

A FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS E A DEMANDA POR ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

SILVIA DE ALMEIDA PRADO SAMPAIO
TERESA MAZZA

Resumo: O artigo compara o perfil da formação médica especializada, financiada pelo Programa de Residência Médica do Estado de São Paulo entre 1980-2007, com a disponibilidade de especialistas no Estado e a demanda por assistência médica especializada no SUS-SP, entre 2000 e 2007.

Palavras-chave: Residência médica. Especialistas. SUS-SP.

Abstract: This study compares the state financing of residency programs between 1980 and 2007, with specialists supply and demand for medical assistance at the hospitals of Unified Health System – SUS/SP, between 2000 e 2007, in the State of Sao Paulo – Brazil.

Key words: Residency. Specialists. SUS-SP.

Nas análises sobre especialização médica, tanto nacionais como internacionais, a Residência Médica tem sido apresentada como modelo dominante de formação pós-graduada em medicina, nas Américas e no continente europeu.

No Brasil, foi incorporada em 1944, tendo os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro como pioneiros. A partir de então, o modelo de formação, também referido como ‘padrão ouro’¹ pela comunidade médica, expandiu-se e destacou-se, passando a conferir *status* diferenciado aos médicos detentores dos títulos obtidos em seus programas.

A comprovada eficácia do modelo da Residência Médica na formação de especialistas reside no vínculo que estabelece entre o aprendizado e a experiência vivenciada nos serviços de saúde, o que tornou esse padrão de especialização um alvo quase obrigatório para a maior parte dos estudantes de medicina de países do ocidente, tais como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França, Itália, Espanha, Alemanha, entre outros. Cabe assinalar que, no Brasil, a progressiva queda na qualidade do ensino de graduação a partir da década de 1970 também contribuiu para intensificar a disputa por esse tipo de especialização, nesse caso, como forma de corrigir eventuais deficiências da formação básica nos anos adicionais de estudo e prática.

A despeito de especificidades regionais como a do Brasil, é a dinâmica global, envolvendo o fracionamento do conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico acelerado, o verdadeiro vetor a remodelar a carreira médica em escala planetária, deixando no passado o médico com conhecimento integralizado, e tornando a especialização um pressuposto para a atuação profissional no mundo contemporâneo.

Competência profissional no exercício da medicina tornou-se, assim, sinônimo de especialização, situação que tem obrigado as autoridades sanitárias dos países – especialmente os que adotam o princípio da universalização em assistência médica como Reino Unido, França, Espanha e Canadá – a lidar com variáveis nem sempre de fácil equacionamento, no esforço de preservar seus sistemas de saúde de eventuais desequilíbrios causados por escassez de especialistas em áreas específicas.

A natureza essencialmente liberal da carreira médica, que pressupõe plena liberdade de escolha dos profissionais pelas áreas de especialização, e, ao mesmo tempo, o papel central que desempenha no funcionamento dos sistemas nacionais de saúde indicam que reside na gestão da formação de especialistas a preservação do equilíbrio entre os perfis epidemiológicos das populações e a disponibilidade de profissionais especializados. Está claro que para os sistemas nacionais ou universais de assistência médica não basta o equilíbrio passível de ser obtido exclusivamente através do jogo das forças de mercado.

Para se manterem no controle desse processo, gestores e autoridades sanitárias têm se apropriado de uma variedade de modelos de caráter preditivo, como forma de prevenir cenários desarmoniosos na assistência médica, provocados por uma eventual escassez de especialistas em áreas tidas como de fraco poder catalisador. Esse esforço justifica-se pela constatação recorrente na maioria dos países citados de que, na distribuição territorial, ao lado de especialidades com saturação de profissionais alinham-se outras com acentuada demanda por assistência médica e carência de especialistas.

Na assistência médica de caráter universal, o desencontro severo e/ou continuado entre oferta de

especialistas e demanda por assistência médica especializada pode se apresentar como componente fortemente desestabilizador, com potencial para reduzir acentuadamente a qualidade do atendimento médico – ampliação do tempo de agendamento, grandes deslocamentos espaciais no agendamento de consultas, agravamento das enfermidades, etc. Isso gera descontentamentos e pressão popular sobre as autoridades, além de inflexão sobre os custos gerais do setor da saúde.

No caso do Brasil, ao poder público cabe tanto o planejamento do sistema de assistência médica, posto que controla o seu financiamento, como o planejamento de boa parte da formação de especialistas, via Residência Médica, também por ele subvencionada nas três instâncias de governo. As autoridades têm, portanto, em mãos um poderoso mecanismo de indução e regulação da concentração de especialistas, que pode ser acionado sempre que há carência em relação ao perfil epidemiológico. Os instrumentos à disposição para induzir e regular são abrangentes, variando da negociação com o meio acadêmico para reformulação de grades curriculares, o que já ocorre no âmbito do projeto Pró-Saúde,² a investimentos diferenciados em Programas de Residência Médica que apresentem baixa atratividade.

Gestores públicos de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália e Espanha já vêm assumindo a regulação da especialização médica como uma das principais preocupações na área de RH em saúde, fazendo uso de modelos experimentais, tanto para traçar o perfil de morbidade das populações, quanto para prever a futura oferta de especialistas (COGME, 2000, 2005; GRUMBACH, 2000; CANADIAN LABOUR AND BUSINESS CENTRE, 2003; ROSBOROUGH, 2004; SIMOENS; HURST, 2006; OBSERVA RHSP, 2006, 2007; LÓPEZ-VALCÁRCEL; BARBER PÉREZ, 2007).

No Brasil, tais modelos são menos acessíveis dada a histórica escassez de dados agregados da formação médica especializada – mais raros até do que de dados do perfil epidemiológico –, dificultando a realização de estudos de maior envergadura no tocante à relação entre formação, demanda por assistência médica e disponibilidade de especialistas, seja para a totalida-

de do país seja de forma especializada e hierarquizada em macro e microrregiões.

Uma exceção a esse panorama é a situação do Estado de São Paulo, onde a gestão centralizada do programa estadual de Residência Médica na Fundação do Desenvolvimento Administrativo – Fundap, de 1979 até 2008, permite mapear na atualidade o perfil da formação médica especializada. Os dados da formação, preservados pelo órgão nos últimos 30 anos, já serviram de fonte para a realização de estudos e seminários³ sobre o tema da especialização médica, no passado recente.

Além deste fator facilitador, o fato de o governo do Estado de São Paulo ter sido o detentor do maior programa de bolsas de Residência Médica do país até 2007 indica a posição privilegiada que o Estado ocupa como *amostra* do *universo* brasileiro na área da formação de especialistas. Em 2007, o tesouro do Estado foi responsável pelo financiamento mensal de 4.550 bolsas de Residência Médica, enquanto o governo federal, através das universidades por ele mantidas, custeou 4.426.⁴ Esta primazia de São Paulo, desde a regulamentação da Residência Médica pelo Ministério da Educação/Comissão Nacional de Residência Médica, em 1979, foi perdida tão somente em 2008, quando o governo federal responsabilizou-se pelo financiamento de 5.114⁵ bolsas/mês de Residência Médica, o que o fez suplantar em dimensão o programa de bolsas de São Paulo, que se manteve no mesmo patamar.

