

**FORÇA ESPECIALIZADA MÉDICA - FEM / SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO – SAME: UMA
PROPOSTA DE CRIAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO PELO
MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL**

**SPECIALIZED MEDICAL FORCE - FEM / SPECIALIZED MEDICAL
CARE SERVICE – SAME: A PROPOSAL FOR CREATION AND
INSTITUTIONALIZATION BY THE BRAZILIAN MINISTRY OF
HEALTH**

Eriegly de Sousa Santos¹

Sandra Sereide Ferreira da Silva²

Resumo: À luz das crescentes apreensões relacionadas à saúde pública no Brasil, sob quaisquer perspectivas, em qualquer cenário que se possa projetar para o futuro, tem-se o aumento substancial das demandas e, com isso, da necessidade de uma força de trabalho maior, melhor qualificada e com competências expandidas. Nesse sentido, estudos de prospecção estratégica são fundamentais para o planejamento de políticas públicas, sobretudo, no que diz respeito à força de trabalho para o Sistema Único de Saúde. Assim, este estudo tem como objetivo montar uma Força Especializada Médica FEM, com Serviço de Atendimento Médico Especializado - SAME de abrangência nacional vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil. a realização desse estudo ocorrerá mediante a análise da legislação concernente a Legislação Federal da saúde pública no Brasil, na análise da Política Nacio-

1 Médico. Especialista em Cardiologia. Mestre e Doutor em Terapia Intensiva. Associado ABRAMEPO

2 Administradora. Contadora. Especialista em Marketing. Mestre e Doutora em Engenharia e Gestão de Recursos Naturais



nal de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como de outros documentos de ordem nacional, estadual e municipais, como também consultas à sites oficiais desses entes federativos. Como resultados espera-se, dentre outros resultados: suprir as necessidades da população com atendimento especializado em todas as áreas da medicina; compor o quadro assistencial especializado para a população menos favorecida e considerada vulnerável do ponto de vista financeiro e ser um serviço de utilidade pública à disposição da população, no que se refere à atendimentos de emergência de caráter nacional em situações de desastres e calamidades pública.

Palavras-chave: Força Especializada Médica. Quadro Médico Assistencial. Sistema Único de Saúde.

Abstract: In light of the growing concerns related to public health in Brazil, from any perspective, in any scenario that can be projected for the future, there is a substantial increase in demands and, with this, the need for a larger, better workforce. qualified and with expanded skills. In that regard. Strategic prospecting studies are fundamental for planning public policies, especially with regard to the workforce for the Unified Health System. Therefore, this study aims to set up a Specialized FEM Medical Force, with a Specialized Medical Care Service - Nationwide SAME linked to the Brazilian Ministry of Health. This study will be carried out through the analysis of the legislation concerning the Federal Public Health Legislation in Brazil, in the analysis of the National Emergency Care Policy of the Unified Health System – SUS, as well as other national, state and municipal documents, as well as consultations on the official websites of these federative entities. The expected results, among other results, are: meeting the needs of the population with specialized care in all areas of medicine; compose a specialized assistance framework for the less favored population and considered vulnerable from a financial point of view and be a public utility service available to the population, with regard to national emergency care in situations of disasters and public calamities.



Keywords: Specialized Medical Force. Medical Assistance Framework. Health Unic System.

Introdução

Hodiernamente, os sistemas universais de saúde representam conquistas civilizatórias, ocorridas e consubstanciadas no Século XX. Inspirados no direito à saúde, tal como cogitado nos movimentos revolucionários europeus dos séculos XVIII e XIX, seus passos iniciais aconteceram a partir da Revolução Bolchevique, quando a ação estatal substituía as forças cegas do mercado, em uma das iniciativas pioneiras de realização do planejamento, assim como nos países escandinavos que experimentaram a social democracia antes da II Guerra Mundial (SANTOS et. al, 2019).

Em todo o mundo, há muitos modelos e tipos de sistemas de saúde que são adotados pelos países, de acordo com a sua política, cultura e realidade. Costumam ter em comum, de uma forma ou de outra, a adoção de medidas para uniformizar os custos com a verba disponível, com o objetivo de atender à população de forma justa, garantindo-se o bem-estar e reduzindo-se o risco de vida. Nesse sentido, pode-se afirmar que a assistência à saúde oferecida no Reino Unido é completamente diferente da disponível aos cidadãos da Alemanha, por exemplo. Por outro lado, a realidade nos Estados Unidos nesse quesito é totalmente distinta. Já os outros países do mundo, por mais que tenham modelos de sistema de saúde parecidos com um ou mais desses três países, terão cada um, características únicas, como é por exemplo, o caso do Brasil.

