

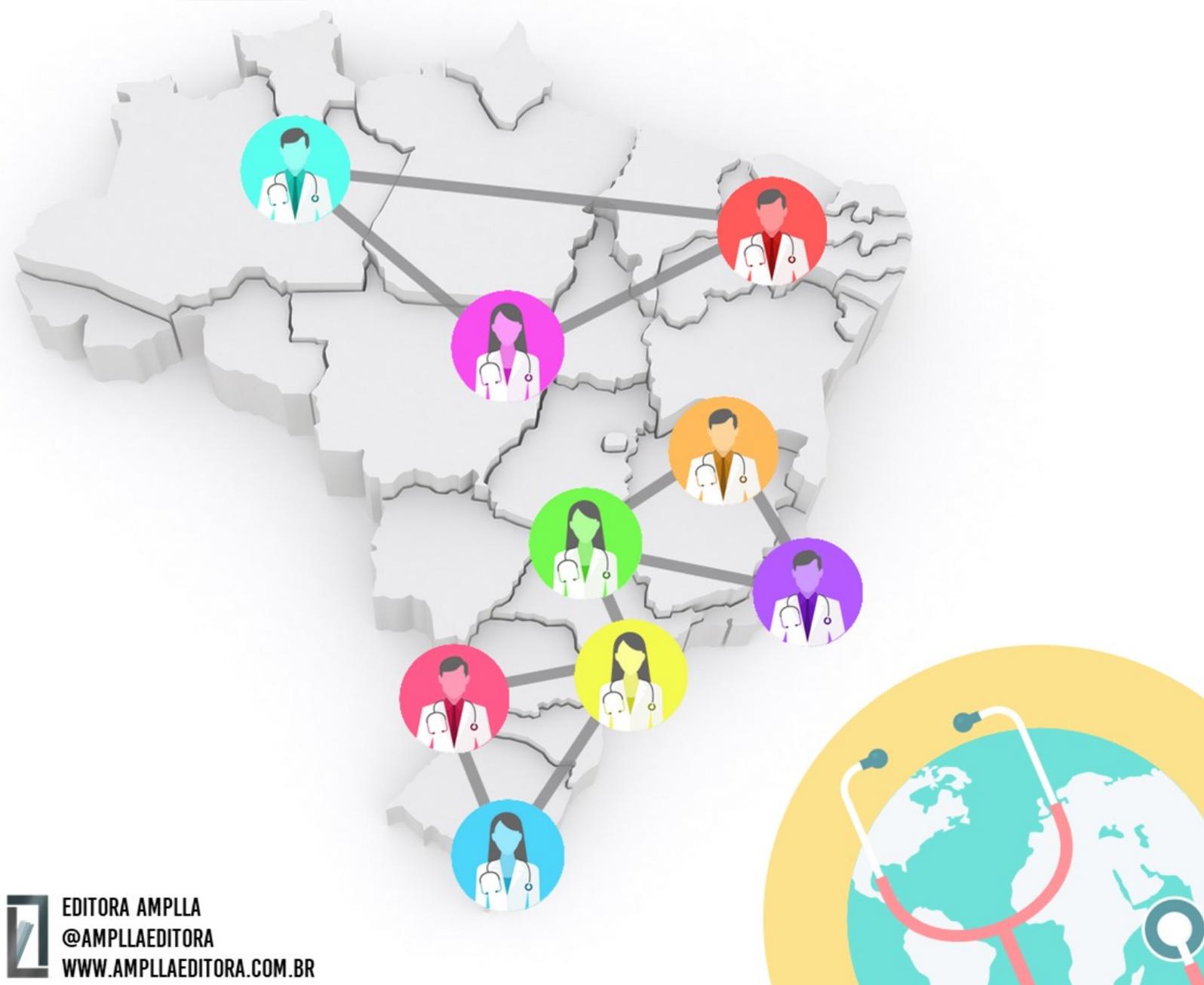
COM QUANTOS MÉDICOS SE GARANTE O DIREITO À SAÚDE?

ANÁLISE HISTÓRICA DA RESERVA DE MERCADO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL E OS RISCOS NA GARANTIA DO DIREITO SANITÁRIO

Evandro Gil de Souza

Antônia Gonçalves de Souza

Luís Paulo Souza e Souza



COM QUANTOS MÉDICOS SE GARANTE O DIREITO À SAÚDE?

ANÁLISE HISTÓRICA DA RESERVA DE MERCADO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL E OS RISCOS NA GARANTIA DO DIREITO SANITÁRIO

Evandro Gil de Souza

Antônia Gonçalves de Souza

Luís Paulo Souza e Souza



2020 - Editora Amplla
Copyright © Editora Amplla
Copyright do Texto © 2020 Os autores
Copyright da Edição © 2020 Editora Amplla
Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares
Diagramação: Higor Costa de Brito
Edição de Arte: Higor Costa de Brito
Revisão: Os autores

COM QUANTOS MÉDICOS SE GARANTE O DIREITO À SAÚDE? ANÁLISE HISTÓRICA DA RESERVA DE MERCADO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL E OS RISCOS NA GARANTIA DO DIREITO SANITÁRIO está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, não representando a posição oficial da Editora Amplla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Amplla pelos autores.

ISBN: 978-65-88332-05-4

Editora Amplla
Campina Grande – PB – Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br

EDITORA
AMPLLA
2020

CONSELHO EDITORIAL

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo - Universidade Estadual do Ceará
Carla Caroline Alves Carvalho - Universidade Federal de Campina Grande
Cícero Batista do Nascimento Filho - Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Daniela de Freitas Lima - Universidade Federal de Campina Grande
Denise Barguil Nepomuceno - Universidade Federal de Minas Gerais
Dylan Ávila Alves - Instituto Federal Goiano
Érica Rios de Carvalho - Universidade Católica do Salvador
Gilberto de Melo Junior - Universidade Federal de Goiás
Higor Costa de Brito - Universidade Federal de Campina Grande
Italan Carneiro Bezerra - Instituto Federal da Paraíba
Ivo Batista Conde - Universidade Estadual do Ceará
João Henriques de Sousa Júnior - Universidade Federal de Santa Catarina
João Vitor Andrade - Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa - Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto - Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado - Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva - Faculdade Frassinetti do Recife
Luís Paulo Souza e Souza - Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza - Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva - Universidade Federal de Campina Grande
Marcus Vinicius Peralva Santos - Universidade Federal da Bahia
Marina Magalhães de Moraes - Universidade Federal de Campina Grande
Natan Galves Santana - Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara - Universidade Federal Rural de Pernambuco
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos - Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira - Universidade Federal do Rio Grande
Sabryna Brito Oliveira - Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos - Universidade Estadual do Ceará
Tatiana Paschoalette Rodrigues Bachur - Universidade Estadual do Ceará
Telma Regina Stroparo - Universidade Estadual do Centro-Oeste
Virginia Tomaz Machado - Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira - Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis - Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva - Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito - Universidade Federal de Campina Grande
Yuciara Barbosa Costa Ferreira - Universidade Federal de Campina Grande

COM QUANTOS MÉDICOS SE GARANTE O DIREITO À SAÚDE? ANÁLISE HISTÓRICA DA RESERVA DE MERCADO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL E OS RISCOS NA GARANTIA DO DIREITO SANITÁRIO

2020 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Diagramação: Higor Costa de Brito

Edição de Arte: Higor Costa de Brito

Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sueli Costa CRB-8/5213

Souza, Evandro Gil de

Com quantos médicos se garante o direito à saúde?

[livro eletrônico]: análise histórica da reserva de mercado nas especialidades médicas no brasil e os riscos na garantia do direito sanitário / Evandro Gil de Souza, Antônia Gonçalves de Souza, Luís Paulo Souza e Souza. - Campina Grande : Editora Ampla, 2020.

50 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-88332-05-4

1. Medicina 2. Direito à saúde 2. Saúde pública - Brasil
I. Souza, Antônia Gonçalves de II. Souza, Luís Paulo Souza e
III. Tí

CDD-362.1

Índice para catálogo sistemático:

1. Direito à saúde 362.1

AGRADECIMENTOS

A todos e todas que, de alguma forma, lutam e lutaram pela construção de uma sociedade com direito à universalidade do acesso à saúde.

Aos Professores da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG), que ministraram na Especialização em Direito Sanitário, e, em especial ao meu mestre e orientador Professor Dr. Luís Paulo Souza e Souza.

Agradecemos, também, a Defensoria Pública da União de Minas Gerais, por permitir que o Evandro cursasse a Especialização na ESPMG.

À ESPMG, por oferecer a Especialização, e pelo fato de que, há 74 anos, vem contribuindo na formação de Profissionais que têm sido agentes de transformações nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais e do Brasil.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Direito Sanitário da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG), do Evandro Gil de Souza. Orientado pelo Prof. Luís Paulo, contou com a ajuda e revisão da Profa. Antônia Gonçalves.

Neste trabalho, ocupou-se de tratar do acesso ao direito universal à saúde, para responder a questão foi necessário indagar: Com quantos médicos se garante o direito à saúde? Análise da distribuição e da reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil.

Com breve histórico da medicina no Brasil, aborda-se o processo de formação médica, sua evolução e marcos importantes, para levar o leitor à compreensão dos fatores políticos sociais e econômicos que influenciam na formação e distribuição de especialistas médicos nas regiões de nosso País. No modelo atual, põe em risco o direito fundamental à saúde de significativa parcela da população brasileira, exatamente, por descuidar da equidade do acesso universal, integral garantido constitucionalmente aos brasileiros e estrangeiros. A partir duma análise por meio de fontes fidedignas é feita uma abordagem levando em conta as políticas públicas balizadas pelos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde. Sem, por óbvio, esgotar o trato do tema, porém, trazendo ao meio acadêmico a necessária discussão da perversão médico-tecnológica e da influência dos agentes políticos, entidades, conselhos, entre outros, na implementação de políticas públicas, fato que se constata no presente trabalho.