O cenário, os dados citados e a própria magnitude do investimento do Estado – cerca de R\$ 100 milhões/ano em 2007 – conferem significância efetiva aos resultados de estudos sobre a formação médica especializada, como os que serão relatados mais adiante.

No pólo da demanda por assistência médica, outro eixo deste estudo, o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS pode ser considerado uma ferramenta importante para se obter o perfil da demanda por assistência médica especializada, em seu ponto mais extremo, o da internação hospitalar. Esse perfil foi obtido por meio dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs das unidades do SUS.⁶

Sendo um sistema de base administrativa, que rege pagamentos, ressarcimentos, repasse de recursos, etc., a validação do atendimento médico nas especialidades, mesmo quando obtida por meio da classificação por grupo de procedimentos, pode eventualmente ter sua confiabilidade questionada. Contudo, o SIH/SUS, assim como outros sistemas assemelhados (SIA, SIM, Sinasc, Sinan, etc.), tem se confirmado como potente instrumento para a pesquisa no campo da saúde coletiva, servindo de base a dezenas de artigos científicos, projetos de vigilância em saúde, etc. (BITTENCOURT, 2006).

A possibilidade de analisar uma gama tão significativa de dados suscitou a realização deste estudo, tendo como referência o financiamento da formação médica especializada pelo governo do Estado de São Paulo e a demanda por assistência médica por especialidade, encaminhada às unidades hospitalares do SUS, no Estado. O estudo é preliminar e tem como propósito apenas servir de ponto de partida para outros de maior amplitude e envergadura, que envolvam todas as macrorregiões do país e outros mercados de serviços de saúde, como o da saúde suplementar, e também os dados integrais da área médica especializada para todo o Brasil.

A análise, composta de três partes, inicia-se com um retrato abrangente das fórmulas adotadas por alguns países para mensurar, induzir e enfim regular a oferta de médicos especialistas, seguido do panorama da formação especializada no Brasil, e finalizando com o estudo do cenário no Estado de São Paulo, envolvendo os dados da formação de especialistas e os dados da demanda por assistência médica especializada nas unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde.

AS EXPERIÊNCIAS DE REGULAÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA NO MUNDO

Elaborar uma política de formação de médicos, bem como de outros profissionais da saúde, alinhada com as necessidades da população é uma meta perseguida pelos formuladores de políticas públicas, nos vários países, sejam eles desenvolvidos ou não. O objetivo central é sempre o de buscar o equilíbrio entre a ofer-

ta e a demanda de especialistas, visto como um dos fatores que contribuem para que o sistema de saúde atenda às necessidades de determinada população, com um nível satisfatório de cuidados, tanto em termos de quantidade quanto de qualidade.

Assim sendo, muitos estudos têm sido feitos de modo a estabelecer o número adequado de médicos nas várias especialidades, num dado lapso de tempo e num espaço territorial circunscrito.

Contudo, dificuldades de ordens diversas impedem a realização de projeções com grau maior de precisão, mesmo em países com tradição de planejamento de recursos humanos para a área da saúde, entre os quais os Estados Unidos e o Canadá são os melhores exemplos (COGME, 2000, 2005; ROSBOROUGH, 2004). Entre tais dificuldades, destacam-se, no tempo presente, as de mapeamento dos cenários devido à inexistência de sistemas nacionais de informação completos e confiáveis em grande número de países centrais (LÓPEZ-VALCÁRCEL; BARBER PÉREZ, 2007).

Nas projeções, a dimensão das dificuldades é ainda maior, tendo em vista que os cenários estarão sujeitos a variáveis complexas e interativas, cujos resultados não podem ser ainda previstos com alto grau de exatidão pelos modelos tradicionais. Entre os entraves já detectados às projeções, destaca-se a ação da variável evolução científico-tecnológica, que ampliará ou reduzirá as possibilidades de atuação profissional efetiva, movendo fronteiras entre as especialidades médicas e atuando incisivamente sobre a construção do perfil epidemiológico das populações.

Estudo elaborado por Salsberg (2006) sobre as previsões do COGME (2000) para os Estados Unidos confirmou a situação de escassez de médicos prevista para algumas especialidades, tais como Alergia e Imunologia, Cardiologia, Terapia Intensiva, Dermatologia, Medicina de Urgência, Endocrinologia, Geriatria, Genética, Neurocirurgia, Psiquiatria, Radiologia e de subespecialidades pediátricas. No entanto, o estudo ressalta que vários fatores-chave irão interferir na demanda futura por serviços médicos especializados. Entre eles, a estrutura etária da população (envelhecimento da geração *baby boom*), a melhoria no diagnóstico e no tratamento e as mudanças nos estilos de

vida, entre outros. Ressalta também que outro fator a dificultar o equilíbrio entre oferta e demanda de especialistas reside no longo tempo requerido para o treinamento de novos profissionais, estimando entre 10 e 16 anos o tempo necessário para incrementar o número de especialistas (SALSBERG, 2006).

Já na Europa, as pesquisadoras López-Valcárcel e Barber Pérez (2007) revisaram as experiências de planejamento em seis países e detectaram em um deles, o Reino Unido, um enfoque diferenciado de atenção dentro do sistema de saúde, cujo modelo foi alterado em 1999, com efeitos imediatos sobre o planejamento. O novo modelo é centrado no paciente e engloba o total da força de trabalho em saúde, com o objetivo de potencializar o trabalho profissional em equipe.

Essa tendência de adoção de equipes multiprofissionais para a atenção primária em saúde, lentamente introduzida até no Brasil – vide a estratégia da Saúde da Família –, acarreta também dificuldades para o planejamento futuro dos quantitativos de especialistas necessários para o bom funcionamento dos sistemas.

No entanto, apesar das dificuldades, a regulação e o planejamento da força de trabalho são necessários, uma vez que o mercado não está desenhado para buscar a equidade social. Nesse contexto, em 1999 a Organização Pan-Americana da Saúde – Opas tomou a iniciativa de criar o Observatório de Recursos Humanos em Saúde e instou todos os Estados-membros para que o fizessem também,

facilitando a criação de grupos intersetoriais e interinstitucionais em cada país para analisar a situação, gerar informações essenciais e reformular propostas sobre políticas de recursos humanos, regulamentação e administração (OPAS, 2001).

O PERFIL DA ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Embora constitua preocupação latente entre os gestores públicos brasileiros há razoável tempo, o planejamento da formação médica especializada e os estudos preditivos que lhe servem de base ainda não se incluem de forma sistemática entre as ferramentas utilizadas na elaboração de políticas para a área da saúde.

Os próprios sistemas de informação em saúde, imprescindíveis para a elaboração de um planejamento bem-sucedido, têm sua implantação ligada à história recente do setor. Potentes sistemas centrais, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES,⁷ base de operacionalização dos Sistemas de Informações em Saúde do Datasus,⁸ e o Sistema de Vagas de Residência Médica, do Ministério da Educação, entre outros, embora já consolidados, demandam ainda considerável grau de aperfeiçoamento para servirem de fonte fidedigna para projetos de pesquisa e de apoio à concepção e construção de modelos.

