O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano V | Volume 16 | Nº 47 | Boa Vista | 2023

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.10086943

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

ANÁLISE HISTÓRICA DA RESERVA DE MERCADO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL E O DIREITO À SAÚDE

Evandro Gil de Souza[1]

Antônia Gonçalves de Souza[2]

Rosana Ruas[3]

Luís Paulo Souza e Souza[4]

Resumo

Este trabalho traz uma análise da distribuição e da reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil e a garantia do direito à saúde. 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 médicas nas regiões do País. Trata-se de um ensaio científico realizado com coleta em várias fontes de pesquisa, principalmente em dados secundários, como documentos históricos, leis, regulamentos e literatura especializada dentre outros a partir do uso de descritores. Em seguida, realizou-se a leitura e análise dos textos. Procurou-se, então, reconhecer as discussões pertinentes a temática que foram agrupadas em núcleos de discussão. Os núcleos foram: 1) A formação médica especializada no Brasil, 2) Especialização *versus* Reserva de mercado do trabalho médico, 3) Especialização *versus* Reserva de mercado do trabalho médico**.** A análise revela desigualdades regionais, descuido da equidade e acesso universal pela população e a concentração de especialistas em poucas áreas, indicando a necessidade urgente de políticas públicas eficazes. Conclui-se que há uma complexidade do sistema, onde interesses diversos moldam a distribuição desigual de profissionais de saúde. A promoção da transparência e da equidade nas políticas de formação e distribuição de especialistas é vital para garantir acesso universal à saúde alinhado às necessidades do SUS e da população brasileira.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Equidade em Saúde; Especialidades Médicas; Medicina.

Abstract

This work presents an analysis of the distribution and market reserve in medical specialties in Brazil and the guarantee of the right to health. The medical training process, its evolution and important milestones are discussed, to lead the reader to understand the political, social and economic factors that influence the training and distribution of medical specialists in the regions of the country. This is a scientific essay carried out with collection from various research sources, mainly secondary data, such as historical documents, laws, regulations and specialized literature, among others, using descriptors. Next, the texts were read and analyzed, and an attempt was made to recognize the discussions relevant to the theme that were grouped into discussion groups. The nuclei were: 1) Specialized medical training in Brazil, 2) Specialization versus medical labor market reserve, 3) Specialization versus medical labor market reserve. The analysis reveals regional inequalities, neglect of equity and universal access by the population and the concentration of specialists in a few areas, indicating the urgent need for effective public policies. It is concluded that there is a complexity in the system, where different interests shape the unequal distribution of health professionals. Promoting transparency and equity in specialist training and distribution policies is vital to guarantee universal access to health aligned with the needs of the SUS and the Brazilian population.

Keywords: Health Equity; Medical Specialties; Medicine; Right to Health.

[1] Analista Judiciário na Secretaria da Justiça Federal de São Paulo. Especialista em Direito Sanitário. E-mail para contato: egildesouza11@gmail.com

[2] Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva e Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG). E-mail para contato: antoniagoncalves8@gmail.com

[3] Enfermeira. Doutora em Ciência da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). E-mail para contato: rosanaruas@yahoo.com.br

[4] Professor da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail para contato: luis.pauloss12@gmail.com

INTRODUÇÃO

A busca contínua da humanidade por formas de prolongar a vida e aliviar o sofrimento dos enfermos nos remete a uma jornada que se desenrola ao longo das eras. A história nos revela que a natureza, desde tempos imemoriais, ofereceu recursos valiosos para cuidar dos males que acometiam o ser humano. No decorrer dos milênios, o conhecimento e domínio desses recursos eram reservados àqueles que detinham a habilidade de manipulá-los, e assim surgiram os curandeiros, cuja existência se estende desde a Grécia antiga, período marcado pela famosa tomada de cartas de alforria. A medicina, ao longo desse trajeto histórico, evoluiu e adquiriu características próprias, tornando-se independente e pautada por critérios rígidos e princípios éticos, exemplificados no famoso juramento de Hipócrates de Cós no século IV a.C.

