

Título do capítulo	CAPÍTULO 11 – TRABALHO MÉDICO E REGULAÇÃO
Autores(as)	Elizabeth Diniz Barros Luciana Mendes Servo Roberta da Silva Vieira Edvaldo Batista de Sá
DOI	
Título do livro	BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2014: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Organizadores(as)	Leonardo Monteiro Monasterio Marcelo Côrtes Neri Sergei Suarez Dillon Soares
Volume	1
Série	Brasil: o Estado de uma Nação
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2014
Edição	
ISBN	978-85-7811-235-6
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

TRABALHO MÉDICO E REGULAÇÃO

Elizabeth Diniz Barros¹
Luciana Mendes Servo²
Roberta da Silva Vieira³
Edvaldo Batista de Sá⁴

1 APRESENTAÇÃO

O termo regulação, aplicado às relações econômicas, refere-se a mecanismos que ordenam o funcionamento do mercado, a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços. Diz respeito à interação entre os agentes econômicos, sejam eles do mercado, sejam do Estado, cuja intervenção só se justificaria se existissem falhas de mercado.

Há, na literatura econômica, uma ampla aceitação de que a área da saúde é marcada por intensas falhas de mercado (Relman e Reinhardt, 1986; Donaldson e Gerard, 1993; Castro, 2002; Oliveira e Elias, 2012) e que a regulação estatal é imprescindível para assegurar o acesso equitativo a serviços e bens necessários às populações, do que decorre o fato de que em todos os países os governos intervêm no mercado de bens e serviços de saúde (Dräger, Dal Poz e Evans, 2006). Esta intervenção, em geral, se orienta à oferta e pode se dirigir aos preços, à qualidade, à localização de serviços, às condições de trabalho, aos salários.

Nesse sentido, assegurar o número adequado e a distribuição dos profissionais no território exige que o Estado planeje e promova ações para garantir que o processo de formação e de localização de profissionais atenda às necessidades assistenciais de saúde da população e assegure o acesso equitativo a serviços essenciais.

Este capítulo pretende discutir possíveis ações regulatórias do trabalho médico. O texto inicia com um resumo das experiências internacionais, com foco na distribuição geográfica; a seguir, apresenta indicadores econômicos de escassez e discute os problemas e as ações de regulação da atuação deste profissional no Brasil, apontando os avanços e limitações; os aspectos regulatórios do acesso e da qualidade da formação de médicos são tratados na penúltima seção. Nas considerações finais, *são mencionadas* algumas questões relevantes, ainda não incluídas entre as preocupações regulatórias até então adotadas no Brasil.

1. Pesquisadora sênior no Programa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.
2. Técnica de Planejamento e Pesquisa da Disoc do Ipea.
3. Técnica de Planejamento e Pesquisa da Disoc do Ipea.
4. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental em exercício na Disoc do Ipea.

2 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS DE REGULAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO

A distribuição geográfica de profissionais de saúde, especialmente médicos, é um problema enfrentado por muitos países. Análises das políticas adotadas por diferentes países para influenciar a distribuição geográfica dos médicos identificam a existência de uma variedade de estratégias (Cantor *et al.*, 1996; Simoens, 2004; Dussault e Franceschini, 2006; Dolea, Stormonta e Braicheta, 2010), envolvendo intervenções em três dimensões: educacional, regulatória e financeira. A maior parte deles utiliza uma combinação de políticas como instrumento para intervir sobre a distribuição geográfica da força de trabalho médica, mesmo quando uma delas se mostra dominante.

Políticas relacionadas à dimensão educacional incluem recrutamento ou admissão preferencial de estudantes de medicina originários das áreas rurais ou desassistidas e a introdução nos currículos de componente obrigatório de prática nestas áreas. Também se incluem, como políticas relacionadas à educação, o financiamento de bolsas ou empréstimos para financiar os estudos, que podem ser quitados com serviços em áreas remotas ou desassistidas, e o financiamento para educação médica continuada.

No Japão, estudantes de medicina podem ser dispensados de pagar o seu empréstimo se trabalharem em um hospital público ou em clínica de área rural por um determinado período de tempo. Nos Estados Unidos, diversos programas fornecem bolsas de estudo ou asseguram o reembolso de empréstimos a estudantes de medicina em troca de servir em áreas específicas. A efetividade destas medidas para assegurar a presença de médicos em áreas desassistidas, contudo, não tem sido homogênea. Simoens (2004) aponta que estudos realizados em alguns países, como Canadá e México (Anderson e Rosenberg, 1990; Nigenda e Solórzano, 1997), mostraram que muitos recém-formados, assim que podem, preferem quitar seus débitos e abandonar os postos de trabalho nestas áreas.

Na esfera das políticas regulatórias, se destacam as que estabelecem diretrizes e condições para a escolha e para autorização de exercício profissional na localidade pretendida, como o respeito a número limite de médicos determinado pelo governo com base em parâmetros de necessidade.

Na Alemanha, não é possível a um médico obter licença para trabalhar em uma localidade se o número de médicos existentes alcançar 110% do número de médicos que as autoridades responsáveis pelo planejamento definirem como número necessário para a área. Na Áustria, não é possível a um médico realizar contrato com um fundo regional de seguro de saúde se o número mínimo de médicos tiver sido atingido na região. A Inglaterra conseguiu uma distribuição razoavelmente equitativa de clínicos gerais (*general practitioners* – GPs) ao condicionar a emissão de autorizações para a prática de clínica geral em uma área específica a critérios como o número de GPs que já trabalhavam nesta área, ruralidade e carência destes serviços.

Medidas similares são adotadas pela Austrália e pelos Estados Unidos para regular a concessão de autorização de trabalho para médicos imigrantes, envolvendo exigência de compromisso de trabalhar por cinco anos em uma área rural determinada, no primeiro, ou fornecendo visto permanente para os que se dispõem a trabalhar em áreas de escassez de médicos, no segundo.

As políticas financeiras se relacionam à remuneração e a incentivos financeiros para induzir o trabalho em áreas desassistidas. São variados os mecanismos utilizados para atrair e reter médicos nessas áreas. A mais comumente referida tem sido a de definir remuneração diferenciada, segundo regiões. No Canadá, os médicos de Québec recebem, nos três primeiros anos de prática, 115% da taxa básica Medicare se trabalharem em áreas remotas e regiões isoladas; 100%, nas regiões intermédias; e 70%, em todas as outras áreas, como forma de desestimular a concentração (Simoens, 2004). Sistemas de saúde que não realizavam provisão direta, como o do Canadá e da Nova Zelândia, introduziram regimes assalariados para o exercício em áreas rurais. Também foi introduzida, nestes países e no Reino Unido, a garantia de uma renda mínima para os médicos que atuam em áreas onde a escassa população coberta pode não ser economicamente viável para o profissional, assim como ajudas de custo para a transferência para áreas rurais.