Na área de recursos humanos, enquanto esse ponto ótimo dos sistemas de informação não é atingido, órgãos e gestores procuram suprir a carência utilizando métodos tradicionais, que incluem desde pesquisas de campo extensivas e abrangentes até a recuperação de dados dos recadastramentos de profissionais nos órgãos de fiscalização do exercício profissional, em busca de quantitativos confiáveis que possibilitem traçar o perfil da oferta de especialistas. Já no pólo da formação especializada, concentrada nos programas de Residência Médica, a remediação da falta de dados não conta com mecanismos alternativos tão eficazes. A repartição do financiamento entre programas da esfera federal, que forma especialistas em todas as Unidades da Federação, e das esferas estadual e municipal, além dos financiados pelo setor privado, indica que apenas um sistema de informação central permitirá visualizar toda a estrutura da distribuição de vagas ocupadas nos programas de Residência Médica do país, e assim traçar um perfil mais exato da formação de especialistas no Brasil.

Um modo de suprir essa lacuna nos estudos tem sido utilizar como parâmetro o mapeamento de *vagas credenciadas de Residência Médica*, disponibilizado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, no portal do Ministério da Educação. Entretanto, como apenas uma parcela das vagas credenciadas se converterá em especialização efetiva por meio do financiamento de programas, não é possível traçar o perfil da formação médica especializada com base nesse sistema.

Contudo, a necessidade de o Sistema Único de Saúde contornar e vencer desafios regionais no en-

contro entre demanda por assistência médica especializada e a disponibilidade de especialistas, aliada ao crônico desconhecimento do perfil da formação especializada, tem suscitado a realização de estudos e pesquisas por parte do Ministério da Saúde nos últimos anos.

Entre esses, destaca-se um estudo realizado em 2004, no âmbito de um projeto maior do Ministério da Saúde, denominado Investigação sobre a Necessidade de Profissionais de Saúde no País. O resultado, apresentado em 2005, gerou um documento em formato de relatório final, intitulado *Especialização em Serviços de Saúde – Residência Médica*, disponível para *download* na página do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica – Cedem, integrante do portal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.

Nesse estudo, os autores Elias et al. (2005) elaboraram extenso trabalho de pesquisa com dois pólos: o número de especialistas ativos no país, pesquisado nos conselhos regionais de medicina, e o número de vagas credenciadas de Residência Médica, obtido do sistema da CNRM, ambos por Unidade da Federação. Como resultado, os autores obtêm um perfil da distribuição de vagas, ao mesmo tempo em que mapeiam o perfil da oferta de especialistas.

Pela pertinência dos dados levantados e organizados pelos autores, o estudo serviu de base para a análise que se segue sobre o perfil da distribuição de especialistas no Brasil, descartando-se os dados da formação obtidos na Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, devido à imprecisão já mencionada. Na abordagem, o perfil da oferta de especialistas por Unidade da Federação é apresentado na forma de coeficiente de profissionais por 100.000 habitantes, distribuídos entre 34 das 53 especialidades reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades – CME (CFM, AMB e CNRM).

A conversão dos coeficientes em quantitativos médios de especialistas por total de habitantes,⁹ reconvertidos a seguir em percentuais, permite visualizar o perfil da oferta regionalizada de profissionais, a partir do peso relativo de cada especialidade no cômputo geral, e verificar as variâncias significativas entre as especialidades e regiões (Tabela 1 e Quadro 1).

Tabela 1

Distribuição de Especialistas, por Regiões, segundo Especialidades
Brasil – 2004

Em porcentagem

Especialidades	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Anestesiologia	4,6	4,4	4,7	5,8	3,0
Cancerologia clínica	0,7	0,3	0,4	0,5	0,8
Cardiologia	3,8	4,4	4,8	4,4	2,8
Cirurgia de cabeça e pescoço	2,2	2,4	2,3	2,0	2,1
Cirurgia do aparelho digestivo	0,6	0,3	0,4	0,5	0,8
Cirurgia geral (1)	7,0	6,1	9,2	8,6	9,8
Cirurgia plástica	0,3	0,8	0,6	0,5	0,8
Cirurgia torácica	0,3	0,3	0,4	0,5	0,8
Cirurgia vascular	1,0	1,0	0,9	0,8	0,8
Clínica médica (1)	28,3	23,7	22,6	24,8	25,8
Coloproctologia	0,3	0,3	0,4	0,5	0,8
Dermatologia	1,0	1,6	1,2	1,0	1,3
Endocrinologia	0,7	0,9	0,4	0,8	0,8
Gastroenterologia	1,7	1,3	1,2	1,3	1,1
Geriatria	0,3	0,3	0,4	0,5	0,8
Ginecologia e obstetrícia (1)	9,9	9,8	12,3	11,4	12,3
Hematologia	0,6	0,8	0,4	0,5	0,8
Infectologia	0,3	1,1	0,4	0,7	0,9
Medicina da família e comunidade (1)	1,3	0,5	0,4	0,7	1,0
Medicina intensiva	1,7	2,2	2,2	1,6	1,9
Nefrologia	1,3	1,1	1,2	0,9	0,8
Neurocirurgia	1,0	0,9	0,8	0,5	0,9
Neurologia	1,9	1,9	1,1	1,4	0,9
Oftalmologia	2,6	3,0	2,4	4,0	2,9
Ortopedia	4,4	4,5	4,5	4,8	3,9
Otorrinolaringologia	2,6	1,6	1,2	1,3	0,9
Patologia	0,6	0,8	1,1	0,6	0,8
Patologia clínica	0,3	0,9	0,6	0,7	1,0
Pediatria (1)	9,9	14,3	13,8	11,4	13,1
Pneumologia	1,3	1,0	1,1	0,7	0,9
Psiquiatria	2,8	3,4	2,1	1,9	1,0
Radiologia	2,7	2,4	2,6	2,0	2,0
Reumatologia	0,3	0,3	0,4	0,5	0,8
Urologia	1,7	1,5	1,6	1,4	0,9

Fonte: Elias et al. (2005); Fundap.

(1) Especialidades da área básica, vinculadas à atenção primária na assistência médica do SUS.