Com o passar dos séculos, desenvolveu-se um arcabouço composto por registros, codificações e princípios específicos que fundamentavam o exercício da medicina como a arte da cura. No entanto, esse domínio passou a ser restrito a determinadas classes, principalmente nobres e religiosos, durante a Idade Média. Nesse período, a medicina era permeada por segredos profissionais, confidencialidade e garantias reservadas àqueles que integravam as guildas, também conhecidas como Corporações de Ofício, que exerciam grande influência na Europa.

Essa transformação histórica e o papel crucial do cooperativismo e mutualismo, como manifestados nas Associações, Cooperativas e Conselhos de Medicina, que refletiam modelos semelhantes às guildas medievais, tornam-se temas relevantes para compreender a evolução da formação médica no Brasil, com especial ênfase nas especialidades médicas. Além disso, a discussão aberta sobre a existência ou não de uma Reserva de Mercado nas Especialidades Médicas no país é um tópico de extrema importância no contexto da saúde pública e do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a saúde é consagrada como um direito social, de acordo com a Constituição Federal de 1988, e é elevada ao status de um direito humano fundamental. Esse documento constitucional assegura o acesso universal e igualitário à saúde, com tratamento integral a todos os cidadãos, sejam eles nacionais ou estrangeiros em território nacional, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS). A concepção de saúde vai além da mera ausência de doença, abarcando a saúde como um direito público subjetivo, que combina aspectos individuais e sociais.

Para garantir o amplo e equitativo acesso aos serviços de saúde, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em três pilares essenciais: a formação de uma rede integrada de serviços de saúde, a regionalização dos serviços por áreas de saúde e a hierarquização dos

serviços, levando em consideração o grau de complexidade de cada um. A atenção básica é destacada como a principal porta de entrada no sistema de saúde e sua ordenação é de suma importância.

A Constituição também estabelece a responsabilidade conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implementação de políticas públicas de saúde. Isso decorre da compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser respaldado por políticas públicas que garantam o acesso universal e igualitário, com atendimento integral e de qualidade.

Entretanto, uma questão crítica surge diante dessa garantia: a escassez de profissionais em certas regiões do Brasil, principalmente na área das especialidades médicas. A universalidade do acesso à saúde demanda uma cobertura ampla para atender a demanda, sem discriminação com base na situação financeira do indivíduo. Isso nos leva a uma reflexão fundamental: como a reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil e a desigual distribuição de especialistas em diferentes regiões do país impactam o direito fundamental à saúde, a equidade no acesso aos serviços de saúde e o cumprimento das políticas públicas estabelecidas pelo SUS?

Este trabalho busca compreender os aspectos e fatores que contribuem para a existência, ou não, de uma reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil e como essa questão afeta o acesso à saúde e a garantia do direito fundamental à saúde. Considerando o cenário atual, discute-se a importância da atuação dos médicos generalistas e das especialidades médicas para o funcionamento adequado do SUS, a cobertura de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde, a organização e a hierarquização dos serviços, bem como a formação dos profissionais de saúde e o cumprimento de diretrizes éticas e regulatórias.

Para compreender esse contexto, é necessário abordar a evolução histórica da medicina, destacando os fatores que influenciaram a formação das especialidades médicas no Brasil, os modelos de formação médica, a regulamentação do exercício profissional e os aspectos éticos envolvidos. Também se faz necessário examinar a organização do SUS, sua estrutura de atendimento e as políticas de saúde que buscam garantir o acesso à saúde e a qualidade dos serviços prestados.

O direito à saúde é, inquestionavelmente, um dos pilares de uma sociedade justa e igualitária. As políticas públicas de saúde, como o SUS, têm o propósito de efetivar esse direito e reduzir as desigualdades sociais na área da saúde. No entanto, para que isso seja alcançado de maneira eficaz, é necessário compreender os desafios enfrentados, como a desigual distribuição de especialistas, e promover um debate construtivo sobre a reserva de mercado nas especialidades médicas, considerando a realidade do país e as necessidades da população.