3 ESCASSEZ DE MÉDICOS

O papel do profissional médico tem sido objeto de intenso debate, particularmente pela centralidade que lhe tem sido conferida no sistema de saúde brasileiro. Em 2013, esta questão esteve centrada na adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais para atender as necessidades do sistema de saúde, particularmente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vieira e Servo (2014) fazem referência aos estudos nacionais. Alguns deles abordam essa questão por meio de parâmetros normativos, definidos por comparações internacionais, entre regiões do país ou por especialidades, a partir do que se delimita a necessidade quantitativa desse profissional. Havia concordância sobre a distribuição inadequada desses profissionais no território, mas uma divergência sobre a necessidade de ampliar o quantitativo geral de médicos no Brasil. Essa discordância era principalmente destacada nos trabalhos dos conselhos de medicina, que afirmavam não haver escassez absoluta. Outros estudos adotam uma perspectiva econômica e analisam indicadores de escassez, como por exemplo, os diferenciais de remuneração entre profissionais de diferentes categorias.

Vieira e Servo (2014) adotam essa abordagem e apresentam outros indicadores de escassez relacionados à remuneração, comparando médicos com duas outras ocupações da área de saúde (cirurgião-dentista e enfermeiros) e outras ocupações de nível superior (engenheiros e área jurídica). Os resultados apontam que:

- a) ao longo dos anos 2000, a remuneração-hora média e mediana dos médicos havia crescido mais rapidamente que aquela das outras ocupações, particularmente a partir de 2006;
- b) no setor formal, o nível da remuneração média e mediana era menor apenas que as dos profissionais da área jurídica, mas, quando eram excluídas as ocupações relacionadas ao setor público, particularmente procuradores, desembargadores e juízes, estas diferenças ficavam bem menores;

- c) os indicadores de remuneração-hora média e mediana apresentam claros sinais de escassez;
- d) esses resultados ficam ainda mais evidentes quando a comparação é feita não apenas para os empregados no setor formal (com carteira assinada, funcionários públicos e militares), mas para todos os ocupados. As ocupações de médicos por conta-própria (autônomos) apresentam uma remuneração-hora bem superior à das ocupações da área jurídica, indicando a importância deste tipo de inserção para o aumento do diferencial de rendimento entre os profissionais ocupados como médicos e os outros profissionais; e
- e) quando são somadas as cargas horárias, considerando o trabalho principal e o trabalho secundário, a carga horária dos médicos é maior que das outras ocupações, e tem crescido nos últimos anos. Em 2009, o médico que tinha dois vínculos trabalhava, em média, 8,4 horas a mais que os profissionais da área jurídica e cinco horas a mais que os engenheiros.

Ao comparar inscritos em cursos de graduação de medicina por vagas, outro indicador de escassez, observa-se que há uma grande restrição do lado da oferta, relacionada à formação de profissionais médicos – este também é um indicador da atratividade do mercado de trabalho para médicos (demanda maior que oferta de vagas). Há distância significativa entre a medicina e os outros cursos e um crescimento acentuado da concorrência para ingresso em um curso de medicina, passando de uma relação de 23,7 inscritos por vaga, em 2009, para 48,2 em 2012. Os outros cursos ficaram com menos de dez inscritos por vaga. E não há indícios de que esta situação possa se reverter. A oferta de vagas em medicina, entre 2001 e 2012, cresceu muito menos que a demanda: o número de vagas cresceu 50%, ao passo que a demanda (inscritos em processos seletivos de graduação em medicina) cresceu quase 200%.

Como será apresentado a seguir, as primeiras ações de regulação do trabalho médico não atuavam diretamente sobre a questão da escassez profissional. Seu foco era a delimitação do campo de atuação e definição de regras para sua atuação. À medida que o debate foi avançando, algumas ações que incidem sobre as possíveis causas da escassez foram sendo implementadas.

4 REGULAÇÃO DO TRABALHO MÉDICO

O trabalho médico esteve entre os primeiros a ser objeto de diferenciação dentro do arcabouço regulador das relações trabalhistas, com a instituição dos Conselhos de Medicina, “destinados a zelar pela fiel observância dos princípios da ética profissional no exercício da medicina” (Brasil, 1945, Artigo 1º). Este ato legal institucionalizava, como condutor das decisões dos conselhos, o *Código de Deontologia Médica*, aprovado pelo IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro (1945),⁵ que continha, entre outros, capítulos que definiam deveres médicos em relação aos enfermos, à coletividade e aos colegas e estabelecia regras sobre serviços profissionais e honorários médicos.

5. O Código de Deontologia Médica (1945) foi aprovado durante o IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro, em 24 de outubro de 1944, e oficializado pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945.

Na década seguinte, um novo dispositivo legal regula os conselhos de medicina, que são convertidos em autarquia e dotados “de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira” (Brasil, 1957, Artigo 1º). Por este instrumento, o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina

são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (Brasil, 1957, Artigo 2º).

Poucos dispositivos legais trataram de questões relativas ao trabalho médico nas décadas seguintes. Dois dispuseram sobre a jornada de trabalho e remuneração de médicos da administração pública federal direta, das autarquias e das fundações públicas federais: a Lei nº 9.436, de 5 de fevereiro de 1997 e a Lei nº 12.702, de 7 de agosto de 2012. No setor público, os cargos de médico têm jornada de trabalho de vinte horas semanais (quatro horas diárias), sendo permitida aos servidores ocupantes de cargos efetivos a opção de exercer suas atividades em jornada de oito horas diárias. Um terceiro dispositivo tratava da inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em conselhos regionais de Medicina, de Odontologia e de Farmácia: a Lei nº 6.681, de 17 de agosto de 1979; e um quarto dispunha sobre o registro de empresas, de acordo com a atividade fim, nas entidades fiscalizadoras do exercício de profissões: a Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980.

O período entre a década de 1970 e o final dos anos 1990 foi marcado pela ampliação do assalariamento do profissional médico, com forte expansão do setor público e o crescimento de sistemas de pré-pagamento, seguros-saúde e cooperativas médicas, estes com atuação predominantemente nas regiões Sul e Sudeste. Este movimento se acentuou nas décadas seguintes.

Pesquisa realizada em 1995 apontava a multiplicidade de vínculos simultâneos e indicava que 69,7% dos médicos brasileiros tinham pelo menos um vínculo empregatício no setor público; 59,3% dos médicos brasileiros atuavam no setor privado e 74,7% deles trabalhavam em consultórios particulares (Machado, 1997).⁶ O assalariamento, com múltiplos vínculos simultâneos, se acentuou na primeira década do século 21, bem como se ampliaram também movimentos de terceirização e de flexibilização das relações de produção e serviços no setor de saúde, com o crescimento das cooperativas de trabalho e das sociedades civis de profissões regulamentadas (Girardi e Carvalho, [s.d.]).

Todas essas mudanças na configuração do trabalho médico foram permeadas por embates políticos e relações de trabalho conflituosas com os principais segmentos empregadores: setor público e saúde supletiva.