Quadro 1

Ranking de Especialidades, por Regiões
Brasil – 2004

Especialidades	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Brasil
Anestesiologia	5º	7º	6º	5º	6º	5º
Cancerologia clínica	23º	29º	25º	26º	23º	29º
Cardiologia	7º	6º	5º	7º	8º	7º
Cirurgia de cabeça e pescoço	12º	10º	10º	10º	9º	11º
Cirurgia do aparelho digestivo	26º	30º	26º	27º	24º	30º
Cirurgia geral	4º	4º	4º	4º	4º	4º
Cirurgia plástica	28º	25º	23º	28º	25º	28º
Cirurgia torácica	29º	31º	27º	29º	32º	33º
Cirurgia vascular	20º	20º	21º	20º	26º	20º
Clínica médica	1º	1º	1º	1º	1º	1º
Coloproctologia	30º	32º	28º	30º	27º	31º
Dermatologia	21º	15º	14º	17º	12º	17º
Endocrinologia	24º	22º	29º	19º	28º	24º
Gastroenterologia	14º	17º	15º	15º	13º	16º
Geriatria	31º	33º	30º	34º	33º	34º
Ginecologia e obstetrícia	2º	3º	3º	2º	3º	3º
Hematologia	27º	26º	31º	31º	29º	27º
Infectologia	32º	18º	32º	23º	19º	26º
Medicina da família e comunidade	17º	28º	33º	22º	15º	23º
Medicina intensiva	15º	12º	11º	12º	11º	12º
Nefrologia	18º	19º	16º	18º	30º	18º
Neurocirurgia	22º	23º	22º	32º	21º	21º
Neurologia	13º	13º	18º	13º	22º	14º
Oftalmologia	10º	9º	9º	8º	7º	8º
Ortopedia	6º	5º	7º	6º	5º	6º
Otorrinolaringologia	11º	14º	17º	16º	18º	13º
Patologia	25º	27º	19º	25º	34º	22º
Patologia clínica	33º	24º	24º	24º	14º	25º
Pediatria	3º	2º	2º	3º	2º	2º
Pneumologia	19º	21º	20º	21º	17º	19º
Psiquiatria	8º	8º	12º	11º	16º	10º
Radiologia	9º	11º	8º	9º	10º	9º
Reumatologia	34º	34º	34º	33º	31º	32º
Urologia	16º	16º	13º	14º	20º	15º

Fonte: Elias et al. (2005); Fundap.

Os dados do Quadro 1 indicam variação significativa na disponibilidade de especialistas em apenas 6 das 34 especialidades pesquisadas: Infectologia, Medicina da família e comunidade, Nefrologia, Neurocirurgia, Patologia e Patologia clínica. Essas especialidades apresentam variação acima de 10 pontos no *ranking* de uma ou duas regiões em relação às demais e à média geral do país. Nas demais especialidades, mantêm-se um padrão homogêneo, com variação de 0 a 10 pontos na relação ordinal, apesar das grandes diferenças no perfil geográfico e socioeconômico entre as regiões.

Pelos achados da pesquisa em pauta, é também significativa a distribuição de profissionais pelas especialidades da área básica, cuja concentração é de 62% na Região Norte, 57% na Região Nordeste, 58% na Região Centro-Oeste, 54% na Região Sudeste e 56% na Região Sul.

O PERFIL DA ESPECIALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO E AS DEMANDAS POR ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA NAS UNIDADES HOSPITALARES DO SUS-SP

No Estado de São Paulo, o já mencionado financiamento do governo, destinado anualmente à formação médica especializada, por sua magnitude interfere na construção do perfil de especialistas do país. O número de bolsas de Residência Médica colocadas à disposição dos recém-formados (cerca de 1.900, em 2007), distribuído entre grandes universidades e unidades assistenciais de caráter público ou privado, acaba por atrair candidatos de todas as regiões do país, ainda que seja direcionado às necessidades regionais de formação. Ao fim do processo de especialização, mesmo quando oriundos de regiões mais distantes como Norte e Nordeste, muitos desses especialistas acabam por se fixar no Estado (OBSERVA RHSP, 2006).

Em 2008, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp publicou o estudo *Especialidades Médicas no Estado de São Paulo*, resultado de ação em três frentes: cadastramento dos profissionais, realizado pelo próprio Conselho, pesquisa nas Sociedades de Especialidades e na Comissão Nacional de Residência Médica, ambas credenciadas a registrar

os títulos de especialista obtidos de acordo com os critérios estabelecidos pelas duas entidades.

Conforme os resultados obtidos pelo Cremesp, que levaram em consideração as 53 especialidades médicas reconhecidas – na realidade 52, pelo agrupamento de Angiologia e Cirurgia Vascular –, 53.899 profissionais (53%) dos 92.580 registrados no Conselho detêm um ou mais títulos de especialista e 47% não detêm títulos dentro dos critérios de especialização estabelecidos, embora muitos possam exercer profissão em uma ou mais especialidades médicas.

Na Tabela 2, que apresenta o perfil dos especialistas no Cremesp, verifica-se que cinco especialidades concentram quase 50% dos médicos com título: Ginecologia e obstetrícia (15,6%), Pediatria (11,7%), Cirurgia geral (7,1%), Clínica médica (6,8%) e Cardiologia (6,5%), sendo que apenas as duas primeiras concentram mais de 27% de todos os profissionais registrados. O estudo indica também aquelas especialidades com pouquíssimos registros, ressaltando que há, no Estado, 15 especialidades com menos de 150 profissionais, equivalente a 2,2% dos registros.

Na Tabela 3, que trata da formação médica especializada, o perfil traçado a partir do total de residentes de 1º ano no programa de Residência Médica estadual, entre 1980 e 2007, indica acentuada correlação com o perfil de especialistas obtido a partir dos registros do Cremesp. Entre as dez especialidades que receberam maior volume de recursos para formação profissional, entre 1980 e 2007, apenas uma – Infectologia – não figura entre os dez primeiros quantitativos de especialistas. No extremo oposto, a situação se repete entre as 15 especialidades que têm recebido menor investimento.

Em outro cenário de análise, destaca-se também a concentração nas dez especialidades com melhor posição no *ranking*, posto que estas receberam 68% dos recursos da formação especializada e comportam na atualidade 71% dos especialistas,¹⁰ numa associação inequívoca entre o direcionamento da formação e a disponibilidade de profissionais especializados.

A Tabela 4 indica a participação relativa do programa estadual de Residência Médica no total de profissionais de cada especialidade registrados no Cremesp.

Tabela 2

Profissionais Registrados no Cremesp,
segundo Especialidades
Estado de São Paulo – 2008

Especialidades	N ^{os} Abs.	%
Total	53.899	100,00
1º Ginecologia e obstetrícia	8.413	15,60
2º Pediatria	6.314	11,70
3º Cirurgia geral	3.848	7,10
4º Clínica médica	3.646	6,80
5º Cardiologia	3.488	6,50
6º Ortopedia e traumatologia	3.440	6,40
7º Oftalmologia	3.312	6,10
8º Psiquiatria	2.116	3,90
9º Medicina do trabalho	2.047	3,80
10º Anestesiologia	1.840	3,40
11º Urologia	1.209	2,20
12º Radiologia e diagnóstico por imagem	1.110	2,10
13º Cirurgia plástica	937	1,70
14º Gastroenterologia	912	1,70
15º Otorrinolaringologia	888	1,60
16º Dermatologia	872	1,60
17º Pneumologia	769	1,40
18º Neurologia	667	1,20
19º Cirurgia cardiovascular	666	1,20
20º Infectologia	633	1,20
21º Endocrinologia e metabologia	606	1,10
22º Nefrologia	505	0,90
23º Neurocirurgia	445	0,80
24º Patologia	430	0,80
25º Medicina preventiva e social	409	0,80
26º Homeopatia	360	0,70
27º Cirurgia do aparelho digestivo	356	0,70
28º Reumatologia	351	0,70
29º Hematologia e hemoterapia	326	0,60
30º Cancerologia	289	0,50
31º Medicina do tráfego	268	0,50
32º Patologia clínica	257	0,50
33º Cirurgia vascular	234	0,40
34º Cirurgia pediátrica	210	0,40
35º Medicina intensiva	195	0,40
36º Cirurgia da cabeça e pescoço	155	0,30
37º Medicina família e comunidade	152	0,30
38º Acupuntura	149	0,30
39º Medicina física e reabilitação	143	0,30
40º Coloproctologia	131	0,20
41º Geriatria e gerontologia	116	0,20
42º Alergia e imunologia	110	0,20
43º Cirurgia torácica	98	0,20
44º Radioterapia	93	0,20
45º Medicina nuclear	77	0,10
46º Nutrologia	74	0,10
47º Endoscopia	72	0,10
48º Mastologia	46	0,10
49º Medicina legal	35	0,10
50º Medicina esportiva	34	0,10
51º Genética médica	24	0,00
52º Cirurgia da mão	22	0,00

Fonte: Cremesp (2008).

