



Projeto Brasil Saúde Amanhã

Oficina de Trabalho

Desafios metodológicos nas estimativas da força de trabalho de médicos especialistas em cenários de longo prazo

Relatório Final

2014



1. Introdução

No dia 13 de novembro de 2014, no auditório da Residência Oficial da Fundação Oswaldo Cruz, realizou-se a Oficina de Trabalho *Desafios metodológicos nas estimativas da força de trabalho de médicos especialistas em cenários de longo prazo* com o objetivo de apontar diretrizes para a construção de critérios para as estimativas de longo prazo da força de trabalho de médicos especialistas.

Para isso os participantes indicaram as prioridades quanto às especialidades a serem projetadas; os critérios para definição dos níveis de complexidade dos serviços especializados, bem como os aspectos de acessibilidade geográfica e localização espacial dos serviços.

A Oficina de Trabalho foi organizada no âmbito do Projeto Brasil Saúde Amanhã, iniciativa que integra um processo de cooperação da Fiocruz com o Ministério da Saúde, com o objetivo de pensar cenários prospectivos relativos à constituição da área de saúde e do Sistema Único da Saúde. Pretende construir evidências e a estruturação de cenários prospectivos e indicar os desafios e passos que tornariam esses cenários possíveis como resultado da ação política e técnica, trazendo inovações metodológicas e novas questões para a arena de políticas setorial.

Dela resultaram vários produtos como o livro *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro* e o Portal Saúde Amanhã (<http://saudeamanha.fiocruz.br/>) na internet. Tem contado com o apoio e o estímulo permanente por parte do Ministério da Saúde, manifestos durante a apresentação dos resultados preliminares ao Colegiado do Ministro e ao Conselho Nacional de Saúde, com enorme receptividade por todos.

O Projeto Brasil Saúde Amanhã começou com uma etapa com tempo definido, Brasil 2030, abordando os seguintes campos temáticos:

- Desenvolvimento, Estado e políticas de saúde;
- População e perfil sanitário;
- Organização e gestão do Sistema de Saúde;
- Força de trabalho em saúde;

- Estruturas do Financiamento e do gasto setorial;
- Desenvolvimento produtivo e complexo da saúde.

Na segunda etapa, trabalha com um horizonte temporal móvel, atualizando os cenários macroeconômicos e de desenvolvimento, os cenários demográficos e epidemiológicos, os recursos físicos e humanos e a distribuição da oferta. No caso dos estudos sobre recursos físicos optou-se pela construção de uma metodologia para fixação de uma linha de base da oferta e um estudo de fluxos de internação.

Desde seu início, o projeto tem como propósito constituir uma rede de prospecção estratégica ancorada na Fiocruz, envolvendo instituições e pessoas inseridas em diversos postos do sistema de saúde e da pesquisa acadêmica. A Oficina de Trabalho *Desafios metodológicos nas estimativas da força de trabalho de médicos especialistas em cenários de longo prazo* se insere dentro dessa perspectiva.

O evento contou com a presença de gestores e pesquisadores ligados tanto à gestão da atenção à saúde quanto a estudos relacionados à formação e projeção da força de trabalho (ver anexo com os participantes).

2. Contexto atual e importância das projeções de longo prazo de médicos especialistas

A necessidade de se propor critérios para a elaboração de estimativas de longo prazo da força de trabalho de médicos especialistas tem se mostrado premente no atual estágio de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. A rápida expansão da cobertura dos serviços de atenção primária permitido pelo suprimento de médicos nas áreas de maior carência absoluta e relativa pelo *Programa Mais Médicos para o Brasil*, a partir de 2013, trouxe à tona as insuficiências da atenção especializada, alcançando foros de questão social e foi objeto de debates na campanha presidencial de 2014. A coligação vencedora enfatizou no seu programa de governo a organização dessa área da atenção à saúde, por meio do *Programa Mais Especialidades*, que pretende ampliar a oferta desses serviços.