Os autores



Dedico este trabalho, em especial, à minha esposa Adelaide, e aos meus filhos Raquel e Daniel, por sempre me apoiarem nessa empreitada.

Evandro Gil de Souza

Dedicamos este trabalho a todos(as) os(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde, com a esperança de que os direitos à uma assistência de qualidade é e continuará sendo uma realidade em nossa sociedade.

Antônia Gonçalves de Souza

Luís Paulo Souza e Souza

LISTA DE SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
Art	Artigo
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CME	Comissão Mista de Especialidades
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRM	Comissão Nacional e Residência Médica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MES	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Operação Política Supervisionada
RM	Residência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - HISTÓRIA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NO BRASIL.....	15
CAPÍTULO II - O PROCESSO DA ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA NO BRASIL.....	19
CAPÍTULO III - A FORMAÇÃO MÉDICA ESPECIALIZADA NO BRASIL	24
CAPÍTULO IV - ESPECIALIZAÇÃO <i>VERSUS</i> RESERVA DE MERCADO DO TRABALHO MÉDICO	27
CAPÍTULO V - RESSURGIMENTO DA PROFISSÃO MÉDICA E AS CORPORAÇÕES DE OFÍCIO EM FORMA DE ASSOCIAÇÃO E CORPORAÇÕES (CONSELHO DE MEDICINA)	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
SOBRE OS AUTORES	47

INTRODUÇÃO

Ao longo das eras, a humanidade tem buscado formas de prolongar a sua existência, nessa constante procura, percebeu-se que a natureza oferecia meios de lidar com seus enfermos. Assim foi que passou a valer-se de plantas, ervas e raízes para o alívio de dores e sintomas. Com o passar do tempo, aqueles que detinham o domínio da arte de manipular essas misturas passou a ser conhecido como curandeiro, fato é que ao longo dos milênios, desde a tomada de cartas de alforria na Grécia antiga, a medicina passa a ter características próprias inclusive com independência, critérios rígidos e subordinada a princípios éticos consensuais, o conhecido juramento como o de Hipócrates de Cós (460-377 a. C.) e suas adaptações sucessivas ao longo dos séculos.

Assim, constrói-se ao longo dos séculos arcabouço com registros, codificação e preceitos específicos que seriam necessariamente obedecidos, tudo isso a justificar seu exercício como a arte da cura, e passa a ser ocupação reservada a classe de nobres e religiosos.

O exercício da medicina, sobretudo no período medievo, teve seus segredos profissionais, confidencialidade e garantias reservadas àqueles que faziam parte das guildas, também denominadas Corporações de Ofício, cujo papel e influência foram preponderantes durante longo período na Europa.

Neste trabalho, buscaram-se várias fontes de pesquisa, livros, artigos científicos, dentre outros, a fim de permitir identificar o exercício e construção do exercício da medicina numa perspectiva histórica; e com isso ser possível subsidiar aspectos relevantes quanto à formação dos profissionais médicos, bem como as origens de seu ensino no Brasil. São abordados aspectos inerentes à visão da medicina contemporânea, a compreensão do seu progresso numa linha progressiva como fruto de avanços e descobertas científicas, que se mostram como parte integrante desse processo. Processos que ganham contornos, arrimando-se em princípios, e no conjunto de valores éticos, morais e legais.

Conhecer e discutir essas transformações, assim como o relevante papel das formas de cooperativismo e mutualismo, como das Associações, Cooperativas e Conselhos de Medicina, cujo modelo outrora prevalecera na Europa no período medievo, em que prevalecia o ensino e prática da medicina, nas guildas, também denominadas de Corporações de Ofício.

Com a discussão dos aspectos da formação médica no Brasil, com especial enfoque às especialidades médicas, não imiscuindo, é claro, do debate franco acerca da existência ou não da Reserva de Mercado nas Especialidades Médicas.

Como no Brasil a saúde é tratada como um direito social (art. 6º, CF/88) e elevada como um direito humano fundamental, onde se tem garantindo o acesso universal e igualitário com tratamento integral aos nacionais e estrangeiros que se encontrem em território nacional. A propósito, o conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) não se restringe apenas à ausência de doença ou de enfermidade.

Assim, a saúde é vista como um direito social de natureza pública subjetiva, sendo ao mesmo tempo, um direito individual e social, seja por parte do Estado como de toda a sociedade, o que, impõe o dever de uma prestação positiva por meio de políticas públicas.

Contudo, para se assegurar o amplo e pleno acesso ao tratamento integral à saúde se requer a adoção de políticas que levem em conta certas peculiaridade, a Constituição Federal de 1988 em seu art. 198, estabeleceu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que se assentam em três pilares: rede (integração dos serviços, ou seja, são interfederativos), regionalização (por região de saúde) e hierarquização (considerando-se os níveis de complexidade dos serviços), ou seja, trata-se do modelo de atenção à saúde organizado em rede regionalizada e hierarquizada.

Em termos gerais há níveis de menor e maior complexidade de ações e serviços de saúde, isso observando o disposto nos arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90, e ainda quanto a atenção à saúde, deve centrar-se em níveis de complexidade de serviços, sendo a atenção básica a principal porta de entrada no sistema e sua ordenadora.

Outra ponto a se ponderar foi que a Carta Maior instituiu a responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implementação de políticas públicas (CF, art. 23, II) e isso se dá exatamente pelo fato de a saúde ser um direito de todos e dever do Estado, portanto, é mister políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário (art. 196), com atendimento integral (art. 198, II), tais garantias foram sedimentadas pelo art. 2º da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990).

Sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado, políticas sociais e econômicas devem ser adotadas para assegurar acesso universal e equânime, contudo, na implementação de políticas públicas por parte dos gestores, tem se verificado que há uma escassez de profissionais em determinadas regiões do País, sobretudo no que diz respeito a algumas especialidades médicas.

Posto que para assegurar a universalidade às pessoas aos serviços de saúde e garantir a integralidade de oportunidades de tratamento, é preciso pautar-se na equidade, a fim de que haja uma cobertura capaz de suprir a demanda, fato que não tem ocorrido em algumas regiões do país onde se tem a escassez de médicos especialistas.

O acesso igualitário à saúde pressupõe que este seja o mais amplo possível, isso é, que o acesso à saúde, seja preventiva ou curativa há de ser para todos, além disso, as políticas públicas não podem se dar pelo critério de riqueza ou pobreza do indivíduo.

Todavia, recentes levantamentos de dados feitos pelo Conselho Federal de Medicina dão conta de que há regiões do País em que a oferta de profissionais médicos especialistas é uma triste realidade que revela a escassez de profissionais.

Neste trabalho, busca-se compreender quais os aspectos, assim como quais são os fatores que contribuem para essa ocorrência, seus resultados e que medidas têm sido adotadas para garantir o acesso universal e igualitário em face da garantia da saúde aos brasileiros pelas políticas públicas de saúde no Brasil.

HISTÓRIA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NO BRASIL

A formação dos médicos no Brasil foi direta e indiretamente impactada por vários aspectos culturais, políticos, sociais e, em certa medida, ideológicos. E para compreender esses aspectos e seus processos, é necessário integrá-los à história.

O exercício da medicina no Brasil evidencia-se em alguns traços a partir do século XVI. Neste período, o estudo e prática desta área eram reservados apenas aos jesuítas, que apesar de esforços, não obtiveram êxito junto às autoridades locais em transformar o Colégio dos Jesuítas na Bahia em Universidade, durante os anos de 1654 e 1681. A Coroa Portuguesa sempre lhes negara o pleito, entretanto, não os impediu¹ de transformar o Colégio em uma casa de estudos gerais assemelhando-a a Universidade de Évora, em Portugal (SANTOS FILHO, 1991).

A instalação de boticas e hospitais nos colégios da Companhia de Jesus até o século XVIII são evidências deste exercício, que é bem relatada no trecho abaixo em sucinto relato sobre a influência dos jesuítas no ensino e prática da medicina no Brasil (AGUIAR, 2010):

Os jesuítas chegaram ao Brasil em 1549, junto com o governador-geral Tomé de Souza, permanecendo no país até 1759 quando foram expulsos por Sebastião José de Carvalho e Melo, conde de Oeiras e marquês de Pombal, poderoso ministro de D. José I. No período em que estiveram aqui, os jesuítas foram importantes não só na catequização dos índios, como na educação e na assistência aos enfermos, atuando principalmente como enfermeiros e boticários, mas também como médicos. No tempo da catequese eles realizaram intensa campanha para desacreditar os pajés, até substituí-los, junto aos índios, como curadores. Os resquícios da arte médica indígena, fundidos com o que restou da arte africana, persistiram apenas entre os curandeiros e pais-de-santo dos candomblés e dos centros de baixo espiritismo. Em 1487 a Santa Inquisição se estabeleceu em Castela, Espanha. Em consequência, Portugal recebeu, em curto espaço de tempo, centenas de milhares de judeus tentando escapar da perseguição religiosa. Desses, por volta de trinta mil se converteram ao catolicismo. Eram os cristãos-novos, que fugiram em busca de um local onde pudessem trabalhar e viver em paz com as suas famílias. Conseguiram viver tranquilos em Portugal até que, em 1496, D. Manuel I determinou a sua sumária expulsão das terras lusitanas. Muitos buscaram o exílio e outros permaneceram em troca de suas posses. Em 1506, por inspiração de dois frades, houve uma grande matança de judeus em Lisboa, que ficou conhecida como a “matança de S. Domingos”, onde duas mil pessoas foram assassinadas. A partir de 1531 o Santo Ofício foi instalado em Portugal, e com isso vários convertidos emigraram para o Brasil, mas mesmo aqui nem sempre conseguiram escapar do

¹ Santos Filho (1991) afirma que com base nos conhecimentos médicos europeus e conhecimentos indígenas adquiridos sobre as plantas e sua utilização terapêutica, os jesuítas tornaram-se verdadeiros enfermeiros e médicos da colônia.

fanatismo religioso. O primeiro médico a exercer o seu ofício no Brasil foi um cristão-novo, Jorge de Valadares, que aqui chegou em 1549, junto com o governador-geral. Em uma carta datada de 1550, o Padre Manuel da Nóbrega assim se dirigia ao Padre Simão Rodrigues, então em Lisboa: “Esta terra é muito sã para viver; e o confirmo agora, dizendo que me parece a melhor que possa achar, pois desde que estamos cá não ouvi que nenhum morresse de febre, mas somente de velhice e muitos de mal gálico ou de hidropsia”. Nesta terra abençoada havia, no início, dois tipos de profissionais: os físicos, que exerciam a medicina, e os cirurgiões barbeiros. Além dos atos operatórios mais comuns na época (amputar, reduzir luxações e tratar ferimentos e fraturas), ainda faziam sangramentos, aplicavam sanguessugas, arrancavam dentes e também cortavam o cabelo e a barba dos seus clientes. Começavam como aprendizes ou ajudantes dos profissionais mais velhos e, pois de experientes na arte, eram examinados. Os aprovados recebiam a “carta de cirurgião-barbeiro”, que lhes regularizava a profissão. Já os físicos estudavam em escolas de medicina européias, como em Coimbra e Salamanca. Havia também os cirurgiões-diplomados - formados em outras escolas européias, como em Montpellier, na França -, que para aqui vieram, especialmente no século XVIII (AGUIAR, 2010, p.56-7).