Tabela 3

Primeiro-anistas do Programa de Residência Médica do
Governador do Estado de São Paulo, segundo Especialidades
Estado de São Paulo – 1980/2007

Especialidades	N ^{os} Abs.	%
Total	38.575	100,00
1º Clínica médica	5.188	13,45
2º Pediatria	4.777	12,38
3º Cirurgia geral	3.996	10,36
4º Ginecologia e obstetrícia	3.204	8,31
5º Anestesiologia	1.810	4,69
6º Cardiologia	1.699	4,40
7º Ortopedia e traumatologia	1.694	4,39
8º Psiquiatria	1.426	3,70
9º Oftalmologia	1.233	3,20
10º Infectologia	1.160	3,01
11º Radiologia e diagnóstico por imagem	1.156	3,00
12º Otorrinolaringologia	818	2,12
13º Neurologia	717	1,86
14º Dermatologia	649	1,68
15º Nefrologia	601	1,56
16º Endocrinologia e metabologia	553	1,43
17º Patologia	547	1,42
18º Cirurgia vascular	541	1,40
19º Medicina preventiva e social	513	1,33
20º Urologia	502	1,30
21º Hematologia e hemoterapia	476	1,23
22º Cirurgia do aparelho digestivo	463	1,20
23º Pneumologia	451	1,17
24º Cirurgia plástica	431	1,12
25º Neurocirurgia	424	1,10
26º Cancerologia	396	1,03
27º Gastroenterologia	376	0,97
28º Reumatologia	371	0,96
29º Cirurgia cardiovascular	278	0,72
30º Patologia clínica	230	0,60
31º Medicina família e comunidade	225	0,58
32º Cirurgia da cabeça e pescoço	215	0,56
33º Medicina intensiva	213	0,55
34º Cirurgia pediátrica	196	0,51
35º Cirurgia torácica	192	0,50
36º Medicina nuclear	162	0,42
37º Coloproctologia	122	0,32
38º Geriatria e gerontologia	118	0,31
39º Alergia e imunologia	107	0,28
40º Radioterapia	96	0,25
41º Medicina física e reabilitação	83	0,22
42º Genética médica	69	0,18
43º Nutrologia	34	0,09
44º Mastologia	29	0,08
45º Medicina do trabalho	18	0,05
46º Endoscopia	10	0,03
47º Medicina legal	4	0,01
48º Acupuntura	2	0,01
49º Cirurgia da mão	0	0,00
50º Homeopatia	0	0,00
51º Medicina do tráfego	0	0,00
52º Medicina esportiva	0	0,00

Fonte: Fundap.

Tabela 4

Participação Relativa de Bolsistas do Programa Estadual de Residência Médica no Total de Especialistas Registrados no Cremesp (1) Estado de São Paulo – 2008

Especialidades	%
Genética médica	2,80
Cirurgia vascular	2,30
Medicina nuclear	2,10
Cirurgia torácica	1,90
Infectologia	1,80
Medicina família e comunidade	1,40
Hematologia e hemoterapia	1,40
Clínica médica	1,40
Cirurgia da cabeça e pescoço	1,30
Cancerologia	1,30
Cirurgia do aparelho digestivo	1,30
Patologia	1,20
Medicina preventiva e social	1,20
Nefrologia	1,10
Medicina intensiva	1,00
Neurologia	1,00
Reumatologia	1,00
Radiologia e diagnóstico por imagem	1,00
Cirurgia geral	1,00
Radioterapia	1,00
Geriatria e gerontologia	1,00
Anestesiologia	0,90
Alergia e imunologia	0,90
Neurocirurgia	0,90
Cirurgia pediátrica	0,90
Coloproctologia	0,90
Otorrinolaringologia	0,90
Endocrinologia e metabologia	0,90
Patologia clínica	0,80
Pediatria	0,70
Dermatologia	0,70
Psiquiatria	0,60
Mastologia	0,60
Pneumologia	0,50
Medicina física e reabilitação	0,50
Ortopedia e traumatologia	0,40
Cardiologia	0,40
Cirurgia plástica	0,40
Nutrologia	0,40
Cirurgia cardiovascular	0,40
Urologia	0,40
Gastroenterologia	0,40
Ginecologia e obstetrícia	0,30
Oftalmologia	0,30
Endoscopia	0,10
Medicina legal	0,10
Acupuntura	0,01
Medicina do trabalho	0,01
Cirurgia da mão	0,00
Homeopatia	0,00
Medicina do tráfego	0,00
Medicina esportiva	0,00

Fonte: Fundap.

(1) Residentes titulados entre 1980 e 2007.

Nas 21 especialidades em que a participação de residentes do programa é superior ao número de registros no Cremesp (participação > 1,0), as hipóteses mais destacadas, salvo eventuais inconsistências no processo de recadastramento dos especialistas e fatores específicos, são:

- área de formação demandada por expressivo número de profissionais de outros Estados da Federação, que posteriormente retornam aos locais de origem e registram-se nos respectivos conselhos;
- áreas de formação que comportam especialistas de faixas etárias mais elevadas, cuja titulação antecede o modelo atual de registro tanto pela CNRM quanto pelas Sociedades de Especialidades, e encontram-se, assim, fora do cômputo da especialidade.

Nas duas especialidades em que a participação relativa é muito inferior ao total de especialistas registrados no Cremesp – Pediatria e, em especial, Ginecologia e obstetrícia –, a hipótese mais provável é a de que os títulos tenham sido obtidos nas sociedades de especialidades respectivas e não através de Programa de Residência Médica.

Uma vez abordados o papel da formação especializada oferecida pelo programa de Residência Médica estadual e a disponibilidade de especialistas, cumpre confrontar, dentro da proposta do estudo, esses dados com os da assistência hospitalar nas unidades do Sistema Único de Saúde, com intuito de visualizar a aproximação entre a formação, a disponibilidade de especialistas e a busca por assistência médica hospitalar especializada no Estado de São Paulo.

No período de 2000 a 2007, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH-SUS registrou, para o Estado de São Paulo, 17.937.399 internações sob o parâmetro Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs pagas, envolvendo, pelo menos, 25 das 52 especialidades reconhecidas (Tabela 5).

