividade e baixo compromisso dos médicos que atuam no PSF.

Gestores Estaduais – Diretores dos DRS

Em relação à carência sentida de médicos especialistas, há consenso entre os gestores no nível estadual em relação à dificuldade de contratação e carência de médicos para atuação no PSF, além de médicos na especialidade de Neurocirurgia. Além destas, médicos nas especialidades de Neurologia, Endocrinologia, Psiquiatria e Medicina Intensiva foram referidos como carentes por dois dos três diretores.

Esta percepção de falta de profissionais é percebida pelo baixo número ou ausência de candidatos quando da realização de concursos para médicos nestas especialidades ou, ainda, é informada pelo próprio sistema, atrelado à dificuldade de conseguir vagas, de ampliar serviços e atender as referências.

A maioria dos diretores considera haver maior falta destes profissionais para o setor público em relação ao privado. Quanto aos motivos que estariam levando a esta falta de profissionais, levantou-se a questão do mercado de trabalho, onde os médicos procurariam especialidades que pudessem proporcionar maior rentabilidade, e também os baixos salários e valores da Tabela SUS. Além disto, também foram levantadas questões relacionadas à falta de incentivo do Estado para a formação nestas áreas de maior carência e à formação inadequada dos médicos na graduação, o que contribuiria para a grande demanda por médicos especialistas.

Como medidas alternativas para minimizar a carência de profissionais nestas especialidades, os diretores dos DRS identificam a necessidade de uma maior exigência da Secretaria de Estado da Saúde para a formação de médicos de maior carência para o sistema, já que é importante agente financiador da Residência Médica. Foi relatado também como alternativas a otimização de serviços já existentes, com criação de plantões-extras ou ainda contratação de médicos via pessoa jurídica.

Em relação aos critérios utilizados para definir quais tipos e qual o número de especialistas há necessidade de contratação, os diretores relataram utilizar a demanda pelos serviços, o perfil epidemiológico ou associação dos dois critérios.

Como sugestão para solucionar esta questão da carência de profissionais foi colocada a necessidade de interferência do Estado, a partir de políticas públicas que garantissem maior formação e disponibilidade de especialistas nas áreas com maior necessidade, tais como o estabelecimento de cotas para Residência Médica, políticas salariais e incentivos para que os profissionais se dirigissem

para as áreas mais carentes. Ainda foi sugerida a reciclagem de profissionais e mudança no processo de formação dos médicos.

Em relação aos registros que poderiam indicar a necessidade de médicos, os gestores estaduais relatam ter contato com a Central de Regulação, dados dos casos atendidos e também da demanda reprimida, ou seja, da fila de espera.

Atualmente os três diretores relatam planejar a necessidade de médicos, apesar de ser uma atividade recente para um deles. Este planejamento é feito tendo por base a demanda reprimida, as necessidades apontadas pela população a partir do perfil epidemiológico e com referência a parâmetros estabelecidos pelas portarias ministeriais.

A respeito dos profissionais na Atenção Básica, os diretores acreditam que não temos o profissional adequado e bem formado para atuar na área, além de haver alta rotatividade destes profissionais e dificuldade de fixação nas regiões mais periféricas.

Não há consenso entre os diretores dos DRS se o modelo Atenção Básica Tradicional ou o PSF seria mais adequado, sendo que as opiniões variam entre a opção da Atenção Tradicional, opção por um ou outro modelo, desde que único, ou até pela coexistência de ambos modelos.

Prioridades entre as especialidades

Conforme explicado na metodologia, para análise da importância atribuída às especialidades, pelos gestores, atribui-se 5 pontos para as especialidades consideradas como sendo de “alta prioridade”, 3 pontos para as especialidades consideradas de “média prioridade” e, finalmente 1 ponto para as especialidades de “baixa prioridade”. Vale ressaltar que 8 gestores completaram esta tabela, de forma que a pontuação máxima que poderia alcançar uma especialidade seria 40 pontos, enquanto o mínimo seria de 8 pontos.

Desta forma, conforme podemos observar na tabela a seguir, as especialidades que alcançaram maior pontuação foram a Cancerologia e a Cardiologia, com 38 pontos, seguida pela Cirurgia Pediátrica, Nefrologia, Neurocirurgia e Neurologia, que estão em 2º lugar na classificação, segundo ordem decrescente de importância, com 36 pontos cada.

Por sua vez, entre as que receberam menor pontuação estão a Medicina Legal, Homeopatia, Acupuntura e a Medicina Esportiva, com 18 ou menos pontos.

Tabela 3

Ranking estabelecido pelos gestores, segundo ordem decrescente de importância entre as especialidades

Classificação	Especialidade	Total de pontos
1º	Cancerologia	38
2º	Cardiologia	38
3º	Cirurgia Pediátrica	36
4º	Nefrologia	36
5º	Neurocirurgia	36
6º	Neurologia	36
7º	Cirurgia Cardiovascular	34
8º	Cirurgia Geral	34
9º	Cirurgia Vascular	34
10º	Clínica Médica	34
11º	Medicina Intensiva	34
12º	Endocrinologia	32
13º	Medicina de Família e Comunidade	32
14º	Ortopedia e Traumatologia	32
15º	Otorrinolaringologia	32
16º	Psiquiatria	32
17º	Angiologia	30
18º	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	30
19º	Gastroenterologia	30
20º	Geriatria	30
21º	Mastologia	30
22º	Radioterapia	30
23º	Anestesiologia	28
24º	Coloproctologia	28
25º	Endoscopia	28
26º	Medicina Física e Reabilitação	28
27º	Medicina Preventiva e Social	28
28º	Pneumologia	28
29º	Urologia - Onco	28
30º	Cirurgia do Aparelho Digestivo	26
31º	Oftalmologia	26
32º	Patologia Clínica/Medicina Lab.	26
33º	Pediatria Clínica	26
34º	Radiologia e diagnóstico por imagem	26

Continuação

Classificação	Especialidade	Total de pontos
35 °	Reumatologia	26
36 °	Cirurgia da Mão	24
37 °	Cirurgia Plástica	24
38 °	Cirurgia Torácica	24
39 °	Dermatologia	24
40 °	Ginecologia	24
41 °	Hematologia e Hemoterapia	24
42 °	Medicina Nuclear	24
43 °	Patologia	24
44 °	Genética Médica	22
45 °	Infectologia	22
46 °	Medicina do Trabalho	22
47 °	Nutrologia	22
48 °	Alergia e Imunologia	20
49 °	Medicina de Tráfego	18
50 °	Medicina Legal	18
51 °	Homeopatia	16
52 °	Acupuntura	14
53 °	Medicina Esportiva	12

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o Estado, que têm entre suas atribuições, a formação e ordenação de recursos humanos para o SUS, é de fundamental importância o conhecimento da percepção dos gestores quanto à carência de médicos, nas diferentes especialidades, no sentido de que estas informações subsidiem políticas públicas visando à correção de possíveis distorções.