O comportamento temporal e a distribuição espacial da força de trabalho médica, em suas várias especialidades e subespecialidades, mostra ser um fenômeno de elevada complexidade, condicionado por fatores diversos, pouco sensíveis às políticas públicas, além de ter como característica marcante os grandes intervalos de tempo entre as decisões de política, como o aumento de vagas nas escolas de medicina, e os impactos futuros nos quantitativos da força de trabalho. Essa dinâmica motiva a construção de cenários de longo prazo que possam orientar as decisões de políticas no presente, com vistas ao alcance de um perfil mais equilibrado da oferta de profissionais no futuro.

O dimensionamento das necessidades futuras de profissionais médicos, dependendo da abordagem metodológica escolhida para as projeções da oferta e da demanda de profissionais no mercado de trabalho, vai envolver cálculos de grande complexidade, como dimensão do aparato formador, estimativas da carga de doenças futura, previsões quanto ao desenvolvimento tecnológico no setor, escopos de prática das especialidades e composição de equipes multiprofissionais, modelos de organização da atenção à saúde, padrões de utilização dos serviços e muitas outras dimensões dos futuros sistemas de saúde.

Frente a desafios metodológicos de tal envergadura, faz-se premente a constituição de rede de pesquisa que facilite a comunicação e a cooperação de pesquisadores voltados para essas diversas dimensões, principalmente daqueles envolvidos no planejamento e modelagem dos diversos aspectos da atenção à saúde e dos especialistas e pesquisadores em Recursos Humanos, com vistas a subsidiar com evidências, as mais sólidas possíveis, aqueles que enfrentam a gestão dessas políticas e o debate político no campo.

3. As abordagens metodológicas para a projeção da força de trabalho médica

Foram amplamente discutidos os modelos usuais de projeção da força de trabalho em saúde e suas limitações. Comentaram-se as vantagens e desvantagens dos modelos baseados na oferta, na demanda, nas necessidades de saúde e os que utilizam

estratégias de *benchmarking* com outros sistemas de saúde. A enorme complexidade que caracteriza os fenômenos envolvidos na oferta e demanda de recursos humanos e também na demanda e utilização de serviços de saúde diminuem em muito a capacidade de se fazer previsões.

A maioria dos modelos parte de pressupostos muito criticados como a projeção no futuro das taxas atuais de utilização de serviços, com pouca capacidade de se prever mudanças tecnológicas e de comportamento dos usuários, que poderiam ter enormes impactos na necessidade de profissionais e de serviços de saúde. As estimativas de necessidades de saúde seriam obtidas por métodos com elevada subjetividade, visto a incipiência de evidências robustas do impacto das intervenções do sistema de saúde.

Essas dificuldades, no entanto, poderiam ser relativizadas se houver uma melhor clareza em como deve se dar a utilização desses modelos. Não se pretenderia um exercício de adivinhação do futuro, como se fosse possível olhar por uma “bola de cristal”, como afirma uma revisão relativamente recente sobre o tema (ROBERFROID, 2009). O que se pretenderia, muito mais, seria desenhar modelos que pudessem orientar a ação no presente, que mensurassem os impactos mais prováveis nos patamares de uma grandeza dimensionada no futuro, como resultado de mudanças em variáveis passíveis de serem alteradas no presente.

Embora reconhecendo a importância do trabalho em equipe e das demais profissões da área da saúde, a opção pela construção de cenários prospectivos das especialidades médicas se dá essencialmente por injunções conjunturais, indicando-se a necessidade dos próximos passos das análises serem estendidos à modelagem das demais profissões de saúde.

4. As projeções da força de trabalho dos médicos no Brasil

No país, os estudos e o desenvolvimento metodológico no campo do planejamento de *Recursos Humanos em Saúde* têm apresentado um considerável avanço nos últimos anos. Análises da distribuição geográfica e medidas dos níveis de carência de profissionais de saúde, em especial de médicos, têm sido elaboradas (GIRARDI,

2011), fundamentando intervenções dos gestores em todos os níveis, principalmente do Ministério da Saúde, como no caso do *Programa Mais Médicos para o Brasil*.