Na Tabela 5, alguns ajustes se mostraram necessários na classificação dos grupos de especialidades, em relação àqueles procedimentos de Pneumologia e Doenças do Aparelho Digestivo, que podem ser realizados por clínico geral e por cirurgião geral, além, obviamente, dos especialistas das áreas respectivas. Considerando a baixíssima disponibilidade de espe-

Tabela 5

Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs Pagas, por Grupos de Procedimentos
Estado de São Paulo – 2000/2007

Ordem	Especialidades	Grupos de Procedimentos	N ^{os} Abs.	%
Total			17.937.399	100,0
1º	Ginecologia e obstetrícia	35 Cirurgia obstétrica / 69 Tratamento clínico obstétrico / 34 Cirurgia ginecológica	4.221.778	23,5
2º	Pediatria	Procedimentos diversos em pediatria (1)	3.181.054	17,7
3º	Clínica médica	76 Afecções respiratórias / 75 Doenças do aparelho digestivo / 72 Desidratação aguda	2.014.947	11,2
4º	Cardiologia	77 Cardiovasculopatias	1.210.353	6,7
5º	Cirurgia geral	33 Cirurgia gastroenterológica / 43 Diagnóstico / Primeiro atendimento em clínica cirúrgica	1.081.925	6,0
6º	Ortopedia e traumatologia	39 Cirurgia ortopédica e traumatológica	981.323	5,5
7º	Urologia / nefrologia	80 Afecções geniturinárias / 31 Cirurgia urológica	886.539	4,9
8º	Psiquiatria (2)	63 Psiquiatria	671.594	3,7
9º	Cancerologia clínica	85 Tratamento clínico de tumores malignos / Radioterapia / Iodoterapia	480.146	2,7
10º	Cirurgia cardiovascular (3)	32 / 48 Cirurgia cardiovascular	461.491	2,6
11º	Neurologia	81 Afecções neurológicas	432.902	2,4
12º	Infectologia	74 Doenças infecciosas / Parasitárias / 70 Tratamento de Aids	412.367	2,3
13º	Cirurgia plástica	38 Cirurgia plástica	369.995	2,1
14º	Neurocirurgia	40 Neurocirurgia	277.991	1,5
15º	Endocrinologia	82 Doenças endócrinas e metabólicas / 41 Cirurgia endocrinológica	229.279	1,3
16º	Cirurgia do trauma	91 Traumatismos / Hospital-dia	202.000	1,1
17º	Cirurgia torácica	42 Cirurgia do tórax	196.223	1,1
18º	Oftalmologia	36 Cirurgia oftalmológica	175.107	1,0
19º	Hematologia	79 Hemopatias e tratamento clínico em quimioterapia	132.852	0,7
20º	Otorrinolaringologia	37 Cirurgia otorrinolaringológica	105.695	0,6
21º	Reumatologia	83 Doenças músculo-ostearticulares	98.312	0,5
22º	Nutrologia	73 Distúrbios nutricionais	61.697	0,3
23º	Dermatologia	84 Doenças da pele / Tecido celular e Sistema linfático	28.669	0,2
24º	Alergia / Imunologia	86 Alergologia / Colagenoses	22.143	0,1
25º	Medicina física e reabilitação	67 Tratamento em reabilitação	1.017	0,0

Fonte: Fundap.

(1) Ver Tabela 6.

(2) Inclui apenas internações por AIH de tipo Normal (Tipo 1), de acordo com definição do Manual Técnico-Operacional do Ministério da Saúde para o SIH-SUS – setembro, 2008. O total de AIHs pagas para este grupo incluindo as internações de longa permanência é de 1.722.181.

(3) Inclui Procedimentos de Angiologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardíaca.

Nota: Dados tabulados no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS pelo TabNet – SES/SP. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

cialistas, aliada à alta concentração de assistência médica hospitalar nas duas áreas nas unidades do SUS-SP, optou-se pelo agrupamento desses procedimentos em clínica médica e em cirurgia geral. As internações de pneumologia e de doenças do aparelho digestivo no cômputo geral de clínica médica e de cirurgia geral somam, respectivamente, 931.500 (76 – Afecções respiratórias) e 605.998 (75 – Doenças do aparelho digestivo) internações no período.

De acordo com os dados da Tabela 5, no período 2000-2007, dez especialidades representam 85% das

internações hospitalares (15.160.160 internações). As quatro primeiras – ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica e cardiologia – representam 59% desse total, ou 10.628.132 internações.

As internações na faixa etária de 0 a 14 anos, equivalentes aos atendimentos em pediatria, que totalizam no período 3.181.054 internações, foram também analisadas separadamente na Tabela 6, de forma a evidenciar a sua distribuição nas subespecialidades pediátricas, referidas como áreas de atuação na formação médica especializada brasileira.¹¹

Tabela 6

Internações em Pediatria com Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs Pagas, por Grupos de Procedimentos Estado de São Paulo – 2000/2007

Ordem	Especialidades / Área de Atuação	Grupos de Procedimentos	N ^{os} Abs.	%
Total			3.181.054	100,00
1º	Pneumologia pediátrica / Pediatria	76 Afecções respiratórias	986.930	31,03
2º	Neonatologia	71 Doenças do recém-nascido	470.561	14,79
3º	Cirurgia pediátrica	31 Cirurgia urológica / 38 Plástica / 43 Primeiro atendimento/ 35 Obstétrica / 42 Tórax / 34 Ginecológica / Endocrinológica	312.663	9,83
4º	Infectologia pediátrica	74 Doenças infecciosas/ Parasitárias/ 70 Tratamento de Aids	266.481	8,38
5º	Gastropediatria	75 Doenças do aparelho digestivo / 33 Cirurgia gastroenterológica	256.211	8,05
6º	Ortopedia	39 Cirurgia ortopédica e traumatológica	200.715	6,31
7º	Pediatria	72 Desidratação / 91 Trauma / 88 Anomalias congênitas / 89 Envenenamento / 90 Acidentes / 69 Tratamento clínico-obstétrico / 84 Doenças de pele / 67 Reabilitação	162.439	5,11
8º	Neurologia pediátrica	81 Afecções neurológicas / 40 Neurocirurgia	123.683	3,89
9º	Otorrinolaringologia	37 Cirurgia otorrinolaringológica	113.723	3,58
10º	Nefrologia pediátrica	80 Afecções geniturinárias	68.242	2,15
11º	Hematologia pediátrica	79 Hemopatias e tratamento clínico em quimioterapia	51.581	1,62
12º	Cancerologia clínica	85 Tratamento clínico de tumores malignos / Radioterapia / Iodoterapia	47.637	1,50
13º	Cardiologia pediátrica	77 Cardiovasculopatias / 32 Cirurgia cardiovascular	41.368	1,30
14º	Oftalmologia	36 Cirurgia oftalmológica	24.074	0,76
15º	Alergia e imunologia pediátrica	78 Colagenoses / 86 Pediátrica	15.445	0,49
16º	Endocrinologia pediátrica	82 Doenças endócrinas e metabólicas	13.598	0,43
17º	Nutrologia pediátrica	73 Distúrbios nutricionais	9.421	0,30
18º	Reumatologia pediátrica	83 Doenças músculo-ostearticulares	9.227	0,29
19º	Psiquiatria infantil e adolescência	63 Psiquiatria	7.055	0,22

Fonte: Fundap.