Chama atenção, sobretudo em relação às Centrais de Regulação, a falta de registros adequados que possam indicar a carência de profissionais diretamente, já que quando existentes, as informações disponíveis pouco contribuem para o diagnóstico da falta de médicos especialistas.

Em relação às entrevistas realizadas junto aos gestores, foi notado alto grau de colaboração e posicionamento crítico em relação aos temas abordados para a grande maioria destes, apontando que várias destas questões já haviam sido motivo de reflexão.

Em relação aos profissionais de maior carência para o Sistema de Saúde, vale ressaltar o caso do Neurologista, Neurocirurgião, apontados na grande maioria das entrevistas com os gestores, e corroborado pelas Centrais de Regulação. Por sua vez, as especialidades de Ortopedia e Medicina Intensiva, apontadas em parte das entrevistas, foram também referidas pelas Centrais de Regulação e, por fim, outra carência bastante reiterada nas entrevistas foi a do Médico de Família, sobretudo pelos gestores em nível estadual e municipal.

A percepção de falta de especialistas foi apontada pelos gestores nos três níveis como se dando a partir da dificuldade de contratação, enquanto que a dificuldade de referenciar os pacientes foi relatada apenas pelos gestores dos níveis: municipal e estadual.

Em relação aos motivos que estariam levando à falta de profissionais é consenso entre os gestores nos três níveis a questão dos baixos salários e do mercado de trabalho, segundo a lógica de que os médicos procurariam as especialidades mais rentáveis.

Como critérios para definir os especialistas que precisam ser contratados, os gestores nos três níveis consideram a demanda pelos serviços, enquanto que o perfil epidemiológico é considerado apenas pelos gestores do nível estadual e do municipal.

Já em relação à Atenção Básica, não há consenso entre os gestores quanto ao modelo de atenção ideal, contudo, é comum aos três níveis de gestão a dificuldade de contratação e manutenção do médico para atuar no PSF e, ainda, outra questão que chama atenção por ser comum aos gestores no nível local e estadual foi considerar que atualmente não contamos com um profissional formado adequadamente para o PSF.

Outro ponto importante levantado em comum entre os gestores nos diversos níveis foi quanto à importância da necessidade de mudanças no ensino da graduação, no sentido que a universidade deve preparar melhor o profissional para conhecer e enfrentar as necessidades do sistema de saúde.

Algumas especialidades são apontadas como carente de especialistas médicos apenas em determinadas regiões, como no caso do Endocrinologista, que foi relatado por dois gestores de um mesmo municípios, e a Otorrinolaringologista referido como carente por dois gestores de um outro.

Os gestores de serviço percebem a falta de profissionais devido à dificuldade de contratação de profissionais, enquanto que os gestores municipais e estaduais, além de relatarem esta dificuldade de contratação, percebem esta carência informada pelo próprio sistema, onde há dificuldade de encaminhamento de pacientes e importante demanda reprimida.

Em relação aos motivos, os gestores nos três níveis concordam que a questão dos baixos salários no setor público e o próprio mercado de trabalho, com valorização de algumas especialidades, estaria contribuindo para a carência de certos especialistas médicos. Já o gestor de serviços diferencia seu comentário apontando a questão da Residência Médica, com distribuição inadequada de bolsas entre as especialidades. E, por sua vez, o gestor estadual coloca a questão da falta de políticas estaduais que estimulem a formação de profissionais para estas áreas mais carentes.

Para definição de quais especialistas há necessidade de contratação, os gestores nos três níveis de atenção consideram a demanda pelos serviços. Em particular, os gerentes municipal e estadual consideram também o perfil epidemiológico da população e o gestor de serviço consideram a previsão de abertura de novos serviços e o padrão de lotação do hospital.

Como medidas alternativas para minimizar a falta de profissionais, os gestores estadual e de serviços relataram a contratação dos médicos por outros meios, como a partir das Organizações Sociais ou mesmo pessoa jurídica, enquanto que os gestores municipal e de serviços estabeleceram a utilização de protocolos e pagamento de salários diferenciados.

Em relação aos registros de informações a respeito da demanda e/ou casos atendidos, os gestores municipais e estaduais relataram ter estas informações, bem como recebê-las da Central de Regulação, enquanto que os gestores de serviços não trocam informações com a Central de Regulação, nem registram demanda reprimida.

Quanto às sugestões para minimizar carência, não há diferenças entre os padrões de resposta para os gestores nos três níveis, já que todos relatam a questão da necessidade de melhor formação do médico, além da necessidade de políticas de Estado que estimulem e garantam a formação de maior número de profissionais para as áreas carentes.

Não há consenso quanto ao modelo de Atenção mais adequado, se o PSF ou a Atenção Básica Tradicional, independente do nível de atenção em que se encontre o gestor, sendo consenso também a dificuldade de contratar e manter o médico com atuação no PSF.

A preferência dos profissionais médicos por algumas especialidades, em detrimento de outras, é uma questão importante a ser pensada quando se trata de formar profissionais adequadamente. Em geral, esta preferência está voltada para as especialidades relacionadas à maior incorporação de tecnologia, que acabam gerando procedimentos mais rentáveis, maior prestígio, status profissional, entre outros. Desta forma, a formação de profissionais não está voltada para as necessidades, mas segue a lógica do mercado e, portanto, é fundamental um papel regulador do Estado, a partir de políticas que visem garantir e estimular a formação de profissionais dos quais o sistema é carente.

Apesar dos 20 anos de existência do Sistema Único de Saúde, este não conseguiu interferir na formação médica, que continua mais voltada para a formação de especialistas, assim como fora anteriormente à sua implantação. Da mesma forma, a Residência Médica vem acentuando a formação de especialistas, em detrimento das áreas básicas, em franco confronto com as proposições do SUS. Por toda esta situação, os gestores em todos os níveis, convivem com o desafio de lidar com o paradoxo entre organizar o atendimento segundo o nível de complexidade crescente, mas não ter profissionais adequados para atuar nesta lógica. Fica patente a necessidade de se remodelar o Ensino Médico e a Residência para que a crise entre a formação de recursos humanos e a prestação de serviços alcance limites insustentáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World Health Report. 2006.
2. ROJAS, Maria Cristina Merino de. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Equidade en la distribución de los recursos humanos en Salud. Bolivia, Ecuador, El salvador y México. Informe Final.
3. DUSSAULT, G. y FRANCESCHINI, M. Not enough here, too many there: Understanding geographical imbalances in distribution of health personnel. April, 2003 apud ROJAS, Equidade en la Op. Cit
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programas, Vagas e Perfil dos Residentes da Federação. Relatório Final. Integrante do Programa de investigação sobre necessidade de profissionais de saúde no país do Ministério da Saúde
5. POVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública vol.22 n08. Rio de Janeiro Aug 2006.
6. Portaria nº 1101.
7. BIRCH, S. 2002. "Health Human Resource Planning for the new Millenium: Inputs in the production of Health, Illness and Recovery in Populations", Canadian Journal of Nursing Research 33:109-14 apud Human Resources Planning and the Production of health: A Needs-Based Analytical Framework". Canadian Public Policy – Analyse de Politiques, Vol.XXXIII, Supplement/numero special 2007.
8. Council on Graduate Medical Education. *Sixteenth Report. Physician Workforce Policy Guidelines for the United States, 2000- 2020*. January 2005.
9. FRANK, T. D. et. al. *System for Health Area Resource Planning (SHARP): an application to Ontario medical school enrolment*. Can. Med. Assoc. J.1994;151
10. Una experiencia metodológica para la definición de las prioridades de médicos especialistas in El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos em salud. Série Bibliográfica. Recursos Humanos en Salud nº 5. Capítulo 3. Lima, Peru- 2006.