Dessa forma, este trabalho visa contribuir para uma discussão ampla e informada sobre a reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil, com foco na promoção do direito à saúde e na busca

por soluções que garantam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, respeitando a diversidade regional do país e a realidade dos profissionais de saúde. É importante considerar que a melhoria do sistema de saúde é um desafio constante e que exige a colaboração de diversos atores, incluindo profissionais de saúde, gestores, acadêmicos, organizações da sociedade civil e a população em geral.

Esta pesquisa combina uma abordagem histórica com uma análise crítica das políticas de saúde no Brasil e das questões éticas e regulatórias relacionadas às especialidades médicas. Além disso, busca reunir dados e evidências que ajudem a compreender o impacto da reserva de mercado nas especialidades médicas no acesso à saúde e na qualidade dos serviços prestados. Espera-se que esse trabalho contribua para a construção de soluções que fortaleçam o sistema de saúde brasileiro e promovam o pleno exercício do direito à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

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.

No Brasil, a consolidação de práticas de saúde orientadas pelo pensamento medieval aconteceu desde o descobrimento, no séc. XVI. Pode-se destacar que no início da colônia a característica do cuidado em saúde era que a própria população o exercesse, por meio das crenças e tradições. Inexistia para o pensamento colonizador a intenção de organizar dispositivos para cuidar da saúde dos habitantes. Em 1539 a Igreja Católica começou a desenvolver uma das primeiras formas institucionais de organização do cuidado em saúde no território com a instalação da primeira Santa Casa de Misericórdia. O entendimento de cuidado empregado pela Igreja orientava-se pelo pensamento de São Tomás de Aquino que objetivava cuidar por meio da caridade (SUBTIL; VIEIRA, 2012).

Para o pensamento medieval, as causas das doenças relacionavam-se ao mundo espiritual e a prática religiosa acometimentos em saúde e eram tratadas como castigo ou destino do plano divino. O cristianismo, amplamente difundido na Idade Média europeia, “manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas” (SCLIAR, 2007, p. 33).

Com o avanço de novas estruturas sociais mobilizadas pelo pensamento antropocêntrico, racionalista e mecanicista permitiu-se uma reorganização social que utilizasse de mecanismos de controle dos corpos e de regulação do saber. Isso foi possível em função do uso das perspectivas de sujeito passivo e de organismo para produzir subjetivações consonantes ao novo projeto de sociedade. Entende-se que a saúde corresponderia na modernidade a instrumentos capazes de recodificar a organização social, subjetiva, política, entre outras (LANNA, 1999).

O exercício da medicina no Brasil evidencia-se 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 impediu de transformar o Colégio em uma casa de estudos gerais assemelhando-a a Universidade de Évora, em Portugal (SANTOS FILHO, 1991).

Esse processo de modernização dos dispositivos sociais começou a ocorrer no Brasil durante o reinado de D. José (1714 a 1777). O país passaria por mudanças significativas a partir do período pombalino. De 1750 a 1777, rei e secretário exerceram uma lógica de governo que mantinha o regime monárquico, estado absolutista, porém acrescentava todo discurso e práticas de modernização, tanto em Portugal quanto em suas colônias. Suas reformas em território brasileiro visavam maior controle da colônia que até então se firmava sob domínio da Igreja e da lógica das capitanias hereditárias. Neste regime político se produziu uma nova organização do território brasileiro por meio da delimitação dos estados, que buscava dinamizar a exploração de riquezas e um maior controle comercial. São criadas escolas régias leigas com caráter laico e o posterior envio de alguns poucos profissionais médicos, delegados aos papéis da físicatura-mor e de cirurgiões-mor para organização da prática médica no Brasil. O que se pretendia era um movimento civilizatório que reordenasse as formas de dominação e de extensão da autoridade da realeza sobre sua colônia (AGUIAR, 2010; SUBTIL; VIEIRA, 2012). A instalação de boticas e hospitais nos colégios da Companhia de Jesus até o século XVIII são evidências deste exercício sobre a influência dos jesuítas no ensino e prática da medicina no Brasil. Lembra-se no período pombalino ocorreu a expulsão dos Jesuítas e de outras ordens religiosas, para que Portugal pudesse promover uma reorganização da colônia, pois incluía a alteração do sistema de saúde até então sob controle dos religiosos (AGUIAR, 2010).

