

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

**Relatório produzido pela Subcomissão de Estudo e Avaliação das
Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil**

Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde

Brasília, junho de 2009

ANEXOS

- 1. Programas e vagas credenciadas de Residência Médica nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste**
- 2. Requisitos mínimos para formação nas especialidades médicas**
- 3. Hospitais de Ensino no Brasil e critérios para certificação**
- 4. Resolução da CNRM sobre Intercâmbios Interinstitucionais**

1. Introdução

Em 18 de setembro de 2007, os ministros da Saúde, José Gomes Temporão, e da Educação, Fernando Haddad, instalaram a *Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde*, instituída por Decreto de 20 de junho de 2007, com o papel de estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para a regulação de cursos superiores na Saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo necessidades regionais.

Conforme previsto no Artigo 4º, inciso 1º, do Decreto que cria a Comissão, a SESU/MEC e a SGTES/MS, por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007, instituíram a *Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil* com os objetivos de: (i) subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação de médicos especialistas; (ii) subsidiar a definição de critérios para a qualificação e regulação da formação de médicos especialistas; (iii) identificar periodicamente a demanda quantitativa e qualitativa de especialistas no país, assegurando as necessidades do SUS em todos os níveis de atenção; (iv) subsidiar a política de incentivo à fixação conforme as necessidades regionais e (v) identificar periodicamente a capacidade instalada no SUS a fim de subsidiar sua plena utilização no processo de formação de especialistas na área da Saúde.

O primeiro relatório apresentado pela **Subcomissão de estudos e avaliação das necessidades de médicos especialistas** buscou analisar a distribuição das especialidades médicas no país e do oferecimento de vagas de formação na modalidade Residência Médica. Concluiu-se que esta distribuição é bastante irregular e que há escassez em algumas áreas, em especial as áreas relacionadas: à evolução do perfil epidemiológico da população, principalmente ligadas ao envelhecimento e aumento de morbi-mortalidade decorrente de causas externas; áreas onde as normas de funcionamento e credenciamento dos serviços trazem exigências específicas de incorporação de especialistas, sobretudo na alta complexidade e as áreas relacionadas às políticas públicas estratégicas para o SUS. Foi sugerido analisar, inicialmente, as seguintes especialidades: Cancerologia, Geriatria, Medicina Intensiva, Psiquiatria, Pediatria-Neonatologia e Medicina de Família e Comunidade. Além disso, o documento também apresentou as seguintes prioridades: Melhora dos sistemas de informação para

um melhor dimensionamento da RM (dados sobre vagas ocupadas e financiamento); identificação das prioridades a partir dos Colegiados de Gestão Regionais; a contratualização com Hospitais de ensino como instrumento de indução e a construção de políticas de fixação em locais prioritário.

A SGETS e a SESU vêm dando continuidade aos estudos, focando as necessidades nas macro-regiões mais carentes do país, com os objetivos de:

- ✓ analisar com maior detalhamento a distribuição de cada uma das especialidades prioritárias, estabelecendo relação com a dinâmica do mercado de trabalho
- ✓ identificar as medidas necessárias para maximizar a capacidade instalada para a formação na especialidade na macrorregião, em caso de sub oferta de especialistas
- ✓ identificar as medidas necessárias para maximizar a qualidade da formação na especialidade, de forma a atender ao compromisso do Sistema de Saúde
- ✓ definir medidas efetivas de fixação de especialistas conforme as necessidades regionais, levando em consideração as condições de oferta e demanda do mercado de trabalho em cada microrregião considerada
- ✓ definir medidas efetivas de qualificação, incluindo diferentes modalidades de cursos e iniciativas presenciais e/ou virtuais, para atender as demandas do Sistema de Saúde.

O desenvolvimento das atividades e, em particular, a recente aproximação com a realidade das regiões da Amazônia legal e nordeste, notadamente pela mobilização para redução da mortalidade infantil, gerou um redirecionamento das prioridades até então estabelecidas, como descrito a seguir.