Projeções da força de trabalho dos médicos e de outros profissionais de saúde para horizontes temporais de longo prazo também têm sido realizadas tanto para o nível nacional (GONZÁLEZ PEREZ, 2011), quanto para o estadual (WONG, L. R. et al., 2012).

As carências absolutas ou relativas de médicos, aliadas às pressões dos gestores e da sociedade para o seu equacionamento, resultaram na adoção de políticas de suprimento e formação de médicos expressas no *Programa Mais Médicos para o Brasil*, amparadas pela Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Essa lei contém determinações com grande impacto na formação dos médicos em geral, e de especialistas, em particular, ao prever, no seu artigo 5º que os Programas de Residência Médica “ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior” (BRASIL, 2013), meta que deverá ser efetivada progressivamente até o ano de 2018. Sua implantação significa um enorme crescimento das vagas de Residência Médica no país, em todas as especialidades.

Na ausência de mecanismos indutores para a alocação de médicos especialistas de forma mais homogênea no território nacional por parte do Estado, as forças do mercado tem sido o mecanismo mais importante para a sua distribuição geográfica, resultando, como era de se esperar, na concentração desses profissionais. Com isso concorda o Presidente do Conselho Estadual de Medicina de São Paulo para quem “o que tem determinado a distribuição dos médicos no Brasil é muito mais o mercado do que o interesse público que deveria ser defendido pelo Estado” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, p. 10, 2013). Segundo o estudo *Demografia Médica no Brasil*, recentemente publicado pelo Conselho Federal de Medicina,

Onde faltam médicos, também faltam especialistas, decorrência esperada pela forma como se organizam o sistema e o mercado de saúde no país que, por vez, favorece a concentração. No cotidiano das regiões afastadas dos grandes centros, a ausência de médicos titulados deve estar sendo compensada, em parte, pela atuação de generalistas. Mas, numericamente, onde a presença de especialistas é menor, também é menor a presença de médicos em geral. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, p.150, 2013).

Esse quadro sinaliza para a importância de realizar análises prospectivas do quantitativo e da distribuição espacial de cada especialidade e subespecialidade médicas, com vista a subsidiar as decisões quanto à orientação da formação desses especialistas, via alocação de bolsas de Residência Médica e outros estímulos, bem como à “interiorização” desses profissionais, como modelos de remuneração, etc. Estimativas de patamares adequados de oferta, sem qualquer conteúdo normativo ou impositivo, e sim com caráter meramente referencial, são essenciais para a construção dos cenários desejáveis, incluindo critérios quantitativos e de distribuição espacial dos especialistas. Para ser mais claro, proposições do número *per capita* de especialistas e dos tempos/distâncias máximas de deslocamento pelos meios usuais de transporte aos diversos níveis de atenção e tipologias de serviços são fundamentais para o cálculo prospectivo.

Na determinação desses “patamares adequados de oferta”, enfoques com base nas necessidades de saúde poderiam ser desenvolvidos, estabelecendo-se correspondências entre a carga de doenças e as demandas esperadas ou tecnicamente recomendadas e os médicos necessários para seu atendimento nos vários níveis de atenção.

A heterogeneidade das estruturas etárias e do quadro socioeconômico e epidemiológico que caracteriza as regiões do país obriga que se considerem essas diversidades na construção de modelos de estimativas da quantidade e da distribuição dos médicos especialistas. Se no presente essas desigualdades já se encontram razoavelmente mapeadas e descritas, há que se envidar esforços para a construção de cenários futuros do número e distribuição desejável de especialistas, para enfrentar as problemáticas emergentes resultantes das mudanças demográficas e epidemiológicas, como o rápido envelhecimento da população e o aumento da importância absoluta e relativa das doenças crônicas.