País de dimensões continentais, marcado por desigualdades sociais, econômicas e importantes disparidades regionais, o Brasil tem, por definição constitucional, um sistema de saúde público e universal descentralizado até o nível dos municípios, o que pode ser considerado característica peculiar e dificuldade adicional, uma vez que há falta de escala requerida para o funcionamento de alguns serviços públicos, notadamente os de saúde, em um país onde 70% de suas 5.570 municipalidades têm menos de 20 mil habitantes (SANTOS et al 2019).



A Constituição Federal Brasileira de 1988 determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população e instituiu, como forma de efetivar o mandamento, o Sistema Único de Saúde (SUS) para atender a mais de 180 mil brasileiros. O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, oferecendo acesso gratuito a quase toda a população do país (SANTOS et al 2019).

Financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o sistema segue cinco princípios básicos: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Fazem parte do SUS os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa. O setor privado participa de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço.

Nesses quase 30 anos foram muitas conquistas, problemas e desafios enfrentados na implantação e manutenção do sistema. Conforme afirma Santos et al (2019) são 190 milhões de brasileiros potencialmente usuários e 150 milhões que dependem exclusivamente desse sistema, Apesar de inúmeras conquistas e avanços desde a sua criação, o Sistema de Saúde Pública no Brasil enfrenta diversos problemas. É comum pacientes esperarem horas para serem atendidos, muitas vezes, dias, semanas; hospitais sem leitos suficientes, estrutura precária e grandes filas para consultas e tratamentos, e nesse aspecto mais um agravante, médicos muitas vezes recém graduados, tendo que fazer atendimentos complexos, por falta de especialistas, que por pagar relativamente baixos salários, os especialistas acabam por partir para carreira em grandes centros urbanos, e ressalve-se que muitos por terem que trabalhar logo após a obtenção do diploma não têm oportunidade para fazer residência, tanto em virtude da demanda que saem das universidades como pelas poucas e concorridas vagas, o que dificulta muito suas atuações.

A grande maioria opta por fazer especializações nas áreas pretendidas, com significativas cargas horárias e reconhecidas pelo Ministério da Educação, porém esbarram na limitação da Asso-



ciação Médica Brasileira – AMB e Conselho Federal de Medicina – CFM que não reconhecem tais pós-graduações como especializações, para registro e liberação para atuação. Para os que conseguem acesso às concorridas residências médicas nos grandes centros, ao concluírem, fixam residência também nesses grandes centros urbanos com abertura de seus próprios consultórios e com isso, sai perdendo a população mais carente, usuária do sistema público de saúde, que por coincidência é, na grande maioria, pessoas de baixa renda que não têm como ser atendidas pelo sistema complementar e particular.

Na tentativa de suprir essa lacuna, o relançamento do programa Mais Médicos, pelo Governo Federal em 20/03/2023, lançou luz sobre uma demanda nacional tão importante quanto urgente: a falta de atendimento em regiões distantes e menos desenvolvidas do país. No fim de 2022, dados do Ministério da Saúde revelaram que mais de quatro mil equipes de saúde da família não tinham médicos. Isso representa um grupo entre 12 e 16 milhões de brasileiros sem acesso a atendimento médico.

Percebe-se assim, que o setor saúde, encontra-se mais do que em qualquer outro momento da história no centro do debate político-social e institucional, e uma significativa razão foi a Pandemia de Covid-19 e suas consequências para a sociedade, sem mencionar os desastres naturais que tem acontecido cada vez mais em face da ação antrópica, o que torna ainda mais grave a vulnerabilidade social dos menos favorecidos.

Em face desse contexto e, tomando-se por base a situação de Pós-Pandemia de Covid 19, desastres naturais, calamidades públicas, que tem acontecido cada vez mais no país, com pessoas necessitando de atendimento médico, quantidade de pessoas nas filas de espera por atendimentos especializados em todo país, sobrecarga dos profissionais do SUS, dentre outros aspectos inerentes ao país no enfoque Saúde e dos diversos Programas de Atendimentos criados e ou apoiados pelo Ministério da Saúde do Brasil a exemplo do “Mais Médicos”, “Revalida”, “Médicos pelo Brasil” dentre outros, como esses profissionais médicos brasileiros, especialistas nas suas áreas de conhecimentos, validados pelo Ministério da Educação, podem atuar para melhorar a qualidade da Saúde Pública



Brasileira?