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 Brasil, e os poucos médicos que para cá vinham eram oriundos da Faculdade de Coimbra, 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).

Neste momento, com os aprimoramentos científicos, contava-se com um controle sanitário efetivo, não só com o controle dos portos, dos navios e passageiros que aqui chegavam, mas de parcelas específicas da população. Almejavam-se medidas que atendessem um público-alvo: famílias da elite brasileira emergente em uma tentativa de padronizar os costumes da população, a fim de criar um perfil sanitário que fizesse jus a estadia de classes emergentes da Europa aqui no território brasileiro (SUBTIL; VIEIRA, 2012).

O reforço dessa regulação também se evidencia na sociedade como um todo, visto os esforços para que o Brasil se consolidasse como Estado Nacional independente, em 1822. Mesmo com tal acontecimento, foi sustentado o regime monárquico até 1889 com a Proclamação da República, o que daria uma característica de regulação dos dispositivos de cuidado em saúde aos moldes portugueses. A manutenção *fisicatura-mor* até 1828, com o intuito de aprimorar o controle sobre as práticas de cura e respectiva autorização de exercício de profissionais, de estabelecimentos como boticas e hospitais, bem como para tentar resolver questões de saneamento.

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 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. 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 (LAMPERT, 2002).

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).

Em 1850 foi instituída pela coroa a Junta Central de Higiene Pública que regulamentava e fiscalizava os exercícios da medicina e da farmácia, bem como restabelecia normas para portos e comércio. Já no ano de 1886 foram reorganizados os serviços sanitários do Império, seriam criadas as Inspetorias de Higiene e de Saúde nos Portos. Vale ressaltar a atuação de uma proposta de controle de endemias e epidemias, regularizada em 1889, pelo decreto 68 de 18 de dezembro, a polícia sanitária, ou polícia médica (SUBTIL; VIEIRA, 2012).

A fase imperial da história brasileira se encerrou sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da população, fato este que fez com que o Brasil, ao final do segundo reinado, fosse conhecido como um país insalubre. Destaca-se as ações do presidente Rodrigo Alves, no período de 1902 a 1906, que priorizou em suas propostas reurbanizar, sanear e reformar possuía forte motivação econômica. Suas propostas são concernentes ao modelo de saúde pública fundado em uma epidemiologia tradicional. O sanitarista Oswaldo Cruz assume o cargo de diretor geral da saúde pública e produziu uma série de intervenções de limpeza e vacinação. Neste momento destaca-se revolta da vacina protagonizada por movimentos populares que se negavam a vacinar-se (SUBTIL; VIEIRA, 2012).

O fato é que o ensino médico no Brasil se tornou 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 (CFM) 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, somente a partir da década de 60, tem-se uma expansão de universidades e vagas. 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 havia formavam 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 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. A categoria "técnico-cirúrgica", que é aquela em que se tem contato direto com o cliente, todavia a relação é mais esporádica. 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. A quarta categoria é "tecnológica e burocrática", e se diferenciam das anteriores pelo contato pouco frequente com clientes diretos, tem rotinas mais padronizadas e burocráticas.

Nesse contexto, perfeitamente identificável que o surgimento das especialidades médicas resulta da variedade do conhecimento médico e 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.

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, 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 (NEVES, 2006).

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".