É curioso perceber que o aparecimento e desenrolar do ensino da medicina no Brasil e a criação de escolas nesta área se deram pela contingência sofrida pela família real portuguesa quando em fuga rumo ao Brasil. A invasão das tropas de Napoleão Bonaparte na fronteira de Portugal com a Espanha envolveu toda Corte que veio acompanhada com cerca de 10 a 15 mil pessoas escoltadas pela marinha inglesa.

No Brasil, e com breve estada na Bahia, o Príncipe regente Dom João decreta em 28 de janeiro de 1808 a abertura dos portos “às nações amigas” (que naquele momento era equivalente à Inglaterra); momento em que fica evidente o interesse da Inglaterra no processo de regulação de mercado, já que pretendia ter a garantia exclusiva sob o comércio, a bem da verdade, impunha seu domínio garantindo a “sua reserva de mercado”.

Por certo, até esse período não havia escola de medicina no Brasil², e os poucos médicos que para cá vinham eram oriundos da Faculdade de Coimbra³, em Portugal. Além disso, havia, também, brasileiros de famílias abastadas, os quais para se formarem em medicina, cruzavam o oceano em destino a Europa, porém boa parcela permanecia por lá, e poucos regressavam (TORRES, 1946; SANTOS FILHO, 1977; REGO, 2003).

A ocupação de Portugal pelas tropas francesas, que já não era mais permitido despachar os cirurgiões examinados e aprovados pela Junta do Protomedicato, e tampouco os físicos

² Para matricular-se no 1º ano era necessário que o candidato soubesse ler e escrever e no 2º ano era exigido o exame de língua francesa.

³ A universidade de Coimbra foi criada em 1290 e alternou sua localização entre Lisboa e Coimbra.

diplomados em Coimbra, foi o estopim para obrigar a Coroa Portuguesa a criar as escolas de cirurgia a fim de que pudessem formar profissionais cirurgiões no Brasil (TORRES, 1946).

Assim, foi criada a Faculdade de Medicina em 1808 na Bahia, com o curso de cirurgia que se instalou no Hospital Militar; e também na cidade do Rio de Janeiro, onde foi criada a segunda Faculdade de Medicina por meio de decreto, onde se ministravam os cursos de cirurgia e anatomia. A faculdade baiana foi denominada à época de Colégio Médico Cirúrgico da Bahia e a carta régia de criação foi assinada por D. Fernando José de Portugal, então Marques de Aguiar e Ministro e Secretário do Estado dos Negócios do Brasil e do Conselho do Estado de D. João VI. Este Colégio funcionava no Real Hospital Militar da Bahia e foi instalado no convento que anteriormente era ocupado pelo Colégio dos Jesuítas.

O curso de medicina tinha duração de quatro anos e, após a primeira reforma no ano de 1812, passou a ser de cinco anos (LAMPERT, 2002). Quanto à formação, pontua-se que os cursos médicos e cirúrgicos eram separados, sendo somente unificados no ano de 1884, e passou a denominar-se Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas.

No ano de 1826, sob o pretexto de regularizar o exercício da medicina, houve a concessão às escolas brasileiras do direito de conferir cartas de cirurgião e de médico aos seus formandos, mas em 1828 desapareceram as “cartas de licenciamento” com a edição de lei estabelecendo que somente médicos diplomados pudessem clinicar (LAMPERT, 2002).

Houve uma mudança também no ano de 1832, onde as Faculdades de Medicina tiveram o curso de graduação estendido para seis anos; e mais tarde, no ano de 1879 com a “lei do ensino livre”, houve a abertura de ensino para a iniciativa privada (LAMPERT, 2002:48).

O fato é que o ensino médico no Brasil tornou-se realidade com a transferência da corte portuguesa, por essa razão foi que se instalaram os dois primeiros cursos de medicina. A ampliação das escolas de medicina no Brasil somente ocorreu cerca de 90 anos depois, precisamente no ano de 1915, com a terceira Faculdade criada no sul do País. Com a Lei Carlos Maximiliano é que foi ampliado o ensino médico no Brasil, que de 03 escolas médicas, passaram-se para 10 (AMARAL, 2002).

No ano de 1945, tem-se a criação do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais, novos paradigmas e uma nova ordem à categoria, por meio da autarquia federal, que passa a promover medidas como a elaboração dos estatutos e códigos de Ética Médica.

Apesar disso, na década de 1960, existiam apenas 26 instituições para a formação de médicos no país, a bem da verdade, somente a partir da década de 60, tem-se uma expansão de universidades e vagas. Desta forma, na década de 70, já tinham sido criadas 43 novas escolas de

medicina, porém a maioria delas por iniciativa privada, com subsídios governamentais (Brasil, 2006).

Marco importante se deu no ano de 1999, em que foi realizado pelo Ministério da Educação (MEC) o primeiro Exame Nacional do Curso para Medicina; e, finalmente, no ano de 2001, houve a homologação do Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Educação Superior (CES) pelo MEC, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina, as quais foram revistas em 2014 (BRASIL, 2014).

Em 2015, o Brasil contava com 257 escolas médicas, sendo que 69 delas, abertas após o ano de 2010, ainda não haviam formado médicos, por terem menos de seis anos de existência. Assim, dos 432.870 médicos registrados em 2015, estima-se que em 2020, haja 32.476 novos médicos (SCHEFFER *et al.*, 2015).

O PROCESSO DA ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), ao analisarem os dados da pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, feita em 2015, identificaram cerca de 64 especialidades médicas, nesse caso, levando em conta por apenas as reconhecidas pelo CFM à época (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Nesta mesma pesquisa, foi feita a classificação das especialidades médicas em quatro categorias, sendo a primeira categoria a “cognitiva”, que é aquela em que se tem um contato direto com o cliente, com grande valorização do raciocínio clínico e da relação subjetiva. Exemplos: pediatras, internistas, cardiologistas, geriatras, homeopatas, entre outras. A segunda categoria é “técnico-cirúrgica”, que é aquela em que se tem contato direto com o cliente, todavia a relação é mais esporádica, isso só é somente se dá quando há necessidade de alguma intervenção em que o conhecimento e treinamento de caráter técnico e específico são marcantes. É a categoria dos cirurgiões de maneira geral. A terceira categoria é a “intermediária”, que é aquela que se situa entre Cognitiva e a Técnico-cirúrgica, comumente conforma clínicas autônomas para resolução de problemas mais específicos, utilizando-se ambos os expedientes, clínico quanto cirúrgico. Exemplos: oftalmologia, terapia intensiva, dermatologia, acupuntura, urologia. A quarta categoria é “tecnológica e burocrática”, e se diferenciam das anteriores pelo contato pouco freqüente com clientes diretos, tem rotinas mais padronizadas e burocráticas. Exemplos: sanitaristas, patologistas, radiologistas.

Nesse contexto, perfeitamente identificável que o surgimento das especialidades médicas resulta da variedade do conhecimento médico e também do avanço tecnológico crescente, de modo que seria impossível que uma só pessoa pudesse dominar.

Novos dilemas surgiram com o avanço da engenharia genética; a substituição de métodos tradicionais, a exemplo da reprodução, seja da fertilização *in vitro*, na genética, e as técnicas minimamente evasivas, utilizadas em transplantes de órgãos e tecidos. Aliado a isso, o crescente conhecimento científico em anatomia, fisiologia e o mais recente salto que foi o mapeamento genético humano (genoma) passaram a fazer parte do cotidiano. Acirradas discussões no campo da biotecnologia em suas diferentes áreas do conhecimento (Biologia Celular e Molecular, Microbiologia, Genética, Embriologia), além das ciências aplicadas ajudando na implementação de novas técnicas imunológicas, químicas e bioquímicas; e, mais recente, com a utilização de tecnologias envolvendo a Robótica em intervenções cirúrgicas.

Esse ciclo de desenvolvimento tecnológico trouxe profundas transformações, sobretudo, no mundo atual em que as fronteiras dos países são estreitadas pelo fenômeno da globalização. Tudo isso evidencia uma necessária mudança de paradigmas não só no campo da medicina, como também em outras áreas do conhecimento humano.

Frise-se que na seara das ciências, a prática da medicina sofreu de fato significativas mudanças. A respeito dessas mudanças com propriedade Neves (2006) ao prefaciar sua obra, alerta para a necessidade de mudança no comportamento médico frente ao que denomina de “revolução tecnológica”, assevera Neves (2006):

A medicina que, no passado, era simples, ineficaz e razoavelmente inócua, com a revolução tecnológica se tornou complexa, eficaz, mas potencialmente perigosa. Publicação recente da American Hospital Association aponta o número de 98 mil para as mortes anuais nos EUA em consequência de erros cometidos na prática médica. Assinala que, naquele país, morrem mais pessoas a cada ano em resultados de erros cometidos nos atos médicos do que em acidentes rodoviários (43.458), câncer de pulmão (42.297) ou AIDS (16.516). Estes números assustadores revelam que as iatrogenias e os erros profissionais do médico poderão se tornar o maior problema de saúde no século XXI (NEVES, 2006, p.2).