BIBLIOGRAFIA

DREESCH, N. *An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals*. Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine. August, 2005.

FEURWERKER, L. C. *A formação de médicos especialistas no Brasil*.

MULLAN, F. *Time-Capsule Thinking: The Health Care Workforce, Past and Future*. Health Affairs, volume 21, number 5. September/ October, 2002.

PIERANTONI, C.R. *Residência Médica: meio século no Brasil. Série de Estudos de Saúde Coletiva nº 093*. Instituto de Medicina Social. 1994.

REINHARDT, E. U; *Dreaming the American Dream: Once More Around On Physician Workforce Policy*. Health Affairs, volume 21, number 5. September/ October, 2002.

RUSSEL, C. C.J. *10 factors affecting the Physician shortage of the Future*. The physician executive. September/October 2003.

SALSBERG, S.E; Forte, G. *Trends in the Physician Workforce, 1980 – 2000*. Health Affairs, volume 21, number 5.

ANEXOS

ANEXO 1 - METODOLOGIA

Questionário:

- 1) Qual é a sua percepção em relação à necessidade de médicos (especialidades)?
- 2) Que tipo de especialista médico o sr. considera que haja “carência”? Qual profissional tem dificuldade em contratar?
- 3) Por que considera que haja falta de médicos em algumas especialidades, baseado em que tem esta percepção?
- 4) O que o sr. acha que está motivando a falta deste especialista médico?
- 5) Quais os critérios que o sr. utiliza para definir quais especialistas são mais necessários para sua população (perfil epidemiológico)?
- 6) Nesta área de maior necessidade de médicos, como o sr. trabalha para interferir neste processo, minimizando esta carência?
- 7) Há algum mecanismo de registro de informações que possam indicar a carência de certos médicos especialistas? E em relação à Central de Regulação, esta fornece alguma informação desta natureza?
- 8) Existe algum mecanismo de Planejamento Regional em relação a profissionais médicos? Como o sr. faz o controle da necessidade de serviços?
- 9) Que sugestões daria para resolver a questão destes especialistas médicos de maior carência?
- 10) Como o sr. percebe a Atenção Básica em relação à questão dos profissionais? O que considera mais adequado, a Atenção Básica Tradicional ou o Programa Saúde da Família? Por quê?

ANEXO 2- METODOLOGIA

Matriz Necessidade de Especialistas

1. Esta pesquisa tem por objeto conhecer a necessidade de profissionais médicos especialistas nas diversas especialidades, ou seja, conhecer as especialidades onde há carência de profissionais. É sabido que, muitas vezes, não é a falta do profissional que está causando a dificuldade de acesso aos serviços, podendo esta ser motivada por outros fatores, como falta de materiais, no caso das órteses e próteses na ortopedia, ou, até mesmo, não-disponibilidade de centros cirúrgicos nos casos que demandam cirurgias. Desta forma, pedimos que responda este questionário sempre considerando a adequação quanto ao número de profissionais e não em relação à resolutividade, onde teriam que ser considerados todos os fatores envolvidos na produção dos serviços, além da própria disponibilidade do profissional em si.
2. Abaixo consta Matriz (Matriz 1) contemplando 53 especialidades atualmente reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, para as quais consideramos três níveis de prioridade (alta, média e baixa), que devem ser marcadas com um X, sendo que como “alta prioridade” deverão ser consideradas as especialidades onde há percepção de alta carência de **profissionais**, “média prioridade” para especialidades com média carência de **profissionais** e “baixa prioridade” para especialidades nas quais os profissionais são considerados de baixa carência.

MATRIZ 1	Alta	Média	Baixa
ESPECIALIDADES	Prioridade	Prioridade	Prioridade
1. ACUPUNTURA			
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA			
3. ANESTESIOLOGIA			
4. ANGIOLOGIA			
5. CANCEROLOGIA			
6. CARDIOLOGIA			
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR			
8. CIRURGIA DA MÃO			
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO			
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO			
11. CIRURGIA GERAL			
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA			
13. CIRURGIA PLÁSTICA			
14. CIRURGIA TORÁCICA			
15. CIRURGIA VASCULAR			
16. CLÍNICA MÉDICA			
17. COLOPROCTOLOGIA			
18. DERMATOLOGIA			
19. ENDOCRINOLOGIA			
20. ENDOSCOPIA			
21. GASTROENTEROLOGIA			
22. GENÉTICA MÉDICA			
23. GERIATRIA			
24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA			
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA			
26. HOMEOPATIA			
27. INFECTOLOGIA			
28. MASTOLOGIA			
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE			
30. MEDICINA DO TRABALHO			
31. MEDICINA DE TRÁFEGO			
32. MEDICINA ESPORTIVA			
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO			
34. MEDICINA INTENSIVA			
35. MEDICINA LEGAL			
36. MEDICINA NUCLEAR			
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL			
38. NEFROLOGIA			
39. NEUROCIRURGIA			
40. NEUROLOGIA			
41. NUTROLOGIA			
42. OFTALMOLOGIA			
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
44. OTORRINOLARINGOLOGIA			
45. PATOLOGIA			
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LAB.			
47. PEDIATRIA			
48. PNEUMOLOGIA			
49. PSIQUIATRIA			
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
51. RADIOTERAPIA			
52. REUMATOLOGIA			
53. UROLOGIA			

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: ESTUDO DA NECESSIDADE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer quais são as carências de médicos especialistas no Sistema Único de Saúde, a partir da percepção dos gestores.

Embora o Estado de São Paulo tenha uma alta relação médico/hab. não está assegurada, entre as especialidades, proporção adequada às necessidades da população, principalmente daquela usuária do SUS, tendo este trabalho a intenção de apontar caminhos para melhor entendimento do que vem ocorrendo neste campo.

Para tanto será necessário que o pesquisador realize entrevistas individuais junto aos gestores do sistema de saúde.