2. A construção de novas prioridades de intervenção

2.1. Intervenções estruturantes e intervenções focais

O trabalho vinha sendo desenvolvido considerando que a indução da formação de especialistas pretendida deveria resultar da interlocução entre as demandas do

sistema de saúde, focadas na organização de Redes de Atenção, orientadas a agravos prevalentes, e as necessidades das instituições formadoras com potencial de resposta em cada macrorregião para desenvolverem programas de Residência Médica.

A iniciativa de indução foi concebida na interseção entre dois vetores:

- a) um vetor horizontal de **intervenções estruturantes** para a Residência Médica, com a definição de diretrizes nacionais, avaliação das condições de oferta dos programas e monitoramento da qualidade.
- b) um vetor vertical, **de intervenções focais**, de curto prazo, com resultados imediatos, focados em prioridades inquestionáveis. Nesse caso, a intervenção poderia incidir inicialmente em estados com **zero programas** nas especialidades importantes.

A Comissão Nacional de Residência Médica iniciou este ano um conjunto de ações no sentido de construir Diretrizes Nacionais para a Residência Médica (a semelhança do que ocorreu com a graduação médica) e ainda um amplo processo de avaliação dos programas existentes. Desta forma, espera-se que um conjunto de ações estruturantes seja implementado a médio e longo prazos, no sentido de proporcionar mudanças no modelo atual dos programas de Residência Médica.

As intervenções focais, por sua vez, devem partir de necessidades regionais, privilegiando estados em que haja uma maior carência de programas (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e em áreas prioritárias (zero programas de áreas estratégicas).

2.2. Priorização de áreas para formação das Redes de Atenção

O contacto com as equipes técnicas do Ministério da Saúde trouxe elementos importantes de reflexão, que geraram o redirecionamento das prioridades - até então focadas em especialidades - para áreas de intervenção, que se superpõem as linhas de cuidado em construção para o enfrentamento de questões essenciais nessas regiões e a formação das Redes de Atenção. São definidas com áreas prioritárias: **atenção básica, saúde mental, atenção oncológica, atenção obstétrica e pediátrica e urgências/emergências.**

2.3. Priorização das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste

A análise dos dados sobre programas de Residência Médica em especialidades selecionadas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ANEXO 1) com vistas a identificar as prioridades inequívocas, ou seja, inexistência de programa da especialidade no estado, mostrou os seguintes resultados:

Região Norte (AM, AC, RR, RO, AM, PA) = 6 estados

Necessidade de intervenção em:

- 4/6 estados= cancerologia, cardiologia, medicina intensiva, nefrologia, neurologia/neurocirurgia, psiquiatria, neonatologia, ortopedia, radiologia.
- 3/6 estados= medicina de família e comunidade, anestesiologia.

Região Nordeste (BA, SE, AL, PE, RN, PI, MA, PB) =8 estados

Necessidade de intervenção em:

- 5/8 estados= cardiologia, neuro/neurocirurgia, cancerologia.
- 4/8 estados= radiologia.
- 3/8 estados= neonatologia, medicina intensiva, psiquiatria.
- 2/8 estados= ortopedia, nefrologia, anestesia, medicina de família e comunidade.

Região Centro-Oeste (DF, GO, MT, MS, TO) = 5 estados

➤ **Tocantins não possui nenhum programa de RM.**

Necessidade de intervenção em:

- 3/5 estados= radiologia.
- 2/5 estados= cardiologia, psiquiatria, medicina de família e comunidade, neuro/neurocirurgia.
- 1/5 estados= todos de áreas prioritárias.

Buscaram-se identificar, também, os estados mais críticos e aqueles com potencial de serem pólos regionais de apoio á formação, ou seja, aqueles que possuíam todos os programas ou a maioria deles.

Na região norte os pólos devem ser **Amazonas e Pará**, sendo os Estados mais críticos: **Acre, Amapá, Roraima e Rondônia**. Na região nordeste os pólos seriam **Pernambuco, Ceará, Bahia**; sendo **Paraíba, Sergipe, Piauí** os estados em situação mais crítica, enquanto **Maranhão, Alagoas** encontram-se em situação intermediária. Na região Centro-Oeste o pólo é o **Distrito Federal**, sendo intermediários **Goiás e Mato Grosso do Sul**, e os estados mais críticos **Tocantins e Mato Grosso**.