A autorregulação historicamente conquistada não se mostra mais suficiente para enfrentar o novo quadro. As entidades médicas passam a reivindicar maior presença do Estado na regulação das relações com o setor privado.

6. Médicos que atuam no setor privado são aqueles com alguma relação de trabalho, tanto formal quanto informal. Médicos que trabalham em consultório particular são trabalhadores autônomos ou empregadores.

Estudo publicado em 2007 pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) indicava que mais da metade dos médicos paulistas (55%) atendia, à época, pacientes por meio de planos de saúde, ou seja, prestavam serviços às operadoras de planos de saúde (CREMESP e IDEC, 2007). Destes, 43% (cerca de 21 mil médicos) afirmavam sofrer algum tipo de restrição ou imposição dos planos de saúde, afetando sua autonomia. A interferência dos planos envolvia, entre outras, a negação de autorização de consultas, internações, exames, procedimentos ou insumos (indicada por 82% dos médicos que afirmaram sofrer restrição); a glosa de procedimentos ou medidas terapêuticas (81%); atos diagnósticos e terapêuticos mediante designação de auditores (54%); tempo de internação de pacientes (55%); e descredenciamento (42%). O estudo concluía recomendando à Agência Nacional de Saúde (ANS) a “intervenção, conforme determina a legislação, na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços”, uma vez que “os médicos e demais profissionais de saúde estão cada vez mais submetidos a pressões e imposições que prejudicam os pacientes” (CREMESP e IDEC, 2007, p. 81). Destacava, entre as medidas recomendadas, a restrição ao descredenciamento unilateral pelas operadoras e a definição de regras e data-base para o reajuste dos honorários. Em 2010, o *Manifesto dos Médicos à Nação*, assinado pelas principais entidades de representação da categoria médica, reivindicava novamente um posicionamento e atuação da ANS.

Mais complexas são as relações com o setor público. A legislação que instituiu e regulamentou o SUS estabeleceu sua descentralização como diretriz. Neste quadro, embora a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios possam, em seu âmbito administrativo, ter “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (Brasil, 1990a, Artigo 15, inciso IX), a gestão das unidades de saúde é responsabilidade primordial das esferas subnacionais – e isso inclui a gestão do trabalho. Assim, a Lei nº 8.142 impôs aos municípios, aos estados e ao Distrito Federal, como condição para o recebimento de transferência de recursos financeiros federais, a criação de “Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a sua implantação” (Brasil, 1990b, Artigo 4º, inciso VI). Torna-se claro, assim, o caráter descentralizado da responsabilidade pela gestão da política de recursos humanos no âmbito do SUS, dentro de seu marco legal.

É inegável que a própria esfera federal foi leniente quanto ao cumprimento desse dispositivo e que as esferas subnacionais custaram a cumpri-lo. Como complicador, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), ao estabelecer limites aos gastos com pessoal de forma genérica, sem considerar a natureza intensiva em mão de obra das ações de saúde, agravou o quadro e induziu o Distrito Federal, os estados e os municípios a soluções de terceirização que fragilizaram ainda mais a gestão de recursos humanos no âmbito do sistema.

Contudo, a reivindicação dos médicos tem ignorado essa diretriz constitucional e pleiteado uma carreira federal para os médicos, diferenciando-os dos demais profissionais do SUS e desconsiderando que o caráter multiprofissional da atenção à saúde deve se refletir em um plano de carreira, cargos e salários que contemple esta diversidade. No *Manifesto dos Médicos à Nação* são apresentados argumentos que têm sido reiterados.

A proposta de criação da Carreira de Estado do Médico deve ser implementada, como parte de uma necessária política pública de saúde, para melhorar o acesso da população aos atendimentos médicos, especialmente no interior e em zonas urbanas de difícil provimento. No Brasil, não há falta de médicos, mas concentração de profissionais pela ausência de políticas – como esta – que estimulem a fixação nos vazios assistenciais, garantindo a equidade no cuidado de Norte a Sul (AMB, CFM e Fenam, 2010).

No Congresso Nacional tramita, desde 2009, uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que estabelece diretrizes para a organização da carreira de médico de Estado. Esta PEC introduz no texto constitucional um artigo que determina que “no serviço público federal, estadual e municipal a medicina é privativa dos membros da carreira única de médico de Estado, organizada e mantida pela União” (Brasil, 2009, Artigo 2º) e que “o médico de Estado exercerá seu cargo em regime de dedicação exclusiva e não poderá exercer outro cargo ou função pública, salvo uma de magistério, na forma desta Constituição” (Brasil, 2009, Artigo 2º, inciso II). Define também a remuneração por meio de um artigo, a ser acrescentado ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), a remuneração inicial da carreira e sua forma de reajuste. Definir a remuneração e sua forma de reajuste como ADCT é algo altamente questionável, por diferenciar os médicos em relação aos demais servidores do SUS e das demais carreiras do Executivo federal.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) entende que apenas a criação da carreira federal para médicos permitiria assegurar a presença de médicos em áreas remotas e periferias das grandes cidades, uma vez que a permanência do médico nestas localidades teria tempo determinado e a movimentação para outras localidades teria regras de promoção e progressão previamente definidas, a exemplo dos juízes federais.

Nos últimos anos, o governo vem desenvolvendo algumas ações relacionadas à ampliação de disponibilidade de profissionais em áreas remotas. O Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), instituído em 2011,⁷ tem como objetivo assegurar a composição de equipes multiprofissionais no âmbito da estratégia Saúde da Família, priorizando áreas em que a cobertura é mais difícil, com base em critérios previamente definidos.⁸ Busca recrutar profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído a graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe. A contratação era inicialmente efetivada pelos municípios, com a remuneração correspondente à dos profissionais das equipes de saúde da família em atividade, e recebiam, adicionalmente, bolsa do Ministério da Saúde (MS), fazendo jus a curso de especialização em saúde da família, com duração de um ano, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), com supervisão à distância e bônus em seleção de residência médica aos aprovados.

7. Para mais informações, consultar a Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/atvHfQ>>.

8. Para mais informações, consultar a Portaria GM/MS nº 1.377, de 13 de junho de 2011.

Em 2012, apenas 381 médicos aderiram, dos quais 350 obtiveram conceito satisfatório para recebimento de pontuação de 10% nas provas de admissão para residência. O edital para seleção em janeiro de 2013 foi dirigido apenas a médicos e introduziu uma nova forma de operação: contratos realizados diretamente pelo MS e padronização da remuneração em âmbito nacional, por meio de bolsa no valor de R\$ 10 mil. Esta nova modalidade provocou adesão mais ampla de profissionais, com 3,8 mil médicos atuando em 1,3 mil municípios. No edital seguinte, relativo a 2014, o MS inovou mais uma vez, permitindo que os médicos participantes do PROVAB há no máximo um ano possam migrar ao final deste período para o Programa Mais Médicos (criado em 2013, com condições similares) e continuar trabalhando por mais tempo no mesmo local.