Atualmente, o médico, tem sido levado pela complexa maquinaria em que se transformou a medicina, mas 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 que 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.

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. 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. 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 trouxe 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 subespecializações, 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.

METODOLOGIA

Os métodos adotados neste estudo envolvem a análise de dados através de fontes fidedignas, predominantemente dados secundários, com o objetivo de investigar a distribuição e a reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil. Inicialmente, foi realizado um levantamento de informações históricas relacionadas à formação médica no país, bem como de marcos significativos.

Para a realização do presente ensaio científico, seguiu-se os seguintes passos: 1) elaboração da questão e pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação das informações e síntese do conhecimento.

O estudo teve como questão de pesquisa: como a reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil, juntamente com a distribuição desigual de especialistas médicos em diferentes regiões do país, afeta o direito fundamental à saúde, a equidade no acesso aos serviços de saúde e o cumprimento das políticas públicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Com isto, fez-se necessário contato direto com várias fontes de pesquisa, principalmente em dados secundários, como documentos históricos, leis, regulamentos e literatura especializada 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. Para as buscar foram utilizados os descritores: "Para buscas dos artigos, teses, dissertações ou outros materiais em bases de dados digitais, foram utilizados descritores "equidade em saúde"; "direito à saúde"; "medicina"; "especialidades médicas"; "formação profissional", que são termos adequados para buscar artigos indexados pertinentes. Os critérios de inclusão são: 1) artigos disponíveis na integra; 2) em português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão são: 1) artigos duplicados nas diversas fontes de pesquisa.

Posteriormente, os procedimentos de análise baseiam-se na interpretação dos textos à luz das políticas públicas de saúde, alinhadas com os princípios do Sistema Único de Saúde, que buscam garantir o direito à saúde. O design da triangulação teórico-metodológica é sustentado por uma abordagem qualitativa, considerando a interseção entre elementos históricos, sociais e econômicos na formação e distribuição de especialistas médicos no Brasil. Em seguida, realizou-se a leitura e análise dos textos, e procurou-se reconhecer as discussões pertinentes a temática.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As discussões foram organizadas e elencadas quanto ao seu conteúdo. Apresentando três núcleos de discussão conforme especificado na Figura 1.

Figura 1 - Núcleos de discussão



Fonte: Elaboração própria.

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) (CFM, 2015; 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, 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.

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 a 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. 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 ideia 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.

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).

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 (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. O quadro 1 reforça 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	0,1	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
Endocrinologia e Metabologia	4396	2,19	1,3	105	655	2549	718	369
Endoscopia	2631	1,31	0,8	97	456	1234	622	222
Gastroenterologia	4375	2,18	1,3	127	837	2187	847	377
Genética Médica	241	0,12	0,1	4	30	136	48	23
Geriatria	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	1,0	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
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 Clínica/Medicina 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).

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 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 (*lato sensu*), 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 de profissionais médicos qualificados (RIBEIRO, 2011). Quando de sua formação, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) teve sua metade composta por representantes diretos ou indiretos da categoria médica, 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). Todavia, não há 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.

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) e Meneleu Neto *et al.* (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.

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 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. E como diziam os pesquisadores Marcos Maeyama e Claudia Jasper, embasados na teoria de Virchow: a medicina, nada mais é, do que a política em larga escala (MAEYAMA; JASPER, 2023).

Diante das insuficiências na oferta e formação de médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) há a adoção, em 2013, do Programa Mais Médicos (PMM) como solução. As explicações que envolvem o PMM são fatores como o agravamento da carência de médicos, pressão de prefeitos e parlamentares, pesquisa mostrando a demanda popular e a ação estratégica para maior participação do SUS na regulamentação médica. O processo que levou à inclusão na agenda governamental da escassez de médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e à criação do Programa Mais Médicos (PMM). O Programa foi introduzido para abordar a escassez de médicos, resultando na contratação de médicos, incluindo profissionais estrangeiros, para áreas carentes. O programa também visava reformar a formação médica para focar mais na atenção primária à saúde. No entanto, enfrentou resistência da classe médica, reforçando a reserva de mercado. A implementação do SUS como política pública enfrenta desafios devido às abordagens neoliberais que buscam privatizar o setor da saúde e precarizar o trabalho na área médica (PINTO; CORTÊS, 2022; PINTO; LIMA, 2022; SENA; SENA, 2021; SEPARAVICH; COUTO, 2021; NASSAR; PASSADOR; PEREIRA JUNIOR, 2021).