Nota: Dados tabulados no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS pelo TabNet – SES/SP. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

No desdobramento das internações em pediatria, verifica-se que as cinco primeiras subespecialidades/áreas de atuação – pneumologia, neonatologia, cirurgia pediátrica, infectologia e gastropediatria – concentram 78% das internações.

Por sua relevância, a produção hospitalar do SUS-SP, por meio das dez especialidades com maior concentração de internações (85%), foi a variável fixada neste estudo para se visualizar a adequação do esforço empreendido pelo poder público na formação de especialistas e a fixação dos mesmos, verificada através da disponibilidade de especialistas no Conselho Regional de Medicina do Estado, conforme indica o Quadro 2.

Pode-se observar que entre as dez especialidades com maior concentração de internações hospitalares, três não figuram nem entre as dez principais em registros do Cremesp, nem entre as dez que obtiveram maiores cotas de financiamento para formação de especialistas: urologia/nefrologia, cancerologia clínica e cirurgia cardiovascular. Ressalte-se que nesta última estão aglutinados praticamente todos os procedimentos vinculados às doenças do aparelho circulatório – grupo de maior incidência no perfil de mortalidade da população brasileira, também no Sudeste, segundo o *Relatório Saúde Brasil 2007 – Perfil da Mortalidade do Brasileiro*, publicado pelo Ministério da Saúde, em

novembro de 2008. Deve-se ressaltar, contudo, que cirurgia cardiovascular e urologia/nefrologia encontram-se em posição de relativo equilíbrio, quando se tomam por referência o *ranking* geral de especialistas registrados no Cremesp e o de residentes formados.

Já cancerologia lida com a segunda maior causa de morte no Sudeste e Brasil, entretanto, apresenta um quadro de possível escassez mais preocupante, com pequeno contingente de especialistas registrados e poucas vagas destinadas à formação. Além disso, totaliza número maior de formados do que de especialistas registrados no Conselho, levantando a hipótese de ser uma área catalisadora de uma parcela de residentes oriundos dos demais Estados da Federação, que ao concluírem a especialização retornam às localidades de origem.

A especialidade Anestesiologia, que se destaca tanto pela expressiva formação – 5º maior número de bolsas de Residência Médica financiadas – quanto pelo número de especialistas disponíveis, não recebe do SIH/SUS tratamento que possibilite a mensuração da sua presença através de um grupo de procedimentos. Contudo, esta pode ser facilmente avaliada em razão do vínculo natural com as especialidades cirúrgicas, dominantes na produção hospitalar.

Para finalizar, vale ressaltar a situação de fronteiras pouco definidas que envolve as especialidades pneu-

Quadro 2

Ranking de Especialidades, por Formação, Produção Hospitalar SUS/SP e Especialistas do Cremesp Estado de São Paulo

Formação	Produção Hospitalar	Especialistas do Cremesp
1º Clínica médica	1º Ginecologia e obstetrícia	1º Ginecologia e obstetrícia
2º Pediatria	2º Pediatria	2º Pediatria
3º Cirurgia geral	3º Clínica médica	3º Cirurgia geral
4º Ginecologia e obstetrícia	4º Cardiologia	4º Clínica médica
5º Anestesiologia	5º Cirurgia geral	5º Cardiologia
6º Cardiologia	6º Ortopedia e traumatologia	6º Ortopedia e traumatologia
7º Ortopedia e traumatologia	7º Urologia/ Nefrologia	7º Oftalmologia
8º Psiquiatria	8º Psiquiatria	8º Psiquiatria
9º Oftalmologia	9º Cancerologia clínica	9º Medicina do trabalho
10º Infectologia	10º Cirurgia cardiovascular	10º Anestesiologia

Fonte: Fundap.

mologia e gastroenterologia, na área clínica, e cirurgia do aparelho digestivo, na área cirúrgica. Estas especialidades dividem com clínica médica e cirurgia geral, devido a conteúdos programáticos muito próximos, a assistência às afecções respiratórias e às enfermidades do aparelho digestivo, situação que não permite evidenciar se há ou não possibilidade de carência futura de profissionais, apesar do pequeno quantitativo de especialistas formados entre 1980 e 2007 pelo Programa de Residência Médica estadual.

CONCLUSÃO

Os dados analisados indicam ajuste entre a formação/disponibilidade de especialistas e a concentração da assistência médica especializada hospitalar do SUS/SP nas dez especialidades com maior fluxo de pacientes.

Conforme indicado no início do estudo, por meio de citações e comentários sobre a literatura internacional que trata do tema da regulação da especialização médica, não há modelos preditivos com grau de precisão tal que permitam antever com plena segurança o perfil de morbidade das populações em associação dinâmica com o perfil da especialização médica.

Como agravante, além das dificuldades apontadas, para o aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de

saúde, sobretudo aqueles que adotam a universalização da assistência médica, deve-se refinar e favorecer a formação de maiores quantitativos de profissionais para atender também àquelas especialidades com demanda menos concentrada, porém intermitente, para as quais o número de especialistas é declaradamente insuficiente.

Deve-se ter também presente que além de um perfil de disponibilidade de especialistas bem ajustado às necessidades de assistência médica, outros fatores são de vital importância para o bom funcionamento dos sistemas nacionais de saúde. Incentivos financeiros para especialidades consideradas de menor prestígio no mercado de trabalho, carreiras públicas com progressão funcional diferenciada, oportunidades de atualização e capacitação permanente, entre outros fatores, são fundamentais para enfrentar os gargalos a que os sistemas universais estão sujeitos.

O cenário é complexo, mas seu equacionamento representa condição inescapável para se elevarem os níveis de qualidade nos sistemas de saúde, conferindo agilidade no atendimento aos usuários e possibilitando o alcance da almejada equidade em assistência médica, desafio maior dos sistemas que adotam a universalização, entre os quais se inclui o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Notas

1. O termo 'padrão ouro', adotado pelo Ministério da Educação na definição de Residência Médica, tem, no contexto, o significado de padrão de referência ou *benchmarking*.
2. Conforme Portaria Interministerial MEC/MS n. 3.019, de 26/11/2007, que dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, lançado em 3/11/2005, através da Portaria Interministerial MEC-MS n. 2.101.
3. Entre os estudos, encontram-se: Situação de Trabalho de Médicos Egressos de Programas de Residência Médica do Estado de São Paulo (1986/87), Ciclo de Seminários sobre

Competências Mínimas Obrigatórias de Médicos Especialistas (1988/91), Avaliação do Processo de Seleção para a Residência Médica (1993/96), Taxa de Conversão à Residência Médica (1999), entre outros. Os estudos foram publicados em coletâneas sobre RH em saúde e séries de documentos internos da Fundap.

4. Conforme Portaria n. 188, de 27/02/2007, do Ministério da Educação.
5. Conforme Portaria n. 265, de 26/03/2008, do Ministério da Educação.
6. Para o propósito deste estudo, a abordagem restringe-se aos dados de internação do Sistema Único de Saúde, portanto, não contempla os dados de internação do sistema privado nem os da Saúde Suplementar.

7. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde.
8. Datasus é o departamento de informática do SUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.
9. Média de profissionais = pop IBGE-2004/100 mil x coeficiente dado.

10. Entre as dez primeiras posições do *ranking* de especialistas registrados no Cremesp, apenas Medicina do Trabalho não integra o conjunto de especialidades com financiamento para a Residência Médica.

11. Ver relatório da Comissão Mista de Especialidades – CME e Resolução CFM n. 1.845, de 15 de julho de 2008.

Referências Bibliográficas

- BACHESCHI, L. A.A Residência Médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. (Org.). *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier Editora, 1998.
- BASHOOK, P.G. et al. (Org.). *Credentialing Physician Specialists: a World Perspective*. Chicago, 2000.
- BEVILACQUA, R.; SAMPAIO, S.A.P. As especializações – histórico e projeções. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L.A. (Org.). *Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. Campinas: Unicamp/Instituto de Economia, 2002. p. 33-90.
- BITTENCOURT, S.A. et al. Sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, jan. 2006.
- BOURGUEIL, Y.; MOUSQUÈS, J.; TAJAHMADI, A. Improving the geographical distribution of health professionals: What the literature tell us. *Health Economics Letter*, France, n. 116, Dec. 2006. Disponível em: <<http://www.irdes.fr>>. Acesso em: 21 jul. 2008.
- CANADIAN LABOUR AND BUSINESS CENTRE. *Physician Workforce in Canada: Literature Review and Gap Analysis*. Jan. 2003.
- CANADIAN LABOUR AND BUSINESS CENTRE; CANADIAN POLICY RESEARCH NETWORKS. *Canada's Physician Workforce – Occupational Human Resources Data Assessment and Trends Analysis*. Final Report. Feb. 2005.
- COGME – Council on Graduate Medical Education. *Physician Workforce Policy Guidelines for the United States, 2000-2020*. Jan. 2005. Disponível em: <http://www.biocareercenter.com/article/physician_workforce_policy_guidelines_for_the_united_states_2000-2020>. Acesso em: 22 jul. 2008.
- _____. *2002 Summary Report*. June 2002.
- _____. *Evaluation of Specialty Physician Workforce – Methodologies*. Resouce Paper. Sept. 2000. Disponível em: <<http://www.cogme.gov/cogme902>>. Acesso em: 11 jul. 2008.
- _____. *Physician Workforce Policies: Recent Developments and Remaining Challenges in Meeting National Goals*. Mar. 1999.
- CREMESP. *Especialidades médicas no Estado de São Paulo*. 2008. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/especialidades.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2008.
- DOVEY, S. et al. The Delicate Task of Workforce Determination. *Effective Clinical Practice*, v. 5, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.acponline.org/clinical_information/journals>. Acesso em: 14 jul. 2008.
- ELIAS, P.E.M. et al. *Especialização em Serviços de Saúde – Residência Médica*. Pesquisa do Programa de Investigação sobre a Necessidade de Profissionais de Saúde no País. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/cedem/>> Acesso em: 18 jul. 2008.
- ESMAIL, N. Without doctors: How Canada's Failed Efforts at Central Planning have Created a Physician Shortage. *National Review Online*, Sept. 2006. Disponível em: <<http://article.nationalreview.com>>. Acesso em: 22 jul. 2008.
- FEUERWERKER, L.C.M. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.
- GRUMBACH, K. Fighting Hand to Hand over Physician Workforce Policy. *Health Affairs*, Millwood, v. 21, n. 5, 2000. Disponível em: <<http://www.content.healthaffairs.org/cgi/>>. Acesso em: 14 jul. 2008.
- HALL, T.L. Demand. In: HALL, T.L.; MEJÍA, A. (Org.). *Health Manpower Planning: principles, methods, issues*. Geneva: World Health Organization, 1978.
- IUNES, R.F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, 1995. Disponível em: <www.ipea.gov.br/pub/livros>. Acesso em: 30 out. 2008.
- LAMPERT, J.B. *Tendências de mudanças na formação médica do Brasil*. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; BARBER PÉREZ, P. *Oferta y necesidad de médicos especialistas em España (2006-2030)*. Grupo de Investigación en Economía de la Salud, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, 2007. Disponível em: <http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspeciales06_30.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2008.

- LURIE, J.D.; GOODMAN, D.C.; WENNERBERG, J.E. Benchmarking the Future Generalist Workforce. *Effective Clinical Practice*, v. 5, n. 2, Mar./Apr. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11990213>>. Acesso em: 14 jul. 2008.
- MACHADO, M.H. A escola médica e o mercado de trabalho. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. (Org.). *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier Editora, 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS*. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: set. 2003. (Documento aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Brasília, DF: 2004.
- NOGUEIRA, R.P. *Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS*. Jul. 2007. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp>>. Acesso em: 8 jul. 2008.
- OBSERVA RHSP *Estudo da necessidade de médicos especialistas no Estado de São Paulo*. Relatório parcial – Biênio 2006/2007. São Paulo, out. 2006. Disponível em: <www.observarhsp.org.br>. Acesso em: 31 jul. 2008.
- _____. *Estudo da migração de médicos egressos de Programas de Residência Médica financiados pela SES/SP no período de 1990 a 2002*. Relatório parcial biênio 2006/2007. São Paulo, out. 2006.
- OMA. Human Resources Committee (OHRC). Position on Physician Workforce Policy and Planning Revisited – Recommendations to address Ontario’s doctor shortage. *Ontario Medical Review*, Feb. 2007. Disponível em: <<http://www.oma.org/shortage/data/07shortage.asp>>. Acesso em: 11 jul. 2008.
- OPAS. *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)*. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, dic. 2006. Disponível em: <<http://www.americas.health-sector-reform.org/sidorh/documentos/hsr22esp>>. Acesso em: 24 jul. 2008.
- _____. *Resolução CD 43.R6*. In: CONSELHO DIRETOR, 43., Washington, DC, sept. 24-28, 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_43.htm#R6>. Acesso em: 14 jul. 2008.
- ROSBOROUGH, L. *Health Human Resources: Balancing Supply and Demand*. Canadá, 2004. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull>>. Acesso em: 2 jul. 2008.
- SALSBERG, E. *Update on Physician Workforce Research and Findings*. AAMC Physician Workforce Research Conference, Washington, May 2006. Disponível em: <www.aamc.org/workforce>. Acesso em: 1 jul. 2008.
- SIMOENS, S.; HURST, J. The Supply of Physician Services in OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, n. 21, OECD Publishing, 2006. Disponível em: <<http://www.sourceoecd.org/10.1787/608402211700> (text/html)>. Acesso em: 14 jul. 2008.

SILVIA DE ALMEIDA PRADO SAMPAIO

Socióloga, Técnica da Fundap.

TERESA MAZZA

Socióloga, Técnica da Fundap.

Artigo recebido em 9 de setembro de 2008.

Aprovado em 12 de janeiro de 2009.

Como citar o artigo:

SAMPAIO, S.A.P.; MAZZA, T. A formação de médicos especialistas e a demanda por assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS no Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 104-119, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.