Também percebida pelo professor Salomão A. Chaib que a respeito afirma que atualmente, o médico, tem sido levado pela complexa maquinaria em que se transformou a medicina, mais parece um mecânico, um técnico em decifrar códigos, manejando toda uma aparelhagem repleta de bombas, fios, câmaras de raios diversos, tubos que violam e penetram nas entranhas como sondas de petróleo, e exames vários que invadem o paciente, reduzindo o corpo a um objeto de investigação.

Outro aspecto destacado é o fato de o médico segundo Salomão A. Chaib diz respeito ao que em seu ponto de vista o médico acaba se tornando um intermediário entre o cliente e o aparelho, "um intérprete para traduzir seus registros. O poder do médico parece transferir-se aos atos técnicos e aos medicamentos: o lucro disso fica com as indústrias que vivem da superoferta desta tecnologia: é a medicina farmacológica e instrumentalizada.

Com resignação, Wilson Luiz San vit (1986) se expressa:

O próprio aparelho utilizador, ao privilegiar o especialista, contribui para as distorções do sistema. Tem-se em conta ainda a influência das multinacionais farmacêuticas, do complexo médico-industrial (gerando uma perversão médico-tecnológica), e a hipertrofia das práticas médico-hospitalares, e teremos uma medicina voltada para o consumo de práticas complexas exigindo a formação de especialistas e superespecialistas (Wilson, 1986).

Lili Kawamura (1987) com pontual observação em seu artigo: “Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos.” – discorre:

Como as demais profissões de nível superior historicamente prestigiadas, os médicos procuraram associar-se tendo em vista a defesa imediata dos seus interesses corporativos, outrora ameaçados pelos leigos "curandeiros" e "boticários". De início, organizaram-se em associações de caráter civil, para debater temas de saúde, problemas de regulamentação e fiscalização da profissão, festas de confraternização e outras reuniões sociais. Houve apenas uma melhor organização das atividades, com a instalação dos sindicatos e dos conselhos regionais e nacional dos médicos. Tanto o sindicato quanto o conselho foram regulamentados a partir do estado, nos anos 30, tendo permanecido até o final dos anos 70 como órgãos controlados por profissionais liberais, médicos em cargos elevados na administração pública e médicos empresários. Dedicavam-se à promoção de cursos técnico-científicos, comemoração de datas cívicas, posses de autoridades médicas em cargos destacados no governo, além de certos serviços assistenciais e recreativos. Em particular, os conselhos regionais e federal restringiam-se a aplicar estritamente o código de ética e a fiscalizar sua aplicação no exercício profissional dos médicos (KAWAMURA, 1987, p.50).

Machado (1997) mostra que o processo de especialização tem sido um mecanismo estratégico adotado pelas profissões para manter sob controle os avanços e os novos conhecimentos, de modo a assegurar o monopólio do saber e da prática profissional. Neste sentido, a especialização preserva a autonomia, mas, por outro lado, a perda da dimensão da totalidade é inevitável. Criar ilhas de conhecimento e de práticas profissionais altamente especializadas requer o abandono do conhecimento generalista, globalizante.

A especialização médica é própria àqueles que pretendem tornar-se expert em determinada área do vasto conhecimento científico da ciência médica, após a conclusão do curso de medicina.

De fato, a oferta de vagas de residência médica varia de acordo com cada instituição e com as necessidades de cada serviço, por sua vez, a oferta de vagas para determinada especialidade em regra não acompanha as necessidades do mercado de trabalho de uma localidade. A Residência Médica foi regulamentada pelo Decreto 80.281, em 5 de setembro de 1977 e em 7 de julho de 1981, a Lei 6.932 atualizou a regulamentação, sendo conhecida como a –Lei Especial dos médicos residentes (BRASIL, 1977; 1981a; 1981b).

Quanto aos currículos, Santos (1980) afirma que todas as experiências anteriores, em nosso país, de reformar os currículos em coerência com os reais interesses da população fracassaram por não tocarem nos núcleos de interesses e poderes das escolas médicas.

Estudos permitiram constatar que, apesar da necessidade de determinado especialista em um município ou determinado estado, a oferta de vagas de residência não levava em conta esses fatores. A fim de favorecer a formação de médicos em especialidades de modo a priorizar regiões, previamente definidas pelos gestores do SUS, foi que o governo federal, instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde (Pró-Residência) (BRASIL, 2009).

De modo que, para atuar como médico especialista é preciso que já se tenha concluído a graduação em medicina, além de preencher outros requisitos cumulativamente, pois a oferta de vagas à formação do médico especialista delimita o contingente daqueles que poderão participar desse processo de especialização médica.

O que significa que ao menos em tese a procura pela especialização médica aumenta à medida que são formados novos médicos, entretanto, alguns indicadores da oferta e concorrência para preenchimento das vagas de especialização em medicina parecem indicar uma escassez de profissionais especialistas.

Antes de adentrar de forma pontual na formação do especialista, é necessário identificar aspectos intrínsecos da medicina moderna que acabaram por contribuir na transformação e também na mudança de perfil desses profissionais, pois a introdução de novas tecnologias nas últimas décadas trouxeram para a área médica e da saúde inúmeras discussões.

A propósito Luiz Salvador de Miranda-Sá Júnior (2013) acerca da medicina em seu contexto histórico pontua:

A medicina é uma profissão conhecida de modo registrado desde o início dos tempos históricos. Mas, certamente, já existia muito antes disso na atividade dos xamãs, dos feiticeiros, dos curandeiros e dos sacerdotes. Uma avaliação histórica mais recente mostra que até o Renascimento existiam unicamente duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia. Pouco depois, em alguns países, surgiu a Odontologia (que em muitos lugares continua sendo uma especialidade médica). No século XIX, depois da Guerra da Crimeia, foi mundialmente reconhecida a profissão de Enfermagem. No século XX, diversas profissões apareceram na área da saúde, quase todas atuando em atividades que, anteriormente, eram exclusivamente médicas, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Biomedicina e a profissão dos técnicos de radiologia – exemplos de profissões que foram retiradas do corpo da medicina e se tornaram independentes por força da legislação. Noutro extremo está a Psicologia, que, a rigor, não é uma profissão apenas da área dos serviços de saúde. Além desta, também integra o campo das profissões pedagógicas (por meio da Psicologia Educacional) e das profissões de administração, especialmente da administração de recursos humanos (por meio da Psicologia Organizacional) (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2013, p.20).

A partir de uma digressão histórica, constata-se que ao longo da história, o trabalho médico em razão do avanço tecnológico e da complexidade foi subdividido ou reagrupado em atividades profissionais distintas e em especializações e sub-especializações, correspondendo ao aumento de complexidade da assistência à saúde. Até aí, tudo bem, a divisão social do trabalho é característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela.

Definida pelo CFM como um “núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade”, a especialização médica.

A FORMAÇÃO MÉDICA ESPECIALIZADA NO BRASIL

No Brasil, em 2015, havia 53 especialidades médicas reconhecidas e 56 áreas de atuação em medicina, conforme a última atualização das normas orientadoras da Comissão Mista de Especialidades (CME) (Resolução CFM nº 2.116/2015, revogada pela Resolução CFM 2149/2016) (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016). As áreas de atuação são derivadas, ligadas e relacionadas com uma ou mais especialidade médica. Há duas formas de obtenção do título de médico especialista: terminando um programa de residência médica acreditado pelo MEC, ou através de solicitação à respectiva sociedade de especialidade médica vinculada à Associação Médica Brasileira (AMB), que emite o título.

É certo que o exercício de uma profissão pressupõe a necessária observação de um conjunto de regras e comportamentos que lhe sejam próprias; isso é o arcabouço de normas que se circunscrevem a tipificação de determinada atividade. Nesse diapasão, o exercício de algumas profissões acaba por serem amoldadas ao preenchimento de normas coercitivas que condicionam à formação especial, e é exatamente esse o caso de medicina, em que se tem a necessidade de se obter além da comprovação de capacidade técnica a habilitação.

Com a aquisição do grau acadêmico de médico, e ao adquirir a habilitação, o então profissional se vê apto ao exercício da profissão, entretanto, é preciso notar que a profissão médica se divide em médicos gerais ou generalistas e médicos especialistas. Nesse trabalho, o que se pretende é discutir a questão das especialidades médicas no Brasil, porque ao se concluir a graduação em medicina, os egressos passam por uma via *crucis* na escolha da especialização. Ao pretender especializar-se, o candidato a depender da especialidade, enfrenta dificuldades para ingressar em um programa de residência médica; drama que se evidencia pela pouca oferta de vagas à formação acadêmica de especialistas médicos no Brasil.

Nesse cenário, onde há pouca oferta de vagas em contraposição ao contingente de candidatos que pretendem se formar especialistas, isto é, aqueles que restaram excluídos, exatamente pelo fato de que há pouca oferta de vagas em alguns campos da especialização médica. Autores debatem que a residência médica é a melhor forma de inserção de médicos na vida profissional e de capacitação numa especialidade. Todavia, há diversos impasses que complicam o fluxo e a evolução dessa forma de pós-graduação *lato sensu*, sendo os que os principais problemas são a avaliação e o acesso (NUNES, 2004).

Posto que da maneira em vem sendo implementada a oferta de vagas, em especial na formação dos especialistas médicos, acaba por refletir de forma expressiva e pontual no mercado de trabalho em todo o País, a ponto de reconfigurar a oferta e demanda de especialistas.