Nos anos seguintes houve um evento marcante: a pandemia de Covid-19. A atuação da medicina brasileira durante a pandemia de Covid-19 de março de 2020 a julho de 2021, foi marcada por uma parcela da categoria que mantinha alinhamento com o governo de Jair Bolsonaro e a promoção de tratamentos ineficazes, como a cloroquina (SOUZA; SOUZA; TIRELLI, 2020). Esse comportamento é

resultado da politização anterior da medicina, evidenciada no embate contra o Programa Mais Médicos de 2013 a 2019 (SOUZA; SOUZA; TIRELLI, 2020). Esse duplo negacionismo da medicina, que contraria evidências científicas, ressalta fragilidades e dilemas da profissão, exigindo diálogo interno e com a sociedade para redefinir a identidade corporativa e o projeto profissional da medicina. As dinâmicas observadas refletem a politização e polarização na categoria médica, evidenciando contradições e desafios na busca por avanços no Sistema Único de Saúde (DIAS; LIMA; LOBO, 2021; ZAPATA; BUCHAN; AZZOPARDI-MUSCAT, 2021; LOTTA; FERNANDEZ; CORRÊA, 2021; DANIELS, 2021; FERLINI; BAMBIRRA; MACEDO, 2023).

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 (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2013, p. 20).

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, 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, p. 24-25).

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. 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.

Foucault (1999) reconhece que a medicina, ao firmar-se cientificamente, se coloca como uma estratégia importante para que, na modernidade, se produzisse o biopoder sobre o sujeito, suas relações sociais e de autocuidado.

> (...) uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. Portanto, problemas da reprodução, da natalidade, problema da morbidade também (FOUCAULT, 1999, p. 291).

A medicalização compreenderá o resultado do empreendimento científico na saúde, que buscou monopolizar a legitimidade da epidemiologia e biomedicina para o manejo social (GALVÃO *et al*., 2023). A medicalização demonstra a "*intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscrição de comportamento*" (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22).

Essa política de governamento só é possível pelas condições de possibilidade previamente estabelecidas pelas corporações e saber acadêmico, como as que permitiram a criação dos modelos universalizantes da anátomo-política em nível do corpo e da biopolítica em nível da população (FOUCAULT, 1999; GALVÃO *et al*., 2023).

O emprego de ações tecnicistas e medicalizantes nos processos de cuidado em saúde colocam em jogo para Tesser (2006), uma discussão sobre a autonomia de o profissional conseguir exercer o cuidado. Ele coloca que as ações de cuidado em saúde do modo que se desenvolveram puseram em jogo o equilíbrio entre a sinergia positiva entre ações autônomas e ações heterônomas em saúde (TESSER, 2006, p. 348).

Segundo Lampert (2002), 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, p. 16).

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.

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.

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), em excelente obra, 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 (MARTINS, 2008, p. 50).

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 Rothschild (2003) *apud* Martins (2008) 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 constituiriam 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 – ambas 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 industriosos, 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, 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, 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 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, Projeto de Lei do Senado (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.

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 porque se tem uma regulação da oferta de vagas no mercado, e isso se dá porque se tem estabelecida uma reserva de mercado.

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, a normativa de retenção e retirada dos médicos em exercício, políticas de imigração, principalmente acerca do Programa Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2013b). 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; 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.