Os dois mais recentes (e importantes) dispositivos legais relacionados ao trabalho médico surgiram no cenário nacional em 2013. Destinaram-se a definir e regular o ato profissional do médico e seu exercício profissional, por meio da chamada Lei do Ato Médico,⁹ e a intervir nos processos de formação e de alocação de profissionais em localidades descobertas, instituindo o Programa Mais Médicos.¹⁰

A Lei do Ato Médico¹¹ foi aprovada depois de mais de uma década de tramitação no Congresso Nacional, sendo marcada por um intenso debate com outras categorias profissionais e com o governo sobre a extensão das atividades privativas do médico pretendida, que subordinaria o trabalho de outras categorias profissionais à prescrição médica. O projeto, finalmente aprovado pelo Congresso Nacional, foi sancionado pela presidente da República com vetos, posteriormente aceitos pelo Legislativo. Os itens vetados diziam respeito ao monopólio médico para a realização de diagnósticos e prescrição de tratamentos, a indicação de órteses e próteses não temporárias, à prescrição de órteses e próteses oftalmológicas, à realização de alguns procedimentos invasivos e à exigência de prescrição médica para alguns procedimentos (Ipea, 2014).

Na Exposição de Motivos com a justificativa dos vetos, o Executivo afirma que a atribuição de exclusividade aos médicos para formulação do diagnóstico nosológico e a respectiva prescrição terapêutica

inviabiliza a manutenção de ações preconizadas em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no Sistema Único de Saúde e em rotinas e protocolos consagrados nos estabelecimentos privados de saúde. Da forma como foi redigido, o inciso I impediria a continuidade de inúmeros programas do Sistema Único de Saúde que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica (Brasil, 2013c).

A apreciação dos vetos pelo Congresso Nacional foi acompanhada de intensas manifestações contrárias ou favoráveis a sua aprovação. De um lado, os médicos e suas entidades de

9. Para mais informações, consultar a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/iMXEQq>>.

10. Para mais informações, consultar a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/RHbhOO>>.

11. Para mais informações, consultar a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/uNFZPN>>.

representação; de outro, entidades representantes de enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, biomédicos e integrantes de outras categorias ligadas à saúde.¹²

O Projeto de Lei nº 6.126, de 2013, encaminhado pelo Executivo e ainda em tramitação no Congresso Nacional, pretende regular os pontos que foram objeto de veto, definindo que cabe ao médico a “formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica, *ressalvados os diagnósticos e prescrições terapêuticas realizadas segundo protocolos e diretrizes clínicas do SUS*” (Brasil, 2013d, Artigo 4º, inciso I-A, grifos nossos) e estabelecendo que os procedimentos médicos vetados na legislação anterior deixem de ser privativos e ocorram “de acordo com a prescrição médica *ou de acordo com protocolos e diretrizes clínicas do SUS*” (Brasil, 2013d, Artigo 4º, parágrafo 5º, inciso II-A grifos nossos). Também estabelece que apenas “a direção e chefia de serviços médicos de caráter técnico que envolvem atividades privativas de médicos” (Brasil, 2013d, Artigo 5º, inciso I-A) é exclusiva de médicos, em substituição ao dispositivo anterior, que previa, de modo genérico, a exclusividade aos médicos da “direção e chefia de serviços médicos”. Com isso, o Estado intervém sobre a regulação da atividade profissional dos médicos, estabelecendo limites à autorregulação e balizando o poder pretendido pela categoria.

Os debates finais e as deliberações sobre a legislação que regula a Lei do Ato Médico ocorreram simultaneamente ao embate entre a categoria médica e o governo acerca da Medida Provisória (MP) nº 621/2013, que criou o Programa Mais Médicos.

O Programa Mais Médicos tem a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e inclui entre seus objetivos

diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; e aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação (Brasil, 2013a, Artigo 1º, incisos I, II e III).

O programa prevê a criação de 11,5 mil novas vagas de medicina e 12 mil de residência médica em todo o país; alterações na formação médica no Brasil; e a realização de processo de recrutamento de médicos para vagas identificadas em unidades de atenção básica do SUS que encontravam dificuldades em preenchê-las. Antevê também a possibilidade de realizar recrutamento internacional para vagas não preenchidas por candidatos formados e registrados no Brasil, sem que haja necessidade de prévia revalidação do diploma. Adicionalmente, estas medidas são associadas a investimentos para a melhoria da rede de serviços.

Para as atividades de formação profissional, o Ministério da Educação (MEC) pré-habilitou 49 municípios, em quinze estados, para sediar instituições privadas interessadas em abrir cursos de graduação em medicina (Brasil, 2013b).

O Programa Mais Médicos tem sido objeto de forte oposição das principais entidades médicas do país, que reagiram com críticas e medidas judiciais para tentar suspendê-lo.

12. Para ter um vislumbre dessa situação, ler a reportagem publicada pelo *G1* em 20 de agosto de 2013, intitulada Congresso conclui votação dos vetos de Dilma a quatro projetos. Disponível em: <<http://goo.gl/CEulhS>>.

A dispensa do exame de revalidação do diploma de médicos formados no exterior, as mudanças inicialmente propostas no ensino de graduação e a ampliação de vagas em cursos de medicina foram o foco central da resistência.¹³

A existência de mecanismos diferentes de incorporação de médicos estrangeiros – inscrições e contratos individuais e médicos vindos mediante acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – tornou-se o novo foco de conflito entre o governo e a categoria médica. As entidades questionam principalmente o fato de os recursos correspondentes às bolsas serem transferidos ao governo de Cuba e resultarem em contratos e remunerações desiguais, uma vez que o vínculo empregatício dos médicos cubanos é com o seu governo. Anteriormente, o CFM já havia condenado veementemente “qualquer iniciativa que proporcione a entrada irresponsável de médicos estrangeiros e de brasileiros com diplomas de medicina obtidos no exterior sem sua respectiva revalidação” como solução para a cobertura assistencial nas áreas de difícil provimento (CFM, 2013).

Durante a votação do Programa Mais Médicos, frente à resistência dos conselhos para o fornecimento de registro sem a submissão dos profissionais à prévia revalidação dos diplomas, o governo negociou com o Congresso Nacional e com o CFM a inclusão na lei de dispositivo que responsabiliza o MS pelo registro temporário no âmbito do programa.

5 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS – ACESSO E QUALIDADE

A formação de médicos esteve, por muito tempo, no país, sob a responsabilidade quase exclusiva do Estado. Desde a criação das primeiras escolas de medicina, na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808, durante o Império, até o final da década de 1950, havia apenas quatro instituições privadas responsáveis por cursos de medicina.