De fato, significativa parcela que não logra êxito na aprovação, acaba por procurar sua inserção em outros campos do mercado de trabalho, seja em cursos de especialização totalmente distantes daquele pretendido, ou mesmo em estágios prolongados. De igual modo, Machado (1997) identifica essa incongruência:

De forma sucinta, podemos dizer que a medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados. Ela tem, por exemplo, um projeto profissional bem sucedido, no qual, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite (vendendo-lhe serviços particulares a preço de mercado). Ao longo de sua história, adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A idéia do expert tornou-se, no caso da medicina, uma realidade incontestável (MACHADO, 1997, p.22).

Enfim, a medicina científica anuncia-se no nosso século sem concorrentes, com forte controle do mercado e do sistema de produção e transmissão de sua base cognitiva. Sobre isso, discute-se:

Ao abordarmos o tema mercado de trabalho, invariavelmente nos reportamos a seus elementos fundadores: a) profissionalismo dos serviços prestados; b) garantias legais e monopolistas de prática profissional; c) clientela ilimitada, cativa, exclusiva; d) leis regulatórias da prática profissional, regulando inclusive o valor dos serviços oferecidos. A medicina - tal como a advocacia, a engenharia e a arquitetura, por exemplo - anuncia, no século XX, serviços especializados, estandardizados e com elevada credibilidade social (MACHADO, 1997, p.24).

Com a prudente leitura da obra “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade”, é possível ponderar para a construção paulatina do que chama de “ideal de serviço” em que se tem a elaboração de elementos ideológicos desde a fase pré-capitalista, em que a medicina passa a obter um elevado grau de autonomia, inclusive, em países de forte tradição intervencionista como a França. No mundo contemporâneo, a medicina ganha espaço e autonomia em elevado grau, a ponto de deter o poder de negociar o predomínio da forma “liberal” de exercício profissional, seguindo-se nesse caminho a um fortalecimento pautado por uma profissão altamente bem-sucedida em seu projeto de controle do mercado, com também pela obtenção de prestígio social além das vantagens na estrutura ocupacional (MACHADO, 1997).

Sendo a profissão médica uma das poucas ocupações do mundo contemporâneo que adquiriu tais regalias e privilégios de mercado, a prática exercida por pessoas não habilitadas (sem diploma) é reconhecida pela justiça como charlatanismo, prática ilegal passível de penalidades. Mais do que isso, a profissão médica desenvolveu mecanismos fortemente ideológicos, que fizeram com que os médicos passassem a ser considerados e reconhecidos como profissionais essenciais ao sistema de saúde. A estreita identificação e correlação entre os médicos e o sistema de saúde - responsabilizando estes profissionais pela qualidade da assistência prestada - não é mera casualidade nem uma associação ingênua da sociedade.

Avanços tecnológicos, ao mesmo tempo em que abriram novos mercados, introduzindo novas especialidades e profissões, produziram também um acúmulo considerável de poder de decisão que fica a cargo dos médicos.

ESPECIALIZAÇÃO *VERSUS* RESERVA DE MERCADO DO TRABALHO MÉDICO

Pesquisas revelam que nas últimas décadas, o quantitativo de médicos tem apresentado significativo aumento no mercado de trabalho brasileiro. Estudo realizado em 2015 mostrou que o número de médicos passou de 13.270 em 1910 para 432.870 em 2015. A população brasileira em 2015 era de 204.411.281 pessoas, o que significa que havia 2,11 médicos por 1.000 habitantes (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Apesar de o Brasil apresentar a razão de 2,11 médicos por 1.000 habitantes, é muito importante destacar as desigualdades de distribuição dos médicos, tanto entre as unidades da federação, quanto entre as capitais e os interiores. Na região Norte, a razão é de 1,09 médicos/1.000 habitantes (hab.); na região Nordeste, a razão é de 1,30; na região Sudeste é de 2,75; na região Sul é de 2,18; e no Centro-Oeste, a razão é de 2,20. Quando se comparam as capitais, a discrepância é ainda maior, demonstrando diferenças 4,28 médicos para 1.000 hab. no Distrito Federal a 0,79 médicos por 1.000 hab. no Maranhão (SCHEFFER *et al.*, 2015).

A discussão a respeito da abrangência da ocupação médica nas regiões do país e seu relevante papel, sobretudo no que diz respeito ao sistema de saúde tem sido acalorada, e tornou-se questão de política de governo. Em que pese não se tratar de questão nova, a preocupação governamental com a escassez de médicos ganha novos contornos e passa a ser objeto de enfrentamento por meio de políticas pontuais do governo, uma dessas respostas dada à sociedade brasileira foi a instituição em 2013 do programa Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2013a). Nesse sentido, discussões têm sido levantadas em conta da escassez de médicos especialistas, seja direta ou indiretamente que tenham contribuído seja positiva ou negativamente para esse fenômeno. Como já mencionado, para atuar como médico especialista além da conclusão da graduação em medicina é também necessário participar de uma formação específica de acordo com a área de especialização definida.

Estudo que analisou a demografia médica em 2015 indica má distribuição de médicos especialistas no Brasil (SCHEFFER *et al.*, 2015), e o **Quadro 1** mostra estes dados.

Quadro 1. Relação das especialidades médicas por número de profissionais, razão especialista por 100.000 habitantes e distribuição por região. Brasil, 2015.

Especialidade	Número de profissionais	Razão especialista por 100.000 habitantes	Percentual sobre total de especialidades	Distribuição por região (n)				
				Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Acupuntura	3193	1,58	0,9	86	423	1757	598	329
Alergia e Imunologia	1465	0,72	0,4	44	176	954	156	135
Anestesiologia	20898	10,39	6,3	818	3544	10602	4084	1850
Angiologia	1637	0,81	0,5	37	237	898	297	168
Cancerologia	3419	1,70	1,0	130	662	1590	720	317
Cardiologia	13420	6,67	4,0	375	2159	7203	2422	1261
Cirurgia Cardiovascular	2220	1,10	0,6	51	298	1194	469	208
Cirurgia da Mão	585	0,29	0,10	19	78	345	108	35
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	929	0,46	0,2	27	182	523	121	76
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2352	1,17	0,7	86	224	1298	544	200
Cirurgia Geral	29200	14,52	8,8	1148	5085	15037	5153	2777
Cirurgia Pediátrica	1288	0,64	0,3	48	194	689	238	119
Cirurgia Plástica	5631	2,80	1,7	171	677	3319	936	528
Cirurgia Torácica	913	0,45	0,2	35	230	472	209	67
Cirurgia Vascular	3541	1,76	1,0	100	596	1845	645	355
Clínica Médica	35060	17,44	10,6	1203	6171	18548	6066	3072
Coloproctologia	1719	0,86	0,5	40	516	661	326	176
Dermatologia	6883	3,42	2,0	245	948	4055	1087	548
Endoscopia	2631	1,31	0,8	97	456	1234	622	222

(Continua)

Continuação – Quadro 1.

Especialidade	Número de profissionais	Razão especialista por 100.000 habitantes	Percentual sobre total de especialidades	Distribuição por região (n)				
				Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Endocrinologia e Metabologia	4396	2,19	1,3	105	655	2549	718	369
Gastroenterologia	4375	2,18	1,3	127	837	2187	847	377
Genética Médica	241	0,12	0,06	4	30	136	48	23
Geriatrics	1095	0,70	0,4	30	186	824	254	111
Ginecologia e Obstetrícia	28280	14,17	8,6	1241	5030	14367	4908	2732
Hematologia e Hemoterapia	2348	1,17	0,7	73	35	1391	353	186
Homeopatia	2595	1,29	0,7	28	195	1760	425	187
Infectologia	3229	1,61	0,9	208	522	1891	348	260
Mastologia	1813	0,90	0,5	70	373	935	272	163
Medicina de Família e Comunidade	4022	2,00	1,02	141	599	1609	1455	218
Medicina de Trabalho	13343	6,64	4,0	567	1576	8815	1275	1110
Medicina de Tráfego	2612	1,79	1,1	150	283	2062	691	426
Medicina Esportiva	783	0,39	0,2	21	130	415	164	53
Medicina Física e Reabilitação	895	0,45	0,2	72	190	316	155	167
Medicina Intensiva	5112	2,54	1,5	143	710	2881	984	394
Medicina Legal e Perícia Médica	900	0,45	0,2	72	190	440	155	167

(Continua)

Continuação – Quadro 1.

Especialidade	Número de profissionais	Razão especialista por 100.000 habitantes	Percentual sobre total de especialidades	Distribuição por região (n)				
				Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Medicina Nuclear	792	0,39	0,2	25	114	440	132	81
Medicina Preventiva e Social	1790	0,89	0,5	60	298	1023	205	134
Nefrologia	3813	1,90	1,1	151	652	2035	628	347
Neurocirurgia	2875	1,43	0,8	151	183	1585	500	256
Neurologia	4362	2,17	1,3	119	664	2294	886	399
Nutrologia	1536	0,76	0,4	43	143	888	292	170
Oftalmologia	11763	5,85	3,5	450	2129	6195	1855	1134
Ortopedia e Traumatologia	13147	6,54	4,0	524	1866	7041	2426	1290
Otorrinolaringologia	5703	2,84	1,7	188	842	3150	1045	478
Patologia	3162	1,57	0,9	91	623	1735	436	277
Patologia Clín./Med. Laboratorial	1699	0,85	0,5	62	435	940	149	113
Pediatria	34637	17,73	10,5	1332	5477	19050	5816	2962
Pneumologia	3253	1,62	0,9	105	497	1764	632	255
Psiquiatria	9010	4,48	2,7	190	1089	4840	2211	600
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	9672	4,81	2,9	313	1683	5120	1684	872
Radioterapia	619	0,31	0,1	31	100	340	97	51
Reumatologia	2053	1,02	0,6	72	320	1120	342	198
Urologia	4791	2,38	1,4	198	796	2450	852	495

Fonte: Adaptado de Scheffer *et al.* (2015).