Sem pretender exatidão quantitativa, os cenários futuros devem servir para melhor embasar a tomada de decisão no presente, aquilatando os impactos no tempo de medidas de expansão diferencial de vagas de graduação ou de Residência Médica e estimando lacunas na oferta/demanda de especialistas no longo prazo.

5. As estimativas das necessidades atuais de médicos especialistas

Para a construção de cenários prospectivos da oferta e demanda de médicos especialistas faz-se necessário o estabelecimento de estimativas das demandas atuais desses profissionais. Iniciativa recente de proposição de modelos para essas estimativas no âmbito do SUS estão contidas na Consulta Pública MS nº06, de 12 de março de 2014, e foram desenvolvidos pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON, atendendo demanda do Ministério da Saúde, visando revisão dos parâmetros de planejamento e programação contidos na Portaria 1101/2002¹.

Estimativas com base nas necessidades de saúde não foram tentadas pelo reconhecimento de limitações importantes nos modelos de atenção especializada e protocolos assistenciais estabelecidos no SUS, bem como pela incipiência dos estudos de utilização de serviços de saúde em nosso meio.

A estratégia metodológica adotada foi mista, envolvendo dois componentes. Um primeiro, baseado no *benchmarking* com sistemas de saúde de países com modelos de atenção centrados na Atenção Primária de Saúde, como Inglaterra, Canadá e Portugal. Foram levantadas informações sobre os modelos de atenção para 12 especialidades médicas mais frequentes e levantadas as concentrações *per capita* de especialistas numa base de *Full Time Equivalents* (FTE). Cotejaram-se esses valores com aqueles obtidos de capitais brasileiras, em especial de duas delas com alta cobertura de serviços da Estratégia de Saúde da Família e com sistemas de regulação da atenção especializada reconhecidamente consolidados e implantados há mais de uma década, qual sejam, Curitiba e Belo Horizonte. Para neutralizar o efeito da invasão de pacientes de outros municípios que são referenciados para os sistemas de saúde das capitais foi desenvolvido um fator de ajuste elaborado com base em uma cesta de procedimentos que contam com registros dos municípios de origem dos pacientes nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar.

¹ Essa Consulta Pública nº06, de 12 de março de 2014, foi uma reedição da Consulta Pública nº 21, de 17 de dezembro de 2013, reaberta para permitir mais número de contribuições. Em uma Nota Técnica sobre os *Parâmetros para o Planejamento e Programação da Atenção Especializada*, apresentou recomendações quanto às necessidades de médicos e exames especializados.

Em um segundo momento foram desenhados modelos de atenção “idealizados”, estimando-se critérios de densidade esperada de profissionais especializados por nível de atenção para recortes populacionais definidos. Partiu-se do pressuposto que a atenção especializada deva ser organizada para apoiar um modelo fortemente centrado na Atenção Primária, vistas as várias evidências favoráveis a esse tipo de organização do sistema de saúde.

Aliado a esse desenho de uma “demanda esperada”, foram levantados os dados da distribuição dos especialistas no Brasil, estados e regiões de saúde. Como a cobertura de planos de saúde varia muito entre as regiões, calcularam-se todos os FTE para a população total e para a população exclusivamente SUS.

Cotejando-se todas essas informações, propuseram-se referenciais quantitativos na forma de concentrações de FTE por 100.000 habitantes para as principais especialidades médicas.