As especialidades prioritárias que poderiam justificar ação conjunta nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste segundo os critérios de inexistência de programas revelaram uma superposição aproximada com aquelas apontadas na primeira etapa de discussões: psiquiatria, cardiologia, neuro/neurocirurgia, ccncerologia, urgências, neonatologia.

Nesse momento foi pensado que seria importante o **fomento prioritário de especialidades em que o estado possua capacidade instalada e cumpra os requisitos mínimos para o oferecimento de programas** (ANEXO 2), especialmente em áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria). Aquelas em que o estado não possua capacidade instalada poderiam ser firmados **intercâmbios com estados pólos e ainda instituições de reconhecida competência no país**. Estas poderiam ocupar na mediação de interesses, em ganhos de legitimidade apoio técnico-científico para todos os envolvidos (pólos e estados que precisam de indução). São exemplos claros o INCOR, o INCA, o INTO, entre outros.

O processo de contratualização com os Hospitais de Ensino também poderá ser um mecanismo indutor de abertura de vagas em áreas prioritárias (ANEXO 3). Os Hospitais Universitários Federais poderão ter incentivos como parte do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

3. Sinergias na abordagem por áreas de intervenção

3.1. A articulação educação- trabalho-gestão

As diretrizes para a formação de especialistas a serem propostas devem ser orientadas pela plena compreensão das relações entre educação-trabalho- gestão, tal como expresso pelas portarias 198 e 1996 e pelas diretrizes de regionalização que buscam associar a flexibilidade gerencial ao compromisso com metas de desempenho, mediante a introdução de mecanismos de responsabilização, acompanhamento e

avaliação e com uma clara priorização dos profissionais de saúde em termos de qualificação e do estabelecimento de relações adequadas de trabalho. Esses objetivos só podem ser alcançados de forma efetiva mediante o dimensionamento adequado em termos quanti e qualitativo das equipes e das tecnologias requeridas para o atendimento das necessidades de saúde na região.

O trabalho com áreas de intervenção que se superpõem as iniciativas de organização de linhas de cuidado - envolvendo diferentes níveis do sistema- favorece, inquestionavelmente, a interlocução com as esferas de gestão, potencializando a articulação da formação em nível de residência com as necessidades do sistema.

3.2. Sinergia entre cenários da formação e espaços de prática na linha de cuidados

A maior parte dos programas de especialização no país, incluindo os de Residência Médica, tem seus currículos organizados com base em conteúdos disciplinares e definição de cargas horárias. Não é por outra razão que muitas especialidades têm apresentado como justificativa para ampliação do tempo de formação o aumento de conhecimentos em sua área específica. A contraposição a essa tendência inexorável de crescimento exponencial do conhecimento técnico-científico é a formação orientada por competência, cujo foco está centrado nos desempenhos esperados nas áreas de competência que definem um dado especialista e não apenas nos conteúdos de sua formação. Essa orientação do currículo sintetiza uma expressiva mudança nos pressupostos e na organização dos atuais cursos de formação para profissionais de saúde, exigindo uma política indutiva de qualificação de programas de formação de especialistas, na qual os cenários de formação são aqueles relevantes para a organização de toda a linha de cuidados e nos quais os residentes se responsabilizam, com graus crescentes de autonomia ao longo da formação, pelas tarefas exigidas da equipe de saúde no controle dos agravos prevalentes.

Nesse sentido, os residentes devem ser parte das equipes de trabalho, em diferentes cenários da formação, com atribuições de complexidade crescente nos serviços. Isso implica em articulação e pactuação entre instituições formadoras e de prestação de serviços do SUS com vistas ao desenvolvimento de capacidades nos residentes e à transformação das práticas de cuidado, ambas orientadas ao atendimento das necessidades de saúde.