A oferta de médicos, a cada ano, é formada pelo quantitativo de médicos formado nos anos anteriores somado aos concluintes de graduação naquele ano. Segundo o estudo, 59% dos médicos (n=228.862) têm título de especialista. Cabe ressaltar, ainda, que, dentre os especialistas, 64.192 médicos têm duas ou mais especialidades. A razão especialista/generalista (médico sem título) no país foi de 1,41 especialistas para cada generalista. Em relação às regiões, observou-se razão igual a 2,11 no Sul; 1,96 no Centro-Oeste; 1,38 no Sudeste; 1,17 no Nordeste; e 0,94 no Norte. Entre os estados, observou-se variação de 2,72 especialistas para cada generalista, no Distrito Federal, para 0,72 em Rondônia (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Quando se avalia a especialidade, nota-se que das 53, apenas 6 equivaliam à metade dos especialistas (49%). Além da Clínica Médica (especialidade com maior número, 35.060 médicos, o equivalente a 10,6% de todos os títulos de especialista) estavam nesse grupo a Pediatria, a Cirurgia Geral, a Ginecologia e Obstetrícia, a Anestesiologia e a Cardiologia. Em outra análise, as primeiras 20 especialidades representavam 80,1% dos profissionais titulados.

E na análise das especialidades por região, observou-se mesma discrepância, obtendo que 5 das 6 primeiras especialidades seguem o mesmo padrão de distribuição, com menor presença no Amapá, Acre, Rondônia, Roraima, Tocantins; e maior presença em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Foi pelo Decreto número 80.281/77 (BRASIL, 1977) que se estabeleceu a formação para as especialidades médicas, por meio de programas de residência. O aludido Decreto previu, ainda, uma Comissão Nacional e Residência Médica (CNRM), que se responsabilizaria pelas iniciativas na área e pelo credenciamento dos programas. A Residência Médica (RM) é uma modalidade de ensino de pós-graduação (pós-graduação *lato sensu*) destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, é caracterizada como “treinamento em serviço”, funciona sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação (preceptoria) de profissionais médicos qualificados (RIBEIRO, 2011).

Quando de sua formação, a Comissão Nacional de Residência Médica teve sua metade composta por representantes diretos ou indiretos da categoria médica, isso é, do Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Escolas Médicas, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos e Associação Nacional de Médicos Residentes.

Pelo referido Decreto, percebe-se que coube à própria categoria influenciar na definição das prioridades. O fato é que, ainda que programas devessem ser desenvolvidos, preferencialmente, nas áreas de Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; e Medicina Preventiva ou Social favoráveis à formação de médicos para a atenção

básica ou primária, mesmo que a Medicina Geral e Comunitária, depois Medicina de Família e Comunidade, já se encontrarem regulamentadas pela CNRM, todavia, não entraram neste rol de especialidades básicas à época.

Reforçou-se com a edição do Decreto nº 7.562/2011 (BRASIL, 2011) essa necessidade, levando em conta que a regulação das instituições e dos programas de residência médica deveriam considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, não há nenhuma recomendação ou mesmo forma de operacionalização na intenção de se considerar as necessidades de especialistas médicos do SUS.

Com a publicação da Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013b), reitera-se a necessidade, porém se olvida de instituir uma relação numérica entre demanda e oferta desses profissionais. Contudo, inova alterando a composição da CNRM que passou a ser integrada por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), mas a categoria médica foi ampliada de cinco para sete membros. Feuerwerker (1998), a respeito da regulação das especializações médicas no Brasil, indica que há controle por parte de instituições e corporações médicas:

A Residência Médica no Brasil, portanto, apesar de institucionalizada, potencialmente sobre controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, tem tido seus rumos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação mediatizada pelos interesses da corporação médica: médicos-residentes, sociedades de especialistas e outras entidades. Há várias evidências sobre isso desde a criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, que foi, de fato, o único momento em que o Estado interveio claramente no processo (FEUERWERKER, 1998).

Por isso, não existe no Brasil controle público suficiente ao “estoque” sob a formação das diferentes especialidades médicas; e isso decorre da insuficiente regulação estatal sobre a formação profissional e o exercício da profissão médica no país, inclusive sobre a formação dos especialistas (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Autores como Freidson (2009); Meneleu Neto (2006) argumentam que ao contrário de outras profissões, a categoria médica, desde que foi instituída como profissão, pôde garantir significativa parcela de autonomia, e com pouca intervenção do Estado em suas atividades; fato que se explica em razão dos diversificados campos do conhecimento técnico-científico, com variada diversidade de especializações. Com isso, têm-se padrões, funções e protocolos,

oriundos e exclusivos de suas sociedades médicas especializadas que se autorregulam, isso acaba por lhes conferir elevado grau de autonomia.

Esses fatores permitem aos médicos exercerem enorme influência e inclusive induzindo na formação da demanda por bens e serviços no setor de saúde, podem até estabelecer reserva de mercado, visto que eles detêm no exercício da profissão prerrogativas exclusivas, como a de diagnosticar, examinar, prescrever e estabelecer procedimentos terapêuticos para os pacientes e etc.

Freidson (2009) afirma que o controle da Medicina sobre seu próprio trabalho tem um caráter claramente político, e envolve a ajuda do Estado no estabelecimento e na preservação da preeminência da profissão, e também de sua autonomia.

Ao passo que Iunes (1995) assinala que sociedades médicas especializadas, influenciam a entrada de novos profissionais no mercado por meio do estabelecimento de exigências para a formação e de restrições ao exercício da prática profissional.

RESSURGIMENTO DA PROFISSÃO MÉDICA E AS CORPORAÇÕES DE OFÍCIO EM FORMA DE ASSOCIAÇÃO E CORPORAÇÕES (CONSELHO DE MEDICINA)

É importante definir a expressão médico, que segundo Miranda-Sá Júnior (2013), significa:

Na linguagem comum, usa-se a expressão médico como o agente laboral especialmente capacitado e legalmente habilitado para diagnosticar as enfermidades e tratar os enfermos, além de desempenhar as tarefas decorrentes e dependentes destas ou correlatas a elas. Por definição, o médico é o agente profissional incumbido fundamentalmente de diagnosticar as enfermidades e tratar os enfermos, além de praticar outros atos profissionais decorrentes dessas atividades. Pretendendo-se concisão, pode-se definir médico como pessoa formada em medicina em curso oficial ou reconhecido e habilitado legalmente para exercer a profissão médica em um certo local (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2013).

Até o final do século XV, o ensino médico era restrito aos religiosos e o aprendizado se dava com a leitura de Galeno pela manhã e Hipócrates à tarde, comportamento que se explica, já que a medicina ocidental tem suas raízes na medicina hipocrática, que é de ascendência grega. Entretanto, há registro indicando que houve um período, na Europa, que por questões de cunho religioso, a cirurgia passou a ser vista num plano inferior, como bem afirma Rego (2003):

No período da Santa Inquisição, por questões de princípios religiosos, a cirurgia foi relegada a um plano inferior e abominada. As pavorosas epidemias assolaram toda Europa, até porque não se conheciam os preceitos elementares de higiene e um fanatismo religioso dominou os espíritos da época. Em 1562 foi introduzida a prática hospitalar, modificando, portanto o modelo baseado apenas na leitura de textos. A despeito destas modificações os médicos que chegaram ao Brasil vinham impregnados pelo obscurantismo religioso que dominava a Península Ibérica (REGO, 2003:24-5).

Necessário recorte na história para entender o rumo tomado pela medicina nos dias atuais, assim, conhecer os dilemas e as questões que pulsavam no seio da sociedade, sobretudo no período medieval onde esses indícios se mostram perceptíveis, isso é de uma medicina baseada no saber humanístico cujo alicerce se fez presente em boa parte de sua História.

Nota-se que no período medievo, os ofícios e funções desenvolvidas em atividades de trabalho passavam necessariamente pelo crivo das corporações de ofícios, as quais detinham as práticas e o aprendizado nas oficinas, além do controle sobre a produção científica e artesanal que à época era por elas exercido.

Antes mesmo das universidades medievais, o modo de se produzir profissionais médicos estava diretamente ligado ao aprendizado com o trabalho, e exatamente nesse modelo é que se destacam as corporações de ofícios, onde o aprendiz passava a seguir os passos de seu mestre que, como ajudante, chegaria ao exercício do ofício de forma autônoma. Macedo (1999) a respeito do papel das corporações de ofício destaca:

“[...] encontravam-se organizados em grupos profissionais, chamados de corporações de ofícios, guildas ou artes. Eram associações compostas apenas por mestres de cada ofício. Por esse meio, os integrantes conseguiam controlar o preço dos produtos e os horários dos trabalhadores, proibiam a concorrência entre os participantes e previam punições para o associado que não cumprisse as normas fixadas (MACEDO, 1999, p.46)

Todavia, em meados do século XVII, um movimento de transformação ocorreu também na área da clínica cirúrgica, mudança estrutural, com a separação da educação e do trabalho médico, ocasionando o rompimento com a divisão do trabalho, em manual e intelectual, o que permanece até os dias atuais.

Segundo Lampert, esse processo transformou o aluno num acadêmico, embora não pudesse intervir na solução dos problemas de saúde da população, porém a profissão médica a partir do século XIX passa a se organizar formando uma forte corporação, apesar de fragmentada em especialidades.

Nesse cenário, surge um modelo ideológico, em que a prática liberal se mostra como o modelo ideal da profissão, o que no dizer de Marinho (1986) é um modelo de organização em que se tem a profissionalização da medicina:

De fato, uma das dimensões principais dos profissionais médicos, que claramente se denota no processo de profissionalização da medicina, é a da organização. Desde o século passado já possuíam sua associação, a Academia Nacional de Medicina, datada de 1829. Com o passar do tempo, outras associações foram se formando, como o Sindicato Médico Brasileiro (1927) e a importante AMB (1951), seguindo-se a consolidação do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais (1957) e o surgimento de outras mais recentes, com a Associação dos Médicos Residentes e a Associação Brasileira de Educação Médica. (MARINHO, 1986, p.40).