Outra iniciativa recente de estimativa de necessidades de médicos especialistas foi capitaneada por um grupo de trabalho no âmbito da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, apoiado por consultores espanhóis. Adotou-se um desenho metodológico também centrado em *benchmarking* com um conjunto de municípios e em análise da oferta de serviços obtida dos sistemas de informação oficiais. Para a construção do padrão de referência foram selecionados 42 municípios que alcançaram um determinado nível desejado para todos os parâmetros de um conjunto de doze indicadores, considerando-se então as suas ofertas de serviços como adequadas. Os critérios de elegibilidade para compor esse conjunto de municípios foram: a) o município produz mais do que oferece aos seus próprios residentes, isto é, constitui-se como referência para outros municípios; b) mais de 50% de cobertura pela atenção básica; c) mortalidade infantil abaixo de 14 por 1000; d) taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica menor que 12 por 100; e) registro de causa não identificada na Declaração de Óbito menor que 6%.

Analisando a média de oferta de produção ambulatorial e hospitalar para seus próprios residentes, criou-se um fator de ajuste para a população residente. Aplicando-se esse percentual às horas contratadas registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, e dividindo-se por 40 horas, obteve-se o número de médicos FTE, qual seja, de 3,1 especialistas por 1.000 habitantes.

Em outro exercício desse mesmo Grupo de Trabalho, baseado na produção de serviços para as populações residentes, utilizando critérios de rendimento de 4 consultas por hora, 20 dias úteis, 11 meses, obteve um segundo número de médicos. Comparando com o exercício anterior, obteve a metade ou um terço dos valores obtidos no exercício anterior.

6. Critérios de acessibilidade geográfica para análise e proposições de localização de serviços de atenção especializada e estimativas de necessidade de médicos especialistas.

Modelos matemáticos de localização e alocação de serviços médicos têm sido desenvolvidos como alternativa para o cálculo do número de especialistas necessários para cobertura de territórios delimitados, utilizando-se recursos do campo da pesquisa operacional. Critérios relacionados ao tamanho das equipes, capacidade de atendimento, taxas de utilização dos serviços e populações beneficiadas, produtividade dos profissionais e critérios de acessibilidade espacial como tempo de deslocamento máximo esperado para os usuários dentro da rede podem ser incluídos como restrições nesses modelos de otimização, além dos custos de implantação de novos serviços e custos totais envolvidos na sua manutenção.

Modelos com um ou mais níveis de atenção podem ser simulados, com cada um dos níveis atendendo recortes populacionais cada vez mais abrangentes, capturando os benefícios de economia de escala dos serviços, ao mesmo tempo em que se atende a critérios de acessibilidade espacial, gerando-se um arranjo espacial otimizado de serviços. A orientação dos fluxos de usuários pode ser incluída nos modelos e oferecida pelas informações dos fluxos reais observados, por exemplo, nos encaminhamentos para internação hospitalar registrados nos sistemas usuais de informação do SUS.

Esses modelos geram proposições que reúnem, de forma complexa, uma série de critérios usualmente tratados isoladamente ou de forma excessivamente simplificada, como é o caso de cálculos de concentrações de profissionais *per capita* ou de razões de profissionais por área geográfica.

7. As especialidades médicas prioritárias para as projeções de longo prazo

As especialidades médicas prioritárias para as projeções de longo prazo para a força de trabalho seriam aquelas situadas no primeiro nível de referência da atenção especializada, e com encaminhamentos mais frequentes, como cardiologia, traumatologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia e pneumologia.

Considerou-se que as especialidades como medicina de família e comunidade, clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral compõem a Atenção Primária, devendo integrar as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

8. O papel primordial dos modelos de atenção no desenho dos cenários prospectivos: a centralidade da Atenção Primária de Saúde

A consideração dos modelos de atenção é fundamental no desenho da imagem objetivo do sistema de saúde que se deseja alcançar e, conseqüentemente, na construção dos cenários prospectivos das especialidades médicas neles inseridas. Os modelos matemáticos teriam que refletir, portanto, os modelos de atenção que se quer implantar ou estimular, contribuindo para estimar os recursos necessários para alcançá-los.