A partir da década de 1970, a presença de instituições privadas passou a crescer, intensificando-se na última década, tornando-se a rede privada responsável atualmente pela maioria dos cursos existentes no país (58%). Este movimento decorreu em grande parte das políticas de redução do papel do Estado predominantes no período 1980-1990, mantendo-se e acelerando-se na última década: dos setenta cursos criados entre 2003 e 2012, apenas dezesseis pertenciam a instituições públicas (23%). Cerca de 60% destes cursos se localizam nas regiões Sudeste e Sul (Martins, Silveira e Silvestre, 2013).

Ainda que seja uma situação comum a todas as áreas do ensino superior, esse quadro resulta em barreira ao acesso à formação médica, dado o elevado custo das mensalidades das escolas privadas e à acirrada concorrência nos processos seletivos das unidades públicas. Em 2012, as mensalidades das escolas privadas de medicina eram muito elevadas (Martins, Silveira e Silvestre, 2013), tornando o acesso aos cursos privados uma alternativa possível apenas à estreita parcela da população cuja renda suporta o ônus deste encargo.

13. No Senado, está em tramitação, desde 2011, o Projeto de Lei nº 34, que pretende regular “o exercício de profissões de saúde por estrangeiros em áreas carentes desses profissionais” (Brasil, 2011b, ementa), estabelecendo as condições em que será permitido e definindo que os conselhos regionais de fiscalização do exercício profissional das profissões darão inscrição provisória aos profissionais estrangeiros que, nas condições previstas na lei, possuam contrato de trabalho ou de serviço com organizações dos governos federal, estaduais ou municipais e que portem visto temporário pelo período de quatro anos, no máximo.

Iniciativas governamentais para minimizar a desigualdade no acesso ao ensino superior têm sido acionadas, com destaque para o Programa Universidade para Todos (ProUni) e o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies). Este último também tem sido utilizado, na área da saúde, para estimular a escolha da atenção básica como área de atuação de médicos recém-formados e para reduzir a desigualdade na distribuição regional de profissionais.¹⁴

O ProUni¹⁵ é dirigido a estudantes egressos do ensino médio da rede pública ou da rede particular na condição de bolsistas integrais, com renda familiar *per capita* máxima de três salários mínimos. Tem como finalidade a concessão de bolsas de estudo integrais ou parciais em cursos de graduação a alunos aprovados no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), em instituições de ensino superior privadas, oferecendo, em contrapartida, isenção de tributos àquelas instituições que aderirem ao programa. O Fies possibilita ao bolsista parcial financiar até 100% da mensalidade não coberta pela bolsa do programa. Estes programas, contudo, não atingem, atualmente, mais que 20% dos estudantes de medicina que estão em cursos privados (Martins, Silveira e Silvestre, 2013). Ademais, são necessárias avaliações sobre sua efetividade e impacto.

Outro mecanismo instituído pelo MEC que modifica a forma de acesso ao ensino superior é o Sistema de Seleção Unificada (Sisu), pelo qual as instituições públicas de ensino superior disponibilizam vagas para candidatos participantes do Enem. A ele se soma a lei federal de cotas, que reserva pelo menos 25% das vagas de cursos em instituições públicas de ensino superior aos alunos oriundos de escolas públicas e inclui uma reserva àqueles com renda familiar de até 1,5 salário mínimo (Brasil, 2012).

Há anos os Conselhos Federal e Regionais de Medicina vêm se pronunciando contrários à abertura de novas escolas de medicina, em particular a ampliação centrada em unidades privadas. Neste contexto, foram lançadas campanhas, pelo CREMESP (Novos cursos de medicina fazem mal à saúde), e até elaborado um projeto de lei (Projeto de Lei nº 65, de 2003)¹⁶ que garantia a moratória na abertura de cursos, estabelecia parâmetros para autorização de abertura e renovação de cursos de medicina e proibia a ampliação das vagas nas escolas já existentes. As campanhas visavam a chamar a atenção para a má qualidade de algumas escolas médicas do estado de São Paulo, sem qualificação do corpo docente, com precária organização didático-pedagógica e inexistência de instalações adequadas. No entender do órgão, estas escolas “vão gerar profissionais pouco qualificados para os atos médicos, com baixa estima profissional e que vão colocar em risco a saúde do cidadão” (Constantino, 2004).

A campanha iniciada pelo CREMESP se ampliou e recebeu adesão do CFM, da AMB, da Associação Paulista de Medicina (APM), da Confederação Médica Brasileira, do Sindicato dos

14. A Lei nº 10.260/2001 estabelece que o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) poderá abater mensalmente 1% do saldo devedor consolidado, incluídos os juros devidos no período e independentemente da data de contratação do financiamento, dos estudantes que, ao concluírem o curso, exercerem a profissão como “médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção desse profissional, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde” (Brasil, 2001, Artigo 6o, inciso II).

15. Criado pelo governo federal em 2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, em 13 de janeiro de 2005.

16. Para mais informações, consultar a íntegra do projeto de lei em: <<http://goo.gl/PBY9qk>>.

Médicos de São Paulo (SIMESP), da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), da Federação dos Médicos do Estado de São Paulo (FEMESP) e da Academia de Medicina de São Paulo.

Em junho de 2012, o CFM divulgou nota criticando o plano de ampliação de vagas nos cursos de medicina no país anunciado pelo MEC – o qual propunha a criação de 2.415 vagas, entre instituições públicas (1.615) e privadas (oitocentas) – e afirmando que “a abertura de novas escolas ou o aumento no número de vagas nas existentes é uma atitude desprovida de conteúdo prático e de bom senso” (CFM, 2012). Antecipando-se a esta reação, o ministro da Educação, ao anunciar o plano, disse que a expansão não seria feita em detrimento da qualidade e que apenas cursos e instituições bem avaliados estariam autorizados a abrir vagas.

Desde 1996, o MEC vem desenvolvendo iniciativas que visam analisar tanto a qualidade quanto a eficiência do ensino em cada área de conhecimento. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) analisa as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes, reunindo informações do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) e das avaliações institucionais e dos cursos.

No entanto, a formação médica demanda, além de corpo docente qualificado e infraestrutura para formação básica e clínica, a possibilidade de prática em hospitais de ensino e em toda a rede de assistência, o que nem todas as escolas conseguem assegurar, e sugere a necessidade de rigor nas autorizações e processos de avaliação permanente das instituições de ensino e do processo formativo dos estudantes ao longo do curso médico, bem como o acesso a programas de residência médica e educação continuada. Este é um desafio que o país deve enfrentar e que ultrapassa a ampliação do acesso.

O objetivo de ampliação de vagas em medicina foi incorporado ao Programa Mais Médicos. O compromisso com a expansão foi consolidado em dezembro de 2013, quando o MEC publicou a lista dos 49 municípios das cinco regiões do país, mediante a Portaria nº 731, que tiveram seus projetos pré-selecionados e poderiam abrir novos cursos em instituições de educação superior privadas. As cidades contempladas estão distribuídas em quinze estados das cinco regiões do país, e expectativa é que sejam criadas 3,5 mil novas vagas.