Em sua obra, Adam Smith esboçou oposição ao aprendizado nessas oficinas, com argumentos contrários às guildas na Inglaterra, pois segundo seu entendimento, havia um protecionismo e monopólio exercido por essas corporações de ofício, que em seu ponto de vista, acabavam por deter o exercício das atividades profissionais, já que impediam qualquer tipo de concorrência. Para Smith (1996):

(...) uma vez eliminados inteiramente todos os sistemas, sejam eles preferenciais ou de restrições, impõe-se por si mesmo o sistema óbvio e simples da liberdade natural. Deixa-se a cada qual, enquanto não violar as leis da justiça, perfeita liberdade de ir em busca de seu próprio interesse, a seu próprio modo, e faça com que tanto seu trabalho como seu capital concorram com os de qualquer outra pessoa ou categoria de pessoas (SMITH, 1996).

Na percepção de Smith, as políticas mercantilistas e instituições tais como as leis de corporações, Settlement Laws, promoviam os interesses de alguns em detrimento dos interesses dos demais, por isso defendia o sistema de liberdade natural, e o fim de todas essas regulamentações existentes sobre as corporações de ofício, assim como as formas específicas de aplicação da Lei dos Pobres (Settlement Laws), que praticamente impedia os trabalhadores mudarem de cidade em busca de melhores oportunidades de emprego.

Em concordância, Forgioni (2008) afirma que os estatutos das corporações previam normas que fixavam regras de conduta para os membros da corporação e também estabeleciam o monopólio por parte da corporação. Assim, acabavam por neutralizar qualquer concorrência, seja entre os agentes econômicos, seja potencial, além de normas que estabeleciam a jurisdição e o poder de fiscalização econômica da corporação sobre seus membros.

De modo que se acirraram por toda a Europa, críticas às corporações de ofícios, que pouco a pouco foram sendo reduzidas, até o ponto de serem extintas, apesar de terem exercido por longos anos importante papel de influência na sociedade medieval.

Eros Grau (2005) acentua que sob forte influência do liberalismo econômico no ano de 1791, houve a edição do Decreto de Allarde (março/1791) que preconizava a liberdade de comércio e indústria, independentemente de ligação com corporação de ofício, assim qualquer pessoa seria livre para realizar mercancia e exercer qualquer profissão, arte ou ofício. Posteriormente, foi editada a Lei Chapelier (decreto de junho/1791), que acabava com todas as espécies de corporações de ofício, garantindo ampla liberdade de comércio.

Importa frisar que no mundo contemporâneo essas extintas corporações de ofício se reinventaram com novo formato, atualmente ancoradas pela proteção estatal; apesar da flagrante fragmentação a partir do início do século XIX, ressurgem sob a forma das denominadas associações e sociedades de ajuda mútua, que a exemplo das corporações de ofício, disseminaram-se em países europeus e, também, na América. Mônica de Souza N. Martins (2008) relata com profundidade o papel e a influência das Corporações de Ofício:

Na década de 1830 houve uma proliferação de associações de auxílio mútuo, que se assemelhavam às antigas corporações de ofícios em algumas formas de atuação e objetivos. A importância dessas entidades foi de tal monta que, a partir da metade do século XIX, identifica-se um progressivo aumento dessas associações mutualistas na Corte, que passaram a desempenhar inclusive novas funções políticas para os trabalhadores. Acredito que essas sociedades de auxílio mútuo não se formaram como uma simples consequência da extinção das corporações, mas mantiveram aspectos que indicam a permanência de elementos característicos da organização do trabalho na sociedade brasileira. (Mônica de Souza N. Martins, 2008)

No Brasil, o processo de profissionalização somente veio a ocorrer no início do século XX, por provocação dos médicos sanitaristas e engenheiros, por meio do denominado processo de “saberes modernos como recurso na luta interelites”, assim, surgem as modernas profissões que são a base dos atuais sistemas de estratificação (BARBOSA, 1998, p.133).

Interessa-nos perceber a similitude entre as corporações de ofícios e as modernas formas de associativismo e corporativismo de ajuda mútua, nesse sentido a leitura da obra de Martins *apud* Rothschild (2003) amplia horizontes ao estudar os argumentos de Smith contrários ao monopólio das Corporações de Ofícios; e o faz de forma pedagógica agrupando-os em blocos:

No primeiro bloco, ela analisou os argumentos de Smith relacionados à ausência de competitividade. Na visão dele, os estatutos do aprendizado se constituíam em privilégios exclusivos das corporações, sintetizando “tipos de monopólios expandidos”, nos quais a permanência de aprendizes exclusivos tenderia a obstruir a competitividade e a prejudicar o interesse público, ao manter altos os lucros das oficinas e fábricas. Esta relação de trabalho impedia a livre circulação dos trabalhadores de um emprego para outro e as restrições impostas pelas corporações teriam a intenção de restringir a competição, acabando por manter os preços altos. Neste sentido, a extinção do aprendizado beneficiaria o público, pois o trabalho dos artífices chegaria bem mais barato aos consumidores e a prescrição de Smith indicava a derrubada dos privilégios corporativos e a revogação do estatuto do aprendizado – “ambos verdadeiras usurpações à liberdade natural”-, acrescentando a isso a revogação da Lei do Assentamento (settlement law) na Inglaterra. O segundo bloco de argumentos baseia-se na eficiência: para Smith o aprendizado se constituía em um meio insatisfatório para o treinamento dos trabalhadores em habilidades ou hábitos de indústria. Não era tão evidente para ele que a extensa educação fosse necessária na maioria das funções manufatureiras, o que tornava os longos anos de aprendizado “desnecessários e inúteis”. O fato de os aprendizes passarem grandes períodos aprendendo o ofício sem receberem por isso salário algum, em vez de torná-los hábeis e industriais, pelo contrário, agiam para torná-los indolentes e preguiçosos. Aos argumentos de que o aprendizado evitaria a fraude nas obras, Smith rebateu argumentando que risco maior corria em estarem as obras sob tutela das corporações, já que o aprendizado não se constituía em total garantia contra a fraude: A venda de mercadorias de má qualidade, diz ele, ‘é geralmente o efeito da fraude, e não da inabilidade, e o aprendizado mais longo não pode oferecer nenhuma garantia contra a fraude’. O risco de fraude é, de fato, maior nas

corporações exclusivas e privilegiadas. Para os trabalhadores sem privilégios, é o temor de perder os clientes 'que restringe suas fraudes'; os trabalhadores nos subúrbios fora das cidades incorporadas 'não dependem senão de seu próprio caráter. O terceiro bloco de argumentos refere-se à eficiência e equidade, na qual aponta os argumentos de Smith sobre a injustiça decorrente do aprendizado para os trabalhadores. De acordo com sua afirmação, "a propriedade que todo homem tem em seu próprio trabalho é a base original de toda outra propriedade, por conseguinte é a mais sagrada e inviolável". De acordo com este pressuposto, ele argumentava que o sistema de aprendizado impedia os trabalhadores mais pobres de usarem seu trabalho da forma que julgassem apropriada, devendo sempre se sujeitar à vontade do mestre do ofício, para quem todo o produto do trabalho seria destinado. No quarto bloco de argumentos destacados pela autora ela analisa as críticas de Smith ao caráter injusto e inseguro da jurisprudência em relação ao aprendizado. Para ele, esta injustiça refletia uma combinação opressiva das leis públicas com os estatutos corporativos, sendo as leis decretadas em benefício daqueles que estivessem no poder, beneficiando fundamentalmente os mestres de ofícios. Os estatutos reguladores das corporações só vigoravam mediante confirmação pela "lei pública do reino" e, segundo ele, o objetivo do estatuto elisabetano, instituído em 1563, era que os estatutos das corporações se tornassem na Inglaterra "a lei pública e geral das cidades mercantis" e essa lei pública se encarregaria da assistência aos pobres (ROTHSCHILD, 2003, p.101).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É sabido que o processo de profissionalização médica é de duração longa e de terminalidade relativa, uma vez que são necessários investimentos, mesmo após a conclusão da graduação, na formação em nível de pós-graduação. E todo este processo de formação faz da profissão uma profissão de alto custo para a sociedade.

Aqui se propôs discutir o papel da medicina levando em conta as ações de Conselhos e das políticas públicas, ou seja, os agentes envolvidos na formação dos profissionais médicos especialistas. Com isso, identificar se há efetividade e a garantia do acesso aos serviços médicos especialistas a toda sociedade, a partir da lógica da distribuição entre as regiões.

Historicamente, o exercício da medicina esteve restrito a determinados grupos, na Europa, por exemplo, percebe-se um forte domínio das guildas, e corporações de ofício, que, formadas por profissionais concentravam o domínio da técnica e ensino estabelecia regras e códigos limitando desse modo o acesso ao exercício profissional.

Atualmente, o que se nota, na prática, é que o Ministério da Educação tem papel regulador, por meio do controle do sistema de residência médica e da especialização, contudo, esse papel constitucional não está sendo desempenhado de forma plena.

Acirrando a discussão ainda, está previsto na Constituição que ao SUS, compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, exatamente, pelo fato de que no modelo atual, se requer do Estado em todas as suas esferas políticas que se garanta a todos o acesso integral e universal.

Em que pese a tentativa do Governo por meio de programas, como Saúde de Família, de interiorização, e incentivo às mudanças curriculares, dados colhidos revelam uma cruel realidade em algumas regiões do País, em que se fica nítido que o acesso à população a algumas especialidades médicas é restrita. E como mostrado, a literatura reforça as razões desse cenário, afirmando que assim como outras profissões historicamente prestigiadas, os médicos associam-se para defesa imediata de seus interesses corporativos.

Enfrenta-se a realidade da concentração tanto de profissionais quanto de instituições formadoras, nas regiões Sudeste e Sul do País e nos grandes centros urbanos, demonstrando uma baixa capacidade do setor Saúde para ordenar a formação na área. É preciso reconhecer que os grandes centros e capitais realmente necessitam de um aporte maior de médicos comparado aos centros de pequeno porte, pela lógica da equidade, contudo, mesmo diante desta observação, nota-se que há má distribuição e iniquidade das especialidades no Brasil.