Os hospitais de ensino, nesse sentido, devem ocupar um lugar de destaque como pólos de apoio a essas iniciativas, devendo ser considerados como atores estratégicos na pactuação com os diferentes programas com as esferas de gestão do SUS em nível local e regional.

3.3. Áreas de intervenção como cenários de formação médica multiespecializada

A consideração de áreas de intervenção favorece o desenvolvimento a um só tempo de cenários para a formação médica em várias especialidades. Um exemplo evidente é o da área de urgência e emergência: investimentos que assegurem aumento da capacidade instalada nessa área poderão viabilizar a formação em especialidades tais como: traumato-ortopedia, neurocirurgia, medicina intensiva, cardiologia, saúde mental, gineco-obstetricia, pediatria, entre outras. Cada uma das áreas prioritárias apresentadas favorece a formação em mosaicos de várias especialidades, ampliando o potencial da intervenção.

3.4. Áreas de intervenção como cenários de ação interprogramática

O desenvolvimento de infraestrutura de suporte aos programas de Residência Médica pode ser em muito favorecido pela sinergia de ações diversas desenvolvidas no âmbito dos ministérios da educação e da saúde. Entre eles merecem destaque: programa de qualificação docente (FAIMER); o PROSAUDE e o PETAUDE, alavancando a integração das instituições formadoras e o SUS, ajustando conteúdos e processos educativos no nível de graduação; a RUTE, favorecendo a conexão entre as instituições universitárias com o emprego de tecnologias de informação e comunicação; telemedicina & telessaúde, assegurando a conexão entre municípios de diferente porte e serviços de complexidade diversa para a ampliação da resolutividade da assistência.

Uma política indutiva de qualificação de programas de formação de especialistas deveria operar na perspectiva da (i) regulação de quantidade indissociada da noção de qualidade dos programas; (ii) sinergia entre graduação e pós-graduação *stricto e lato sensu*; (iii) qualidade, que articula condições para acreditação institucional e cenários de prática legitimados para certificação de especialidades; (iv) indução, que legitima critérios de acreditação como conteúdo de contratualização; (v) gestão, que reconhece na formação os mesmos elementos de inovação, desenvolvimento e mudança

que promove;(vi) inovação, que articula as dimensões do ensino às de assistência e pesquisa.

4. Identificação das necessidades por estado e criação de um Plano de ação estadual

A partir das prioridades apontadas, propõe-se que seja realizado em cada estado um **Plano de ação estadual**, que busque articular o conjunto dos atores já atuantes na Gestão da Educação estadual, bem como as instituições formadoras, em especial Hospitais de Ensino e hospitais que ofereçam programas de Residência Médica. Este plano deverá conter as necessidades de médicos especialistas em cada estado, bem como a capacidade instalada para abertura de novos programas. Deverá ser levado em conta a pactuação já realizada da política de educação permanente do estado, bem como outras políticas relacionadas às áreas prioritárias: **atenção básica, saúde mental, atenção oncológica, atenção obstétrica e pediátrica e urgências/emergências**. Deverão ser privilegiados como locus de abertura de novos programas os Hospitais já credenciados como de Ensino. Nos estados em que não há Hospitais Ensino, deverão ser priorizados aqueles hospitais que reúnam maiores atributos como campo de ensino, bem como que deverão ser realizados investimentos para que estes hospitais consigam a certificação.

Para dar início a elaboração dos planos estaduais, propõe-se a organização de três oficinas com representação das regiões prioritárias (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) na cidade de Brasília, com o objetivo de elaborar propostas estaduais para a formação de médicos especialistas, com a aproximação das necessidades e a capacidade instalada de cada estado. Para tanto, serão convidados os gestores de cada estado e mais os representantes dos Hospitais de Ensino de cada região. Os estados deverão responder um questionário antes da oficina com o detalhamento dos equipamentos já disponíveis e as possibilidades de expansão da formação médica especializada. Segue a proposta de datas para a realização das oficinas:

- ✓ **29 de julho: Região Norte**
- ✓ **05 de agosto: Região Nordeste**
- ✓ **12 de agosto: Região Centro-Oeste**