Durante a execução da pesquisa, o entrevistado não sofrerá qualquer risco ou desconforto previsto, assim como não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa, o entrevistado não terá nenhum tipo de gasto.

Esta pesquisa é realizada sob a responsabilidade de Adriana Rosa Linhares Carro, pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Eu, _____, estou ciente de que não serei identificada e que os dados ou informações revelados por mim são confidenciais e que serão utilizados somente para os fins de pesquisa. Autorizo a divulgação do resultado coletivo para a divulgação pública.

Estou ciente que tenho liberdade de opção para participar ou não da pesquisa e que posso a qualquer momento abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal ou no trabalho.

Fui informado ainda que, poderei receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros temas relacionados à pesquisa. Em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos neste termo, poderei procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS-SP), pelo telefone 32932282 ou na Rua Santo Antônio, 590, 2o. andar – Bela Vista, São Paulo – SP.

Declaro estar ciente do exposto e aceito participar da pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2008

Assinatura: _____

ANEXO 4- RESULTADOS

4.1 Hospital- MUNICÍPIO A

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA			x
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA			
3. ANESTESIOLOGIA		x	
4. ANGIOLOGIA			x
5. CANCEROLOGIA	x		
6. CARDIOLOGIA	x		
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR	x		
8. CIRURGIA DA MÃO		x	
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO		x	
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO		x	
11. CIRURGIA GERAL	x		
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA		x	
13. CIRURGIA PLÁSTICA		x	
14. CIRURGIA TORÁCICA			x
15. CIRURGIA VASCULAR		x	
16. CLÍNICA MÉDICA	x		
17. COLOPROCTOLOGIA		x	
18. DERMATOLOGIA			x
19. ENDOCRINOLOGIA	x		
20. ENDOSCOPIA (RESPIRATÓRIA)		x	
21. GASTROENTEROLOGIA		x	
22. GENÉTICA MÉDICA		x	
23. GERIATRIA	x		
24. GINECOLOGIA		x	
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA		x	
26. HOMEOPATIA			x
27. INFECTOLOGIA		x	
28. MASTOLOGIA	x		
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE		x	
30. MEDICINA DO TRABALHO		x	
31. MEDICINA DE TRÁFEGO			x
32. MEDICINA ESPORTIVA			x
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO		x	
34. MEDICINA INTENSIVA	x		
35. MEDICINA LEGAL		x	
36. MEDICINA NUCLEAR		x	
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL		x	
38. NEFROLOGIA		x	
39. NEUROCIRURGIA	x		
40. NEUROLOGIA	x		
41. NUTROLOGIA		x	
42. OFTALMOLOGIA		x	
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	x		
44. OTORRINOLARINGOLOGIA		x	
45. PATOLOGIA		x	
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL		x	
47. PEDIATRIA	x		
48. PNEUMOLOGIA		x	
49. PSIQUIATRIA		x	
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		x	
51. RADIOTERAPIA	x		
52. REUMATOLOGIA	x		
53. UROLOGIA - ONCO		x	

Matriz 2- Ranking- Especialidades de Alta Prioridade

1º lugar: Medicina Intensiva
2º lugar: Oncologia
3º lugar: Clínica Médica
4º lugar: Neurocirurgia
5º lugar: Cirurgia Cardiovascular

4.2 Secretaria – MUNICÍPIO A

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA		x	
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA			x
3. ANESTESIOLOGIA			x
4. ANGIOLOGIA	x		
5. CANCEROLOGIA		x	
6. CARDIOLOGIA	x		
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR			x
8. CIRURGIA DA MÃO			x
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO		x	
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	x		
11. CIRURGIA GERAL		x	
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA		x	
13. CIRURGIA PLÁSTICA			x
14. CIRURGIA TORÁCICA			x
15. CIRURGIA VASCULAR	x		
16. CLÍNICA MÉDICA	x		
17. COLOPROCTOLOGIA		x	
18. DERMATOLOGIA		x	
19. ENDOCRINOLOGIA	x		
20. ENDOSCOPIA		x	
21. GASTROENTEROLOGIA	x		
22. GENÉTICA MÉDICA			x
23. GERIATRIA		x	
24. GINECOLOGIA		x	
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA			x
26. HOMEOPATIA	x		
27. INFECTOLOGIA		x	
28. MASTOLOGIA		x	
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	x		
30. MEDICINA DO TRABALHO			x
31. MEDICINA DE TRÁFEGO			x
32. MEDICINA ESPORTIVA			x
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO		x	
34. MEDICINA INTENSIVA		x	
35. MEDICINA LEGAL			x
36. MEDICINA NUCLEAR			x
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	x		
38. NEFROLOGIA	x		
39. NEUROCIRURGIA		x	
40. NEUROLOGIA	x		
41. NUTROLOGIA		x	
42. OFTALMOLOGIA	x		
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	x		
44. OTORRINOLARINGOLOGIA		x	
45. PATOLOGIA		x	
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	x		
47. PEDIATRIA	x		
48. PNEUMOLOGIA		x	

4.2 Secretaria – MUNICÍPIO A (continuação)

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
49. PSIQUIATRIA	x		
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	x		
51. RADIOTERAPIA		x	
52. REUMATOLOGIA			x
53. UROLOGIA - ONCO		x	
Matriz 2 - Ranking Especialidades- Alta Prioridade			
1º lugar: Clínica Geral/ Medicina da Família e Com.			
2º lugar: Psiquiatria			
3º lugar: Pediatria			
4º lugar: Homeopatia			
5º lugar: Ortopedia e Traumatologia			

4.3 DRS- MUNICÍPIO A

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA		x	
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA		x	
3. ANESTESIOLOGIA	x		
4. ANGIOLOGIA	x		
5. CANCEROLOGIA	x		
6. CARDIOLOGIA		x	
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR	x		
8. CIRURGIA DA MÃO		x	
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO		x	
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO		x	
11. CIRURGIA GERAL	x		
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA	x		
13. CIRURGIA PLÁSTICA		x	
14. CIRURGIA TORÁCICA	x		
15. CIRURGIA VASCULAR	x		
16. CLÍNICA MÉDICA	x		
17. COLOPROCTOLOGIA		x	
18. DERMATOLOGIA			x
19. ENDOCRINOLOGIA	x		
20. ENDOSCOPIA		x	
21. GASTROENTEROLOGIA	x		
22. GENÉTICA MÉDICA		x	
23. GERIATRIA	x		
24. GINECOLOGIA		x	
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA		x	
26. HOMEOPATIA			x
27. INFECTOLOGIA			x
28. MASTOLOGIA	x		
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	x		
30. MEDICINA DO TRABALHO		x	
31. MEDICINA DE TRÁFEGO		x	
32. MEDICINA ESPORTIVA		x	
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	x		
34. MEDICINA INTENSIVA	x		
35. MEDICINA LEGAL			x
36. MEDICINA NUCLEAR		x	
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	x		
38. NEFROLOGIA	x		
39. NEUROCIRURGIA	x		