Visando responder a este questionamento, este artigo tem como objetivo montar uma Força Especializada Médica FEM, com Serviço de Atendimento Médico Especializado - SAME de abrangência nacional vinculado ao Ministério da Saúde do Brasil.

Além deste item introdutório, o artigo apresenta: procedimentos metodológicos, referencial teórico, conclusões e referências bibliográficas consultadas para a realização deste estudo.

Procedimentos Metodológicos

Para a efetiva realização desse projeto, propõe-se a utilização do referencial teórico da análise da conduta estratégica da Teoria da Estruturação de Giddens (1984) que assegura a seguinte afirmação: as práticas sociais podem ser entendidas como procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas pelos agentes sociais, fazendo-se uso de regras e recursos estruturais. Neste sentido, pode-se assegurar que as regras têm um aspecto normativo dos direitos e obrigações e um aspecto semântico, mais qualitativo e processual, associado ao desempenho. Os recursos são próprios da relação entre pessoas, ou alocativos, relativos às capacidades materiais. Já as dimensões estruturais são a base de poder (facilitadoras ou restritivas) as quais o agente tem acesso e que manipula para influenciar as interações sociais

Assim, a realização desse estudo ocorrerá mediante a análise da legislação concernente a Legislação Federal da saúde pública no Brasil, na análise da Política Nacional de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como de outros documentos de ordem nacional, estadual e municipais, como também consultas à sites oficiais desses entes federativos.

Fará parte do universo da pesquisa os representantes do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para os representantes municipais, serão eleitos (critério de inclusão) os secretários dos três maiores Municípios de cada Estado e do Distrito Federal, sendo excluídos



os demais (critério de exclusão).

Quanto à amostra para as entrevistas, dar-se-á prioridade aos Coordenadores de Urgência: Nacional, Estaduais e Municipais, tendo em vista a relevância desses gestores para a assistência integral às urgências médicas, bem como os secretários de saúde contemplados no universo da pesquisa, por estarem mais ligados às demandas das necessidades da população brasileira.

Serão contempladas as seguintes variáveis para a pesquisa:

1) perfil das pessoas que mais necessitam dos atendimentos públicos de saúde, envolvendo faixa etária, escolaridade, renda bruta, bem como regiões mais carentes;

2) Especialidades - as especialidades mais requeridas para atendimento e tratamento;

3) Fatores epidemiológicos – morbi mortalidade infantil, vulnerabilidade social,

4) Condições de Saneamento Básico – abastecimento de água por rede pública e sistema de esgotamento sanitário; lixo coletado;

5) Fatores socioeconômicos – taxa de analfabetismo por faixas etárias; gasto financeiro com as principais comorbidades que requerem maior demanda financeira pública;

6) Assistência Médica – Cobertura vacinal, desnutrição infantil, cuidados com a terceira idade;

7) Saúde ambiental, interação entre atividades econômicas e saúde humana e ambiental, que é cada vez mais pertinente para os países em desenvolvimento;

8) Novos conhecimentos sobre o que as pessoas precisam para ser e permanecer saudáveis;

9) Indicação da necessidade de um Serviço de Atendimento Médico Especializado à disposição do SUS para suprir os atendimentos de forma emergencial em situações de urgência e emergência de forma terrestre, aquática e aérea.

10) Sinalização para a necessidade de uma Política Nacional de Atendimento Médico Especializado, que atenda as demandas da população e que possibilite aos médicos especialistas um PCCR – Plano de Carreira, Cargo e Remuneração de forma que esses especialistas tenham dedicação



exclusiva ao trabalho do SAME.

Quanto a mais indicadores de cada variável, estes estão em processo de construção. Será utilizado o instrumento de pesquisa questionário a ser composto pelas variáveis e indicadores. Primeiramente, cada indicador será transformado numa questão afirmativa (questionário estruturado, com questões fechadas), tendo-se como padrão critérios de análises distribuídos em cinco faixas (Escala de Likert), considerando-se para tanto, os indicadores instituídos para o modelo em estudo.

Escala de Likert de acordo com Oliveira et al. (2012) é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam sua faixa de concordância, neutralidade ou discordância com uma afirmação. Cada item Likert, possui uma categoria de resposta, assim estabelecida:

- (1) Concordo Totalmente = 1;
- (2) Concordo Parcialmente = 2;
- (3) Nem concordo, nem discordo = 3;
- (4) Discordo Parcialmente = 4;
- (5) Discordo Totalmente = 5.

Preparado o instrumento de pesquisa (questionário) para a obtenção dos dados, testar-se-á com cinco respondentes, caso não existam dúvidas por parte dos pesquisados, sem a necessidade de ajustes na linguagem, nem na forma de abordagem para a aplicação dos questionários. Proceder-se-á assim a aplicação do instrumento aos entrevistados via e-mail corporativo, da seguinte forma: Nome da Pesquisa e URL da pesquisa.

Quanto ao tratamento dos dados: Coletados os dados, estes serão exportados para uma planilha eletrônica (Excel), onde cada coluna representava uma variável (indicador) e cada linha repre-



sentando um caso (um entrevistado), compondo-se dessa forma as variáveis e os indicadores. Em seguida, os entrevistados serão categorizados como entrevistados pessimistas, (os que não acreditam no sucesso do estudo) normais (aqueles que nem acreditam e nem desacreditam) e otimistas (aqueles que indicam para a necessidade da implementação do projeto), através dos seguintes procedimentos: a) Para cada caso (entrevistado) será calculada a soma de todas as pontuações dadas para aos indicadores. (Cada resposta para um indicador varia de 1 a 5 de acordo com a Escala de Likert; b) Em seguida, serão calculadas a média (Equação (1) e Desvio Padrão (Equação (2) dos somatórios de pontos de cada caso.

$$\bar{x} = \frac{\sum_{z=1}^c \sum_{y=1}^i xy_{,z}}{c+i} \quad (1) \quad S = \sqrt{\frac{\sum_{z=1}^c \sum_{y=1}^i xy_{,z} - \bar{x}^2}{c+i-1}} \quad (2)$$

Quanto haver limitação a essa proposta de projeto, é possível, tendo em vista que esta é iminente a qualquer estudo de projeção de realidade, sendo consenso entre todos os autores que são pesquisadores é que nenhum resultado se realizará exatamente conforme previsto, pois a realidade é muito mais variada e complexa do que se consegue prever com um conjunto de respostas. Entretanto, os cenários elaborados devem ser consistentes ao ponto de possibilitar que o “futuro real” aconteça a partir de variações próximas à realidade prevista.

Fundamentos Teóricos

À luz das crescentes apreensões relacionadas à saúde pública no Brasil, sob quaisquer perspectivas, em qualquer cenário que se possa projetar para o futuro, tem-se o aumento substancial das demandas e, com isso, da necessidade de uma força de trabalho maior, melhor qualificada e com competências expandidas. Nesse sentido, estudos de prospecção estratégica são fundamentais para o



planejamento de políticas públicas, sobretudo, no que diz respeito à força de trabalho para o Sistema Único de Saúde.

Visando aliviar situações de carência e privação, sobretudo, nas áreas mais isoladas e vulneráveis do país, bem como em situações de calamidades pública e ou desastres naturais e população no limite do risco social, faz-se necessária a reforma do escopo dos atendimentos médicos, bem como o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, no quesito atendimentos especializados. Essas são questões centrais e frise-se, é necessário superar a dicotomia entre generalistas e especialistas, em direção à distinção mais adequada entre atenção primária, secundária e terciária. Ter esta dimensão hoje é estratégico para que se possa definir as políticas públicas mais adequadas, com vistas à garantia da universalidade e da equidade do SUS.

Nesse sentido, sob quaisquer perspectivas, em qualquer cenário que se possibilite projetar para o futuro, tem-se um aumento substancial das demandas de saúde e, com isso, da necessidade de uma força de trabalho maior e melhor qualificada. Nesse contexto, o Relatório Mundial da Saúde no ano de 2006 já demonstrava que em todo o mundo o estresse e a insegurança vêm gradativamente crescendo para os profissionais de saúde, em razão de vários fatores, dentre os quais, a complexa conjuntura na qual se combinam causas e problemas antigos e novos.

Com isso, a implementação de novos modelos de atenção, a introdução de novas tecnologias e a mudança do perfil epidemiológico têm um impacto direto sobre as necessidades de pessoal pelos sistemas de saúde. Fatores como a globalização, o envelhecimento da população e as novas expectativas dos consumidores podem também deslocar dramaticamente as demandas sobre a Força de Trabalho em Saúde (FTS). Como parte da economia política global, a partir dos anos 1990, aumentou-se significativamente a migração internacional de médicos a procura de novas oportunidades e segurança no emprego em mercados de trabalho mais dinâmicos.