Contudo, se o objetivo de ampliação de vagas se cumprir, este não ocorrerá com o de desconcentração: 69% desses municípios estão localizados nas regiões Sudeste e Sul, onde atualmente se concentram os profissionais e a escassez de médicos não representa o maior problema. Além disso, esta expansão se dará pelo aumento de vagas em instituições privadas, o que exigirá a intensificação dos esforços de avaliação e controle da qualidade do ensino.

Os argumentos das entidades sobre a má qualidade da formação médica no país encontram respaldo em avaliações realizadas. Desde 2005, o CREMESP realiza um exame para avaliar os recém-formados em medicina no estado de São Paulo. A partir de 2012, o conselho tornou pré-requisito para a concessão do registro profissional a participação (mas não a aprovação)

no exame.¹⁷ Todos os formados naquele ano e os médicos que ainda não tinham registro no CREMESP deveriam fazer a prova. Estavam dispensados os médicos que já possuíam inscrição em outros conselhos regionais e que solicitassem inscrição secundária, ou transferência para o conselho, assim como médicos que já possuíam inscrição ou pedido de inscrição em andamento. Para a entidade, o objetivo da medida é fiscalizar a qualidade do ensino e ajudar as universidades a aperfeiçoarem os seus cursos. Os resultados verificados nos exames dos anos anteriores eram preocupantes: em 2010, 43% dos participantes foram reprovados (a prova prática reprovou 68%), e em 2011, 46% dos recém-formados não conseguiram aprovação (Costa, 2012).

Em 2012, primeiro ano em que a prova se tornou obrigatória para todos os recém-formados, o índice de reprovação foi de 54,5%, e entre os 2.843 médicos formados em São Paulo em 2013, este índice foi ainda maior, 59,2%.¹⁸ Realizada neste ano também por 485 médicos formados em outros estados e que pretendiam fazer residência médica ou exercer a medicina no estado de São Paulo, reprovou 350 candidatos, um índice de 72,2% (Yarak, 2014). Áreas como clínica e pediatria tiveram o pior desempenho na prova obrigatória em São Paulo. O índice de reprovação de egressos de instituições de ensino privadas foi mais que o dobro daqueles oriundos de escolas públicas: 71% ante 33,9% (Reolom, 2014). São resultados que reforçam os argumentos das entidades de representação da categoria quanto à baixa qualidade do ensino médico. Há, porém, uma discussão em andamento sobre os conteúdos e sobre o que deve ser objeto da avaliação, ou seja, qual prova permitiria avaliar os profissionais médicos que devem atuar no sistema brasileiro de saúde, com toda sua diversidade e especificidade.

O MEC mantém, há uma década, o Sinaes,¹⁹ formado por três avaliações principais: das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Com uma série de instrumentos, busca avaliar todos os aspectos que giram em torno destes três eixos, entre eles: o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, o corpo docente e as instalações.

O Enade, que integra o Sinaes, tem o objetivo de aferir o rendimento dos alunos dos cursos de graduação em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação, o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao aprofundamento da formação geral e profissional, bem como o nível de atualização dos estudantes com relação à realidade brasileira e mundial. Constitui um componente curricular obrigatório, sendo inscrita no histórico escolar do estudante somente a situação regular com relação a tal obrigação. Todavia, o exame não tem como objetivo a avaliação individual do aluno, mas aferir a qualidade dos cursos de graduação, por meio de uma composição entre as avaliações dos diversos alunos de cada instituição.

17. Para mais informações, consultar a publicação intitulada *Exame do Cremesp é obrigatório para registro profissional de médicos* na página eletrônica do conselho: <<http://goo.gl/pHXI2j>>.

18. Para ser aprovado, o examinando deveria acertar pelo menos 60% das 120 questões da prova.

19. Criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004.

De um modo geral, os cursos de instituições públicas têm apresentado um desempenho significativamente superior ao dos cursos da esfera privada. Em 2011, o MEC suspendeu 514 vagas oferecidas em dezesseis cursos de medicina, todos em instituições privadas que tiveram resultados insuficientes no Enade.

Além da graduação, a residência médica, considerada importante no processo formativo desse profissional, tem sido objeto de intenso debate no país. Esta modalidade de ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, destinada a médicos foi regulamentada no final da década de 1970.²⁰ No mesmo decreto que a regulamentou, foi também instituída a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável por credenciar os programas de residência, cujos certificados têm validade nacional; definir as normas gerais que deverão ser observadas pelos programas; e estabelecer os requisitos mínimos necessários que devem ser atendidos pelas instituições onde eles serão realizados, assim como os critérios e a sistemática de credenciamento.

A Resolução CNRM nº 02 estabeleceu, em 2006, regras para a oferta de programas de residência médica, disciplinando requisitos mínimos às instituições, tais como carga horária, estágios clínicos obrigatórios, processos de avaliação, entre outros aspectos. Esta resolução também determinou que 80% a 90% da carga horária do residente deverá ser cumprida sob a forma de treinamento em serviço (CNRM, 2006). As entidades de representação da categoria têm um papel relevante neste processo: apenas são autorizadas pela CNRM residências nas especialidades definidas em articulação com o CFM e a AMB.²¹ A regulamentação e certificação das áreas de atuação são de responsabilidade exclusiva da AMB.

Em 2011, um novo dispositivo legal passou a regulamentar a atuação da CNRM e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. A Plenária da CNRM passa a ser integrada por doze conselheiros, dos quais sete representam a categoria médica e cinco pertencem a órgãos de gestão das áreas de educação e de saúde. Neste novo marco legal está explicitado que “a regulação das instituições e dos programas de residência médica deverá considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS” (Brasil, 2011a, Artigo 2º, parágrafo único). Também foi atribuída à CNRM a competência para “promover a participação da sociedade no aprimoramento da residência médica no País” (Brasil, 2011a, Artigo 7º, inciso IV).

Residências multiprofissionais, que correspondem a programa de cooperação intersetorial para “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2005, Artigo 13, parágrafo 1º), foram instituídas em 2005. São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem todas as profissões da área

20. Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.