Assim como na Europa, em que havia guildas e corporações, hoje, observa-se uma reorganização num modelo de associativismo com a criação de associações de caráter civil, que debatem temas de saúde ou questões de regulamentação e fiscalização da profissão interferindo na aplicação de políticas.

É perceptível que a prática da medicina está intimamente ligada ao processo de produção econômica, que impacta de forma conclusiva nas tendências sociais e políticas, que para a Operação Política Supervisionada (OPS) se dá em função da organização e dinâmica do Estado, da economia, do desenvolvimento científico e tecnológico, que orienta conteúdos, estratégias e mecanismos do processo de formação médica.

A Recente demonstração dessa influência se deu com a aprovação da lei do ato médico, PLS nº 268, de 2002, convertido na Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013c), que dispõe sobre o exercício da Medicina, aprovado, apesar de sofrer severas críticas por outros profissionais da saúde.

Um mercado em que as condições de acesso guardam condições específicas para o exercício da prática médica tem sofrido a influência dos interesses de organizações privadas, que concorrem com aporte tecnológico. O acesso à saúde passa pelo controle de mercado de trabalho, na prática, é fundamental atentar para a efetivação de políticas públicas universalistas, sobretudo, quanto ao fato de a integralidade proporcionar a incorporação de outras práticas profissionais que não apenas a hegemônica medicina científica.

Assim, faz-se necessária uma avaliação criteriosa das reais necessidades do mercado de trabalho nacional, com políticas voltadas para a cobertura de regiões onde as vagas para especialidades se mostrem prioritárias.

Desse modo é que se pode garantir com equidade a integralidade do acesso à saúde, estimulando-se com programas as especialidades deficitárias em cada localidade, associando a um plano de carreira que permita acesso a formação após o término da formação generalista.

Isto remete à questão sobre como é feita a regulação dos cursos de medicina, tanto em relação à abertura quanto ao quantitativo de vagas, já que dados colhidos revelam uma enorme disparidade entre as especialidades, ao ponto de, em algumas regiões terem um número excessivo, ao passo que outras faltam especialistas. Nessa perspectiva, parece que o mercado de trabalho dita as formas de inserção do profissional, mas o que está a revelar é a escassez de especialistas exatamente por que se tem uma regulação da oferta de vagas no mercado, e isso se dá porque se tem estabelecida uma reserva de mercado.

Por fim, reconhece-se que o desafio de ajustar a oferta e a demanda de médicos dinamicamente implica tomar as decisões corretas no momento adequando sobre o número de vagas de formação, sobre a normativa de retenção e retirada dos médicos em exercício, políticas de imigração, principalmente acerca do Programa Mais Médicos para o Brasil. Além disso, tomar as decisões corretas sobre as condições de trabalho e sobre os métodos de remuneração.

Fazem-se necessários outros estudos que levantem a discussão do tema em questão, para que se pensem e criem estratégias diante de problemas ou pontos de atenção, tais como atenção primária à saúde e atenção especializada (medicina de família *versus* especialidades); datação de médicos *versus* outros profissionais de saúde, particularmente Enfermagem; dispositivos públicos (SUS) *versus* privados (planos de saúde); territorial: norte - sul e zonas urbanas – rurais. Para que se garanta a construção de um direito à saúde que vá além da formalidade e de um Sistema Único de Saúde que seja concretamente universal, equânime, integral e capaz de envolver o conjunto de sujeitos participantes do processo de produção da saúde, ofertando o acesso a serviços e cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, E. **Medicina: uma viagem ao longo do tempo**. 2010. Disponível em <<http://livros01.livrosgratis.com.br/ea000722.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2017.
- AMARAL, J.L. **Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS**. 113 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- BARBOSA, M. L. de O. Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil. **Tempo Social**, São Paulo, v.10, n.1, p.133, mai. 1998.
- BRASIL. **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, 2011.
- BRASIL. **Decreto no 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977.
- BRASIL. **Decreto nº 86.190, de 7 de julho de 1981**. Acrescenta parágrafos ao artigo 2º do Decreto nº 85.795, de 9 de março de 1981, que institui no Gabinete Civil da Presidência da República a Secretaria de Imprensa e Divulgação. Brasília, 1981a.
- BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Congresso Nacional, 2013a.
- BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Conversão da Medida Provisória nº 621, 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, 2013b.
- BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília: Congresso Nacional, 2013c.

BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981.** Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1001, de 22 outubro de 2009. **Instituiu o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2009.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.116, de 23 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.149/2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2016.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.2, n.3, p.51-71, ago. 1998.

FORGIONI, P.A. **Os fundamentos do antitruste.** 3 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

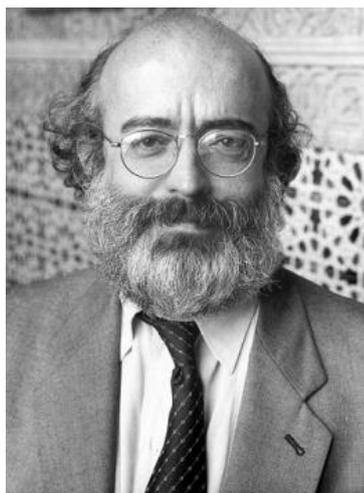
FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado.** São Paulo: UNESP, 2009.

GRAU, E.R. **A ordem econômica na Constituição de 1988.** 10 ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

IUNES, R.F. **Demanda e demanda em saúde.** In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (orgs.) Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

- KAWAMURA, L.K. Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos. **Rev. adm. empres.**, v.27, n.2, p.48-55, 1987.
- LAMPERT, J.B. **Tendência de Mudanças na Formação Médica no Brasil**. Tese de doutorado, ENSP/Fiocruz, 2002.
- MACEDO, J.R. **Viver nas Cidades Medievais**. São Paulo: Moderna, 1999.
- MACHADO, Maria Helena, coord. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- MARINHO, M.J. **Profissionalização e Credenciamento: A Política das Profissões, Coleção Albano Franco 8**. Rio de Janeiro, cap. 2., 1986.
- MARTINS, Mônica de Souza N. **Entre a Cruz e a Capital: As Corporações de Ofícios no Rio de Janeiro após a Chegada da Família Real 1808-1824**, 1ª edição, ano 2008, disponível em <www0.rio.rj.gov.br/arquivo/pdf/obras_premiadas_pdf/entre_cruz_capital.pdf>
- MENELEU NETO, J. et al. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. Fortaleza: ROREHS-CETREDE/UFC/UECE, 2006
- MIRANDA-SÁ JUNIOR, L.S. **Uma introdução à Medicina**. Ed. 1ª. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2013.
- NEVES, N.C. **Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.
- NUNES, M.P.T. **Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas**. Cadernos ABEM, v.1, p.30-2, 2004.
- REGO, T.C. **Memórias de escola: Cultura escolar e constituição de singularidades**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- RIBEIRO, M.A.A. **Apontamentos sobre residência médica no Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema11/2011_123_.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

- RODRIGUES, P.H.A. *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, v.23, n.4, p.1147-1166, 2013.
- ROTHSCHILD, E. **Sentimentos econômicos: Adam Smith, Condorcet e o Iluminismo**. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SANTOS FILHO, L.C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- SANTOS, N.R. **A luta pela reforma curricular**. Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica. Rio de Janeiro, 1980.
- SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.
- SMITH, A. **A Riqueza Das Nações – Investigação Sobre Sua Natureza e Suas Causas**. VII. São Paulo: Abril Cultural, 1996.
- TORRES, O. **Esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1946)**. Salvador: Imprensa Vitória, 1946.



Saúde não é simplesmente a ausência de doença – é muito mais que isso. É bem estar físico, mental, social, político. Pode significar que as pessoas tenham algo além de simplesmente não estar doente. Que tenham direito à casa, ao trabalho, a um salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, a ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo. Que também tenham direito ao meio ambiente – que não nos seja agressivo, mas pelo contrário, que permita a existência de uma vida digna e decente – bem como a um sistema político que respeite a livre opinião, à livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo.

É preciso uma reforma sanitária profunda em que seja garantido à população um serviço descentralizado (mais próximo das necessidades de cada um), universal (com acesso a todos os brasileiros), integral (em que todo o ciclo de vida seja beneficiado) e com controle social (a fiscalização do atendimento deve ser feito pela própria sociedade).

A batalha sanitária é uma questão superpartidária, nenhuma pessoa, instituição, partido, agrupamento, categoria ou entidade enfrenta sozinha essa luta.

Saúde não é simplesmente ausência de doenças, é muito mais que isso. É bem-estar mental, social, político.

As sociedades criam ciclos que, ou são ciclos de miséria, ou são ciclos de desenvolvimento (...).

Saúde é o resultado do desenvolvimento econômico-social justo.

**Sérgio Arouca – Médico Sanitarista e
Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986**

SOBRE OS AUTORES



EVANDRO GIL DE SOUZA

Bacharel em Direito. Especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG). Diretor da Secretaria da Justiça Federal de São Paulo / TRF 3ª Região.

E-mail: egildesouza1@gmail.com



ANTÔNIA GONÇALVES DE SOUZA

Psicóloga. Especialista em Psicologia Social. Especialização em Direitos Humanos pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Pesquisadora da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

E-mail: antoniagoncalves8@gmail.com



LUÍS PAULO SOUZA E SOUZA

Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-Doutorado em Educação pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) e em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Professor Colaborador da ESPMG. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

E-mail: luis.pauloss@hotmail.com

COM QUANTOS MÉDICOS SE GARANTE O DIREITO À SAÚDE?

ANÁLISE HISTÓRICA DA RESERVA DE MERCADO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL E OS RISCOS NA GARANTIA DO DIREITO SANITÁRIO

Evandro Gil de Souza

Antônia Gonçalves de Souza

Luís Paulo Souza e Souza