Parte-se do pressuposto do papel central da *Atenção Primária de Saúde* na organização do sistema de saúde, considerando as diversas evidências da maior efetividade sanitária desses sistemas e de que a atenção especializada deva ser organizada para apoiar processos fortemente centrados naquele nível, reconhecendo-se a inviabilidade técnica e econômica do funcionamento autocentrado dos serviços especializados.

Assim, no desenho dos vários níveis de atenção deverá se pensar em como se dará a inserção dos especialistas e o papel coordenador da Atenção Primária no ordenamento dos fluxos de pacientes no interior das Redes de Atenção. Tal dinâmica poderia garantir a continuidade do cuidado e a devolução dos casos encaminhados à Atenção Especializada, constituindo-se como um forte modulador da utilização dos serviços especializados, com evidentes impactos nas estimativas de necessidade de especialistas.

Reconhece-se o grande esforço que o Ministério da Saúde e os demais níveis de gestão do SUS tem feito nos últimos 18 anos no sentido de promover uma atenção primária qualificada e fortalecida, associando às equipes dos NASF, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Já se observam casos de municípios com sistemas de regulação de acesso com elevado protagonismo da Atenção Primária, que alcança alta resolubilidade quando apoiada por estruturas como os NASF. Considera-se que a incorporação de especialistas em atenção primária nas Equipes de Saúde da Família e nos NASF também representaria um dispositivo potente para elevar a resolubilidade da Atenção Primária.

Apesar dos esforços empreendidos no sentido da reorganização dos serviços, o atual modelo de atenção caracteriza-se pela extrema fragmentação da atenção especializada adicionando pouco valor na resolução dos problemas que se busca com a intervenção dos médicos especialistas. Por outro lado, observa-se atualmente na Atenção Primária a prática de se encaminhar para o especialista todas as demandas que tangenciam o conhecimento especializado. Esse modelo distorcido não poderia ser reproduzido nas projeções, devendo ser ensaiados cenários alternativos com maior resolubilidade desse nível de atenção. A projeção no futuro desses arranjos produtivos atuais certamente redundaria em propostas hiperdimensionadas e, ademais, inviáveis economicamente.

9. Diretrizes e critérios para a modelagem das especialidades médicas

Reunidos nos Grupos de Trabalho, os participantes da Oficina *Desafios metodológicos nas estimativas da força de trabalho de médicos especialistas em cenários de longo prazo* apontaram diversas diretrizes e critérios a serem observados na modelagem dos cenários prospectivos das especialidades médicas. São aqui relacionadas as principais contribuições levantadas:

- O **cenário demográfico e epidemiológico** que delinearía o campo das necessidades de saúde;
- As diferenças das **dinâmicas de produção, oferta e utilização** nos setores público e privado, que definem a dinâmica do sistema local de saúde;
- Independentemente do modelo assistencial, seria necessário ouvir os gestores para entender os fluxos e tendências de forma regionalizada, e considerar a disponibilidade de profissionais, sua falta, a dificuldade de contratação e fixação etc.;
- Destacou-se a importância fundamental da questão do **escopo de práticas de cada uma das especialidades médicas** e o seu impacto potencial nos resultados dos cenários prospectivos. A maior ou menor extensão de atividades que conformam esse escopo de cada especialidade orientaria inclusive a introdução de determinadas tecnologias na atenção primária, até agora privativas da atenção especializada, como os exames ecocardiográficos, de espirometria, etc. Esses aspectos deveriam ser incluídos nos modelos, inclusive a capacidade de realocar pessoas, incorporar tecnologias, equipamentos e facilidades em geral;
- Importância dos **estudos de carga de doença**: deveriam ser realizados para permitir a quantificação das necessidades de saúde atuais e futuras, bem como sua dinâmica, com vistas a contribuir nas estimativas de necessidades de saúde;

- Tendência de **aumento da resolubilidade do cuidado extra-hospitalar**: deverá ser considerada na modelagem das especialidades, vista a crescente incorporação de tecnologias que têm permitido a desospitalização e o cuidado ambulatorial de casos anteriormente tratados exclusivamente em ambiente hospitalar;
 - **Dificuldades de contratação de especialistas pelos gestores** para completar seus quadros de RH, mesmo nas especialidades básicas (saúde da família, pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica) e algumas outras (cardiologia, traumatologia-ortopedia, oncologia, neurologia) que respondem às necessidades centrais de saúde;
 - **Programas de formação de especialistas**: relatos de participantes informam que cerca da metade dos médicos que executam tarefas de especialistas no país não teriam formação específica – Residência Médica ou participação em programas de formação de especialistas. Foi apontada a necessidade de se conhecer melhor esses casos, subsidiando a instituição de sistemas de incentivos eficazes para minimizar o fenômeno e melhorar a qualificação desses profissionais;
 - **Mercado de trabalho médico e sistemas de incentivo**: além do cálculo estimativo do número e localização dos profissionais necessários seria preciso conhecer quais as medidas devem ser tomadas para garantir que as vagas sejam efetivamente supridas; maior conhecimento de áreas em que induções financeiras e outras estratégias não estão funcionando como se esperava;
 - **Melhorar o conhecimento do perfil e distribuição atual dos médicos especialistas**: para se realizar as prospecções, há que se melhorar o conhecimento da realidade atual, o perfil e a atual distribuição dos especialistas no território, para o que se impõe a melhoria dos cadastros de profissionais, em especial do *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES*, fonte de informações fundamentais para as projeções de médicos e demais profissionais de saúde;

- **Regulação assistencial:** a incipiência dos dispositivos de regulação assistencial foi apontada como um grande problema a ser enfrentado pelo sistema de saúde, com impacto nas necessidades de especialistas, em especial a definição do papel da Atenção Primária na coordenação do fluxo dos usuários e a necessidade de gestão das agendas dos especialistas;
- **Estudos de utilização de serviços de saúde:** apontou-se a necessidade da realização de estudos de utilização de serviços de saúde e de estudos sobre a incorporação de novas tecnologias que possam impactar na demanda pelas especialidades, interferindo nas estimativas de necessidade de especialistas;
- **Melhor especificação das linhas de cuidado:** as definições atuais das *linhas de cuidado* fornecem escassa base para a realização das projeções e deveriam ser desenhadas com maior profundidade, abrangendo aspectos normativos de sua implantação e dos resultados esperados. No seu desenho, devem ser considerados os escopos de prática das especialidades médicas envolvidas e os papéis esperados dos médicos e dos demais profissionais de saúde que poderiam desempenhar tarefas atualmente exclusivas dos especialistas (*taskshifting*);
- **Gestão estratégica:** *pari passu* à construção das projeções de necessidades de saúde e dos serviços e profissionais para atendê-las, haveria que se pensar igualmente a questão da viabilidade e a factibilidade das intervenções necessárias para modificar favoravelmente a situação. Além de projetar as taxas, considerar a formação dos médicos como também muito importante, com a Residência Médica como o formato privilegiado de especialização. Até muito recentemente a formação dos residentes era controlada quase exclusivamente pela corporação médica. Até o momento em que o Ministério lançou o *Pro-Residência*, 99% do financiamento da especialização era feita pelo setor público, com baixíssima ingerência do Ministério da Saúde e do MEC sobre que áreas especializar. Mesmo contando com excelentes projeções e os números ideais, como conseguir viabilidade política, como conquistar a adesão daqueles que controlam com “mão de ferro” as vagas de especialistas, como se daria o diálogo com esses atores?

10. Conclusão

Os participantes da Oficina de Trabalho enfatizaram fortemente a importância dos modelos de atenção para a realização dos estudos prospectivos da força de trabalho dos médicos especialistas, em especial a ênfase num modelo centrado na Atenção Primária de Saúde e melhor especificação das linhas de cuidado por condição clínica. Os escopos de prática e a possibilidade de deslocamento de tarefas hoje exclusivas de determinadas especialidades para outros profissionais da saúde pode também impactar as projeções.