Ainda que o conjunto de apreensões não sejam exatamente novas, esse contexto gerou o que se convencionou chamar de crise global da FTS, caracterizado pelo deficit global estimado em mais



de 4 milhões de profissionais de saúde, conforme a Organização Mundial de Saúde - OMS (2006) e a desigualdade regional, nacional e subnacional na distribuição e acesso à FTS. Tal desigualdade de distribuição atinge quase todos os países, inclusive, o Brasil, com déficit de pessoal de saúde qualificado, particularmente nas regiões rurais, periferias urbanas ou de difícil acesso e ou situações de desastres e calamidades públicas.

Com isso, os desequilíbrios na composição das equipes de saúde e na sua distribuição asseveram os problemas atuais de saúde. Em muitos países, o perfil profissional de um limitado número de trabalhadores, ainda que dispendiosos, não é necessariamente adequado às necessidades locais de saúde. Com frequência, há também escassez de pessoal qualificado em saúde pública, políticas e gestão em saúde. Nesse universo, muitos médicos enfrentam ambientes de trabalho alarmantes, salários irrisórios, ausência de apoio dos gestores, insuficiente reconhecimento social e quase nenhum desenvolvimento da carreira (DUSSAULT G, 2003).

E ressalve-se que a má-distribuição caracterizada pela concentração urbana e déficits rurais não é privilégio de nenhum país em particular, pois quase todos os países sofrem esses desequilíbrios. Segundo Scheffer et al. (2011), ao examinar a demografia médica no Brasil, chama a atenção “o acirramento das desigualdades na distribuição ou mesmo a falta localizada de profissionais em determinadas circunstâncias”. Para comprovar, estudo do Ministério da Saúde sobre a necessidade de médicos especialistas mostrou que existem desequilíbrios regionais na oferta de especialistas, suboferta/escassez de algumas especialidades, novas necessidades decorrentes da transição sociodemográfica/epidemiológica, dificuldades no recrutamento de médicos especialistas e distribuição inadequada de vagas de Residência Médica no país (COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013).

A diferença entre a oferta e a demanda de médicos tem aumentado na última década de forma expressiva, aquecendo consideravelmente esse mercado de trabalho. Com uma densidade média de 1,8 médico por 1.000 habitantes, o Brasil tem um indicador maior que a maioria dos países da



América Latina, mas menor, ainda que comparável, que muitos países desenvolvidos, como os EUA – Estados Unidos da América (2,5). No entanto, estudo destinado a construir um índice de escassez de médicos demonstrou que em 2010 havia 1.304 municípios identificados com escassez de médicos (GIRARDI SN, 2013). E, alerte-se essa crise tem potencial para se agravar ainda mais ao longo dos anos, tendo em vista que a demanda por profissionais de saúde vem crescendo expressivamente em todos os países, quer sejam ricos ou pobres.

Os países de mais alta renda prospectam um futuro com baixa taxa de fertilidade e envelhecimento marcante da população, o que causará um aumento no número de doenças crônicas e degenerativas, exigindo alta demanda de cuidados à saúde. Nesse mesmo compasso, os avanços tecnológicos e o crescimento da renda exigirão uma FTS mais especializada, embora as necessidades de cuidados básicos cresçam, por conta da diminuição da capacidade ou da disponibilidade das famílias de cuidar dos mais idosos. Sem um investimento maciço na formação, essas desigualdades crescentes exercerão uma pressão ainda maior para a emigração de profissionais de saúde das regiões mais pobres.

Quanto aos países de média e baixa renda, grandes contingentes de jovens se juntarão a uma população cada vez mais envelhecida em rápido processo de urbanização. Ressalve-se que muitos desses países ainda lidam com agendas pendentes de doenças infecciosas, complicadas com o rápido surgimento de doenças crônicas e ainda com a magnitude da epidemia de HIV/AIDS, sem mencionar tudo que representa para todos os países do mundo os efeitos deletérios e catastróficos da Pandemia de Covid 19.

A Pandemia de Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou Novo Coronavírus, ocasionou repercussões não somente de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias. Com isso, a estimativa de infectados e mortos concorre de forma direta com o impacto sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos



de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte, acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros, reforça dados da FIOCRUZ (2021),

Partindo-se da perspectiva teórica de que as enfermidades são fenômenos a um só tempo biológicos e sociais, construídos ao longo da história mediante complexos processos de negociação, disputas e produção de consensos, objetivo das atividades deste eixo envolve entender e responder parcialmente aos desafios colocados pela pandemia, organizando uma rede de pesquisadores do campo das ciências sociais e humanidades objetivando a investigação, resposta e capacitação como estratégias para o enfrentamento das consequências da Covid-19 para o Brasil, notadamente nos sub eixos: “Covid nas favelas”, “Saúde indígena” e “Ética e bioética”.

Estudos da Fiocruz (2023) chama a atenção para o expressivo impacto da pandemia de Covid-19 na sociedade brasileira, já que este é sentido ainda mais fortemente e com consequências mais graves por determinadas populações. Nas favelas, esse é um tema central para o Observatório Covid-19, cuja produção tem por objetivo embasar a reflexão e a adoção de políticas, ações e iniciativas específicas para a proteção dessas populações. Outro tema de crucial importância com impactos sociais, econômicos, culturais e políticos é a Saúde indígena. A pandemia representou um desafio enorme para a saúde entre as populações de povos originários, o que demanda estudos, políticas e ações específicas para sua proteção. Quanto as questões éticas e bioéticas para a sociedade e para a comunidade científica, a pandemia demandou e ainda demanda desafios que vão desde a realização de testes com tratamentos experimentais até a gestão de leitos de tratamento intensivo e adoção de medidas de proteção social.

O Observatório Covid-19 da Fiocruz tem produzido uma série de documentos, ensaios, artigos e relatórios, além de promover eventos e reunir vídeos e notícias e artigos, com o objetivo de promover a reflexão para a ação nessa área, de forma a embasar decisões políticas e científicas. Porém, alerte-se que o conhecimento e as ferramentas disponíveis nem sempre são adequados para resolver os problemas de saúde existentes e há uma necessidade constante e sem fim de gerar novas informa-



ções e desenvolver maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde e de reduzir as doenças. No último Século, observou-se uma melhoria sem precedentes na saúde humana, pois metade do crescimento total da expectativa de vida alcançado em milhares de anos ocorreu apenas nos últimos cem anos – como testemunhado pela significativa diminuição da mortalidade materna e infantil e em outros indicadores de saúde.

Contudo, a lacuna entre o que pode ser feito e o que está sendo feito está aumentando. O sucesso na redução dessa lacuna será determinado em grande parte pelo desenvolvimento adequado da criação e institucionalização da Força Especializada Médica - FEM / Serviço de Atendimento Médico Especializado – SAME, com o objetivo de tornar os sistemas de saúde mais eficazes.

À Guisa de Considerações acerca desta proposta de projeto

O atual sistema de saúde pública brasileiro está embasado num momento de intensos avanços, porém com muitos desafios a serem superados. Pode-se descrever como avanços o que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados expressivos e exitosos para a população brasileira, que incluem a evolução das equipes do Programa Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, sendo o segundo país do mundo em número de transplantes, do Programa de Controle de HIV/AIDS, reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento às diversas Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, dentre outros. Já no contexto dos desafios, permite-se enumerar aqueles referentes aos problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que, para ser compreendido, merece uma análise detalhada, fazendo-se necessário um resgate do processo de construção do sistema de saúde no Brasil a partir da construção do SUS.

O Sistema Único de Saúde é considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial,



por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo-se acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação, bem como atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

E toda essa abrangência e importância chamou a atenção da opinião pública mundial muito recentemente, durante a Pandemia de Covid 19, crise sanitária mundial que acometeu populações do mundo inteiro, maioria sem sistema público de saúde. O SUS virou referência para todos os países. E isto tem uma razão pontual: profissionais de saúde, mesmo enfrentando problemas de infraestrutura, superlotação nas unidades de saúde, equipamentos precários, hospitais públicos em decadência, negacionismo político esses profissionais abraçaram a causa e diuturnamente estiveram a atender a população brasileira, sem qualquer distinção, pois a única causa em questão era Salvar Vidas. E assim trabalharam integralmente, dedicando suas carreiras ao auxílio das pessoas mais necessitadas na guerra contra o inimigo “invisível” e destruidor, o SARS-CoV-2 – Coronavirus / Covid-19.

Diante desse arcabouço de esforços por parte desses profissionais, é válido para todos, tanto na área pública quanto particular, reconhecer os desafios enfrentados por esses médicos e sua importância para toda população brasileira. São profissionais com muita disposição para o exercício profissional, porém, com quase nenhuma oportunidade de capacitação, muitos possuem a graduação com uma pós graduação reconhecida pelo Ministério da Educação - Órgão máximo da educação do país, porém não aceita como título pela Associação Médica Brasileira - AMB e Conselho Federal de Medicina – CFM. Tanto a AMB como CFM só reconhecem o título daqueles que se submeterem à residência médica e ou às provas para aquisição de RQE – Registro de Qualificação de Especialidade. Ressalve-se que a demanda de médicos é muito expressiva ao passo que a quantidade de vagas para residência é mínima, algo em torno de 30% da demanda de médicos formados, Outros 70% seguem em busca de suas capacitações via pós- graduações nas mais variadas especialidades (ABRAMEPO,



2023). E isso tem, sobremaneira dificultado em muito a carreira e atuação de muitos médicos porque não têm como fazer uma residência médica, a necessidade do salário para garantir suas vidas e de suas famílias foram e ou são a única escolha.

O Registro de Qualificação de Especialista - RQE não pode ser considerado o único comprovante de qualificação profissional e obstáculo para o exercício profissional, não sendo, portanto, condição sine qua non para inscrição em concurso público ou para a realização de provas de títulos. E que as resoluções não podem se sobrepor a Constituição Federal, já que quem valida os certificados, tanto através das residências quanto das pós-graduações *Latu Sensu* é o MEC, não devendo ser entidades privadas, como a AMB.

Em busca de reconhecimento e validação de seus títulos de especialistas pelo CFM, em 2017 foi fundada em Belo Horizonte – Minas Gerais a ABRAMEPO – Associação Brasileira de Médicos com Expertise de Pós-Graduação. Com capilaridade de âmbito nacional, objetiva a atuação jurídica a fim de garantir que os médicos possam exercer sua profissão em sua plenitude, tendo, inclusive, reconhecido o direito de anunciar e praticar suas habilidades e capacitação, sem qualquer vedação do Conselho Federal de Medicina. Apesar das constantes judicializações de ações por parte da ABRAMEPO, e algumas sentenças judiciais em favor dos médicos, a proibição de registro de especialidade no CFM ainda continua, e uma quantidade significativa de Médicos com décadas de experiência e ultra qualificados são impedidos de anunciarem suas especialidades, mesmo sendo reconhecidas e validados pelo Ministério da Educação.

Embasados na missão maior de salvar Vidas Humanas, um grupo de médicos vinculados e associados à ABRAMEPO, unem-se e propõem a criação do Serviço de Atendimento Médico Especializado – SAME, vinculado à criação e implementação do Projeto - Força Médica Especializada, a ser composta por médicos especialistas de todo País, coordenados e comandados pelo Ministério da Saúde.

Dados da Plataforma Médica Demográfica 2023 considera que o país possui 546 mil mé-



dicos em atuação, o que corresponde a 2,56 profissionais para cada grupo de mil habitantes, índice comparável a países desenvolvidos como Estados Unidos (2,60), Canadá (2,7) e superior ao Japão (2,5). Apesar do significativo número de profissionais, falta, sim, uma gestão estratégica capaz de distribuí-los adequadamente pelo país. Uma melhor distribuição deve começar já na oferta de cursos de graduação e especialização (ABRAMEPO, 2023).

A Associação Brasileira de Médicos com Expertise em Pós-Graduação vê como positiva a prioridade do Governo na formação de especialistas em atenção primária. A entidade comemora, sobretudo, a iniciativa do Ministério da Educação (MEC) de retomar as rédeas, há muito abandonadas, da formação de especialistas no Brasil. E é justamente essa busca por especialistas que pode ser encurtada com a adoção de regras democráticas que, embora já estejam previstas em lei, seguem sendo desrespeitadas em nome de uma injustificável reserva de mercado. Porém, atualmente, o destino da medicina brasileira está nas mãos de entidades privadas, que definem privilégios a profissionais que passaram pela residência médica, cujas vagas insuficientes criam uma casta de médicos privilegiados não por habilidades especiais, mas por interesses de uma minoria em manter a medicina especializada nas mãos de poucos.

A Lei 3.268/1957 é clara e não deixa margem a dupla interpretação, todo médico formado e registrado no CRM de sua região, pode exercer quaisquer ramos da medicina, inclusive especializada. O problema é que apenas 8% dos médicos graduados em 2021 encontraram vagas na residência médica. Dos quase 42 mil médicos formados a cada ano no Brasil, menos de cinco mil chegam a cursar residência. A maioria dos novos formados, 92%, buscam alternativas de especialização em cursos de pós-graduação. Os que se especializam em cursos cancelados pelo MEC estão sendo impedidos de informar sua qualificação aos pacientes. Os que recorrem a cursos vinculados a certas entidades privadas, estes sim, têm o direito de se anunciarem especialistas (ABRAMEPO, 2023).

O critério excludente para a titulação como especialista ignora a lei e a responsabilidade única do Governo Federal de definir, aplicar e fiscalizar regras que permitam iguais oportunidades a



todos, acima de tudo, com transparência e garantia da melhor prestação de serviços à sociedade.

De acordo com a Medida Provisória 1.165/2023, que recriou o programa, o Mais Médicos será utilizado também como porta de entrada desses profissionais para novos cursos de especialização em Medicina da Família e Comunidade, dando ao médico graduado o direito de fazer a prova de títulos ao fim dos estudos combinados com a prática no atendimento à população dentro do programa. Isso reforça a disposição do governo federal em atuar diretamente na especialização dos médicos, algo que a ABRAMEPO defende há muitos anos, tanto que propõe a criação da Força Médica Especializada, por meio do SAME – que será Programa complementar ao Programa Mais Médicos.

O SAME – Serviço de Atendimento Médico Especializado será composto por médicos com Pós Graduação, reconhecida e registrada pelo Ministério da Educação e associados à ABRAMEPO, com experiência de no mínimo, dois anos no mercado de trabalho, oferecendo atendimento terrestre, aquático e aéreo nas diversas áreas da medicina dando suporte de diagnóstico e tratamento que o Programa Mais Médicos não conseguir contemplar nos mais diversos lugares longínquos do País, em situação de calamidades pública, desastres naturais, e ou no formato Mutirão mitigando quaisquer tipo de serviço médico 24h por dia a disposição do Estado Brasileiro.

O SAME, no formato Mutirão estará presente em todos os Estados da Federação Brasileira, e atenderá a população nas principais cidades de cada Estado. Nas cidades que não forem possíveis mutirão, os Municípios, por meio de parcerias fará com que a população de cada Estado e do Distrito Federal seja atendida, mensalmente, nos locais em que ocorrer a disponibilidade do serviço. O médico, membro do SAME, terá seu trabalho regido pelas leis da CLT e sua maior missão será a de Salvar Vidas e terá como propósito maior o Juramento de Hipócrates e a Declaração de Helsinki, cada um em sua especialidade ímpar, mas com um conhecimento universal e apaixonados pela medicina, para o atendimento médico tanto sintomático quanto profilático dos inúmeros brasileiros e brasileiras que estão doentes e em risco de morte pelos diversos e longínquos cantos do País, de forma presencial e ou fazendo uso de soluções tecnológicas: via telemedicina, e aplicativos tecno-



lógicos. A ABRAMEPO também analisa com tranquilidade as regras que priorizam a contratação de profissionais brasileiros formados no país, deixando como reserva estratégica a possibilidade de convocação de brasileiros graduados no exterior ou estrangeiros, justamente por entender que, com a regulamentação dos cursos de especialização, o Brasil terá a força de trabalho necessária para atender praticamente toda a demanda nacional.

Referências Bibliográficas

COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Avaliação das necessidades de médicos especialistas. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1509&Itemid=95(acessado em 20/ Ago/2013).

DUSSAULT G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* 2003.

GIDDENS A. A constituição da sociedade. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes; 1984.

GIRARDI SN, coordenador. Estudo de preferência declarada sobre atributos relevantes para a atração e fixação de médicos no Estado de Minas Gerais: relatório final de atividades. <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/> (acessado em 19/ Ago/2013).

OLIVEIRA, J. R.; PAIVA, J. M. F.; SILVA, S. V. M.; HAMAD, H. P.; SOARES, K. C. R. O perfil dos alunos e suas percepções sobre a profissão e a graduação de Relações Públicas da UFPB. *Revista Temática*. Ano VIII. N., 12, dez./2012.

PAIM JS. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: *CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília, DF: CONASS; 2018. p. 66-78.

SANTOS. O.A, Barros. C.B.F, Delduque. C.M. A Pesquisa em Saúde no Brasil: desafios a enfrentar. *ENSAIO • Saúde debate* 43 (spe5) • Dez 2019 • <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S511>

SCHEFFER M, Biancarelli M, Cassenote A, coordenadores. *Demografia Médica no Brasil: dados*



gerais e descrições de desigualdades. v. 1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.

<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia> Acesso em Fev/2023

<https://amb.org.br/noticias/lancada-a-demografia-medica-no-brasil-2023/> Acesso em Mar/2023 <https://abramepo.com.br/> Acesso em Mar/2023.

<https://portal.cfm.org.br/leis/lei-3268-1957-dispoe-sobre-os-conselho-de-medicina-e-da-outras-providencias/> Acesso em Mar/2023

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Mpv/mpv1165.htm Acesso em Mar/2023.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/governo-federal-anuncia-a-retomada-do-programa-mais-medicos> .Acesso em Mar/2023