21. Para mais informações, ver Resolução CFM nº 1.785/2006 e Resolução CFM nº 1.763/2005.

da saúde,²² a saber: medicina, biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A dificuldade para preencher vagas de especialistas tem sido observada tanto na rede privada quanto na pública (embora nesta última as dificuldades sejam maiores). Pediatria, neurologia, anestesiologia, neurocirurgia, clínica médica, radiologia e cardiologia são as especialidades que apresentam maior problema de oferta. Hospitais públicos têm tido ainda dificuldade de recrutar especialistas em unidade de tratamento intensivo (UTI) pediátrica, de nefrologia e de psiquiatria. Na rede privada, as queixas se voltam também para a ausência de intensivista, ginecologia, ortopedia e cirurgia geral.²³

Grande parte dessas dificuldades está associada ao fato de que cerca de um terço dos estudantes que concluem a graduação em medicina não têm acesso assegurado nas residências médicas – e aqueles que as realizam optam por áreas mais voltadas para o mercado privado. O Programa Mais Médicos incluiu entre seus objetivos a criação de 12,4 mil novas vagas para especialistas até 2018, e pretende assegurar o acesso a todos os formandos em medicina a partir de então.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, o Estado brasileiro não se ocupou da regulação sobre a prática do exercício da medicina, atribuída ao Conselho Federal de Medicina. Com exceção da regulação da jornada de trabalho de servidores ocupantes de cargos efetivos integrantes das categorias funcionais de médico em órgãos da administração pública federal,²⁴ poucas medidas têm sido implementadas. Padrões de operação do setor privado prestador de serviços de saúde não têm sido objeto de intervenção estatal, à exceção da relativamente recente regulação sobre as empresas de saúde suplementar. Também não têm sido objeto de regulação as relações entre os sistemas público e privado de saúde. Igualmente, as intervenções sobre autorização e localização do exercício da medicina não têm sido objeto de regulação: o que tem sido feito é a criação de estímulos (especialmente salariais) em programas de governos, visando assegurar a presença de médicos, por tempo determinado, em localidades desassistidas.

Ações regulatórias têm sido desenvolvidas no campo da formação profissional, envolvendo, por exemplo, autorização para o funcionamento de cursos de medicina e o estabelecimento de parâmetros curriculares. Mais recentemente, alguns programas governamentais buscaram estimular a adequação da formação de médicos às necessidades do sistema público de saúde, buscando induzir a escolha por algumas especialidades e a abertura de cursos de medicina em regiões do país onde a presença de médicos é mais rarefeita. A expectativa é que estas medidas constituam um contraponto às tendências de mercado e assegurem a disponibilidade de

22. Para mais informações, ver Resolução CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998.

23. Para mais informações, ver a apresentação *Mais Médicos: expansão da residência médica e multiprofissional*. Disponível em: <<http://goo.gl/10mww>>.

24. Para mais informações, ver Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961; Lei nº 9.436, de 5 de fevereiro de 1997; e Lei nº 12.702, de 7 de agosto de 2012.

profissionais com formação adequada às necessidades do sistema público de saúde em todas as regiões do país.

Além de questões relacionadas à ampliação da oferta e regulação da atividade profissional do médico, cabe ressaltar a importância de se discutir a organização de um sistema de saúde que valorize os diversos profissionais que nele trabalham.

O governo federal incentiva a organização da atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS, por meio da estratégia Saúde da Família. Esta estratégia é operacionalizada mediante equipes, principalmente as denominadas equipes de saúde da família (ESFs), composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Elas devem atuar de forma sistemática, multiprofissional, com foco na comunidade, na assistência qualificada e resolutiva e em ações de prevenção e promoção da saúde.

Dessarte, para organização do sistema de saúde, reconhece-se, inclusive na política nacional, a importância de equipes multiprofissionais. Contudo, o debate público atual tem feito pouca referência ao papel destes profissionais.

Com relação aos enfermeiros, por exemplo, estudos que avaliam experiências internacionais, incluindo revisões sistemáticas da literatura, têm demonstrado que a ampliação do papel dos enfermeiros – quer substituindo, quer complementando o trabalho realizado por médicos – pode aumentar o acesso aos serviços de saúde e apresenta impactos positivos com relação à satisfação dos usuários dos serviços, em geral porque tendem a realizar consultas mais prolongadas e a prestar serviços mais completos de aconselhamento e educação em saúde. Além disso, não há diferença significativa em relação aos resultados de saúde relacionados a serviços prestados por médicos e enfermeiros, desde que estes estejam adequadamente capacitados para o exercício de suas funções. Os estudos são inconclusivos quanto ao seu impacto sobre os custos (Buchan e Dal Poz, 2002; Laurant *et. al.*, 2004; Delamaire e Lafortune, 2010). Contudo, os indicadores nacionais têm mostrado que o número total de enfermeiros com registro ativo nos conselhos é inferior ao de médicos (Ripsa, 2012) e, ainda que a proporção de graduados em enfermagem tenha superado a de medicina, a proporção enfermeiros por médico é muito inferior à observada em outros países.²⁵ No Brasil, esta razão é menor que um, e se torna próxima de três quando são considerados os profissionais com formação técnica ou fundamental. Esta comparação internacional poderia indicar que alguns serviços nacionais de saúde utilizam mais profissionais de enfermagem que o sistema brasileiro.

Ainda com relação aos enfermeiros, muitos profissionais formados encontram-se em ocupações de nível médio ou fundamental. Suas remunerações têm crescido menos que a dos médicos (Vieira e Servo, 2014) e também que a de técnicos ou auxiliares de enfermagem (UFMG, 2010). Assim como tem sido feito para o médico, faz-se necessário realizar um debate sobre a qualidade e certificação de habilidades de outros profissionais que atuam no sistema de saúde.

25. Conforme informações disponibilizadas no banco de dados da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), OECD.StatExtracts. Disponível em: <<http://goo.gl/kABQ6w>>. Acesso em: set. 2013.

Esses indicadores apontam a necessidade de se pensar em uma política de recursos humanos integrada, envolvendo todos os profissionais e que considere o sistema de saúde em seu conjunto. Medidas de ampliação da oferta de recursos humanos não podem ser pensadas fora do contexto do sistema de saúde brasileiro. Devem ser propostas soluções adequadas para outros problemas, como ações de melhoria da qualificação de todos os profissionais, planejadas a partir das necessidades da atenção básica e todo o SUS.

Outra questão importante a ser tratada é a dos múltiplos vínculos ou prática dual, isto é, a prática adotada por alguns médicos de prestar assistência à saúde tanto no sistema público quanto no sistema privado, levando à competição por recursos limitados. Adicionalmente, médicos que atuam tanto no setor público quanto no setor privado podem adotar comportamentos com consequências negativas para o primeiro, como não cumprir a jornada de trabalho contratada; diminuir a qualidade da assistência no sistema público para induzir uma maior demanda por serviços privados; praticar *cream-skim*, isto é, tratar os casos mais simples em suas atividades privadas e transferir os casos mais complexos para o setor público; e prover tratamentos mais custosos no setor público, de modo a aumentar seu prestígio e atrair mais pacientes para as suas atividades privadas. Médicos dualistas também podem utilizar instalações e equipamentos públicos na assistência a pacientes privados, drenando recursos públicos e afetando negativamente a provisão de assistência no sistema público (Sá, no prelo).

As estratégias de regulação da prática dual envolvem, entre outros: proibição completa, como no Canadá; restrição sobre a renda obtida no setor privado, como na Inglaterra, onde especialistas contratados pelo National Health Service (NHS, sigla que identifica o sistema nacional hospitalar, equivalente ao SUS) podem ganhar no máximo 10% de sua renda bruta no setor privado; incentivos para trabalho exclusivo no setor público, como na Espanha, onde os salários para contratos exclusivos com o setor público são maiores; e a adoção de salários competitivos no setor público (Garcia-Prado e Gonzalez, 2007).