Alertou-se para a importância de não se perder de vista a gestão estratégica dos Recursos Humanos, aliando os exercícios de projeções e a construção de cenários prospectivos da força de trabalho com a mobilização dos atores sociais situados em postos chave do sistema formador e no controle das vagas de Residência Médica, bem como na gestão do sistema de saúde, criando-se as condições de viabilidade para as ações necessárias ao enfrentamento no presente das tendências negativas apontadas pelos modelos prospectivos, garantindo-se o alcance dos objetivos de longo prazo.

Os participantes avaliaram positivamente o encontro, sendo endossada por todos os presentes a proposta de que se estabeleça uma rede colaborativa multiprofissional e interinstitucional que garanta a conexão permanente entre representantes dos órgãos encarregados da gestão do sistema de saúde, dos pesquisadores do campo dos Recursos Humanos e da Atenção à Saúde, voltada para a elaboração e difusão de cenários prospectivos dos profissionais de saúde, como instrumento de apoio à gestão política do sistema de saúde.

11. Referências bibliográficas

BRASIL. Legislação Federal. **Lei Federal Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2013.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, p. 171-186, 2011. Disponível em <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/livro/2141551.pdf>

GONZÁLEZ LÓPEZ, B.; BARBER PÉREZ, P.; SUÁREZ VEJA, R. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil**. Projeções para 2020. Equipo Economía de laSalud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Valcárcel, Fev. 2011. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>. Acesso em 16/10/2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Diagnóstico e dimensionamento da demanda por especialidades e Residências Médicas em Minas Gerais**: relatório final. Observatório EPSM/NESCON/FM/UFMG; Observatório SUS/SES-MG – FACE/UFMG. Março de 2011. Disponível em <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Diagnostico_da_Demanda_de_Especialidades_e_Residencias_Medicas_MG.pdf>

ROBERFROID, D.; LÉONARD, C.; STORDEUR, S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? **Human Resource for Health**, 2009, 7:10.

WONG, L. R. et al. **Estimativas de mão de obra qualificada para curto e médio prazo**: uma proposta metodológica aplicada ao caso das especialidades médicas em Minas Gerais. XV Seminário de Economia Mineira, Diamantina – MG, 2012.

Anexo - Participantes:

NOME	INSTITUIÇÃO
Adolfo Chorny	ENSP/FIOCRUZ
Afonso Teixeira dos Reis	Ministério da Saúde, Coord. Geral de Monitoramento e Avaliação/DEMAS
Ana Maria Costa	CEBES
Ana Maria Schneider	Portal “Saúde Amanhã”
Antonio Ivo de Carvalho	FIOCRUZ
Celia Pierantoni	ABRASCO
Cristina Sette	CONASEMS
Danilo Amorim	Representante Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
Diego Ricardo Xavier Silva	ICICT/FIOCRUZ
Francisco Campos	UNA-SUS
Francisco Cardoso	NESCON/UFMG
Camila Franco	DEPREPS/SGTES/MS
Ignez Helena Oliva Perpétuo	Departamento de Demografia da UFMG.
José Noronha	Coordenador do Projeto “Saúde Amanhã”

Luciana Dias de Lima	ENSP/FIOCRUZ
Maria Helena Machado	ENSP/Fiocruz
Maria Inês Padula	Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
Maria Thereza Fortes	Equipe do Portal “Saúde Amanhã”
Mário Dal Poz	IMS/UERJ
Monica Magalhães	ICICT/Fiocruz
Paulo Seixas	ObservaRHSP
Rita Cataneli	CONASS
Roberto Medronho	Diretor da Faculdade de Medicina da UFRJ
Sábado Girardi	NESCON/UFMG
Telma Ruth Pereira	Coordenação-Executiva do Projeto “Saúde Amanhã”