De modo geral conclui-se que a análise histórica da reserva de mercado nas especialidades médicas no Brasil enfatiza a necessidade do acesso universal à saúde em linha com os princípios do

SUS, mas enfrenta desafios significativos devido à escassez de médicos especialistas em algumas regiões. A regulamentação estrita da formação médica especializada é prejudicada pela oferta limitada de vagas em programas de residência. A medicina no Brasil é caracterizada por elementos monopolistas, controle de mercado e alto prestígio social. É imperativo implementar políticas públicas eficazes para combater a escassez de especialistas, promover a equidade no acesso à saúde e garantir o direito à saúde para todos, independentemente de sua localização ou situação financeira.

A análise da distribuição de médicos especialistas no Brasil destaca desigualdades significativas entre regiões e áreas de especialização. Embora o país tenha uma média de 2,11 médicos por 1.000 habitantes, a distribuição varia substancialmente, com a região Norte tendo apenas 1,09 médicos por 1.000 habitantes. Além disso, a escassez de médicos especialistas em algumas áreas é evidente, com 49% dos profissionais concentrados em apenas 6 especialidades. A política de reserva de mercado médico é notável, com diferenças significativas entre estados. Portanto, é crucial implementar políticas públicas eficazes para equilibrar a distribuição de especialistas e assegurar um acesso universal e igualitário à saúde.

O estudo sobre a formação e regulamentação das especialidades médicas no Brasil revela um panorama histórico e social complexo. A reserva de mercado, estabelecida pelo Decreto nº 80.281/77, permitiu que a categoria médica influenciasse diretamente as prioridades de formação. No entanto, decretos posteriores falharam em estabelecer uma relação numérica entre a oferta e a demanda de especialistas, e a autonomia da categoria médica resultou em padrões autorregulados por sociedades médicas. Isso levou à falta de controle público sobre a formação de especialistas, resultando em escassez e desigualdade na distribuição regional.

Em suma, a análise histórica das políticas de formação de especialistas médicos no Brasil revela um sistema complexo, onde interesses políticos, sociais e econômicos moldam a distribuição desigual de profissionais de saúde. Para garantir o acesso universal e igualitário à saúde, é crucial repensar as políticas públicas, promovendo a transparência, a equidade e a eficiência na formação e distribuição de especialistas médicos, alinhando-as verdadeiramente às necessidades do SUS e da população brasileira.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. “Medicina: uma viagem ao longo do tempo”. **Portal Livro Grátis** [2010]. Disponível em: <www.livrosgratis.com.br>. Acesso em: 13/09/2023.

AMARAL, J. L. **Avaliação e transformação das escolas médicas**: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

BARBOSA, M. L. O. “Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil”. **Tempo Social**, vol. 10, n. 1, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Decreto n. 7.562, de 15 de setembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Decreto n. 80.281, de 05 de setembro de 1977**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Decreto n. 86.190, de 07 de julho de 1981**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013**. Brasília: Planalto, 2013c. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Brasília: Planalto, 2013b. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Portaria n. 1001, de 22 outubro de 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

BRASIL. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014**. Brasília: Ministério da Educação, 1990. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 13/09/2023.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2.116, de 23 de janeiro de 2015**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2015.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2.149, de 22 de julho de 2016**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2016.

DANIELS, J. P. “Health experts slam Bolsonaro’s vaccine comments”. **The Lancet**, vol. 397, 2021.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; LOBO, M. S. C. “Do ‘Mais Médicos’ à pandemia de Covid-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira”. **Saúde em Debate**, vol. 45, n. 2, 2021

FEUERWERKER, L. “Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil”. **Interface**, vol. 2, n. 3, 1998.

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

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

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

GALVÃO, K. E. C. P. *et al*. “Medicalização do parto: reflexão acerca do (bio)poder sobre o corpo feminino”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 14, n. 41, 2023.

GRAU, E. R. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. São Paulo: Editora 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”. **Revista de Administração de Empresas**, vol. 27, n. 2, 1987.