4.3 DRS- MUNICÍPIO A (continuação)

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
40. NEUROLOGIA	x		
41. NUTROLOGIA		x	
42. OFTALMOLOGIA		x	
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	x		
44. OTORRINOLARINGOLOGIA			
45. PATOLOGIA		x	
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LAB.		x	
47. PEDIATRIA		x	
48. PNEUMOLOGIA		x	
49. PSIQUIATRIA	x		
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		x	
51. RADIOTERAPIA		x	
52. REUMATOLOGIA	x		
53. UROLOGIA – ONCO		x	
Matriz 2 - Ranking para as Especialidades de Alta Prioridade			
1º lugar: Clínico Geral			
2º lugar: Reumatologista			
3º lugar: Neurologia			
4º lugar: Neurocirurgia			
5º lugar: Medicina Intensiva			

4.4 Hospital - MUNICÍPIO B

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA			x
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA		x	
3. ANESTESIOLOGIA	x		
4. ANGIOLOGIA		x	
5. CANCEROLOGIA	x		
6. CARDIOLOGIA	x		
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR	x		
8. CIRURGIA DA MÃO		x	
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO		x	
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO			x
11. CIRURGIA GERAL		x	
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA	x		
13. CIRURGIA PLÁSTICA	x		
14. CIRURGIA TORÁCICA	x		
15. CIRURGIA VASCULAR	x		
16. CLÍNICA MÉDICA			x
17. COLOPROCTOLOGIA		x	
18. DERMATOLOGIA		x	
19. ENDOCRINOLOGIA	x		
20. ENDOSCOPIA (RESPIRATÓRIA)	x		
21. GASTROENTEROLOGIA			x
22. GENÉTICA MÉDICA	x		
23. GERIATRIA	x		
24. GINECOLOGIA			x
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	x		
26. HOMEOPATIA	x		
27. INFECTOLOGIA		x	
28. MASTOLOGIA		x	
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE		x	

4.4 Hospital - MUNICÍPIO B (continuação)

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
30. MEDICINA DO TRABALHO	x		
31. MEDICINA DE TRÁFEGO	x		
32. MEDICINA ESPORTIVA		x	
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	x		
34. MEDICINA INTENSIVA	x		
35. MEDICINA LEGAL	x		
36. MEDICINA NUCLEAR	x		
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL		x	
38. NEFROLOGIA	x		
39. NEUROCIQUIRIA	x		
40. NEUROLOGIA	x		
41. NUTROLOGIA		x	
42. OFTALMOLOGIA		x	
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		x	
44. OTORRINOLARINGOLOGIA		x	
45. PATOLOGIA		x	
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LAB.		x	
47. PEDIATRIA		x	
48. PNEUMOLOGIA	x		
49. PSIQUIATRIA	x		
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	x		
51. RADIOTERAPIA	x		
52. REUMATOLOGIA	x		
53. UROLOGIA - ONCO		x	

Matriz 2- Ranking- Especialidades de Alta prioridade

1º lugar: Anestesiologia

2º lugar: Angiologia

3º lugar: Vascular Cirúrgica

4º lugar: Endoscopia

5º lugar: Neurocirurgia

4.5 Secretaria- MUNICÍPIO B

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA			x
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA		x	
3. ANESTESIOLOGIA		x	
4. ANGIOLOGIA		x	
5. CANCEROLOGIA	x		
6. CARDIOLOGIA	x		
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR		x	
8. CIRURGIA DA MÃO		x	
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO		x	
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	x		
11. CIRURGIA GERAL	x		
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA	x		
13. CIRURGIA PLÁSTICA		x	
14. CIRURGIA TORÁCICA		x	
15. CIRURGIA VASCULAR		x	
16. CLÍNICA MÉDICA	x		
17. COLOPROCTOLOGIA		x	
18. DERMATOLOGIA	x		
19. ENDOCRINOLOGIA		x	
20. ENDOSCOPIA (RESPIRATÓRIA)		x	

4.5 Secretaria- MUNICÍPIO B (continuação)

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
21. GASTROENTEROLOGIA	x		
22. GENÉTICA MÉDICA		x	
23. GERIATRIA		x	
24. GINECOLOGIA	x		
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA		x	
26. HOMEOPATIA			x
27. INFECTOLOGIA		x	
28. MASTOLOGIA	x		
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	x		
30. MEDICINA DO TRABALHO		x	
31. MEDICINA DE TRÁFEGO		x	
32. MEDICINA ESPORTIVA			x
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	x		
34. MEDICINA INTENSIVA	x		
35. MEDICINA LEGAL		x	
36. MEDICINA NUCLEAR		x	
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	x		
38. NEFROLOGIA	x		
39. NEUROCIRURGIA		x	
40. NEUROLOGIA		x	
41. NUTROLOGIA		x	
42. OFTALMOLOGIA		x	
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	x		
44. OTORRINOLARINGOLOGIA	x		
45. PATOLOGIA		x	
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL		x	
47. PEDIATRIA	x		
48. PNEUMOLOGIA	x		
49. PSIQUIATRIA	x		
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		x	
51. RADIOTERAPIA		x	
52. REUMATOLOGIA		x	
53. UROLOGIA - ONCO		x	

Matriz 2- Ranking Especialidades alta Prioridade

1º lugar: Medicina da Família e Comunidade
2º lugar: Clínica Médica
3º lugar: Pediatria
4º lugar: Gineco/Obstetrícia
5º lugar: Ortopedia/Traumatologia

Anexo 4.6 DRS – MUNICÍPIO B

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA		x	
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA		x	
3. ANESTESIOLOGIA	x		
4. ANGIOLOGIA	x		
5. CANCEROLOGIA	x		
6. CARDIOLOGIA	x		
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR	x		
8. CIRURGIA DA MÃO	x		
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	x		
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO		x	
11. CIRURGIA GERAL		x	
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA	x		
13. CIRURGIA PLÁSTICA	x		
14. CIRURGIA TORÁCICA		x	
15. CIRURGIA VASCULAR		x	
16. CLÍNICA MÉDICA	x		
17. COLOPROCTOLOGIA	x		
18. DERMATOLOGIA	x		
19. ENDOCRINOLOGIA		x	
20. ENDOSCOPIA (RESPIRATÓRIA)		x	
21. GASTROENTEROLOGIA			x
22. GENÉTICA MÉDICA		x	
23. GERIATRIA		x	
24. GINECOLOGIA			x
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	x		
26. HOMEOPATIA			x
27. INFECTOLOGIA		x	
28. MASTOLOGIA		x	
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	x		
30. MEDICINA DO TRABALHO			x
31. MEDICINA DE TRÁFEGO			x
32. MEDICINA ESPORTIVA			x
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO		x	
34. MEDICINA INTENSIVA	x		
35. MEDICINA LEGAL			x
36. MEDICINA NUCLEAR		x	
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL		x	
38. NEFROLOGIA	x		
39. NEUROCIRURGIA	x		
40. NEUROLOGIA	x		
41. NUTROLOGIA			x
42. OFTALMOLOGIA			x
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		x	
44. OTORRINOLARINGOLOGIA	x		
45. PATOLOGIA			x
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL			x
47. PEDIATRIA			x
48. PNEUMOLOGIA		x	
49. PSIQUIATRIA		x	
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			x
51. RADIOTERAPIA		x	
52. REUMATOLOGIA		x	
53. UROLOGIA - ONCO		x	

Matriz 2 - Ranking Especialidades de Alta Prioridade
1º lugar: Nefrologia
2º lugar: Neurocirurgia
3º lugar: Medicina Intensiva
4º lugar: Medicina de Família
5º lugar: Medicina Preventiva e Social

4.7 Hospital – MUNICIPIO C

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA			x
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA			x
3. ANESTESIOLOGIA	x		
4. ANGIOLOGIA	x		
6. CARDIOLOGIA	x		
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR	x		
8. CIRURGIA DA MÃO		x	
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	x		
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	x		
11. CIRURGIA GERAL	x		
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA	x		
13. CIRURGIA PLÁSTICA			x
14. CIRURGIA TORÁCICA		x	
15. CIRURGIA VASCULAR	x		
16. CLÍNICA MÉDICA		x	
17. COLOPROCTOLOGIA		x	
18. DERMATOLOGIA			x
19. ENDOCRINOLOGIA			x
20. ENDOSCOPIA		x	
21. GASTROENTEROLOGIA	x		
22. GENÉTICA MÉDICA			x
23. GERIATRIA			x
24. GINECOLOGIA		x	
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA			x
26. HOMEOPATIA			x
27. INFECTOLOGIA		x	
28. MASTOLOGIA		x	
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE			x
30. MEDICINA DO TRABALHO			x
31. MEDICINA DE TRÁFEGO			x
32. MEDICINA ESPORTIVA			x
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO			x
34. MEDICINA INTENSIVA	x		
35. MEDICINA LEGAL			x
36. MEDICINA NUCLEAR			x
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL			x
38. NEFROLOGIA		x	
39. NEUROCIURURGIA	x		
40. NEUROLOGIA		x	
41. NUTROLOGIA	x		
42. OFTALMOLOGIA		x	
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	x		
44. OTORRINOLARINGOLOGIA		x	
45. PATOLOGIA	x		
47. PEDIATRIA		x	
48. PNEUMOLOGIA		x	

4.7 Hospital – MUNICIPIO C (continuação)

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
49. PSIQUIATRIA			x
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	x		
51. RADIOTERAPIA	x		
52. REUMATOLOGIA			x
53. UROLOGIA - ONCO	x		

Matriz 2- Ranking - Especialidades Alta Prioridade

1º lugar: Traumatologia-ortopedia
2º lugar: Neurocirurgia
3º lugar: Cirurgia Cardíaca
4º lugar Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
5º lugar: Oncologia Clin/Cirur/Radio/Quimio

4.8 DRS – MUNICIPIO C

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
1. ACUPUNTURA			x
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA		x	
3. ANESTESIOLOGIA			x
4. ANGIOLOGIA		x	
5. CANCEROLOGIA	x		
6. CARDIOLOGIA	x		
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR	x		
8. CIRURGIA DA MÃO		x	
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	x		
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO			x
11. CIRURGIA GERAL	x		
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA	x		
13. CIRURGIA PLÁSTICA		x	
14. CIRURGIA TORÁCICA		x	
15. CIRURGIA VASCULAR	x		
16. CLÍNICA MÉDICA	x		
17. COLOPROCTOLOGIA	x		
18. DERMATOLOGIA	x		
19. ENDOCRINOLOGIA	x		
20. ENDOSCOPIA	x		
21. GASTROENTEROLOGIA	x		
22. GENÉTICA MÉDICA		x	
23. GERIATRIA	x		
24. GINECOLOGIA	x		
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA		x	
26. HOMEOPATIA			x
27. INFECTOLOGIA		x	
28. MASTOLOGIA		x	
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	x		
30. MEDICINA DO TRABALHO	x		
31. MEDICINA DE TRÁFEGO		x	
32. MEDICINA ESPORTIVA			x
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO		x	
34. MEDICINA INTENSIVA			x
35. MEDICINA LEGAL			
36. MEDICINA NUCLEAR	x		
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL		x	
38. NEFROLOGIA	x		
39. NEUROCIQUIRURGIA	x		

4.8 DRS – MUNICIPIO C (continuação)

ESPECIALIDADES	Alta Prioridade	Média Prioridade	Baixa Prioridade
40. NEUROLOGIA	x		
41. NUTROLOGIA			x
42. OFTALMOLOGIA	x		
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	x		
44. OTORRINOLARINGOLOGIA	x		
45. PATOLOGIA		x	
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LAB.		x	
47. PEDIATRIA			x
48. PNEUMOLOGIA		x	
49. PSIQUIATRIA	x		
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			x
51. RADIOTERAPIA		x	
52. REUMATOLOGIA		x	
53. UROLOGIA - ONCO	x		
Matriz 2- Ranking - Especialidades de Alta Prioridade			
1º lugar: Neurocirurgia			
2º lugar: Otorrinolaringologia			
3º lugar: Endocrinologia			
4º lugar: Urologia			
5º lugar: Cirurgia Cardiovascular			

Quadro Resumo 1- Respostas qualitativas (Hospitais)

	Hospital Município A	Hospital Município B	Hospital Município C
Formação do entrevistado	- Médico ortopedista - Gestão	- Administrador	- Médico - Cirurgião- Geral - Gineco-Obstetra
Especialidades no serviço	- 40 especialidades, exceto Obstetrícia, Psiquiatria ambulatorial, Neurocirurgia e Oncologia	- Oferecemos 40 especialidades e 20 sub-especialidades	- Cirurgia cardíaca - Hemodinâmica 24 hs - Cardio. intervencionista - Neurocirurgia - Traumato-ortopedia - Oncologia Clín. e Cirúrgica - Radioterapia - Quimioterapia - Cirurgia Geral - Clínica Médica
Profissionais com dificuldade de contratar	- Clínico Geral - Endocrinologista - Intensivista adulto - Neurologista clínico - Neurologista infantil - Reumatologista	- Anatomista Patológico - Cirurgião Vascular - Dermatologista - Especialista em Economia em Saúde e em Auditoria - Geriatria - Hematologista - Intensivista - Médico de Pronto-Socorro - Nefrologista - Neurocirurgião - Neurologista	- Cardiologista - Clínico geral - Neurologista - Psiquiatra
Falta profissionais no setor público ou no privado?	- Falta tanto no público quanto no privado	- Com algumas exceções, a maior dificuldade é para o SUS	-Falta tanto no público, quanto no privado
Baseado em que tem esta percepção de necessidade?	- Dificuldade de contratação; - Abertura de concurso e há ausência/poucos candidatos	- Dificuldade de contratação	- Dificuldade de contratação
O que está motivando a falta destes especialistas?	- No caso da Terapia Intensiva é devido ao aumento da demanda e formar alguém da necessidade - Aumento da demanda é sazonal e a universidade não consegue acompanhar o movimento do mercado - Algumas especialidades têm pouca oferta de Residência Médica, como o caso da Reumatologia - Médicos procuram especialidades que poderão lhe oferecer melhor qualidade de vida	- Baixa remuneração que o serviço público oferece - Menor nº de especialistas em determinadas áreas - cidade do interior; - Pediatria não há motivação no mercado - Especialidades que exigem prolongado tempo de formação, como no caso do Neurocirurgião - Piores condições de trabalho em hospitais com baixa capacidade operacional - Concorrência com o mercado privado	- Menor número de oferta de Residência Médica - Baixo salário dos clínicos - Formando em Medicina procura mais as áreas cirúrgicas, porque há maior remuneração
Quais critérios utiliza para definir quais especialistas precisa contratar?	- Demanda; - Previsão de abertura de novos serviços	- Padrão de lotação do hospital - Consultas ao planejamento das DRS, com análise das necessidades da região	- Demanda
Informações que possam indicar carência de médicos	- Registro das Informações dos recursos oferecidos pelos hospitais	- Não temos	- Não temos

Quadro Resumo 1- Respostas qualitativas (Hospitais) – Continuação

	Hospital Município A	Hospital Município B	Hospital Município C
Sugestões	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de planejamento em saúde - rastreabilidade dos profissionais - Capacitar a rede básica - Universidades devem conhecer as necessidades loco-regionais - Bolsas de Residência Médica distribuídas segundo critérios de necessidade - Alinhar o que está se formando e o que se precisa - Protocolos encaminhamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Questão salarial como atrativo - Rever a formação do médico pelas faculdades - perfil do médico a ser formado 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior atrativo nas faculdades e nas Residências Médicas para áreas mais carentes - Treinar melhor os médicos na graduação, para ter maior visão do campo de trabalho
Planejamento regional da necessidade de médicos	- Não	- Não	- Não
Planejamento da necessidade de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, em função da demanda pregressa - Utilização de parâmetros 	- Não	- Não
Percepção da Atenção Básica em relação aos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Falta compromisso dos profissionais - Pouco valorizados - Alta rotatividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil obter profissionais em regiões mais distantes - Necessidade de alta remuneração 	- Falta profissional adequado para atender no PSF
O que considera mais adequado: PSF ou Atenção Básica Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> - PSF é uma decepção; - Atenção Básica Tradicional precisa deixar de ser tão básica/criação de vínculos com o paciente 	- PSF é mais adequado	<ul style="list-style-type: none"> - A Atenção Básica tradicional mais adequada - Atenção Básica e PSF devem coexistir
Chegou a fechar algum serviço por falta do profissional?	- Não	<ul style="list-style-type: none"> - 10 leitos de UTI adulto desativados - falta de médico - Turno menos de Hemodiálise - Nefrologistas - Serviço de Anatomia Patológica - Fisiatra - um médico - quando sai de férias, o serviço fecha - Neurocirurgia: ficamos três meses sem o profissional 	- Não

Quadro Resumo 2 - Respostas qualitativas (Secretários)

	Secretário Município A	Secretário Município B	Secretário Município C
Formação do entrevistado	- Enfermeiro - Especialização em Administração e Planejamento de Serviços de Saúde	- Médico - Residência em Saúde Pública	- Psicólogo
Profissionais com dificuldade de contratar	- Clínico Geral - Endocrinologista - Gastroenterologista - Médico do PSF - Neurocirurgião - Neurologista - Ortopedista - Pediatra - Psiquiatra - Intensivista Infantil	- Clínico Geral - Dermatologista - Médico do PSF - Neurologista - Neurocirurgião - Oftalmologista	- Dermatologista - Gineco-Obstetra - Médico do PSF - Neurologista - Neurologista Infantil - Neuropediatra - Otorrinolaringologista - Ortopedista - Psiquiatra
Falta de profissionais no setor público ou no privado?	- Falta tanto para o público, quanto para o privado	- Falta mais na rede pública pela dificuldade do salário	- Falta no setor público
Baseado em que tem esta percepção de necessidade?	- Demanda reprimida - Dificuldade de atendimento dos pacientes encaminhados da Rede Básica e de outros serviços municipais	- Dificuldade de contratação - Realização de concursos com poucos candidatos	- Fila de espera - Relatório de demanda
O que está motivando a falta destes especialistas?	- O Clínico Geral é pela valorização do especialista - Questão financeira acaba motivando os alunos a se dirigirem para as especialidades - O Psiquiatra talvez seja pelo aumento da demanda	- Existência de poucos profissionais na especialidade - Salário incompatível com a realidade	- Baixos salários
Quais critérios utiliza para definir quais especialistas precisa contratar?	- Parâmetros editados pelo Ministério da Saúde - Demanda - Perfil epidemiológico	- Parâmetros (portarias) - Demanda - Dados epidemiológicos	- Demanda - Planejamento de abertura de serviços - Parâmetros de cobertura - Perfil epidemiológico
Quais alternativas utiliza para minimizar a carência de profissionais?	- Apelo junto ao Estado no sentido de melhoria da oferta e ampliação dos serviços em algumas especialidades - Aumentos salariais	- Salário diferenciado; - Contratação do Médico do PSF a partir das OSS - Grupos de capacitação - Criação de protocolos - Mesmo médico alternando atendimento clín. e cirúrgico - Contratação de médicos "horistas" p/ U. Básicas - Priorização das necessidades - Realização de mutirões	- Avaliação das guias para priorização das necessidades - Criação de protocolos
Registro de informações que possam indicar a carência de especialistas	- Central de agendamento do município, para aonde as unidades passam relação da demanda - Registro tanto dos casos atendidos, quanto da demanda reprimida	- Dados referentes à demanda reprimida	- Central de Regulação informa o número de vagas e lista de pacientes

Quadro Resumo 2 - Respostas qualitativas (Secretários) – Continuação

	Secretário Município A	Secretário Município B	Secretário Município C
Relacionamento com a Central de Regulação	- tem Central de agendamento	- Não tem	- Contato direto
Sugestões	-Intervir na formação do profissional, na graduação (motivação; trabalho em equipe) - Necessidade de que as faculdades de medicina se integrem mais à realidade, inclusive para distribuição das bolsas de Residência Médica - Pagamento diferenciado para profissionais mais escassos e que se precisa estimular a formação - Oferecer capacitação e educação continuada	- Abrir residência para formar o generalista para o PSF - Aumento do salário	- Política salarial - Para Psiquiatria precisa formar maior número de profissionais - Melhor utilização dos protocolos e triagem do que vai para a especialidade
Existência de planejamento regional em relação à necessidade de médicos	- Não, estamos iniciando	- Não, com a PPI estamos revendo esta parte	- Não, iniciamos isso agora com o colegiado, recentemente
Planejamento da necessidade de serviços	- A partir da necessidade	- Parâmetros portarias - Demanda - Dados epidemiológicos	-Não declarado
Percepção da Atenção Básica em relação aos profissionais	- Não há profissionais formados adequadamente para o PSF - Atenção básica tradicional - maior dificuldade é o Clínico geral - Grande dificuldade em manter os profissionais por controle de cumprimento de horário	- Dificuldade em contratar e manter o médico	- Não declarado
O que considera mais adequado: PSF ou Atenção Básica Tradicional	- Depende da região, em áreas mais carentes, devemos implantar o PSF, enquanto que nas regiões que contam com população de poder aquisitivo mais alto, a Atenção Básica tradicional é mais adequada	- PSF é muito complicado para implantar, por causa da questão da carga horária	- PSF é mais adequado
Chegou a fechar algum serviço por falta do profissional?	- Deixou de implantar serviço por falta de psiquiatra - Ameaça de fechar serviço por falta do médico intensivista infantil	- Não porque fizeram algumas adaptações (alternância nos dias da semana para o médico fazer clínica e cirurgia)	- Nada declarado

Quadro Resumo 3 - Respostas qualitativas (DRS)

	DRS Município A	DRS Município B	DRS Município C
Formação do entrevistado	- Médico - Residência Médica em Saúde Pública	- Médico - Residência em Saúde Pública.	- Assistente Social
Profissionais com dificuldade de contratar	- Clínico Geral - Endocrinologista - Intensivista - Médico do PSF - Neurocirurgião - Neurologista - Pediatra - Psiquiatra - Reumatologista	- Cancerologista - Especialista em gestão - Médico do PSF - Nefrologista - Neurocirurgião - Medicina Intensiva - Medicina Intensiva Neonatal; - Medicina Intensiva Pediátrica	- Médico do PSF - Neurologista - Neurocirurgião - Ortopedista - Endocrinologista; - Urologista - Psiquiatra - Otorrinolaringologista - Oftalmologista
Falta de profissionais no setor público ou no privado?	- Falta para o setor público, exceto o clínico geral, que falta tanto para os setores público e privado	- Falta mais no setor público e, principalmente, nas periferias	- Não conclusivo
Baseado em que tem esta percepção de necessidade?	- Poucos candidatos ou ausência destes nos Concursos	- Dificuldade em conseguir vagas - Dificuldade em ampliar a oferta dos serviços	- Demanda reprimida - Reclamação dos municípios pela falta de referências
O que está motivando a falta destes especialistas?	- Questões relacionadas ao mercado de trabalho (financeiras) - Falta de política de governo no sentido de incentivar algumas especialidades	- Condição salarial - Controle que o Estado exerce sobre seus profissionais, como cumprimento de carga horária - Condições de trabalho inadequadas - Mercado de trabalho - Baixa resolutividade na atenção primária	- Baixos valores da Tabela SUS - Mercado de trabalho - Formação na Universidade
Quais critérios utiliza para definir quais especialistas precisa contratar?	- Demanda reprimida - Critérios definidos junto ao colegiado - Perfil epidemiológico	- Perfil epidemiológico	- Demanda que chega à regional a partir da Central de vagas
Quais alternativas utiliza para minimizar a carência de profissionais?	- Descobrir profissionais com interesse em vir trabalhar no Interior - Possibilidade de algumas cirurgias ser realizadas por profissionais em outras especialidades - Aumento da carga horária num Hospital que o médico já trabalha e, com este incremento, fazer com o que o médico trabalhe na DRS	- Otimizar os serviços que existem - Possibilidade de sobrecarga de trabalho, por ex, plantões- extra - Contratação via pessoa jurídica	- Nada relatado
Registro de informações que possam indicar a carência destes médicos	- Demanda reprimida - levantamento de informações solicitadas para os colegiados	- Serviço de Regulação de Urg./Emergência em algumas especialidades - Atendimento e demanda reprimida p/ especialidades	- Central de vagas, onde é feita a Regulação, com solicitações de consulta, cirurgia e internação

Quadro Resumo 3 - Respostas qualitativas (DRS) - Continuação

	DRS Município A	DRS Município B	DRS Município C
Relacionamento com a Central de Regulação	- Sim, contato direto	- Sim	- Sim
Sugestões	- Política salarial diferenciada - Reciclagem dos profissionais gerais - Políticas públicas interferência direta do Estado - Estabelecimento de cotas nas faculdades em relação à Residência Médica	- Formar maior número de profissionais nas especialidades críticas - Atrativos para distribuição mais adequada dos profissionais - Estímulos para que o mercado reaja de forma diferente, formando o que é preciso - Mudança no processo de graduação, de acordo às necessidades do mercado - Humanizar, fortalecer o vínculo da relação médico/paciente, para menor necessidade de especialistas	- Criar a especialidade específica para o médico do PSF - Valorizar a tabela SUS
Existência de planejamento regional em relação à necessidade de médicos	- Sim, há planejamento regional que é realizado com os colegiados	- Sim - Plano Estadual, Planos Municipais de Saúde, perfil epidemiológico da população e parâmetros das portarias (muitas vezes o problema é a falta de recurso, tem o serviço e o profissional)	- Antes era só pela demandas - Hoje - Plano estadual, planos municipais e PPI – planejamento a partir de parâmetros, necessidades e perfil epidemiológico
Planejamento da necessidade de serviços	- Sim, há planejamento realizado com os colegiados	- Sim, há planejamento	- Sim e, em geral, é feito com os municípios
O que considera mais adequado: PSF ou Atenção Básica Tradicional	- Depende da região, mas se o PSF foi escolhido para ser uma estratégia de atendimento básico, tem que fazer valer e caminhar para isso	- Temos que ter algumas possibilidades e não um único modelo; seria dependente da sensibilidade do gestor dizer qual modelo é mais adequado para sua região	- Atenção Básica Tradicional é mais adequada, apesar de, no papel, o modelo ideal ser o PSF, mas está prejudicado por falta de profissional capacitado
Chegou a fechar algum serviço por falta do profissional?	- Nada relatado	- Turno a menos na Unidade de hemodiálise - Deixou de aumentar o número de leitos na UTI - Serviço de Hepatologia - Neurocirurgia também foi complicado	- Queremos aumentar o Serviço de Neurocirurgia e Urologia e não conseguimos porque falta cirurgiões nesta especialidade.