REFERÊNCIAS

AMB – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; FENAM – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Manifesto dos médicos à nação**. In: ENCONTRO NACIONAL DAS ENTIDADES MÉDICAS, 12. Brasília: AMB; CFM; Fenam, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/UMJl79>>.

ANDERSON, M.; ROSENBERG, M. W. Ontario's underserved area program revisited: an indirect analysis. **Social science and medicine**, v. 30, n. 1, p. 35-44, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945. Institui Conselho de Medicina e dá outras providências. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1945. Disponível em: <<http://goo.gl/ZayRdO>>.

_____. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Congresso Nacional, 1957. Disponível em: <<http://goo.gl/KhZJvs>>.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990a. Disponível em: <<http://goo.gl/7Ly9YP>>.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990b. Disponível em: <<http://goo.gl/YSQUIO>>.

_____. Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/8aTpbp>>.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: <<http://goo.gl/zVv1QD>>.

_____. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição nº 454, de 2009. Altera o Título VIII, Capítulo II, Seção II – “Da Saúde”, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/BEHSZ6>>.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília: Presidência da República, 2011a. Disponível em: <<http://goo.gl/nL6FB>>.

_____. Senado. Projeto de Lei nº 34, de 2011. Dispõe sobre o exercício de profissões de saúde por estrangeiros em áreas carentes desses profissionais. Brasília: Senado, 2011b. Disponível em: <<https://goo.gl/>>.

_____. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/rJkMgp>>.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2013a. Disponível em: <<http://goo.gl/9f2LLO>>.

_____. Ministério da Educação. Portaria nº 731, de 19 de dezembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 2013b. Seção 1, n. 247, p. 26-27.

_____. Presidência da República. Mensagem nº 287, de 10 de julho de 2013. Brasília: Presidência da República, 2013c. Disponível em: <<http://goo.gl/ubBJC1>>.

_____. Projeto de Lei nº 6.126, de 2013. Altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília: Congresso Nacional, 2013d. Disponível em: <<http://goo.gl/BhAJJI>>.

BUCHAN, J.; DAL POZ, M. R. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 7, 2002, p. 575-580. Disponível em: <<http://goo.gl/o3tio9>>.

CANTOR, J. C. *et al.* Physician service to the underserved: implications for affirmative action in medical education. **Inquiry**, v. 33, n. 2, Summer 1996, p. 167-180.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan./jun. 2002, p. 122-135. Disponível em: <<http://goo.gl/NXB0fc>>.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Nota do CFM sobre abertura de novas vagas em cursos de medicina. **Conselho Federal de Medicina**, 5 jun. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/S6ORNy>>.

_____. **Nota do Conselho Federal de Medicina contra a entrada de médicos estrangeiros**. Brasília: CFM, 6 de maio de 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/AbXA8q>>.

CNRM – COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução nº 02, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: <<http://goo.gl/n6S9qg>>.

CONSTANTINO, C. F. **Abertura de novos cursos de medicina: moratória!** Jornal do CREMESP, ed. 198, n. 2, 2004. Editorial. Disponível em: <<http://goo.gl/yVoyXR>>.

COSTA, M. M. CREMESP institui exame obrigatório para formados em Medicina. **iG**, 24 jul. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/qzieHy>>.

CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; IDEC – INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de saúde: nove anos após a Lei 9.656/98**. São Paulo: CREMESP e IDEC, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/V6wgMm>>.

DELAMAIRE, M.-L.; LAFORTUNE, G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. **OECD health working papers**, n. 54, Jul. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/olHMOC>>.

DOLEA, C.; STORMONTA, L.; BRAICHETA, J.-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bull World Health Organ**, Switzerland, v. 88, 2010, p. 379-385. (Special theme – health workforce retention in remote and rural areas). Disponível em: <<http://goo.gl/TgFBkg>>.

DONALDSON, C.; GERARD, K. **Economics of health care financing: the visible hand**. London: McMillan Press, 1993.

DRÄGER, S.; DAL POZ, M. R.; EVANS, D. B. **Health workers wages: an overview from selected countries**. Switzerland: WHO, 2006. (The world health report 2006 – working together for health). Disponível em: <<http://goo.gl/A23OT2>>.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human Resources for Health**, Washington, v. 4, n. 12, May 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/20VvWj>>.

GARCIA-PRADO, A.; GONZALEZ, P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. **Health policy**, v. 84, n. 2-3, Dec. 2007, p. 142-52.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, [s.d.]. Disponível em: <<http://goo.gl/8YAxbp>>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, n. 22. Brasília: Ipea, 2014. p. 143-224. Disponível em: <<http://goo.gl/qasdy4>>.

LAURANT, M. *et al.* Substitution of doctors by nurses in primary care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Canada, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/3C9hJH>>.

MACHADO, M. H. (Coord.) **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://goo.gl/bAmMAo>>.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções**. 2013. Brasília: MS, 2013. (Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras). Disponível em: <<http://goo.gl/HyUIUR>>.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun. 2012, p. 571-576. Disponível em: <<http://goo.gl/b2RIWx>>.

RELMAN, A. S.; REINHARDT, U. E. Debating for-profit health care and the ethics of physicians. **Health affairs**, Summer 1986. Disponível em: <<http://goo.gl/OqJ4CE>>.

REOLOM, M. Mais da metade dos médicos acertou menos de 60% da prova do CREMESP. **O estado de S. Paulo**, São Paulo, 22 jan. 2014. Saúde. Disponível em: <<http://goo.gl/tUsmhw>>.

SÁ, E. B. de. **Subsídios públicos à Saúde Suplementar e suas consequências: relatório de pesquisa**. Brasília: Ipea. No prelo.

SIMOENS, S. Experiences of organization for economic cooperation and development countries with recruiting and retaining physicians in rural areas. **Australian journal of rural health**, v. 12, n. 3, Jun. 2004, 12, p. 104-111.

UFGM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia Saúde da Família – 2010: relatório técnico final**. Belo Horizonte: Editora da UFGM, jul. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/HjXAYY>>.

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos. **Radar: tecnologia, produção e comércio exterior**, v. 32, abr. 2014. p. 7-18. Disponível em: <<http://goo.gl/VMLjBF>>.

YARAK, A. Quase 60% dos médicos formados são reprovados no Exame do CREMESP. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 22 jan. 2014. Cotidiano. Disponível em: <<http://goo.gl/PZXg0m>>.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de escolas de medicina no Brasil:** relatório de um cenário sombrio. 2. ed. São Paulo: AMB; Brasília: CFM, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/CeaSuk>>.

NERI, M. C. (Coord.). **Escassez de médicos:** relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da FGV. Disponível em: <<http://goo.gl/Sc6ihc>>.

SILVA, P. **Vocabulário jurídico.** 28. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2010.