LAMPERT, J. B. **Tendência de Mudanças na Formação Médica no Brasil** (Tese de Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LANNA, A. L. D. “A transformação urbana: Santos 1870-1920”. **Revista USP**, n. 41, 1999.

LOTTA, G.; FERNANDEZ, M.; CORRÊA, M. “The vulnerabilities of the Brazilian health workforce during health emergencies: Analysing personal feelings, access to resources and work dynamics during the COVID-19 pandemic”. **International Journal of Health Planning and Management**, vol. 36, 2021.

MACEDO, J. R. **Viver nas Cidades Medievais**. São Paulo: Editora Moderna, 1999.

MACHADO, M. H. (coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MAEYAMA, M. A.; JASPER, C. H. “Revisitando Virchow a partir da COVID-19: a medicina nada mais é do que a política em larga escala”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 3, n. 8, 2020.

MARINHO, M. J. **Profissionalização e Credenciamento**: A Política das Profissões. Rio de Janeiro: Editora Senai, 1986.

MARTINS, M. S. N. **Entre a Cruz e a Capital**: As Corporações de Ofícios no Rio de Janeiro após a Chegada da Família Real 1808-1824. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2008.

MENELEU NETO, J. *et al.* **O trabalho do médico**: de profissional liberal a assalariado. Fortaleza: Editora da UECE, 2006

MIRANDA-SÁ JUNIOR, L. S. **Uma introdução à Medicina**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2013.

NASSAR, L. M.; PASSADOR, J. L.; PEREIRA JUNIOR, G. A. "Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro". **Saúde em Debate**, vol. 45, n. 131, 2021.

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**, vol. 1, 2004.

PINTO, É.; LIMA, A. M. "Legados históricos que influenciaram a formulação do Mais Médicos e que decorrem de sua implementação". **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 46, n. 1, 2022.

PINTO, H. A.; CÔRTES, S. M. V. "O que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível?". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 27, n. 7, 2022.

REGO, T. C. **Memórias de escola**: Cultura escolar e constituição de singularidades. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre residência médica no Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011. Disponível em: <www.camara.leg.br>. Acesso em: 20/09/2023.

RODRIGUES, P. H. A. *et al*. "Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família". **Physis**, vol. 23, n. 4, 2013.

ROTHSCHILD, E. **Sentimentos econômicos**: Adam Smith, Condorcet e o Iluminismo. Rio de Janeiro: Editora Record, 2003.

SANTOS FILHO, L. C. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

SANTOS, N. R. "A luta pela reforma curricular". **Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1980.

SCHEFFER, M. *et al*. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCLIAR, M. "História do conceito de saúde". **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 1, 2007.

SENA, R. M. C.; SENA, S. R. C. "A relação entre público-privado e a precarização do trabalho em saúde no Brasil". **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 4, n. 6, 2021.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. "Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 26, 2021.

SMITH, A. A **Riqueza Das Nações**: Investigação Sobre Sua Natureza e Suas Causas. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1996.

SOUZA, L. P.; SOUZA, A. G.; TIRELLI, C. "COVID-19 no Brasil: seguimos no mesmo mar, mas não nos mesmos barcos". **Comunicação em Ciências da Saúde**, vol. 31, 2020.

SUBTIL, C. L.; VIEIRA, M. "Os Tratados de Polícia, fundadores da moderna saúde pública (1707-1856)". **Revista Enfermagem Referência**, vol. 3, 2012.

TESSER, C. D. “Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica”. **Interface Comunicação, Saúde e Sociedade**, vol. 10, n. 20, 2006.

TORRES, O. **Esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1946)**. Salvador: Editora Imprensa Vitória, 1946.

ZAPATA, T.; BUCHAN, J.; AZZOPARDI-MUSCAT N. “The health workforce: Central to an effective response to the COVID-19 pandemic in the European Region”. **International Journal of Health Planning and Management**, vol. 36, 2021.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano V | Volume 16 | Nº 47| Boa Vista |2023

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima