



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Fátima Meirelles Pereira Gomes

**A participação dos médicos-patologistas na Rede de Atenção ao Câncer:  
formação e mercado de trabalho**

Rio de Janeiro

2017

Fátima Meirelles Pereira Gomes

**A participação dos médicos-patologistas na Rede de Atenção ao Câncer: formação e mercado de trabalho**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Coorientadora: Profa. Dra. Tania Cristina França da Silva

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G633 Gomes, Fátima Meirelles Pereira.  
A participação dos médicos-patologistas na Rede de Atenção ao Câncer /  
Fátima Meirelles Pereira Gomes. – 2017.  
356 f.

Orientadora: Mário Roberto Dal Poz  
Tânia Cristina França da Silva

Tese (doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto  
de Medicina Social.

1. Pessoal de saúde – Teses. 2. Neoplasias – Teses. 3. Patologia –  
Teses. 4. Mercado de trabalho – Teses. 5. Atenção à saúde – Teses. 6.  
Internato e residência. 7. Médicos – Teses. I. Dal Poz, Mário Roberto. II.  
Silva, Tânia Cristina França da. III. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.254

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde  
que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Fátima Meirelles Pereira Gomes

**A participação dos médicos-patologistas na Rede de Atenção ao Câncer: formação e mercado de trabalho**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de maio de 2017.

Coorientadora: Profa. Dra. Tania Cristina França da Silva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Profa. Dra. Marcia Silveira Ney

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Profa. Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. José Augusto da Silva Messias

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Profa. Dra. Rosana Chigres Kuschnir

Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Mário Lúcio Cordeiro Araújo Júnior

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Rio de Janeiro

2017

## **DEDICATÓRIA**

Aos pacientes de câncer, para quem o diagnóstico patológico é essencial para o tratamento, mas que, acima de tudo, permite o enfrentamento da doença e da vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Prof. Mario Dal Poz e Profa. Tania França, pelo estímulo intelectual, oportunidade de trabalho e apoio incondicional em todas as fases de realização da pesquisa. Obrigada pela paciência, pelo cuidado e pelo carinho.

À minha mãe, Leila, pela minha formação e acima de tudo por ter ensinado a enfrentar as dificuldades e acreditar que nada acontece por acaso. Obrigada pela alegria e entusiasmo e por dar tanto de si para que eu me tornasse quem sou. Nada que eu disser ou fizer expressará minha gratidão.

Ao meu irmão Guilherme, à minha cunhada Cristiane, às minhas sobrinhas Litza e Gabriela, ao meu pai Guilherme, à minha madrastra Sonia, a tia Cirlene e às primas Suelen e Nicole por compreenderem as minhas limitações de um convívio mais intenso e tornarem minha vida mais leve. Vocês contribuíram muito para realização desta pesquisa.

À amiga Eliana Rosa Fonseca, pelo apoio incondicional na revisão de literatura, mas acima de tudo pelo ombro amigo nas horas difíceis.

Às amigas Elaine Lazzaroni, Daniela Lacerda e Christiane Teixeira, agradeço principalmente pela amizade, que nasceu durante o curso de doutorado. Vocês não mediram esforços para me ajudar. Obrigada pelo ombro amigo e, acima de tudo, por terem tornado essa trajetória agradável e inesquecível.

Aos amigos Adolfo e Graça, obrigada por tudo.

Aos amigos Valkiria Mattos, Leandro Medrado, Vânia Teixeira, Sonia Ruth e Salésia Felipo, que na fase inicial do curso de doutorado e da pesquisa, contribuíram muito.

À Dra. Rosemary Nascimento, uma patologista apaixonada pelo que faz e que muito me apoiou nos esclarecimentos e dúvidas sobre essa área da Patologia.

À Divisão de Patologia do INCA, que se disponibilizou a coleta de dados e as entrevistas. Meu agradecimento especial aos médicos-residentes que concordaram em participar deste estudo e à Dra. Ana Eisenberg.

À equipe da Secretaria Acadêmica do IMS/UERJ, em especial, Eliete, Sílvia e Simone, por toda competência, carinho, atenção e apoio durante o curso de doutorado.

Aos amigos da Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do IMS/UERJ, pelo apoio em todas as fases de realização da pesquisa. Valéria Mattos, Susana Dal Poz e Rômulo Miranda, meu agradecimento especial.

## RESUMO

GOMES, Fátima Meirelles Pereira. **A participação dos médicos-patologistas na Rede de Atenção ao Câncer**: formação e mercado de trabalho. 2017. 356 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O presente estudo tem como foco a força de trabalho em saúde (FTS), com ênfase no médico especialista em Patologia, e a sua participação na Rede de Atenção ao Câncer, sendo dois eixos de análise: formação (Residência Médica) e mercado de trabalho. As justificativas relacionadas ao desenvolvimento deste estudo estão assentadas em alguns argumentos: a magnitude epidemiológica, econômica, social e política do câncer no Brasil e a crise da FTS no Brasil e no mundo. O principal objetivo deste trabalho é analisar as características da formação e do mercado de trabalho dos médicos-patologistas no Brasil para a Rede de Atenção ao Câncer. E como objetivos específicos: analisar as normas relativas à especialidade médica em Patologia no Brasil; mapear os médicos-patologistas no Brasil; analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil; e analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quali-quantitativa utilizando a triangulação de métodos (análise documental, levantamento de dados secundários e entrevistas). Os resultados evidenciaram a escassez de médicos-patologistas, fato já reconhecido mundialmente, e que existem lacunas na formação em Patologia (Residência Médica), apresentando um número menor de concluintes dos Programas de Residência Médica em Patologia, assim como uma diminuição das instituições ofertantes dos Programas de Residência Médica em Patologia no país; os locais que tiveram aumento dessa oferta não foram expressivos. O distanciamento do conteúdo da Patologia e do próprio avanço tecnológico da área da Patologia resulta na falta de visibilidade dessa especialidade, tornando-a isolada do contexto contemporâneo e do mercado de trabalho. A tendência é de que os indicadores do Brasil se aproximem cada vez mais dos países da África Oriental com 0,8 médicos-patologistas/100 mil habitantes, um importante *deficit* de patologistas, e se distancie dos Estados Unidos com 5,7 patologistas/100 mil habitantes, e Espanha com 2,4 patologistas/100 mil habitantes, que já consideram essa especialidade médica escassa. Quanto à natureza jurídica, ao tipo de prestador e ao estabelecimento, o mercado de trabalho desse profissional é representado pelos pequenos, médios e grandes laboratórios, além de hospitais públicos e privados, em todas as Regiões do país, com tendência à terceirização dos Serviços de Anatomia Patológica e Citopatologia para grandes grupos de laboratórios e que, embora favoreçam a economia de escala, incorporam uma lógica flexibilizadora em um processo de desregulamentação do trabalho. Entre as diversas consequências, encontra-se a diminuição da autonomia profissional, além do distanciamento do patologista das equipes médicas e dos outros profissionais de saúde, o que afeta o diagnóstico final.

Palavras-chave: Força de trabalho em saúde. Câncer. Patologia. Mercado de trabalho.

Atenção à saúde. Especialidade médica. Residência médica.

## ABSTRACT

GOMES, Fátima Meirelles Pereira. **The participation of pathologist in the Cancer Care Network: training and labor market.** 2017. 356 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The present study focuses on the health workforce (HWF), with emphasis on physicians specialized in Pathology and their participation in the Cancer Care Network, using two axes of analysis: training (Medical Residency) and labor market. This study was developed based on some points: the epidemiological, economic, social and political magnitude of cancer in Brazil and the HWF crisis in Brazil and worldwide. The main objective of this study is to analyze the training and labor market characteristics of pathologist for the Brazilian Cancer Care Network. The specific objectives are: to analyze the norms related to the medical specialty in Pathology, mapping-out the pathologist workforce, analyzing the situation of Medical Residency in Pathology and to analyze the current and future scenario of the medical specialty in Pathology in Brazil. This is a descriptive research with a qualitative-quantitative approach using triangulation approach (documentary analysis, secondary data collection and interviews). The results showed the shortage of pathologist, that is recognized worldwide and that there are gaps in Pathology training (Medical Residency), with a decreasing number of graduates of Medical Residency Programs in Pathology, as well the institutions running Medical Residency Programs in Pathology in the country. Institutions with increased medical residency places were not significant. The dissociation from the Pathology content and its technological progress produce a lack of visibility of this specialty, turning it isolated from the contemporary context and the labor market. The current trend of pathologists will bring Brazil closer to the indicators of East African countries with 0.8 pathologists/100,000 inhabitants, with an important deficit of pathologists, and further from the United States with 5.7 pathologists/100,000 inhabitants, or Spain, with 2.4 pathologists/100,000 inhabitants, where this medical specialty is already considered scarce. The pathologist labor market regarding the legal characteristics, type of provider and establishment, is represented by small, medium and large laboratories, as well as public and private hospitals - in all regions of the country – with a strong tendency to outsource Pathologic Anatomy and Cytopathology services for large groups of laboratories with a flexible logic in a labor deregulation process, even though they favor economy of scale. The reduction of professional autonomy and the disconnection of the pathologist from the medical teams and other health professionals are some of the problems founded, which affect the final diagnosis.

Keywords: Health workforce. Cancer. Pathology. Labor market. Health care. Medical specialty. Medical residency.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de médico especialista em Patologia, segundo Regiões. Brasil, 2014 .....	23
Figura 2 – Página principal do <i>EndNote</i> Web com documentos organizados pelos conceitos principais da tese.....	65
Figura 3 – Fluxo de seleção de documentos .....	66
Figura 4 – Net changes to pathologist workforce (headcount), based on year-to-year additions to the workforce less withdrawals/retirements.....	118
Figura 5 – Distribuição proporcional dos dez tipos mais incidentes para 2016, por sexo, exceto pele não melanoma. Brasil, 2016 .....	144
Figura 6 – História natural das doenças e níveis de aplicação de medida preventivas.....	149
Figura 7 – Linha do Tempo dos atos normativos relativos à Residência Médica em Patologia no Brasil, período de 1957 até 2016, por década. Brasil, 2017 .....	187

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Número de instituições ofertantes do PRM em Patologia, por Regiões brasileiras e por décadas. Brasil, 2015.....	226
Gráfico 2 –	Distribuição dos entrevistados, segundo gênero. Rio de Janeiro, 2016.....	237
Gráfico 3 –	Distribuição dos entrevistados, segundo ano de conclusão do Cursos de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro, 2016.....	240
Gráfico 4 –	Razão Ocupação/Profissional médico especialista em Patologia, segundo ano e Regiões. Brasil 2016 .....	271
Gráfico 5 –	Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por natureza jurídica e ano. Brasil, 2016 .....	298
Gráfico 6 –	Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de prestador, segundo ano. Brasil, 2016 .....	303
Gráfico 7 –	Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de estabelecimento, segundo ano. Brasil, 2016 .....	306

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Descrição dos médicos especialistas pela CBO. Brasil, 2016.....	25
Quadro 2 –	Descrição das áreas e atividades do médico-patologista, segundo a CBO. Brasil, 2017.....	29
Quadro 3 –	Questões norteadoras e objetivos do estudo. Rio de Janeiro, 2015.....	36
Quadro 4 –	Possíveis riscos da pesquisa e providências para minimizá-los.....	51
Quadro 5 –	Fontes de informação, segundo a descrição utilizadas na pesquisa....	55
Quadro 6 –	Critérios de Inclusão e Exclusão utilizados nas estratégias de busca que foram utilizadas para a revisão de literatura .....	58
Quadro 7 –	Descrição dos termos e os entre termos (sinônimos) identificados nos vocabulários controlados. Rio de Janeiro, 2015.....	60
Quadro 8 –	Estratégias utilizadas por bases de dados consultadas. Rio de Janeiro, 2015.....	61
Quadro 9 –	Requisitos mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia, nos anos de 1983, 2002 e 2006. Brasil, 2016.....	189

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Relação do número de médicos especialistas em Patologia, inscrição principal ativa e por número de especialidades médicas (1, 2 ou 3 e mais) com as UF das instituições do curso de Graduação em Medicina, agrupados por UF e Regiões brasileiras. Brasil, 2016.....	193
Tabela 2 –	Distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa com uma especialidade médica, por década de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016.....	196
Tabela 3 –	Distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa com duas especialidades médicas, por década de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016.....	199
Tabela 4 –	Distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa com três ou mais especialidades médicas, por década de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016.....	201
Tabela 5 –	Distribuição de médicos especialistas em Patologia com inscrição ativa, com uma especialidade médica, por PRM, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016.....	203
Tabela 6 –	Distribuição de médicos especialistas em Patologia com inscrição ativa, com uma especialidade médica, por décadas de conclusão dos PRM e Regiões. Brasil, 2016.....	205
Tabela 7 –	Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Norte, 2016.....	208
Tabela 8 –	Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Nordeste, 2016.....	211

Tabela 9 –	Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Sudeste, 2016.....	214
Tabela 10 –	Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Sul, 2016.....	216
Tabela 11 –	Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Centro-Oeste, 2016.....	218
Tabela 12 –	Número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM, por décadas e segundo Regiões brasileiras no período de 1980-2015. Brasil, 2015.....	221
Tabela 13 –	Número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM, no período de 2010 a 2015, segundo Regiões brasileiras. Brasil, 2015.....	224
Tabela 14 –	Número de instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e Regiões brasileiras. Brasil, 2015.....	227
Tabela 15 –	Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes. Região Sudeste, 2015.....	230
Tabela 16 –	Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes. Região Sul, 2015.....	231
Tabela 17 –	Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes. Região Nordeste, 2015.....	231
Tabela 18 –	Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes. Região Centro-Oeste, 2015....	232
Tabela 19 –	Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes. Região Norte, 2015.....	232
Tabela 20 –	Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por número de médicos concluintes, segundo UF, tipo de estabelecimento de	

	saúde, natureza jurídica e habilitação na atenção especializada em oncologia, no ano de 2015. Brasil, 2016.....	234
Tabela 21 –	Distribuição dos entrevistados, segundo faixa etária. Rio de Janeiro, 2016.....	236
Tabela 22 –	Distribuição dos entrevistados, segundo estado civil. Rio de Janeiro, 2016.....	238
Tabela 23 –	Distribuição dos entrevistados, segundo UF de naturalidade e do Curso de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro, 2016.....	239
Tabela 24 –	Relação das UF de naturalidade com a UF do Curso de Graduação em Medicina e com a UF do Curso de Residência Médica dos entrevistados. Rio de Janeiro, 2016.....	239
Tabela 25 –	Número de familiares médicos, segundo parentesco e especialidade médica dos médicos-residentes em Patologia entrevistados. Rio de Janeiro, 2016.....	241
Tabela 26 –	Síntese da construção dos temas, das categorias e das unidades de registro na análise temática dos depoimentos dos entrevistados, Rio de Janeiro, 2016.....	242
Tabela 27 –	Número de Médicos/Ocupações e Médicos/Profissionais, por especialidade, segundo ano e Regiões. Brasil, 2016.....	270
Tabela 28 –	Razão Ocupação/Profissional médico especialista em Patologia, segundo ano, Regiões e UF. Brasil 2016 .....	272
Tabela 29 –	Número de médicos especialistas em Patologia e razão especialidade por 100 mil habitantes, segundo UF e Regiões, período 2012 a 2015. Brasil, 2016.....	274
Tabela 30 –	Relação do número de Regiões de Saúde com o número de Regiões de Saúde com médicos-patologistas (profissionais), segundo UF e Regiões, no período de 2012 a 2015. Brasil, 2016.....	276
Tabela 31 –	Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF do Rio de Janeiro e Espírito Santo. Brasil, 2016 .....	278
Tabela 32 –	Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015,	

	segundo Regiões de Saúde, da UF de Minas Gerais. Brasil, 2016.....	280
Tabela 33 –	Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, da UF de São Paulo. Brasil, 2016.....	282
Tabela 34 –	Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Sul. Brasil, 2016.....	285
Tabela 35 –	Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Centro-Oeste. Brasil, 2016 .....	288
Tabela 36 –	Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Nordeste. Brasil, 2016 .....	293
Tabela 37 –	Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Norte. Brasil, 2016.....	297
Tabela 38 –	Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por natureza jurídica, segundo ano e UF/Regiões. Brasil, 2016.....	301
Tabela 39 –	Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de prestador, segundo ano, UF e Regiões. Brasil, 2016.....	304
Tabela 40 –	Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de estabelecimento, segundo ano. Brasil, 2016 .....	307
Tabela 41 –	Distribuição de médicos especialistas em Patologia, por número de especialidades médicas e inscrições, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016.....	309
Tabela 42 –	Número de médicos especialistas em Patologia, com uma especialidade médica, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016.....	311
Tabela 43 –	Número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, por grupos de classificação de	

	especialidade, segundo Regiões. Brasil, 2016 .....	314
Tabela 44 –	Número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, por grupos de classificação, segundo especialidade e Regiões. Brasil, 2016 .....	315
Tabela 45 –	Número de médicos especialistas em Patologia, com três ou mais especialidades médicas, por grupos de classificação de especialidade, segundo Regiões. Brasil, 2016.....	317
Tabela 46 –	Número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, por grupos de classificação, segundo especialidade e Regiões. Brasil, 2016.....	318
Tabela 47 –	Número de médicos associados à SBP, por décadas e segundo Regiões. Brasil, 2016.....	320
Tabela 48 –	Número de médicos associados à SBP, na década de 2010, segundo Regiões. Brasil, 2016.....	320
Tabela 49 –	Síntese da construção dos temas, das categorias e das unidades de registro na análise temática dos depoimentos dos entrevistados, Rio de Janeiro, 2016.....	321
Tabela 50 –	Distribuição de médicos-patologistas, segundo tipo de Serviços Especializado em Oncologia, por UF e Regiões. Brasil, 2017.....	327
Tabela 51 –	Distribuição de médicos-patologistas, segundo tipo de vínculo profissional e formas de contratação nos Serviços Especializado em Oncologia. Brasil, 2017.....	329
Tabela 52 –	Distribuição de médicos-patologistas, segundo natureza jurídica e tipo de vínculo profissional e formas de contratação nos Serviços Especializado em Oncologia, por Regiões. Brasil, 2017.....	331



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Avaliação Econômica
AIHW	<i>Australian Institute of Health and Welfare</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
AMS	Pesquisa Assistência Médico-Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologia em Saúde
ASCP	<i>American Society of Clinical Pathology</i>
BDENF	Base de dados de Enfermagem
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	<i>College of American Pathologists</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCAA	Comunidades Autônomas
CD-ROM	<i>Compact Disc Read-Only Memory</i>
CEP-IMS	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGRS	Coordenação Geral de Residências em Saúde
CME	Comissão Mista de Especialidades
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CNE	Cadastro Nacional de Especialistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conacem	<i>Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas</i>
Conprev	Coordenação de Prevenção e Vigilância

Cremesp	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIPAT	Divisão de Patologia
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DoHA	<i>Australian Government Department of Health and Ageing</i>
DVD	<i>Digital Versatile Disc</i>
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fonasa	<i>Fondo Nacional de Salud</i>
FTS	Força de Trabalho em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus humano
HUAP	Hospital Universitário Antonio Pedro
IAP	<i>International Academy of Pathology</i>
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEC	Ministério de Educação
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MEQ	Monitoramento Externo da Qualidade
MIR	Médico Interno Residente
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NLM	<i>United States National Library of Medicine</i>
NOAS/SUS	Norma Operacional da Assistência Saúde
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ORCI	<i>Ocean Road Cancer Institute</i>
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAAF	Punção Aspirativa por Agulha Fina
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PIQC	Programa de Incentivo ao Controle de Qualidade
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PRM	Programa de Residência Médica
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
Pró-Residência	Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPA	<i>Royal College of Pathologists of Australasia</i>
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RQE	Registro de Qualificação de Especialidades
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SCAD	Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SBC	Sociedade Brasileira de Citopatologia
SBP	Sociedade Brasileira de Patologia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SisCNRM	Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Título de Especialista
TIC	Tecnologias de Comunicação e Informação
UF	Unidade Federativa
UFF	Universidade Federal Fluminense
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UMLS	<i>Unified Medical Language System</i>
UNACON	Unidade de Alta Complexidade Oncológica

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>A FORÇA DE TRABALHO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
1.1	<b>Contextualização.....</b>	<b>22</b>
1.1.1	<u>Quem são os médicos especialistas em Patologia?.....</u>	<b>24</b>
1.1.2	<u>O que faz um médico especialista em Patologista?.....</u>	<b>26</b>
1.2	<b>A importância do médico especialista em Patologia para as ações de prevenção e controle do câncer.....</b>	<b>30</b>
1.3	<b>A escolha do objeto de estudo.....</b>	<b>32</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS E DELINEAMENTO DO ESTUDO.....</b>	<b>34</b>
2.1	<b>Contextualização.....</b>	<b>34</b>
2.2	<b>Objetivos.....</b>	<b>35</b>
2.3	<b>Delineamento do Estudo.....</b>	<b>36</b>
2.4	<b>Estratégias Metodológicas Gerais (Métodos, Técnicas e Instrumentos).....</b>	<b>38</b>
2.5	<b>Procedimentos Éticos da Pesquisa.....</b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>52</b>
3.1	<b>Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos) .....</b>	<b>52</b>
3.2	<b>Síntese da Revisão de Literatura.....</b>	<b>59</b>
3.3	<b>Síntese dos temas .....</b>	<b>67</b>
3.3.1	<u>Força de Trabalho .....</u>	<b>67</b>
3.3.2	<u>Mercado de Trabalho.....</u>	<b>76</b>
3.3.3	<u>Formação.....</u>	<b>87</b>
3.3.4	<u>Patologia.....</u>	<b>90</b>
3.3.5	<u>Câncer.....</u>	<b>97</b>
3.3.6	<u>Rede de Atenção ao Câncer.....</u>	<b>99</b>
<b>4</b>	<b>CENÁRIO NO BRASIL E MUNDO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA .....</b>	<b>105</b>
4.1	<b>Contextualização .....</b>	<b>105</b>
4.2	<b>Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos).....</b>	<b>106</b>
4.3	<b>Cenários nacional e internacional.....</b>	<b>107</b>
4.3.1	<u>Cenário Nacional.....</u>	<b>107</b>

4.3.2	<u>Cenário Internacional</u> .....	117
4.3.2.1	Estados Unidos.....	117
4.3.2.2	Austrália.....	121
4.3.2.3	Espanha.....	126
4.3.2.4	África Oriental.....	130
4.3.2.5	Tanzânia.....	132
4.3.2.6	África do Sul.....	134
4.3.2.7	Argentina.....	135
4.3.2.8	Chile.....	137
4.3.2.9	República da China.....	140
5	<b>CENÁRIO DO CÂNCER NO BRASIL</b> .....	144
5.1	<b>Magnitude epidemiológica, econômica, social e política do câncer</b> .....	144
5.2	<b>História Natural e Níveis de Prevenção</b> .....	147
6	<b>REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER</b> .....	150
7	<b>FORMAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA</b> .....	157
7.1	<b>Contextualização</b> .....	157
7.2	<b>Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos)</b> .....	158
7.2.1	<u>Levantamento documental</u> .....	158
7.2.2	<u>Levantamento de dados secundários</u> .....	160
7.2.3	<u>Entrevistas</u> .....	163
7.3	<b>Linha do Tempo dos atos normativos relativos à Residência Médica em Patologia no Brasil</b> .....	165
7.3.1	<u>Documentos Normativos</u> .....	167
7.3.2	<u>Requisitos Mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia</u> .....	188
7.4	<b>Formação do Médico-Patologista no Brasil</b> .....	191
7.4.1	<u>Resultados e Discussão da Graduação em Medicina</u> .....	191
7.4.2	<u>Resultados e Discussão da Residência Médica em Patologia</u> .....	201
7.5	<b>A escolha da especialidade médica em Patologia</b> .....	235
7.5.1	<u>Resultados e Discussão da Parte I (Características Gerais)</u> .....	235
7.5.2	<u>Resultados e Discussão Parte II (Análise temática das entrevistas)</u> .....	241
7.6	<b>Síntese</b> .....	253
8	<b>MERCADO DE TRABALHO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA</b> .....	265

8.1	Contextualização .....	265
8.2	<b>Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos)</b> .....	265
8.2.1	<u>Levantamento de dados secundários</u> .....	265
8.2.2	<u>Entrevistas</u> .....	267
8.3	<b>Resultados e Discussão do Levantamento de Dados Secundários</b> .....	269
8.4	<b>Resultados e Discussão Parte II (Análise temática das entrevistas)</b> .....	320
8.5	<b>Perfil dos vínculos profissionais do médico especialista em Patologia nos Serviços Especializados em Oncologia</b> .....	325
8.6	<b>Síntese</b> .....	333
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	337
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	339
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	354
	<b>APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista</b> .....	356

## INTRODUÇÃO

O estudo tem como foco a força de trabalho em saúde (FTS) com enfoque em médicos especialistas em Patologia e a participação na Rede de Atenção ao Câncer, envolvendo as ações de prevenção e controle do câncer, em dois eixos de análise; um refere-se à formação, com ponto de corte na Residência Médica; e o outro, ao mercado de trabalho, enfocando as análises que possibilitam o conhecimento da estrutura e da dinâmica desse profissional no mercado de trabalho, porém não enfocados os eixos relativos a processo de trabalho e carga de trabalho.

No conjunto das especialidades médicas reconhecidas no país, a Patologia representa menos de 1% no *ranking* das especialidades, com uma relação aproximada de 1,57 patologistas por 100 mil habitantes. Porém, seu impacto para a Rede de Atenção ao Câncer está no acesso ao diagnóstico patológico (p. ex. exames anatomopatológicos, exames citopatológicos etc.). A importância desse diagnóstico para o câncer está relacionada à compreensão sobre o comportamento biológico do tumor, ao planejamento terapêutico do tratamento, à delimitação da extensão da doença, à identificação dos órgãos acometidos, a possíveis complicações, à estimativa do prognóstico, avaliação e acompanhamento dos resultados do tratamento, a possibilidades de pesquisas em oncologia, entre outros.

No que diz respeito, aos estudos sobre médicos especialistas em Patologia, os poucos existentes já apontam um cenário de escassez dessa FTS que está em crescimento para os próximos anos. A privação dessa especialidade médica para Rede de Atenção ao Câncer é considerada catastrófica, afetando principalmente a capacidade de realização do diagnóstico patológico, como consequência ocorrem impactos diretos na atenção ao câncer, sejam do ponto de vista epidemiológico, econômico, político e social.

As justificativas relacionadas ao desenvolvimento deste estudo estão assentadas em alguns argumentos. Em primeiro lugar, ressalta-se a magnitude epidemiológica, econômica, social e política do câncer no Brasil. O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, estimativas revelam que, em 2030, os casos novos de câncer previstos serão mais de 21 milhões (WHO, 2017). A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017 (BRASIL, 2015a), é de 596.070 casos novos, sendo 295.200 homens e 300.870 mulheres. O esperado de casos novos por Região tem a seguinte configuração: Norte (21.490); Centro-Oeste (44.430); Nordeste (107.180); Sul (131.880); e Sudeste (291.090).



O reconhecimento do câncer como doença crônica não transmissível e a necessidade de oferta de cuidado integral constituem-se como princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, além de o câncer ser uma das áreas temáticas prioritárias da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, o impacto econômico do câncer é mais assustador do que qualquer causa de morte no mundo. Os anos de vida perdidos e de produtividade representam o maior consumo das economias globais, se comparados a outras causas de morte.

Um segundo argumento está relacionado à crise da FTS no Brasil e no mundo. As condições que mais influenciam a FTS são as necessidades de saúde da população (demografia, condições de saúde da população, carga de doenças, epidemias etc.); os sistemas de saúde (financiamento, avanços científicos e tecnológicos, novos paradigmas em prestação de cuidados, modelos de atenção à saúde etc.); a educação (formação em saúde gerando conhecimento e habilidades necessárias); e o trabalho (mercado de trabalho). Essas dimensões não são construídas ao mesmo tempo e nem de forma combinada, mas convivem atualmente de forma complexa e, por vezes, contraditórias.

No Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2007), foi apontada a crise global da FTS, que afeta quase todos os países, inclusive o Brasil, assinalada pelo *déficit* global estimado em mais de 4 milhões de trabalhadores de saúde e pela desigualdade entre países na distribuição e acesso à FTS qualificada. E, também, ressalta que, a cada ano, um número considerável de trabalhadores de saúde deixa a FTS, de forma temporária ou permanente. Os principais motivos de saída são a migração; o risco de violência, doença e morte; a mudança de ocupação ou atividade (desemprego, trabalho fora do setor saúde etc.); e a aposentadoria. As demandas atribuídas à FTS estão se transformando em passo acelerado, mas só se pode especular quais serão essas demandas no futuro. A era dos trabalhadores de saúde que trabalham sozinhos está ultrapassada. Os novos paradigmas em prestação de cuidados apoiam-se no trabalho em equipe, com técnicas e procedimentos que se sobrepõem e se complementam e constantemente se adaptam a rápidas mudanças dos avanços tecnológicos. O desenvolvimento da FTS é um exercício tanto técnico quanto político, que requer a construção de confiança entre as partes interessadas e a ligação das expectativas das pessoas ao desempenho do trabalhador de saúde. Segundo Dal Poz (2013), ainda que o conjunto de problemas não seja novo, foi denominado de crise global da FTS caracterizado pelo *déficit* global. Destaca-se que essa crise pode se agravar nos próximos anos e que a demanda de trabalhadores de saúde vem crescendo em todos os países.

Em adição a esse cenário, Antunes (2009) enfatiza, no mundo contemporâneo do trabalho, o crescente contingente de trabalhadores ultraqualificados que avançam para a precarização e o desemprego, e que tal fato está em expansão no mundo.

Enfim, como é desafiador compreender a FTS, para as ações de prevenção e controle do câncer, entendendo o câncer como um cuidado integral, em todos os níveis de complexidade (Atenção Básica e Atenção Especializada) e modalidades de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) e no contexto de uma RAS. Como a composição da FTS é diversificada, para este estudo, o ponto de corte foi o médico especialista em Patologia.

Nesse contexto, algumas questões norteiam o desenvolvimento deste estudo: Qual o *déficit* de médicos especialistas em Patologia no Brasil? Quais são os fatores que contribuem com o *déficit* de médicos especialistas em Patologia no Brasil? Existe *déficit* de formação de médicos especialistas em Patologia no Brasil? Quais são os aspectos do mercado de trabalho que interferem na oferta e na demanda de médicos-patologistas? Quais os fatores que influenciam a oferta atual e futura de necessidades de médicos especialistas em Patologia?

Assim, o principal objetivo deste trabalho é analisar as características da formação e do mercado de trabalho dos médicos-patologistas no Brasil para a Rede de Atenção ao Câncer. Tendo também como objetivos específicos: (1) analisar as normas relativas à especialidade médica em Patologia no Brasil; (2) mapear os médicos-patologistas no Brasil; (3) analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil; (4) analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil.

Com a finalidade de desenvolver melhor alguns dos argumentos acima explicitados, bem como delinear o estudo desenvolvido, o trabalho foi organizado em oito capítulos.

O Capítulo 1 aborda a força de trabalho do médico especialista em Patologia, permitindo compreender quem são esses médicos, o que faz um médico especialista em Patologia, a importância do médico especialista em Patologia para as ações de prevenção e controle do câncer e os motivos que levaram a pesquisadora à escolha do objeto de estudo.

Em seguida, o Capítulo 2 versa sobre os objetivos e o delineamento do estudo incluindo as estratégias metodológicas (métodos, técnica e instrumentos) adotadas na pesquisa e o referencial teórico que sustentou o levantamento documental, o levantamento de dados secundários e entrevistas, além dos procedimentos éticos da pesquisa.

Abordam-se, no Capítulo 3, a revisão de literatura, apresentando toda a estratégia metodológica adotada e a síntese dos temas que são adotados no estudo: força de trabalho, trabalho, formação, patologia, câncer e rede de atenção ao câncer.

O Capítulo 4 apresenta o cenário no Brasil e no mundo do médico especialista em Patologia, onde contextualizam-se os estudos dos cenários nacional e internacional em relação à escassez desse profissional.

O Capítulo 5 abrange o cenário do câncer no Brasil, enfocando a magnitude epidemiológica, econômica, social e política do câncer no Brasil e a história natural, e níveis de prevenção, destacando o diagnóstico.

O Capítulo 6 apresenta a Rede de Atenção ao Câncer, contextualizando a trajetória histórica e descrevendo a configuração atual da rede assistencial voltada para o câncer, com enfoque na atenção especializada onde estão inseridos os Serviços de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia e os Serviços de Oncologia de Alta Complexidade.

O Capítulo 7 aborda a formação do médico especialista em Patologia, como ponto de corte na Residência Médica em Patologia, com ênfase em três pilares: o arcabouço legal da Residência Médica em Patologia no Brasil; o cenário dos Programas de Residência Médica (PRM) e das instituições ofertantes desses Programas no Brasil por Regiões e Unidades Federativas (UF) no Brasil; e as entrevistas com os médicos-residentes sobre os motivos que os levaram à escolha da especialidade médica em Patologia.

Por fim, no Capítulo 8, o mercado de trabalho do médico especialista em Patologia apresenta mapeamento desses médicos por Região e UF quanto à relação de ocupação (postos de trabalho) e profissionais (médicos especialistas). A distribuição dos médicos-patologistas por tipo de estabelecimento, tipo de prestador, natureza jurídica, vínculos profissionais e por Regiões de Saúde. Além do que, por meio de entrevistas, apontar quais são as expectativas para os próximos anos em relação ao mercado de trabalho para o médico especialista em Patologia.

Quanto à questão metodológica, trata-se uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quali-quantitativa, utilizando a triangulação de métodos (levantamento documental, levantamento de dados secundários e entrevistas). A combinação de métodos qualitativos e quantitativos possuem modalidades de investigação com campos teóricos próprios, delimitados, diferentes, mas complementares.

Como contribuição da pesquisa, espera-se, para a Rede de Atenção ao Câncer, que contribua para o conhecimento da FTS (médicos especialistas em Patologia) visando à ampliação e à melhoria do acesso aos recursos diagnósticos de anatomia patológica e citopatologia no SUS. A privação desse especialista para o SUS pode ser considerada como catastrófico para o controle do câncer, afetando a capacidade de realização do diagnóstico e repercutindo na magnitude epidemiológica, econômica, social e política que envolve o câncer;

na prestação de cuidados ao paciente para garantir a integralidade do cuidado; no acesso aos serviços; e em toda a FTS envolvida com a atenção ao câncer. Para a área de conhecimento da FTS, permite o desenvolvimento de novos estudos e ampliação dos conhecimentos em relação à formação e ao mercado de trabalho de trabalhadores de saúde. Para os médicos-patologistas, a ampliação dos conhecimentos em relação à formação (Residência Médica) e ao mercado de trabalho no Brasil.

# 1 A FORÇA DE TRABALHO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA

## 1.1 Contextualização

O objeto de estudo da pesquisa são os médicos especialistas em Patologia<sup>1</sup>, por tantas vezes, conhecidos como “O Doutor Invisível”; “O Doutor dos Mortos”; “O profissional do diagnóstico”, “Patologista, o profissional dos bastidores da Medicina”, entre outros.

O estudo seguirá a abordagem denominada perfil profissional, elegendo o médico especialista em Patologia e a participação dessa força de trabalho na Rede de Atenção ao Câncer, por meio das ações de prevenção e controle do câncer, em dois eixos de análise. Um aborda a formação com enfoque na Residência Médica. O outro sobre o trabalho, enfocando as análises que possibilitam o conhecimento da estrutura e da dinâmica desse profissional no mercado de trabalho. Não serão trabalhados os eixos referentes a processo de trabalho<sup>2</sup> e carga de trabalho<sup>3</sup>, embora sejam de grande relevância, mas não são objetos de análise nesta pesquisa.

Quanto ao número de médicos-patologistas existentes no Brasil atualmente, não se tem uma exatidão. Pela Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), é informado que, em 2014,

---

<sup>1</sup> A Patologia é o estudo (*logos*) da doença (*pathos*), está voltada ao conhecimento das alterações estruturais, bioquímicas e funcionais nas células, tecidos, órgãos que fundamentam a doença. Por intermédio do uso de técnicas moleculares, microbiológicas e morfológicas, a Patologia elucida as razões e causas dos sinais e sintomas manifestados pelos pacientes enquanto fornece uma base racional para a terapia e o cuidado. Estabelece a ligação entre as ciências básicas e a Medicina clínica e pode ser considerada a base científica para toda a Medicina (ROBBINS; COTRAN, 2010).

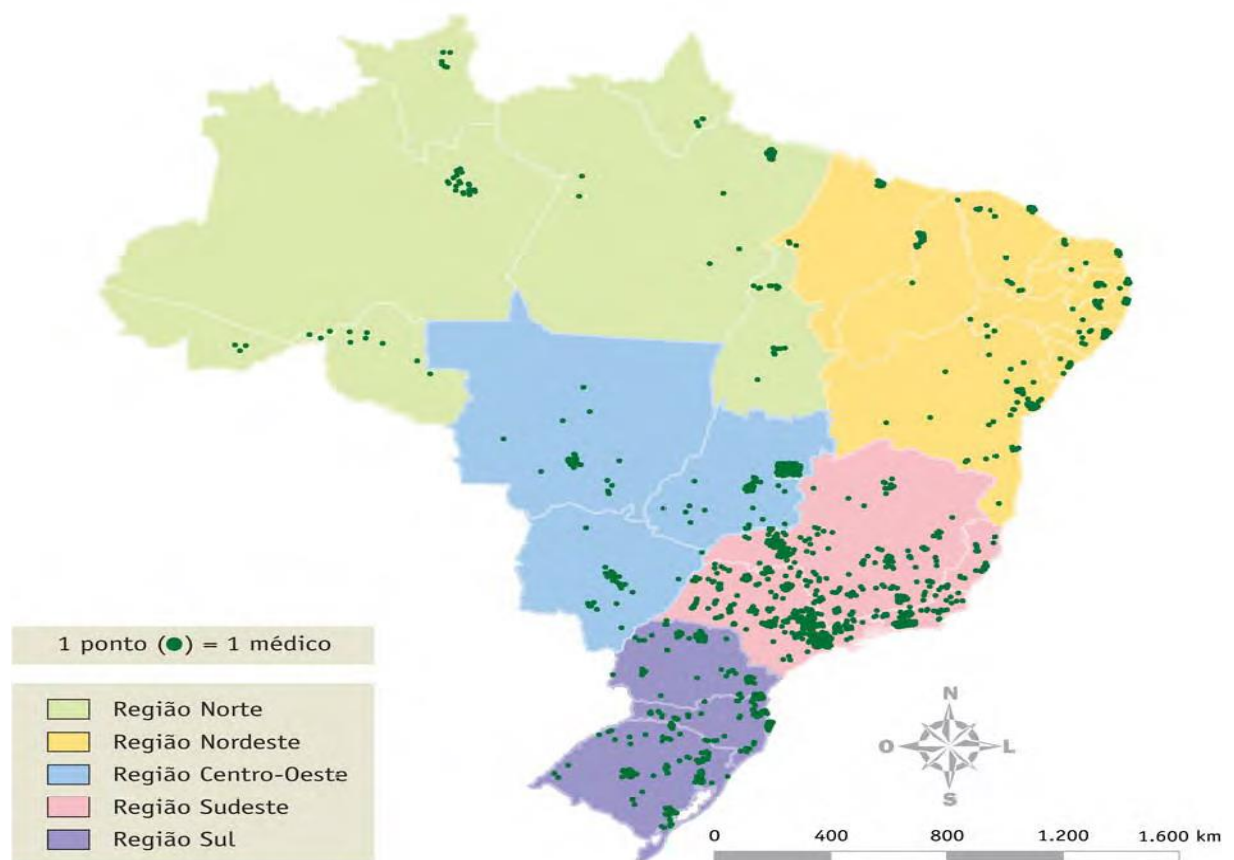
<sup>2</sup> Processo de trabalho: [...] o conceito processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde; ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde [...]. Ressalta-se que na atualidade o conceito de processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo de processos de trabalho específicos das diferentes áreas do campo da saúde (práticas e profissionais); nas pesquisas e intervenções sobre à saúde; gestão em saúde; modelos assistenciais; trabalho em equipe de saúde; cuidado em saúde; entre outros (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 320-328).

<sup>3</sup> Carga de trabalho: é um conceito que procura estabelecer uma dinâmica relação entre o trabalhador e seu trabalho, que, abstraindo outras questões subjetivas, poderá refletir em seu estado de saúde. As cargas de trabalho são elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com a corporeidade humana, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste. Toda atividade apresenta uma carga de trabalho, na qual se podem evidenciar três elementos que se inter-relacionam e, ao mesmo tempo, interagem mutuamente: a carga física (resultado da relação entre o corpo físico do trabalhador em atividade, e o ambiente de trabalho); a carga mental/cognitiva (resultante dos processos cognitivos envolvidos nas atividades de trabalho); e a carga psíquica (aspecto analisado pela chamada psicopatologia do trabalho e que diz respeito aos componentes afetivos negativos desencadeados ou agravados pelo processo de trabalho). A carga de trabalho tem a ver com a dinâmica do processo de trabalho no qual o trabalhador, em face das exigências da produção, elabora atitudes compensatórias para realizar seu trabalho de forma que acarrete o menor prejuízo possível para sua saúde e alcance os objetivos da produção (PIERANTONI et al, 2011).

existiam 2.006 médicos especialistas em Patologia (SBP, 2017). Na pesquisa denominada *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al., 2015), o número de médicos especialistas em Patologia no Brasil, nesse ano, foi de 3.162, com uma razão de 1,57 especialistas por 100 mil habitantes, representando 0,9%; isto é, menos de 1,0% no *ranking* das especialidades médicas.

Na Figura 1, sobressaem as desigualdades na distribuição dessa especialidade entre as Regiões. Do total de especialistas, 54,9% (n=1.735) concentram-se na Região Sudeste, o restante divide-se entre as Regiões: Nordeste com 19,7% (n=623 especialistas); Sul com 13,8% (n=436 especialistas); Centro-Oeste com 8,7% (n=277 especialistas); e, por fim, a Região Norte com 2,9% (n=91 especialistas), demonstrando uma desigualdade de especialistas em Patologia no país.

Figura 1 – Distribuição de médico especialista em Patologia, segundo Regiões. Brasil, 2014



Fonte: SCHEFFER et al., 2015, p.267.

### 1.1.1 Quem são os médicos especialistas em Patologia?

A SBP define como médico-patologista:

[...] nós, patologistas, somos médicos, especializados na arte e na ciência do diagnóstico. Trabalhamos em laboratórios particulares, hospitais ou universidades. Auxiliados por uma equipe, composta por técnicos de laboratório e assistentes administrativos, somos capazes de receber, analisar e emitir seus laudos anatomopatológicos [...] (SBP, 2017).

Inicialmente, cabe esclarecer o contexto histórico que envolve a área da Patologia, incluindo a Anatomia Patológica, a Citopatologia e a própria Patologia. Desde a década de 1950 até o ano de 2002, existiam as especialidades médicas em Anatomia Patológica, a Citopatologia e a própria Patologia (Ver Capítulo 7 – Formação do médico especialista em Patologia). No ano de 2002, com as normatizações da Residência Médica no Brasil, ocorreu a fusão dos conhecimentos das especialidades médicas da Anatomia Patologia com a Patologia e então passa a ser reconhecida como especialidade médica em Patologia, não mais sendo reconhecida como especialidade a Anatomia Patológica. Ao mesmo tempo que a Citopatologia deixa de ser uma especialidade médica e passa a ser uma área de atuação médica da especialidade médica em Patologia.

Esse contexto histórico que envolve a especialidade médica em Patologia (incluindo a Anatomia Patológica, a Citopatologia e a Patologia) é encontrado também na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO); nos bancos de dados nacionais, como: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Cadastro Nacional de Especialistas (CNE), o Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) (Ver Capítulo 7 – Formação do Médico Especialista em Patologia e Capítulo 8 - Mercado de trabalho do médico especialista em Patologia), e também na literatura médica e científica (Ver Capítulo 3 – Revisão da Literatura e Capítulo 4 – Cenário no Brasil e no Mundo do médico especialista em Patologia).

Diante desse contexto, optou-se por a pesquisa reconhecer que a especialidade médica em Patologia é composta de um conjunto de dados e informações provenientes da Anatomia Patológica, Citopatologia e da própria Patologia. Ressaltando que não foi incluída a Patologia Clínica por tratar-se de outra especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (CFM, 2016a), com habilidades e competências diferenciadas da especialidade médica em Patologia, mas que, por vezes, gera dúvidas quanto às atividades desenvolvidas. Além do que, alguns países, como nos Estados Unidos, os PRM podem ter a modalidade de formação com a concomitância entre a Patologia (Anatomia Patológica) e a Patologia Clínica (ROBBOY et al., 2013)

No Brasil, há duas maneiras reconhecidas pelo CFM de o médico tornar-se especialista, uma pela Residência Médica, que constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional; e outra, pela prova de Título de Especialista (TE). A regulação das especialidades médicas no país cabe à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que organiza os PRM. Ao CFM, cabe regular e fiscalizar o exercício da Medicina, e à Associação Médica Brasileira (AMB), representar as Associações Médicas de cada Estado e as Sociedades de Especialistas, que são órgãos de representação política e científica de cada especialidade. Atualmente, com a Resolução CFM nº 2.149 de 22 de julho de 2016, que homologa a Portaria CME nº 02/2016, a qual aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades (CME). Para obter o TE em Patologia, a formação é em três anos, pela CNRM, por meio do PRM em Patologia. E também, pela AMB, por intermédio de Concurso do Convênio AMB/SBP. Quanto ao Certificado de Área de Atuação em Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia, e pela AMB/Concurso do Convênio AMB/Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC), com requisito TE/AMB em Patologia (CFM, 2016a).

A identificação da ocupação de médico-patologista pela CBO<sup>4</sup> está apresentada no Quadro 1. Entretanto cabe ressaltar que, em 2011, ocorreram alterações da Tabela de Conversão da CBO, disponibilizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e conseqüentemente a necessidade de adequações nos sistemas CNES e no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Quadro 1 – Descrição dos médicos especialistas pela CBO. Brasil, 2016

<b>Código anterior</b>	<b>Código atual</b>	<b>Descrição</b>
2231-03	2251-48	Médico-anatomopatologista
2231-14	2253-05	Médico-citopatologista
2231-48	2253-25	Médico-patologista

Fonte: CBO, 2016.

<sup>4</sup>A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. Os efeitos de uniformização pretendida pela CBO são de ordem administrativa e não se estendem as relações de trabalho. Já a regulamentação da profissão, diferentemente da CBO é realizada por meio de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional, e levada à sanção do Presidente da República (CBO, 2017).



### 1.1.2 O que faz um médico especialista em Patologia?

Pela SBP, os médicos-patologistas em geral podem exercer suas atividades nas áreas da assistência, ensino e pesquisa. Na assistência como médico-patologista generalista (atuando em vários campos da especialidade), ou como mais especializado em áreas como, por exemplo, Neuropatologia; Dermatopatologia; Hepatopatologia; Hematopatologia; Nefropatologia, entre outras.

No estudo sobre o Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007) com 904 médicos-patologistas, foi observado, na rotina de trabalho da assistência, que 95,96% dos médicos-patologistas realizam exames anatomopatológicos<sup>5</sup>; 66,93% realizam biópsias de congelação<sup>6</sup>; 39,44% atuam com imuno-histoquímica; 25,31% realizam necropsias (não fetais) e 26,24% realizam necropsias (fetais). Na área da Citopatologia<sup>7</sup>, 75,31% dos médicos-patologistas realizam exames citopatológicos (citologia ginecológica) e 75,62% realizam citologia não ginecológica (p.ex. tireoide, pulmão, sistema urinário etc.).

A Patologia é uma das áreas da Medicina que mais vem se beneficiando nos últimos anos com as inovações e incorporações tecnológicas, tanto de equipamentos médicos, como reagentes para diagnóstico e insumos. O expressivo desenvolvimento das modernas técnicas de imuno-histoquímica, microscopia eletrônica, genética e Patologia molecular permitiu que elas fossem aplicadas aos tecidos e células obtidas dos pacientes, aumentando muito a precisão dos diagnósticos. Por outro lado, exigiram uma ampliação dos conhecimentos e habilidades dos patologistas que, cada vez mais, deverão desempenhar o papel de incorporadores das novas técnicas ao cotidiano do diagnóstico. Um novo ramo de aplicação da Patologia é a busca, detecção e avaliação de possíveis alvos terapêuticos em neoplasias.

No ensino, seja na graduação nos Cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem, e em outras áreas das Ciências da Saúde. Na pós-graduação, incluindo a Residência Médica, Especializações, Mestrado, Doutorado, entre outros.

---

<sup>5</sup> Exames anatomopatológicos: são os procedimentos em Patologia para diagnóstico de doenças em material de biópsias, peças cirúrgicas, autópsias ou imuno-histoquímica (CFM, 2014).

<sup>6</sup> O estudo histológico dos "cortes em congelação": é o estudo citológico dos esfregaços ou do material aspirado permitem, na maior parte das vezes, um diagnóstico rápido, preciso e seguro, fundamental para a conduta cirúrgica. Além desses casos, cuja conduta depende de um diagnóstico imediato, com o paciente ainda na mesa operatória, mais frequentemente os tecidos ou órgãos retirados pelos cirurgiões são estudados com mais calma e preparados histológicos estáveis e de melhor qualidade técnica (SBP, 2017).

<sup>7</sup> Citopatologia: é um procedimento médico que pode detectar alterações da morfologia celular para o diagnóstico (definitivo ou presuntivo) ou prevenção de doenças a partir do estudo ao microscópio de esfregaços celulares, líquidos corpóreos ou de amostras colhidas por escovados, raspados, imprints ou punções aspirativas (CFM, 2014).

E também podem atuar na área de pesquisa, principalmente, com as últimas tecnologias, como por exemplo, em Biologia Molecular. Um campo que está crescendo e sendo cada vez mais solicitado para identificar fatores relacionados ao diagnóstico, ao tratamento ou ao prognóstico no câncer.

O mercado de trabalho do médico-patologista, em geral, é representado pelos pequenos, médios e grandes laboratórios, além de hospitais particulares, públicos ou universitários, em qualquer Região do país, e também da docência em faculdades e universidades. Os médicos-patologistas constituem uma classe com vocação empresarial, tal fato contribui para um menor volume de trabalho assalariado. A maior concentração da atividade laboral da maioria dos médicos-patologistas é no setor privado, representando 84%; destes, apenas 10,3% trabalham com contrato de trabalho. O salário inicial que varia entre R\$ 2.100,00 a R\$ 10.000,00 por 20 horas semanais (SBP, 2007) e (BERNARDI, 2012).

Segundo Bernardi (2012), um problema que está sendo observado refere-se ao fato de que, nos hospitais públicos, estão terceirizando os serviços de Anatomia Patológica para grandes laboratórios. Com isso, ocorre a diminuição de vagas de trabalho. Além do que, o médico-patologista distante, fisicamente, das equipes médicas desses hospitais, poderá a vir dificultar a comunicação e impactar, de modo negativo, no diagnóstico final.

Uma peculiaridade importante das atividades do médico-patologista, segundo Pena e Andrade-Filho (2006), envolve processos mentais complexos incluindo percepção, atenção, memória, planificação e linguagem. A atividade do patologista está intimamente ligada à percepção visual; ao examinar uma lâmina ao microscópio, os elementos percebidos não são apenas da projeção do objeto, e sim de ter um caráter ativo, de busca de informação, de distinção dos aspectos essenciais de comparação de outro aspecto, de criação de hipóteses.

Outro processo é a atenção, essa atividade mental possui um grau de diretividade e seletividade, assim como de linguagem. O patologista pode dirigir sua atenção além do campo perceptual do momento, tanto espacial quanto temporal. Pode buscar um achado inicialmente não detectado e também é capaz de combinar outros achados relevantes na avaliação de um caso. Ao examinar uma lâmina, pode apresentar uma complexidade de achados amplos, nem todos implicados diretamente com o diagnóstico histopatológico. A atenção dispensada a determinados componentes do quadro histológico pode gerar diagnósticos diferentes. A memória do patologista é um recurso importante, principalmente a memória visual. Há uma infinidade de achados histológicos que, em combinações distintas, possuem diferentes significados diagnósticos. Memorizar diretamente cada aspecto histológico e relacioná-lo à determinada entidade, sem a participação de elementos auxiliares, certamente é difícil para os

patologistas e acaba sendo uma tarefa complicada para a maioria deles. A busca como princípio; contudo, o patologista deve considerar toda busca por determinado elemento como uma busca controlada, que exige esforço, atenção e dedicação de tempo ao estudo das amostras. A falha em encontrar um elemento-alvo pode estar relacionada não à ausência de busca, mas à natureza da busca realizada e, conseqüentemente, gerar diagnósticos diferentes.

Ao lidar com a objetividade e a subjetividade, com a percepção, a atenção, a memória e a busca mais investigativa fazem com que o diagnóstico patológico seja multidimensional, do ponto de vista cognitivo, comunicativo, de normas e de condutas.

Na CBO, também se encontram descritas as atividades do médico-patologista, da família ocupacional (2253 – Médicos em Medicina Diagnóstica e Terapêutica), e que foram classificadas em nove áreas a saber: (1) realizar procedimentos médicos de diagnóstico de terapêutica; (2) realizar consulta e atendimento médico; (3) tratar pacientes (como ser biopsicossocial); (4) elaborar documentos médicos; (5) implementar ações para promoção da saúde; (6) coordenar serviços de saúde; (7) difundir conhecimentos médicos; (8) trabalhar com biossegurança e (9) demonstrar competências pessoais.

No Quadro 2, são apresentadas as áreas e as atividades que seguiram a ordem alfabética das áreas e ordem numérica das atividades de acordo com a classificação da CBO.

Por fim, a atuação do médico-patologista é de um trabalhador de saúde e, portanto, um trabalho coletivo; isto é, não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde (MERHY; FRANCO, 2009). A FTS envolvida com o diagnóstico patológico abrange médicos especialistas em Patologia, biomédicos, farmacêuticos, biólogos, técnicos em histologia/histotécnico, citotécnicos, trabalhadores administrativos, de gestão, de informática, de apoio, entre outros. Além do que, apesar de o contato com paciente ser indireto na maioria das vezes, o médico-patologista atua junto às equipes multidisciplinares, principalmente com médicos de outras especialidades (p.ex. oncologistas, cirurgiões), que baseiam suas condutas e seus tratamentos a partir dos laudos anatomopatológicos e citopatológicos (BERNARDI, 2012).

Quadro 2 – Descrição das áreas e atividades do médico-patologista, segundo a CBO. Brasil, 2017 (continua)

Área	Atividades
A - Realizar procedimentos médicos de diagnóstico de terapêutica	1. Realizar exames diagnósticos
	2. Selecionar equipamentos e instrumental
	3. Interpretar dados de anamnese, exame clínico e exames complementares
	4. Determinar o grau da doença (estadiar a doença)
	5. Discutir diagnóstico, prognóstico e tratamento com pacientes, responsáveis, familiares e outros profissionais
	6. Sugerir exames complementares
	11. Retirar células e fragmentos de tecidos
	14. Realizar necropsias
B - Realizar consulta e atendimento médico	15. Manusear equipamentos e acessórios
	3. Levantar hipóteses diagnósticas
	4. Realizar propedêutica instrumental
	6. Solicitar interconsultas
	7. Diagnosticar estado de saúde de pacientes
	8. Encaminhar paciente a outros profissionais
C - Tratar pacientes (como ser Biopsicossocial)	9. Realizar visitas hospitalares
	10. Realizar atendimentos de urgência e emergência
	7. Praticar procedimentos intervencionistas
D - Elaborar documentos médicos	9. Estabelecer prognóstico
	1. Elaborar prontuários
	3. Emitir atestados
	4. Elaborar protocolos de condutas médicas
	5. Emitir laudos
	6. Elaborar relatórios
	7. Emitir pareceres
	8. Documentar imagens e registros gráficos
	9. Emitir declarações
	10. Elaborar procedimentos operacionais padrão
	11. Preencher formulários de notificação compulsória
	12. Elaborar material informativo e normativo
E - Implementar ações para promoção da saúde	1. Estabelecer plano de ações em saúde
	5. Rastrear doenças prevalentes
	6. Implementar medidas de segurança e proteção do trabalhador e da população
	7. Implementar medidas de saúde ambiental
	8. Participar de campanhas de saúde
	9. Participar de atividades educativas
	11. Divulgar informações em mídia
	12. Realizar diagnóstico de saúde da comunidade
13. Efetuar vistorias, perícias, auditorias e sindicâncias médicas	
F - Coordenar serviços de saúde	1. Selecionar equipe de trabalho
	2. Distribuir tarefas
	3. Gerenciar recursos financeiros
	4. Especificar insumos
	5. Montar escala de serviços
	6. Supervisionar equipe
	7. Auxiliar normatização de atividades médicas
	9. Selecionar pacientes em situações específicas
	10. Constituir comissões médico-hospitalares
	11. Participar de diretorias de associações, entidades de classe e conselhos de saúde
	12. Despachar expediente
	13. Capacitar equipe de trabalho

Quadro 2 – Descrição das áreas e atividades do médico-patologista, segundo a CBO. Brasil, 2017 (conclusão)

Área	Atividades
G - Difundir conhecimentos médicos	1. Preparar material didático
	2. Ministrar aulas
	3. Demonstrar ações médicas
	4. Descrever ações médicas
	5. Supervisionar atos médicos
	6. Avaliar atos médicos
	7. Preparar projetos de pesquisa
	8. Desenvolver pesquisas em medicina
	9. Desenvolver procedimentos
	10. Desenvolver equipamentos
	11. Produzir trabalhos científicos
	12. Organizar encontros científicos
	13. Organizar cursos de educação continuada
	14. Participar de encontros, congressos e demais eventos científicos
	15. Prestar consultorias e assessorias
Y - Trabalhar com biossegurança	1. Implementar medidas de biossegurança
	2. Supervisionar transporte de resíduos de saúde
	3. Supervisionar manuseio de resíduos de saúde
	4. Supervisionar armazenamento de resíduos de saúde
	5. Supervisionar descarte de resíduos de saúde
Z - Demonstrar competências pessoais	1. Demonstrar capacidade de atenção seletiva
	2. Demonstrar rapidez de percepção
	3. Demonstrar tolerância
	4. Demonstrar altruísmo
	5. Demonstrar capacidade de lidar com situações adversas
	6. Demonstrar capacidade de trabalhar em equipe
	7. Demonstrar empatia
	8. Demonstrar capacidade de interpretar linguagem verbal e não-verbal
	9. Demonstrar capacidade de liderança
	10. Demonstrar capacidade de tomar decisões
	11. Demonstrar imparcialidade de julgamento
	12. Demonstrar capacidade de adaptar linguagem
	13. Demonstrar capacidade de preservar sigilo médico
	14. Demonstrar capacidade de saber ouvir
	15. Demonstrar capacidade de efetuar atendimento humanizado

Fonte: CBO, 2017

## 1.2 A importância do médico especialista em Patologia para as ações de prevenção e controle do câncer

O diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia faz parte de uma área do conhecimento norteadora para o conjunto das ações de prevenção e controle do câncer, em especial no que tange à detecção precoce, ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados paliativos. Permite a compreensão sobre o comportamento biológico do tumor, o planejamento terapêutico do tratamento, a delimitação da extensão da doença, a identificação dos órgãos acometidos, possíveis complicações, estimativa do prognóstico, avaliação e acompanhamento dos resultados do tratamento, possibilidades de pesquisas em oncologia, entre outros.

A SBP aponta que o médico-patologista conta com um arsenal composto por seu conhecimento, aliando, aos exames anatomopatológicos e citopatológicos, técnicas modernas de diagnóstico, como a imuno-histoquímica e a Patologia molecular. Os avanços recentes na Medicina favoreceram a diminuição do tempo entre o diagnóstico e o começo do tratamento. Essas novas tecnologias permitem detectar a doença precocemente, melhorando em muito o prognóstico e a remissão dos tumores (SBP, 2017).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), “o diagnóstico precoce do câncer salva vidas, reduz os custos de tratamento”. As novas orientações apresentadas em 2017 visam a melhorar as chances de sobrevivência das pessoas que vivem com câncer, garantindo que os serviços de saúde possam se concentrar no diagnóstico e tratamento precoce da doença. Um problema é que muitos casos de câncer são diagnosticados tardiamente. Mesmo em países com sistemas e serviços de saúde organizados, muitos casos de câncer são diagnosticados em estágio avançado, quando são mais difíceis de tratar com sucesso (WHO, 2017).

Os desafios são claramente maiores nos países de baixa e média renda, que têm dificuldades para fornecer acesso a serviços diagnósticos eficazes, incluindo exames de imagem, exames laboratoriais e Patologia. Tudo isso é fundamental para ajudar a detectar cânceres e planejar o tratamento. Os países também têm atualmente capacidades diferentes para encaminhar pacientes com câncer para o nível apropriado de cuidado.

Detectar câncer precoce também reduz muito o impacto financeiro do câncer, não só o custo do tratamento é muito menor nas fases iniciais da doença, mas os pacientes também podem continuar a trabalhar e sustentar suas famílias se puderem ter acesso a um tratamento eficaz no tempo. Em 2010, o custo econômico anual total do câncer, por meio de despesas de saúde e perda de produtividade, foi estimado em US \$ 1,16 trilhão.

Estratégias para melhorar o diagnóstico precoce podem ser incorporadas nos sistemas de saúde. Por sua vez, o diagnóstico precoce eficaz pode ajudar a detectar o câncer em pacientes em uma fase anterior, permitindo um tratamento que é geralmente mais eficaz, menos complexo e menos dispendioso. Por exemplo, estudos em países de alta renda mostraram que o tratamento para pacientes com câncer, que foram diagnosticados precocemente, é de duas a quatro vezes menos caro em comparação com o tratamento de pessoas diagnosticadas com câncer em estágios mais avançados.

O câncer é responsável por quase um em cada seis mortes globalmente. Mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem câncer a cada ano, e esse número deverá aumentar para mais de 21 milhões até 2030. O progresso no fortalecimento do diagnóstico precoce do câncer e no

fornecimento de tratamento básico para todos pode contribuir com os países a desenvolverem as suas ações de prevenção e controle do câncer.

### 1.3 A escolha do objeto de estudo

A aproximação com o tema de FTS para as ações de prevenção e controle do câncer, com um recorte em médico especialista em Patologia, se deu ao longo da trajetória profissional da pesquisadora, enfermeira de formação, com experiência na área do câncer, principalmente em duas instituições, uma na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no período de 1986 a 2015, e a outra no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) do Ministério da Saúde, no período de 2002 até 2013.

De 1997 a 2002, como gerente da Gerência de Programa de Câncer, que incluía nas atribuições: articulação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das ações de controle do câncer no âmbito do município do Rio de Janeiro. Nesse contexto de atuação ao longo dos anos, vários aspectos chamavam a atenção pela complexidade, pelas dificuldades para organização das ações de prevenção e controle do câncer em âmbito municipal, principalmente em relação à força de trabalho para atuação nos diferentes níveis de atenção e complexidade, entre eles, o diagnóstico anatomopatológico e citopatológico.

No INCA, no campo da gestão no período de 2002 a 2007, na função de Analista de Programa de Controle de Câncer, com atuação na Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) na Divisão de Detecção Precoce e na Divisão de Atenção Oncológica com as ações de âmbito nacional, com ênfase para os cânceres do colo do útero e de mama. Incluindo assessoria às Secretarias Estaduais e Municipais do país. A maioria dos problemas encontrados recaiu sobre ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações de prevenção e controle dos cânceres, principalmente, colo do útero e mama; organização e ampliação da rede de diagnóstico; organização e expansão da Rede de Atenção Oncológica (RAO), entre outros.

No campo de ensino, com atuação como Analista de Ensino na área de Educação Profissional da Coordenação de Ensino do INCA, as atividades desenvolvidas envolveram: elaboração e implementação de políticas educacionais e de formação de Recursos Humanos em Saúde (RHS) de trabalhadores de nível médio, e orientadas ao controle do câncer no país. Participação da implementação de políticas de descentralização da formação de recursos humanos para o país nas modalidades de especialização (Enfermagem e Radioterapia) e formação (Citologia e Histologia). Participação junto à Secretaria de Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, no desenvolvimento do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) para o Técnico em Citologia. Além disso, membro de Comissões de Ensino de Histotecnologia, Radioterapia, Citopatologia.

Como docente das disciplinas da Iniciação ao Estudo da Politécnica do Curso de Educação Profissional de nível médio de Formação de Técnico em Citopatologia, do convênio de mutua cooperação entre o INCA e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Docente e coordenadora da disciplina de Processo de Trabalho em Saúde, dos Cursos de Educação Profissional de nível médio para Técnico em Histotecnologia, Técnico em Radioterapia e Técnico em Enfermagem Oncológica.

No campo da pesquisa de força de trabalho, destacam-se as seguintes participações: no grupo de pesquisa sobre Qualificação de Trabalhadores Técnicos em Saúde, da Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, da EPSJV/Fiocruz, com objetos deste estudo referentes aos Técnicos de Citologia, Técnicos de Histologia e Técnicos de Análises Clínicas. Culminando, em 2013, com a publicação pela Fiocruz do livro denominado Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS; outra, no estudo sobre Mapeamento dos Trabalhadores de Nível Técnico na área de Citotecnologia no Brasil, publicado em 2012 na Revista Brasileira de Cancerologia. Os estudos mostraram a complexidade que envolve as questões da força de trabalho que atuam na área diagnóstica de anatomia patológica e citopatologia, com ênfase no câncer, que não estavam restritas apenas aos trabalhadores técnicos, nem aos profissionais de nível superior não médicos, como os farmacêuticos, biólogos, biomédicos, mas a um conjunto de trabalhadores que impactam na magnitude epidemiológica, econômica, social e política do câncer, e que já tinham estudos sendo desenvolvidos na área.

Por outro lado, estudos de diversos países já apontam a escassez progressiva e contínua de médicos especialistas em Patologia no mundo e o Brasil e não há ainda estudos de projeção dessa força de trabalho. Dando continuidade aos estudos e às lacunas de conhecimento nessa área, elegeu-se, para o estudo, o médico especialista em Patologia, com um olhar tanto para a formação quanto para o mercado de trabalho e visando às ações de prevenção e controle do câncer.



## 2 OBJETIVOS E DELINEAMENTO DO ESTUDO

### 2.1 Contextualização

O campo da investigação que envolve a temática FTS é amplo e pode abarcar três eixos estruturantes: trabalho, educação e regulação. Segundo Machado; Vieira; e Oliveira (2015, p.293-321), no que diz respeito ao trabalho, se caracteriza basicamente pela prestação de serviços e também, de grande relevância, são as análises de mercado de trabalho que envolvem a inserção do trabalhador no sistema de saúde, além dos empregos formais, da informalidade contratual, do trabalho precário. Além disso, podem envolver três correntes: a proletarização (está relacionada com a vertente marxiana, e faz a comparação de trabalhadores liberais assalariados com os trabalhadores de linha de produção); a desprofissionalização (destaca a perda do conhecimento da autoridade sob a clientela, o desgaste da autonomia, entre outros); e a racionalização (institucionalização do trabalho dos profissionais liberais, o trabalho é desempenhado mais fortemente nas organizações).

Em relação à educação, destacam-se: a necessidade de estudos que envolvam crescimento e localização de oferta de cursos; privatização e duração dos cursos; adequação ou excesso da oferta e a subutilização dos profissionais da saúde no mercado de trabalho, a coerência dos currículos com a realidade epidemiológica brasileira; a necessidade de formação de especialistas; construção de novos indicadores para avaliação de cursos; verificação da qualidade dos cursos na área da saúde; análise da pós-graduação setorial e a comparação da formação em saúde entre países principalmente do Mercosul.

No tocante à regulação, corresponde a uma ingerência pública ou mesmo política sobre os mercados ou da economia. Destacam-se quatro aspectos que são importantes para serem estudados, tais como: entradas e saídas; práticas de concorrências profissionais; organização do mercado de trabalho; e mecanismos de remuneração.

Uma nova abordagem sociológica denominada de perfil profissional, em geral, visa a uma determinada profissão, sua conformação, sua história, estrutura de formação e mercado de trabalho e perspectivas futuras. O estudo sobre perfis profissionais analisa não só os conhecimentos, como as relações que ocorrem no mundo do trabalho, por exemplo, rejuvenescimento ou envelhecimento da profissão; feminilização ou aumento da participação dos homens; urbanização; especialização, entre outros.

No campo do trabalho, as análises possibilitam o conhecimento da estrutura e da dinâmica do contingente profissional no mercado de trabalho. Assim como, pode-se estudar o

processo de trabalho e as condições de como eles são realizados e o ambiente onde está inserido.

Em suma, a presente pesquisa é de abordagem do perfil profissional, elegendo o médico especialista em Patologia em dois eixos de análise. Um aborda o trabalho no que se refere ao mercado de trabalho envolvendo basicamente a prestação de serviços, outro que trata das análises de mercado de trabalho que envolvem a inserção desse profissional no sistema de saúde. Ressaltando que, embora sejam relevantes, não serão enfocados o processo de trabalho e a carga de trabalho dos médicos-patologistas. O eixo educação, com recorte na Residência Médica em Patologia, visa à compreensão da situação da Residência Médica em Patologia no país.

## **2.2 Objetivos**

No Quadro 3, são apresentadas as questões que norteiam o desenvolvimento deste estudo, assim como o principal objetivo deste trabalho e seus objetivos específicos e as estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos). Tal contexto permitirá desenvolver os eixos de análise da pesquisa. Com a finalidade de desenvolver melhor os argumentos, bem como delinear o estudo desenvolvido.

Quadro 3 – Questões norteadoras e objetivos do estudo. Rio de Janeiro, 2015

<b>Questões Norteadoras e Objetivos do estudo</b>	
<b>Questões Norteadoras</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qual o déficit de médicos especialistas em Patologia no Brasil?</li> <li>2. Quais são os fatores que contribuem com o déficit de médicos especialistas em Patologia no Brasil?</li> <li>3. Existe <i>déficit</i> de formação de médicos especialistas em Patologia no Brasil?</li> <li>4. Quais são os aspectos do mercado de trabalho que interferem na oferta e na demanda de médicos-patologistas?</li> <li>5. Quais os fatores que influenciam a oferta atual e futura de necessidades de médicos especialistas em Patologia?</li> </ol>
<b>Objetivo Geral</b>	Analisar as características da formação e do mercado de trabalho dos médicos-patologistas no Brasil para a Rede de Atenção ao Câncer
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégias Metodológicas</b>
1. Analisar as normas relativas à especialidade médica em Patologia no Brasil	Pesquisa Documental
2. Mapear os médicos-patologistas no Brasil	Levantamento de dados secundários de bases de dados de fontes de informações nacionais
3. Analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil	Levantamento de dados secundários de bases de dados de fontes de informações nacionais Entrevistas com médicos-residentes
4. Analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil	Levantamento de dados secundários de bases de dados de fontes de informações nacionais Entrevistas com médicos na especialidade em Patologia

Fonte: A autora, 2015.

### 2.3 Delineamento do estudo

A pesquisa é do tipo descritiva, exploratória de abordagem quali-quantitativa; isto é, a combinação de métodos qualitativos e quantitativos, que são duas modalidades de investigação com campos teóricos próprios, delimitados, diferentes, mas complementares, conforme se observa nas premissas de Minayo (2010)

[...] Em síntese, a experiência do trabalho com as abordagens quantitativas e qualitativas mostra que: (1) elas não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto de pesquisa; (2) uma investigação de cunho quantitativo pode ensejar questões passíveis de serem respondidas só por meio de estudos qualitativos, trazendo-lhes um acréscimo compreensivo e vice-versa; (3) que o arcabouço qualitativo é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos; (4) que todo o conhecimento do social (por método quantitativo ou qualitativo) sempre será um recorte, uma redução ou uma aproximação; (5) que em lugar que se opõem, os estudos quantitativos e qualitativos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas (MINAYO, 2010, p.76)

A proposta do delineamento aproxima-se da avaliação por triangulação de métodos que agrega conhecimentos e está relacionada ao conceito que vem do interacionismo simbólico, significando:

[...] expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto (MINAYO, 2005, p.29).

De acordo com Deslandes (2015, p.206-207), há quatro tipos de triangulação de métodos, a saber: (1) triangulação de dados: refere-se ao uso de uma variedade de fontes de dados. Acreditando que os resultados podem ser comprovados, assim como as deficiências dos dados podem ser minimizadas pela totalidade das informações obtidas; (2) triangulação de investigadores: trata-se da participação de mais de um pesquisador, entrevistador, observador ou analista de dados de um estudo. Gerando dois eixos de análise: um refere-se ao fato de que há concordância entre os achados e interpretações entre diferentes pesquisadores, obtida sem discussão prévia ou negociação, revela alta credibilidade; outro defende que o debate entre pesquisadores e a negociação de seus pontos de vista é justamente o que enriquece a análise; (3) triangulação de teorias para a interpretação dos dados: indica a utilização de diferentes teorias ou hipóteses teóricas para estudar uma mesma situação ou fenômeno. Defende-se que, quanto mais diversas as hipóteses, maior a probabilidade de serem identificadas diferentes questões e/ou preocupações, trazendo novas formas de conceituar e entender o objeto; (4) triangulação de métodos: é a utilização de mais de um método para estudar determinada situação ou fenômeno. Visando a diminuir as deficiências e/ou vieses provenientes da adoção de um método e que podem compensar as limitações de outro.

Em relação à metodologia, elegeu-se a nomenclatura estratégias metodológicas, incluindo o método, as técnicas e os instrumentos de operacionalização. Embora haja controvérsias entre diferentes autores, o contexto se aproxima das ponderações de Minayo et al. (2012).

[...] a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). [...] na verdade a metodologia é muito mais que técnicas. Ela inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade (MINAYO et al., 2012, p.14-15)

No que diz respeito à análise e à interpretação de dados da abordagem qualitativa, três ressalvas são importantes. Primeiramente, a finalidade que é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar e não contar opiniões e pessoas.

Em seguida, é importante ter a clareza das diferenças de concepção entre: a descrição (as informações são apresentadas da maneira mais fiel possível, como os dados são tratados como fatos); a análise (o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas); e a interpretação (tem finalidade de buscar os sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado). Essas partes não são excludentes e nem dependentes, são perspectivas de tratamento aos dados qualitativos; entretanto, em pesquisa qualitativa, a interpretação é essencial. Por fim, a finalização do trabalho será baseada em todo o material coletado articulando os objetivos da pesquisa e a sua fundamentação (GOMES et al., 2005, p.202-203) e (GOMES, 2012, p.79-81).

Quanto ao processamento, análise e interpretação de dados, da abordagem quantitativa, em um primeiro momento, reuniu-se todo o material a ser processado, observando o conjunto dos dados, em seguida a digitação dos dados em planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel/2016*, com verificação e correções de falhas na digitação. No momento posterior, os dados coletados foram quantificados e relacionados entre si por meio de análise estatística simples, e os resultados foram comentados e baseados na revisão de literatura.

## **2.4 Estratégias Metodológicas Gerais (Métodos, Técnicas e Instrumentos)**

Neste capítulo, as estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos) são apresentadas de modo geral; e, quanto ao detalhamento específico de cada uma das estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos) utilizadas na pesquisa, é descrito em cada um dos capítulos.

### **a) Levantamento Documental**

As fontes documentais são numerosas e diversificadas, já que qualquer elemento portador de dados pode ser um documento. Classicamente, os documentos são escritos; porém, as fontes documentais, cada vez mais, vêm se ampliando e passam a incluir:

fotografias, filmes, gravações sonoras, *Compact Disc Read-Only Memory* (CD-ROM), *Digital Versatile Disc* (DVD), cartas, grafite, entre outros (GIL, 2010, p. 65-69).

O levantamento documental foi a estratégia metodológica utilizada para analisar as normas relativas à especialidade médica em Patologia no Brasil (objetivo nº1). Para a pesquisa, optaram-se pelas normas/legislações relativas à Residência Médica no Brasil com ênfase na Patologia. O detalhamento da estratégia metodológica, os resultados, discussão e a síntese do levantamento documental são apresentados no Capítulo 7 - Formação do médico especialista em Patologia.

O levantamento documental está muito relacionado com a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica, que estão muito próximas, porém o que se percebe distintamente está na natureza das fontes:

[...] a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico; ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica [...] (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Nos últimos anos, vem ocorrendo a proliferação de diversos documentos relativos às especialidades médicas, que são amplamente divulgadas por meios impressos ou digitais. Entretanto, não são prontamente assimiláveis ou aplicáveis, demandando que sejam interpretadas nos reverses e nos contextos que se configuram. Ademais, poderão completar informações obtidas por outras técnicas, desvelando aspectos novos do problema.

O levantamento documental foi realizado em quatro etapas: (1) levantamento documental exploratório; (2) levantamento documental propriamente dito; (3) construção da linha do tempo; e (4) síntese dos documentos selecionados.

O período selecionado para a pesquisa foi de 1957 até 2016, perfazendo uma trajetória de 59 anos das regulamentações referentes à Residência Médica em Patologia no Brasil.

Elegeram-se documentos oficiais normativos, do tipo escrito, disponíveis e todos de acesso livre<sup>8</sup>. Os documentos selecionados para a pesquisa foram as leis, os decretos e as resoluções, com os textos completos e disponíveis na *Internet*, nos *sites* do Ministério da Educação e do CFM, referentes às normas e regulamentação da Residência Médica com ênfase em Patologia.

---

<sup>8</sup>Acesso Livre: “Diz-se do acesso à literatura técnico-científica que estará disponibilizada na internet, sendo permitido a qualquer usuário ler, copiar, distribuir, imprimir, fazer buscas e fazer hipervínculos aos textos completos” (CUNHA e CAVALCANTI, 2008, p.4).

b) Levantamento de dados secundários

Trabalhar com fontes de dados envolvidas com a formação e com o mercado de trabalho constitui um desafio, pois é reconhecido que existe escassez dessas fontes de informação. De Oliveira e Machado (2010), em relação às principais fontes disponíveis sobre estudos de mercado de trabalho em saúde, sugerem cautela ao comparar as bases entre si, tendo em vista que essas bases só pesquisam empregos formais, excluem os trabalhadores informais, desprecariados, e terceirizados existentes, uma parte da população estimada em aproximadamente 30% da FTS.

O propósito não será discutir a qualidade e a aplicação das bases de dados, mas a intenção é apresentar as possibilidades e as dificuldades da busca por diferentes fontes e distintos propósitos, a fim de contribuir com o problema estudado. Além do mais, essas fontes são dependentes da alimentação e atualização garantidas pelos órgãos responsáveis pelas informações.

Ao realizar um levantamento de dados, buscam-se informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados. As vantagens dos levantamentos pautam-se no conhecimento direto da realidade, na economia e rapidez e na quantificação. Como limitações, destacam-se a pouca profundidade dos processos sociais e a limitação da apreensão do processo de mudança (GIL, 2010, p. 35-37).

Para o Capítulo 7 - Formação do médico especialista em Patologia, utilizou-se o levantamento de dados secundários em bases de dados oficiais nacionais e de acesso livre, visando a analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil (objetivo nº 3).

As bases de dados utilizadas para o referido capítulo foram: (1) CNE, disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/cadastro-nacional-de-especialistas>>; (2) SisCNRM, da CNRM, na parte referente à Consulta de Certificados com as informações atualizadas no SisCNRM, disponível em <<http://siscnrm.mec.gov.br/consulta/consultaresidente>>.

O CNE foi instituído pelo decreto nº 8.516 de 10 de setembro de 2015 (BRASIL, 2015c), que regulamentou a sua formação. O CNE unificou as informações disponíveis nas bases de dados da CNRM, do Ministério da Educação; do CNES, do Ministério da Saúde; da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); da AMB; e do CFM.

O período de coleta dos dados foi de fevereiro a junho de 2016. As variáveis disponíveis foram: (1) especialidade Registrada no CFM; (2) informações sobre registro profissional; (3) Graduação em Medicina; (4) Residência Médica e (5) titulação pela AMB. Ressalta-se o fato de que o *site* do CNE se encontra fora do ar desde agosto/setembro de 2016,

sem informações sobre os motivos da retirada do *site* da *Internet*. Entretanto, os dados foram mantidos na pesquisa pelo conjunto de informações disponibilizadas e que permitiam preencher lacunas de informações sobre a especialidade médica em Patologia.

O SisCNRM foi criado em 2009 com reformulações a partir de 2011. O objetivo do SisCNRM foi de fortalecer os trabalhos desenvolvidos pela Coordenação-Geral de Residências em Saúde (CGRS) e pela CNRM, com atributos de banco de dados; isto é, para armazenamento de dados e informações do cadastro de residentes, dos programas e das instituições. Assim como, uma ferramenta para acompanhamento dos procedimentos e processos de credenciamento e recredenciamento de programas, conforme a legislação. Foi construído em três módulos relativos a: (1) vinculação e acesso ao sistema; (2) cadastro dos residentes; e (3) cadastro dos pedidos de credenciamento e recredenciamento de programas.

No SisCNRM, o acesso livre refere-se à parte de Consulta de Certificados com as informações atualizadas no SisCNRM, disponível em <<http://siscnrm.mec.gov.br/consulta/consultaresidente>>.

As informações disponíveis formaram um conjunto de variáveis, sendo selecionados para a pesquisa os PRM referentes à Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia; as Instituições de Saúde ofertantes dos PRM nessas três áreas; as UF das Instituições ofertantes dos PRM; a data conclusão do médico-residente nos referidos PRM. Como limites, destacam-se as informações anteriores ao ano 2000 e a não inclusão de especialistas sem Residência Médica que obtiveram títulos via Sociedade de Especialidade.

Para o Capítulo 8 – Mercado de trabalho do médico especialista em Patologia, utilizou-se também o levantamento de dados secundários em bases de dados oficiais nacionais e de acesso livre, visando a mapear os médicos-patologistas no Brasil (objetivo nº 3).

As bases de dados utilizadas para o referido capítulo foram: (1) CNE já descrito anteriormente; (2) CNES disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>; e (3) SBP disponível em: <<http://www.sbp.org.br/>>.

O CNES, instituído no ano 2000, é vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde. O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde (vinculados ou não ao SUS) em vários aspectos, entre eles: recursos humanos, área física, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares.



O TabNet<sup>9</sup> do CNES reflete a série histórica do Cadastro, por mês de competência, estando disponível com defasagem de até 45 dias. Para a pesquisa foram incluídos o médico-patologista (CBO nº 225.325); o médico-anatomopatologista (CBO nº 225.148); e o médico-citopatologista (CBO nº 225.305).

Na variável recursos humanos, são apresentados dois campos: profissionais e ocupações. No que se refere a profissionais, são o quantitativo de indivíduos; ou seja, contados apenas uma vez. No que diz respeito a ocupações, estão relacionadas a vínculos cadastrados no CNES; isto é, se um mesmo profissional possuir dois ou mais vínculos, seja em uma mesma instituição ou em estabelecimentos distintos, é contabilizado mais de uma vez.

A partir de agosto de 2007, as categorias profissionais passaram a ser classificadas pela CBO 2002 e sendo utilizadas na pesquisa.

As variáveis selecionadas foram: (1) número de médicos (ocupações e profissionais), por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e Regiões; (2) número de médicos (profissionais), por natureza jurídica<sup>10</sup>, por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e Regiões. A natureza jurídica englobou: administração pública; entidades empresariais; entidades sem fins lucrativos; pessoas físicas e entidades extraterritoriais; (3) número de médicos (profissionais), por tipo de estabelecimento, por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e Regiões. Em relação aos estabelecimentos, foram selecionados: Hospital Especializado, Hospital Geral, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e foram agrupados os demais estabelecimentos em Outros pelo fato de individualmente terem uma representatividade ínfima nas UF e Regiões; (4) número de médicos (profissionais), por tipo de prestador (público, privado e filantrópico), por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e

---

<sup>9</sup> O programa TabNet foi elaborado com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF, que constituem os componentes básicos dos Sistemas de Informações do SUS dentro de suas Intranets ou em seus sites Internet. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/ferramentas/tabnet>>.

<sup>10</sup> Natureza Jurídica: Entrou em vigor a Portaria SAS/MS nº 1.319 de 24 de novembro de 2014, que estabeleceu regras para o CNES para adequação às normas da Receita Federal do Brasil para identificar a constituição jurídica-administrativamente dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014a).

Regiões; (5) número de médicos (profissionais), por Região de Saúde, por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e grandes Regiões.

E também, para ambos os capítulos, foram selecionados os Serviços Especializados em Oncologia, optando pelos estabelecimentos com habilitação<sup>11</sup> na Atenção Especializada em Oncologia, seguindo a classificação das instituições com base na Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014e).

Em relação aos limites, consideram-se: (1) o CNES poderá não retratar o quantitativo real da força de trabalho que atuam nos serviços de saúde. Os gestores priorizam alimentar o cadastro com as informações obrigatórias exigidas pelo DATASUS; ou seja, os profissionais, que efetuaram procedimentos geradores de pagamento. No entanto, os médicos especialistas em Patologia realizam procedimentos geradores de pagamento no SUS, o que poderá minimizar a limitação das informações disponíveis; (2) não têm periodicidade definida, pois há atualização contínua e será adotado o ano de coleta dos dados; (3) baixo cadastro do setor privado; e (4) subnotificação de médicos do SUS em regime de plantão, precarização de vínculos.

O emprego da fonte secundária de dados de acesso livre da SBP teve como foco o mapeamento dos médicos especialistas em Patologia no Brasil associados a uma sociedade de

---

<sup>11</sup> Habilitação na Atenção Especializada em Oncologia: a classificação das instituições com base na Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014e) que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS.

Centro de Assistência Especializada em Oncologia (CACON): oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar.

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente. Suas subcategorias de habilitações são: Serviço de Radioterapia; Serviço de Hematologia e Serviço de Oncologia Pediátrica; UNACON exclusiva de Hematologia; e UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica.

Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar: procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Complexo Hospitalar será formado quando o estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON formalizar vínculo com Serviços de Radioterapia de Complexo Hospitalar ou com Hospitais Gerais com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar.

especialidade. A SBP foi fundada em 1954, cuja missão é representar seus associados proporcionando apoio científico e profissional, por meio de assessoria jurídica, atividades educacionais, controle de qualidade e acreditação de serviços. Existem diversas variáveis disponíveis, contudo a selecionada foi o ano de obtenção do título de especialidade por UF. Entretanto, como limites, há diferenças entre médicos associados e médicos titulados.

Ressalta-se o fato de que, em relação à área da atuação de Citopatologia vinculada à especialidade médica em Patologia, os médicos-citopatologistas historicamente possuem uma sociedade de especialidade que é a SBC. Fundada em 1956, é filiada à AMB e tem como objetivo social e científico o atendimento aos interesses dos médicos-citopatologistas e citotécnicos filiados. Na pesquisa, não serão utilizadas as informações da SBC, pois os dados de acesso livre são restritos a apenas uma relação nominal dos candidatos aprovados no exame de suficiência para obtenção do certificado de atuação na área de Citopatologia, no ano em vigência.

Os quantitativos de médicos-patologistas (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista e médico-patologista) encontrados nas bases de dados utilizadas são detalhados no Capítulo 7 (Formação do médico especialista em Patologia) e no Capítulo 8 (Mercado de trabalho do médico especialista em Patologia). Compreendendo que, embora sejam diferentes, mas não são conflitantes. As fontes são dependentes da alimentação e atualização, garantidas pelos órgãos responsáveis pelas informações, assim como os métodos de coletas de dados das referidas bases.

Quanto ao processamento, análise e interpretação de dados da abordagem quantitativa, envolveu num primeiro momento, reunião de todo o material a ser processado, observando o conjunto dos dados com verificação e correções de lacunas na digitação. Os dados foram digitados no programa *Microsoft Office Excel/2016*, quantificados e relacionados entre si por meio de análise estatística simples. Os resultados foram comentados e baseados na revisão de literatura realizada.

### c) Entrevistas

A entrevista foi uma estratégia metodológica utilizada em dois capítulos a saber: no Capítulo 7 (Formação do médico especialista em Patologia), com objetivo de complementariedade para analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil (objetivo nº3). No Capítulo 8 (Mercado de trabalho do médico especialista em Patologia), visando a analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil (objetivo nº 4).

A entrevista baseia-se na percepção, que permitirá, por meio do conjunto dos entrevistados, compreender e descrever a lógica do problema em questão, que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados.

Segundo Minayo (2012), entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação em que:

[...] tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico. [...] tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (MINAYO, 2012, p.64).

As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidades e se classificam de acordo com sua organização. Podem ser classificadas em: (1) sondagem de opinião; (2) entrevista semiestruturada; (3) entrevista aberta ou em profundidade; (4) entrevista focalizada; e (5) entrevista projetiva que usa dispositivos visuais (MINAYO, 2005, p.91).

Para a pesquisa, optou-se pela entrevista individual, na modalidade semiestruturada, que possibilitou introduzir as temáticas (formação/Residência Médica e Mercado de Trabalho), permitindo uma flexibilização de incluir novas perguntas no curso da conversa e absorção de novos temas e questões trazidas pelos entrevistados de relevância à pesquisa.

A escolha dos participantes da pesquisa se deu com base na premissa de que os mesmos devem apresentar características em comum que estão associadas à temática central em estudo. Sendo selecionados médicos-residentes do PRM em Patologia de instituição credenciada pela CNRM do Ministério da Educação.

A instituição de Saúde selecionada para as entrevistas com os médicos-residentes do PRM em Patologia foi o INCA, na área da Divisão de Patologia (DIPAT).

O INCA é localizado na cidade do Rio de Janeiro/RJ. É um órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo SUS, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de FTS especializada, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. Como também compreende acordos de cooperação técnica, ações de apoio e parcerias com entidades e organismos nacionais e internacionais, incluindo as redes de colaboração.

É um dos importantes centros formadores no país da área da Patologia ao longo dos anos, é habilitado para vários PRM, com inclusão da Patologia, além de certificado também em Anos Opcionais e Áreas de Atuação autorizados pela CNRM, como por exemplo, nas

áreas de Citopatologia, Hematopatologia e Patologia Cirúrgica. Além de parcerias com entidades e organismos nacionais e internacionais, incluindo as redes de colaboração na formação de médicos-residentes.

No que diz respeito ao tamanho da amostra a ser utilizada, cabe destacar que, em abordagem qualitativa, provavelmente só será sabido o número final de participantes, quando a pesquisa estiver ocorrendo (MINAYO, 2010, p.196). A representatividade da amostra pautou-se nos argumentos de uma abordagem qualitativa que demanda ponderações de sua pertinência e dos seus procedimentos, e se aproxima das considerações de Minayo (2010).

Numa abordagem quantitativa, definida a população, busca-se um critério de representatividade numérico que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Numa busca qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja no grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério, portanto, não é numérico, embora quase sempre o investigador precise justificar a delimitação das pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço. Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. (MINAYO, 2010, p.196).

O dimensionamento da quantidade entrevistas, grupos focais e outras técnicas deve seguir o critério de saturação ou ponto de saturação. Segundo Minayo (2010, p. 197-198), surge a partir de certo número de entrevistas, quando o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo no que se refere ao objeto de estudo. Propõe-se o ponto de saturação, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Isto é, informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. Quanto à aplicação de um pré-teste do roteiro de entrevista, que geralmente pode levar à modificação do desenho original do mesmo, visando à maior clareza nas informações, o roteiro pode ainda ser modificado no processo de campo, pois podem surgir temas não previstos e de alta significância. Em investigação qualitativa, a unidade de significância não é composta de somatório de respostas, mas de significados que confrontam uma lógica própria do grupo ou de múltiplas.

Objetivando a validação do instrumento, o roteiro de entrevista foi submetido à apreciação por três médicos-residentes atuantes no município do Rio de Janeiro, os quais não fizeram parte da amostra selecionada para esta pesquisa. As sugestões pertinentes e complementares foram aceitas e incorporadas ao instrumento. O roteiro de entrevista compõe-se de uma parte de características gerais e a outra de perguntas abertas pautadas em dois

eixos, uma da formação e o outro do mercado de trabalho. Sendo que, para o Capítulo 7 (Formação do médico especialista em Patologia), foi utilizada a parte do eixo formação, e para o Capítulo 8 (Mercado de Trabalho do Médico Especialista em Patologia), foi utilizada a parte do eixo mercado de trabalho.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram os seguintes: (1) inclusão: consentir em participar da pesquisa; ser médico-residente do PRM em Patologia credenciado pela CNRM/MEC; estar desenvolvendo a formação do PRM em Patologia no INCA (e instituições parceiras e que têm campo de formação no INCA); (2) exclusão: não consentir em participar da pesquisa; serem médicos-residentes dos PRM de Patologia de outras instituições; serem médicos-residentes dos PRM de outras especialidades médicas que não a Patologia.

Quanto ao plano de recrutamento dos entrevistados (médicos-residentes), após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do do Instituto de Medicina Social (CEP-IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e do INCA, foi realizado um contato prévio da pesquisadora com representantes da DIPAT e com a Coordenadora do PRM em Patologia do INCA para esclarecimentos sobre a pesquisa. Posteriormente, os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa, na qual ocorreu o processo de Consentimento Livre e Esclarecido e envolveu duas etapas: uma de esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa e a outra o próprio Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A, fl. 354).

Entre os meses de março e maio de 2016, foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas com auxílio de roteiro de entrevista, realizadas em sala reservada cedida pela DIPAT/INCA. Sendo realizadas 15 entrevistas com os médicos-residentes do PRM em Patologia do INCA e do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) que estavam desenvolvendo atividades de formação no INCA. As entrevistas não sofreram interrupções e tiveram duração média de 27 minutos.

Foram gravadas, por meio de dispositivo eletrônico (gravador de voz digital), após aquiescência dos entrevistados. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora; depois da transcrição, ocorreu a comparação do texto com a gravação.

O processamento, análise e interpretação das entrevistas, se deu em duas partes. Os dados referentes à Parte I (Características Gerais), de abordagem quantitativa, foram digitados no programa *Microsoft Office Excel/2016*, quantificados e relacionados entre si por meio de análise estatística simples. Em referência à Parte II (Questões Específicas), de abordagem qualitativa, quanto ao processamento, análise e interpretação de dados dessa parte das

entrevistas, foram conduzidos pela análise de conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN, 2011). Os resultados foram comentados e baseados na revisão de literatura realizada.

No que diz respeito à análise de conteúdo, existem várias modalidades de análise de conteúdo, entre as quais, optou-se por trabalhar com a análise temática. A análise temática está relacionada a uma afirmação de um determinado assunto, compõe-se por um feixe de relações e graficamente pode ser apresentada. Além do que, o tema<sup>12</sup> é a unidade de significação que se liberta de um texto analisado. A presença de determinado tema denota estrutura de relevância, valores de referência e de comportamentos presentes nos discursos. A análise temática se desenvolveu em três etapas: Etapa 1 (pré-análise) composta pelas seguintes fases: (1) leitura flutuante; (2) constituição do *corpus*<sup>13</sup>: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; (3) formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A Etapa 2 (exploração do material) constituída das seguintes atividades: (1) recorte do texto do que foi relevante na fase de pré-análise; (2) escolha das regras de contagem (codificação); e (3) classificação e agregação dos dados. A Etapa 3 (tratamento dos resultados obtidos e interpretação) consiste no tratamento estatístico simples dos resultados, permitindo as representações gráficas que evidenciarão as informações fornecidas para análise (BARDIN, 2011, p. 126-132) e (MINAYO, 2010, p. 303-318).

## 2.5 Procedimentos Éticos da Pesquisa

Os princípios éticos que norteiam a pesquisa pautam-se no respeito à autonomia dos participantes da pesquisa; na previsão de beneficência, na ponderação entre os riscos e benefícios; na previsão da não maleficência evitando danos; na justiça e na equidade abordando a relevância social da pesquisa. E, também, será guiada pela Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assim como a demais legislações complementares (BRASIL, 2013).

---

<sup>12</sup> Tema: Unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis (BARDIN, 2011, p.135).

<sup>13</sup> Constituição do *Corpus*: Termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade (que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha as características essenciais do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, as técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores) e pertinência (que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho) (MINAYO, 2010, p. 316-317).

A relação risco e benefício constitui um dos principais fatos relacionados à adequação ética da pesquisa.

O risco da pesquisa caracteriza-se pela possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual ao ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente. [...] os benefícios da pesquisa referem-se ao proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferindo pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa (BRASIL, 2013).

Como benefícios, espera-se, para a Rede de Atenção ao Câncer, que essa pesquisa contribua para o conhecimento da FTS (médicos especialistas em Patologia), visando à ampliação e à melhoria do acesso aos recursos diagnósticos anatomopatológico e citopatológico no SUS. A privação desse tipo de diagnóstico para o SUS é considerada grave e catastrófica para o controle do câncer, afetando a capacidade de realização do diagnóstico e repercutindo na magnitude epidemiológica, econômica, social e política que envolve o câncer; na prestação de cuidados ao paciente garantindo a integralidade do cuidado; no acesso aos serviços; e na FTS envolvida com a atenção ao câncer, para que a área de conhecimento da FTS permita o desenvolvimento de novos estudos e ampliação dos conhecimentos em relação à formação e mercado de trabalho de trabalhadores de saúde. Para os médicos-patologistas, a ampliação dos conhecimentos em relação à formação (Residência Médica) e ao mercado de trabalho no Brasil.

Quanto aos riscos ou desconfortos, não existem possibilidades de danos à dimensão física, em qualquer fase pesquisa e dela decorrente. Porém, para cada uma das estratégias utilizadas, foram descritos os riscos e as providências para minimizá-los (Quadro 4).

Estão sendo garantidas a confidencialidade e a privacidade dos registros durante todas as fases da pesquisa e dela decorrentes, das informações prestadas, e qualquer dado que possa identificar. A entrevista terá um número ao invés do nome. As entrevistas e os dados serão armazenados em arquivo físico e digital, sob a responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos após o término da pesquisa, e somente terão acesso a elas a pesquisadora. Em seguida, serão destruídos de forma segura e correta, utilizando máquina fragmentadora para sua destruição (trituração). Seus registros poderão ser consultados apenas pelos CEP do IMS/UERJ e do INCA.

Quanto aos custos (ressarcimento e indenização), não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação no estudo e nem para as instituições envolvidas.

Em relação às entrevistas, foi realizado o processo do consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, composto de duas partes. Inicialmente buscou-se o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado,



considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade.

Foram esclarecidas dúvidas sobre o projeto e a participação do convidado. Em seguida, foi apresentado, ao convidado para participar da pesquisa, o TCLE para que fosse lido e compreendido antes da concessão do consentimento (APÊNDICE A, fl. 354).

A pesquisa foi aprovada no CEP-IMS/UERJ, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 47356515.3.0000.5260, parecer nº 1.275.156, em 11 de outubro de 2015. E também, no CEP-INCA/RJ, CAAE nº 47356515.3.3001.5274, parecer nº 1.346.873, em 02 de dezembro de 2015.

Quadro 4 – Possíveis riscos da pesquisa e providências para minimizá-los

Estratégias Metodológicas	Riscos	Providências para minimizar os riscos
Levantamento documental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades na seleção das fontes, para a constituição de uma coletânea documental consistente;</li> <li>- Temporalidades distintas: as fontes trazem as marcas do seu tempo de produção em um momento histórico determinado e foram produzidas em perspectivas diferentes; trazem a análise ou interpretação do autor e do tempo em que foram escritas e a temporalidade do próprio pesquisador;</li> <li>- As fontes possuem uma objetividade expressa; entretanto, não são prontamente assimiláveis ou aplicáveis demandando que sejam interpretadas nos reverses e nos contextos que se configuram.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleccionada uma coletânea documental consistente;</li> <li>- Conhecimento dos limites das fontes de informações e que facilitou as escolhas consistentes;</li> <li>- Compreensão da complexidade das temporalidades distintas, em que o pesquisador procurou diferenciar dos momentos em que foram produzidos os documentos e das posições teóricas das fontes, facilitando o processamento, análise e interpretação de dados.</li> </ul>
Levantamento de dados secundários (acesso livre)	<p>Há possibilidades de riscos indiretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escassez das fontes de informações voltadas para força de trabalho/recursos humanos;</li> <li>- As fontes são dependentes da alimentação e atualização, garantidas pelos órgãos responsáveis pelas informações;</li> <li>- Ocorrência de erros em dados secundários relativos à acurácia (exatidão dos dados), precisão (correspondência dos dados ao valor real) que poderia causar distorções na qualidade de registros dos dados e conseqüentemente nos resultados da pesquisa.</li> </ul>	<p>Quanto ao processamento, análise e interpretação de dados, da abordagem quantitativa, envolveu num primeiro momento, reunião de todo o material a ser processado, observando o conjunto dos dados com verificação e correções de lacunas na digitação. Os dados foram digitados no programa <i>Microsoft Office Excel/2016</i>, quantificados e relacionados entre si por meio de análise estatística simples. Os resultados foram comentados e baseados na revisão de literatura realizada.</p>
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há possibilidades de riscos físicos</li> <li>- Os entrevistados (participantes) da pesquisa poderão sentir constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causem danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual ao ser humano, em conceder a entrevista;</li> <li>- Possíveis falhas na gravação e/ou na transcrição da entrevista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estão sendo garantidas a confidencialidade e a privacidade durante todas as fases da pesquisa, das informações prestadas pelo participante da pesquisa; e qualquer dado que possa identificá-lo foi omitido na divulgação dos resultados da pesquisa;</li> <li>- Foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas com auxílio de roteiro de entrevista, realizadas em sala reservada cedida pela Divisão de Patologia do INCA. As entrevistas não sofreram interrupções e tiveram duração média de vinte e sete minutos;</li> <li>- Foram gravadas, por meio de dispositivo eletrônico (gravador de voz digital) após aquiescência (TCLE) dos entrevistados;</li> <li>- As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, depois de transcrita ocorreu a comparação do texto com a gravação.</li> </ul>

Fonte: A autora, 2015.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação, inicia mesmo antes de o tema estar bem definido e finaliza com a redação final do texto. Minayo (2012, p.26-27) assinala que toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações novas, revelando a ideia de ciclo de pesquisa, cujas etapas não são estanques, mas construídas em planos que se complementam, com valorização de cada parte e sua integração com o todo. Com base nessa premissa, a revisão de literatura foi organizada.

A revisão de literatura se desenvolveu ao longo de toda a pesquisa, por meio das seguintes etapas: (1) definição do tema central, objetivos e palavras-chave; (2) levantamento bibliográfico (incluindo: fontes de informação, estratégias de buscas, organização das referências, critérios de inclusão & exclusão e seleção do material); (3) leitura e fichamento do material; e (4) redação final do texto. Essas etapas são imprescindíveis para o desenvolvimento de qualquer pesquisa científica. Também deixa claro sua complexidade e continuidade no curso da investigação. Por sua importância e responsabilidade, tal etapa requer, principalmente nos dias atuais, a participação do bibliotecário juntamente com o pesquisador (GIL, 2010, p. 45-64).

O bibliotecário, profissional da informação, pela natureza de sua formação está habilitado para participar dessas etapas, pois conhece técnicas de recuperação da informação, que inclui identificação dos elementos fundamentais da pesquisa, dos descritores e seus sinônimos, conhecimento das fontes e ainda, a formulação de diferentes estratégias de busca para recuperação satisfatória de informações. Podemos acrescentar que, quando o bibliotecário é experiente numa área específica e com os serviços de recuperação da informação, pode contribuir tanto para a condução e execução das buscas nas bases de dados eletrônicas, quanto para a própria organização temática da pesquisa.

Neste capítulo, são apresentadas as estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos) envolvidas na revisão de literatura, os resultados, a síntese dos principais temas e as considerações finais.

#### 3.1 Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos)

##### a) Etapa 1 - Tema central, objetivos e palavras-chave

O tema central é a FTS, como é muito abrangente e comporta diversas possibilidades, foi necessário circunscrevê-la em decorrência da complexidade que envolve a FTS, elegendo o médico especialista em Patologia. Como conceitos principais: Força de Trabalho; Câncer;

Patologia; Rede de Atenção ao Câncer e/ou RAO; Mercado de Trabalho e Formação (Residência Médica em Patologia). O objetivo central referiu-se a analisar as características da formação e do mercado de trabalho dos médicos-patologistas no Brasil para a Rede de Atenção ao Câncer.

No que diz respeito à identificação das palavras-chave para a busca bibliográfica e dos assuntos relacionados à presente pesquisa, foram adotados os sistemas que padronizam os termos em saúde, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e o *Medical Subject Headings* (MeSH) da *United States National Library of Medicine* (NLM). Os mesmos são vocabulários controlados e possibilitam a identificação dos termos padronizados, também chamados descritores.

O DeCS foi criado pela BIREME, sendo uma tradução do MeSH, objetiva servir de linguagem única na indexação de documentos, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), disponível por meio da BVS ou do portal do *PubMed*.

Após identificação dos termos nos vocabulários controlados e seleção dos pertinentes às questões delineadas para a temática, foram realizadas as estratégias de buscas, estas devidamente ajustadas nas bases de dados de acordo com os campos de buscas, por exemplo: LILACS e MEDLINE apresentam campo descritor de assunto ou MeSH *terms* e as demais não.

Houve necessidade de cruzamento de descritores e termos/expressões, em suas variações linguísticas (espanhol e inglês), bem como seus sinônimos que pudessem aumentar a sensibilidade da busca, em campos definidos. As palavras-chave utilizadas na pesquisa preliminar (projeto de qualificação) foram: “atenção à saúde”; “câncer”; “especialidade médica”; “força de trabalho”; “internato e residência”; “médicos”; “mercado de trabalho” e “patologia”.

#### b) Etapa 2 - Levantamento bibliográfico

Quanto ao levantamento bibliográfico, incluiu uma parte denominada de levantamento bibliográfico preliminar compreendido como um estudo exploratório, assim como a formulação do problema e a elaboração do plano provisório que foi descrito e apresentado no Projeto de Tese para o Exame de Qualificação, que ocorreu em 25 de junho de 2015 com

aprovação da banca examinadora. A outra parte refere-se ao levantamento bibliográfico final, após o Exame de Qualificação e da aprovação do CEP, passando por reformulações ao longo do processo da pesquisa e da necessidade de busca das novas fontes. O conjunto das estratégias utilizadas no levantamento bibliográfico é apresentado a seguir.

#### ba) Fontes de informação

Na literatura, as fontes de informação podem ser classificações de forma variada, alguns autores consideram apenas duas classificações (primária e secundária). Outros autores consideram que podem apresentar três classificações<sup>14</sup>: a primária, a secundária e a terciária (CUNHA, 2008, p.172). Influenciadas pelo dinamismo da *Internet*, caracterizam-se por uma *mixagem* de fontes primárias, secundárias e terciárias, que sobrevivem independentes de quaisquer classificações prévias (Da Silva e Tomaél, 2004, p. 8). Para a pesquisa, optaram-se pelas três classificações, principalmente pelo fato de que as novas fontes de informação que surgem no contexto da evolução das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) são independentes de uma denominação ou mesmo de classificação.

Considerando as diversas fontes de informação e suas diferenças, no Quadro 5 elencam-se as selecionadas para as buscas de informações para a pesquisa em curso para o Exame de Qualificação.

---

<sup>14</sup>Classificação de fontes de informação: Primárias: destacam-se os livros, relatórios científicos, patentes, dissertações, teses, artigos de periódicos, anais de congresso, projetos de pesquisa em andamento, legislação, entre outras. Secundárias: ressaltam-se as bibliografias, dicionários e enciclopédias, manuais, tabelas, revisões de literatura, monografias e outras. Terciárias: incluem-se as bibliografias, serviços de indexação e resumos (bases de dados científicas), catálogos coletivos, guias de literatura, bibliotecas e centros de informação, bases de dados etc. (CUNHA, 2008, p.172).

Quadro 5 – Fontes de informação, segundo a descrição utilizadas na pesquisa

<b>Fontes de informação e descrição</b>
<b>Biblioteca Virtual em Saúde (BVS):</b> Disponível em: < <a href="http://www.bireme.br/php/index.php">http://www.bireme.br/php/index.php</a> >. Espaço virtual de acesso livre para uma ampla coleção de fontes de informação em saúde desenvolvida em Rede na América Latina e Caribe. Ofereceu acesso aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), as bases de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e (MEDLINE) e portal de revista <i>Scientific Electronic Library Online</i> (SciELO) (< <a href="http://www.scielo.org/php/index.php">http://www.scielo.org/php/index.php</a> >). Vale lembrar que o INCA tem uma BVS sobre Prevenção e Controle do Câncer, disponível por meio do endereço eletrônico: < <a href="http://controlecancer.bvs.br/">http://controlecancer.bvs.br/</a> >
<b>PubMed</b> - Disponível em: < <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a> >. De acesso livre. Portal que organiza diferentes recursos, como o MeSH, e contém o MEDLINE, sua principal base de dados. Além de outras bases de dados especializadas da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.
<b>Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)</b> - Disponível em: < <a href="http://www.periodicos.capes.gov.br">http://www.periodicos.capes.gov.br</a> >. Permite o acesso livre às instituições de ensino e pesquisa no Brasil. O portal só está disponível nas universidades e/ou instituições participantes por meio de acesso remoto solicitado nas instituições participantes. Dispõe de vasto acervo de publicações periódicas internacionais e nacionais, de títulos de periódicos científicos, além de livros, patentes, teses e dissertações, bases de dados científicas especializadas e multidisciplinares, entre outras fontes, cobrindo todas as áreas do conhecimento. Inclui fontes de informação científica e tecnológica de acesso gratuito na internet. Além disso, as plataformas controladas <i>Web of Science</i> (Thomson Reuters), <i>Scopus</i> (Elsevier) e <i>CINAHL</i> (Ebsco) são bases de dados de artigos científicos multidisciplinares que reúnem um vasto conjunto de revistas de diferentes editores. Foram incluídas nas buscas; pois são multidisciplinares, acrescentam documentos as bases de dados públicas e possibilitam avaliar o total de citações para cada referência. Ainda apresentaram outros tipos de publicações, além de artigos científicos.
<b>Google Acadêmico ou Google Scholar</b> - Disponível em: < <a href="https://www.google.com.br/search?q=scholar">https://www.google.com.br/search?q=scholar</a> >. De acesso livre na internet para pesquisar literatura acadêmica de forma abrangente. É uma extração do <i>Google web</i> e recupera por indexação automática; ou seja, por mecanismo de busca automática e/ou identificação de termos: artigos revisados por especialistas, teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas, publicações, universidades e outras entidades acadêmicas. Permite pesquisa por autor, publicação, data e tema. Os documentos recuperados são oriundos de repositórios institucionais, bases de dados científicas, páginas institucionais ou da própria revista, entre outros meios.
<b>Bibliotecas Universitárias</b> - Fez parte do levantamento a busca nos acervos físicos, para recuperar artigos identificados nas bases de dados, recuperar artigos identificados nos catálogos institucionais. Foram realizadas visitas na biblioteca do INCA, uma das principais instituições, referência para a temática em estudo (câncer), a fim de recuperar documentos ou informações no acervo, bem como nos setores e serviços que lidam tal questão. Assim como a rede de bibliotecas da UERJ, rede de bibliotecas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entre outras.
<b>Plataforma Lattes</b> – A Plataforma Lattes <sup>15</sup> é de responsabilidade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e representa a experiência do CNPq na integração de bases de dados de Currículos, do Diretório de Grupos de Pesquisa e de Instituições em um único Sistema de Informação. Por meio da Plataforma foi possível identificar na base de dados de Currículos pesquisadores, seus grupos de pesquisa, bem como suas linhas de pesquisa e produção bibliográfica-alvo de análise na revisão de literatura.
<b>Bases de teses e dissertações</b> – A Capes e o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) disponibilizam bancos de dados para busca de teses e dissertações, o IBICT é responsável pela Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e a Capes pelo banco de resumos de teses <sup>16</sup> . Ambas possibilitaram buscas de trabalhos defendidos nas instituições de ensino brasileiras.
<b>ProQuest Health Management</b> – Disponível em: <a href="http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos">http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos</a> - o <i>ProQuest Collection</i> é formado por um conjunto de bases de dados com cobertura na área de Ciência da Saúde, Medicina e suas especialidades. Engloba cinco módulos entre eles o <i>ProQuest Health Management</i> que atende às necessidades de pesquisa no campo de administração da saúde. Inclui conteúdo de gestão da saúde, hospitais, Seguros, Direito, Estatística, Gestão de negócios, Gestão de Pessoas, Ética, Economia da Saúde e Gestão da Saúde Pública. Descreve periódicos, Dissertações e Teses.

Nota: Dados adaptados das fontes de informação.

Fonte: A autora, 2015.

#### bb) Recursos de pesquisa e limites utilizados

Os recursos utilizados incluíram: (1) idiomas (português, inglês e espanhol); (2) tipos de estudos (pesquisas básicas; pesquisas aplicadas; experimental; pesquisa quantitativa, pesquisa qualitativa; pesquisa quali-quantitativa; pesquisas exploratórias; descritivas; explicativas; pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; pesquisa ex-pos-facto; levantamento; estudo de caso e pesquisa-ação); (3) tipos de documentos (**Inclusão**: Tese;

<sup>15</sup> <http://lattes.cnpq.br/>

<sup>16</sup> <http://bancodeteses.capes.gov.br/> e <http://btdt.ibict.br/>

Artigo; Monografia; Congresso e conferência; documento de projeto; documentos oficiais normativos (constituições, Leis, Portarias, Resoluções, Instruções Normativas, pareceres, indicações, documentos de apresentação de programas, documentos de apresentação de projetos, regulamentos, regimentos etc.), Exclusão: Editorial; Carta ao editor; Artigo de opinião; não convencional; pergunta e resposta; pôster; relatório preliminar; sem título).

Quanto aos limites utilizados, abrangeram: (1) palavras no singular e plural; (2) operadores booleanos (“AND” - no sentido de interseção para relacionar termos/palavras/nomes, “OR” - foi usado para somar palavras/termos/nomes e “NOT” - foi utilizado para excluir palavras/termos); (3) operadores de truncagem (o cifrão (\$) foi utilizado para encontrar variações em grafias em inglês britânico e americano e o asterisco (\*) que é o mais flexível desses símbolos; pois recuperou qualquer quantidade de caracteres); (4) operadores de proximidade (Os aplicados foram: as aspas (" ") que indicaram termos compostos. Os parênteses [ ] que estabeleceram a ordem na pesquisa e foram usados quando a expressão de pesquisa aplicava mais de um operador booleano).

#### bc) Organização das referências

Para organização das referências recuperadas nas bases de dados, utilizou-se o gerenciador de referência *EndNoteWeb* do editor científico *Thompson Reuters*, software gerenciador de bibliografias disponíveis na *Internet* para as instituições participantes do Portal de Periódicos da Capes. O sistema permitiu organizar os documentos, identificar as duplicatas e reorganizar os documentos por pastas temáticas.

Para composição da base de dados de análise, as fontes coletadas foram exportadas para a planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel/2013* e *Microsoft Office Word/2013*. Tal operação permitiu gerenciar duplicatas não identificadas no gerenciador e o registro dos critérios utilizados para análises de cada documento bem como sua inclusão ou exclusão.

A categorização dos estudos compreendeu extrair, organizar e sumarizar as informações e abrangeu: ano de publicação; título; autor/autores; fonte de informação; volume; número; página; acesso; base de dados; idioma de publicação; natureza da pesquisa; procedimentos metodológicos (métodos, técnicas e instrumentos); local da realização da pesquisa; Região geográfica (país/região/cidade) onde foi realizada a pesquisa; resultados e conclusões/considerações. Além das variáveis mencionadas, foram acrescentados os critérios de exclusão e inclusão dos documentos.

bd) Critérios de Inclusão e Exclusão e seleção do material

Os critérios de inclusão e exclusão foram conduzidos de maneira criteriosa, uma vez que são indicadores da qualidade e confiabilidade das considerações da revisão de literatura. Toda a descrição dos critérios está descrita no Quadro 6.

Quanto à seleção dos documentos, ocorreu em três momentos: primeiro foi realizada uma seleção prévia dos títulos; a segunda deu-se a partir dos títulos selecionados aconteceu a seleção dos resumos; na terceira, com base dos resumos selecionados, deu-se a seleção prévia dos textos completos. Com os textos completos, ocorreu inicialmente uma leitura exploratória, o que permitiu uma visão global do conteúdo. Em seguida, uma leitura seletiva do material que de fato interessava a pesquisa, eliminando textos que não contribuíram com o objetivo proposto.



Quadro 6 – Critérios de Inclusão e Exclusão utilizados nas estratégias de busca que foram utilizadas para a revisão de literatura

<b>Critérios de Inclusão e Exclusão</b>
<b>Força de Trabalho</b>
<b>INCLUSÃO:</b> Força de trabalho de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas; Projeção de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas; Dimensionamento de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas.
<b>EXCLUSÃO:</b> Projeção de médicos de outras especialidades; Projeção de profissionais não médicos; Dimensionamento de médicos de outras especialidades; Dimensionamento de profissionais não médicos.
<b>Câncer</b>
<b>INCLUSÃO:</b> Diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia; SADT de Anatomia Patológica e/ou Citopatologia.
<b>EXCLUSÃO:</b> Prevenção e fatores de risco; Tipos de câncer; Detecção precoce (rastreamento e diagnóstico precoce); Diagnóstico: laboratorial (exceto anatomia patológica e/ou citopatologia), por imagem ou clínico; Tratamento (Cirurgia, quimioterapia e radioterapia); Cuidados paliativos; Epidemiologia do câncer; Avaliação Econômica (AE) (Financiamento e gastos); Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS); Pesquisa.
<b>Patologia</b>
<b>INCLUSÃO:</b> Médico-patologista e/ou médico-anatomopatologista e/ou médico-citopatologista
<b>EXCLUSÃO:</b> Médicos de outras Especialidades Médicas; Profissionais não médicos; AE (financiamento e gastos); ATS; Técnicas e Procedimentos; Pesquisa; Patologia Vegetal; Patologia Vegetal/Fitopatologia.
<b>Rede (Rede de Atenção ao Câncer e/ou RAO)</b>
<b>INCLUSÃO:</b> RAS das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Câncer); RAO (diagnóstico anatomopatológico e citopatológico); Rede Assistencial Especializada (SADT de Anatomia Patológica e/ou Citopatologia).
<b>EXCLUSÃO:</b> RAS das Pessoas com DCNT (Não Câncer); Rede Assistencial Especializada (SADT (Patologia clínica, Exames ultrassonográficos, Diagnose, Órtese/prótese, Fisioterapia, Hemodinâmica, Radiodiagnóstico Radioterapia, Terapia Renal Substitutiva (diálise), Ressonância magnética, Terapias especializadas, Medicina nuclear – <i>in vivo</i> , Radiologia intervencionista, Tomografia computadorizada e Hemoterapia); SADT (Não Anatomia Patológica e/ou Citopatologia); Atenção Primária em Saúde (APS); AE; ATS; Pesquisa.
<b>Mercado de Trabalho</b>
<b>INCLUSÃO:</b> Médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas; Regulação do trabalho (composição, distribuição, relações de trabalho, vínculos etc.) de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas; Regulamentação do Trabalho (leis do exercício profissional) de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas.
<b>EXCLUSÃO:</b> Médicos de outras Especialidades Médicas; Regulação do trabalho (composição, distribuição, relações de trabalho, vínculos etc.) de outras Especialidades Médicas e de profissionais não médicos; Regulamentação do Trabalho (leis do exercício profissional) de outras Especialidades Médicas e de profissionais não médicos.
<b>Formação (Residência Médica)</b>
<b>INCLUSÃO:</b> Residência Médica em Patologia e/ou Anatomia Patológica e/ou Citopatologia.
<b>EXCLUSÃO:</b> Graduação em Medicina; Graduação de outras profissões não médicas; formação de técnicos na área da Patologia e/ou Anatomia Patológica e/ou Citopatologia; Internato em Medicina; Residência Médica em outras especialidades médicas; Residência Multiprofissional.

Fonte: A autora, 2015.

c) Etapa 3 – Leitura e Fichamento do material

A partir dos textos completos selecionados, ocorreu a leitura analítica (incluindo a leitura integral do documento, a identificação das ideias-chave e a sintetização) e, então, foi possível sumarizar as informações contidas nas fontes selecionadas. A forma adotada de síntese das fontes foi o fichamento cujo formato foi baseado na referência de Umberto Eco (2007). O

fichamento conteve assunto; referência bibliográfica completa; resumo; síntese das principais ideias; citações e comentários. Foram digitados em texto do processador *Microsoft Office* (aplicativo *Microsoft Word/2013*).

d) Etapa 4 - Redação final do texto

Por fim, a última parte que foi a redação final que é indicativa da síntese do conhecimento; isto é, o resumo das evidências disponíveis, a criação de um documento com descrição detalhada da revisão de literatura; articulando com os objetivos da pesquisa e a sua fundamentação. É um momento imprescindível em que foi possível apresentar os achados relevantes, que poderão contribuir para a melhoria do conhecimento e para a identificação de lacunas.

### 3.2 Síntese da Revisão de Literatura

Para a revisão de literatura do presente trabalho, foram realizadas buscas bibliográficas no portal Regional da BVS, abrangendo as bases de dados científicas LILACS, Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), Base de dados de Enfermagem (BDENF), entre outras. Além da BVS temática Prevenção e Controle de Câncer. No portal de Periódicos da Capes, foram incluídas as bases de dados multidisciplinares: *Web of Science* (Thompson Reuters) Scopus (Elsevier) e Cinahl (EBSCO). Inclui-se o portal PubMed da NLM que contém a base de dados MEDLINE, o Diretório de Currículo da Plataforma Lattes, o banco de Teses da Capes e, ainda, foram feitas buscas manuais nas associações de Patologia do Mundo, Listas de Referências e Google acadêmico.

No Quadro 7, discriminam-se os termos e os entre termos (sinônimos) identificados nos vocabulários controlados - DeCS e do MESH; também foram considerados termos significativos identificados nos títulos dos artigos.

Quadro 7 – Descrição dos termos e os entre termos (sinônimos) identificados nos vocabulários controlados. Rio de Janeiro, 2015

<b>Descritores<sup>1</sup> em português/ Sinônimo português</b>	<b>Descritores em inglês/ Entry terms (Sinônimo inglês)</b>
Patologia OR Citopatologia	Pathology OR Pathologies
“Internato e Residência” OR Internato OR Residência OR “Pessoal Interno” OR “Residência Médica” OR Residência	“Internship and Residency” OR “Residency and Internship” OR Internship OR Internships OR “Medical Residencies” OR “Residencies Medical” OR “Residency Medical” OR “Medical Residency” OR “Residency” OR Residencies OR “House Staff” OR “House Staffs” OR “Staff House” OR “Staffs House”
“Mercado de Trabalho” OR “Atenção à Saúde” OR “Normas Básicas de Atenção à Saúde”	“Job Market” OR “Health Care (Public Health)”
“Força de Trabalho” OR “PEA” OR “População Economicamente Ativa”	“Labor Force” OR Employment OR “Status Occupational” OR “Occupational Status” OR “Employment Termination” OR “Employment Terminations” OR “Termination Employment” OR “Terminations Employment” OR “Informal Sector” OR “Informal Sectors” OR “Sector Informal” OR “Sectors Informal” OR Underemployment OR “Employment Status” OR “Status Employment” OR “Child Labor” OR “Labor Child” OR “Labor Force” OR “Labor Forces”
“Recursos Humanos em Saúde” OR “Rede Observatório de Recursos” OR “Humanos em Saúde” OR “Rede Observatório de Recursos” OR “Humanos em Saúde (ROREHS)” OR “ROREHS” OR “Pesquisa sobre Recursos Humanos de Saúde”	“Manpower Health” OR “Health Workforce” OR “Workforce Health” OR “Manpower Health Occupations” OR “Health Occupations Manpower”

Fonte: Descritores em Ciências da Saúde, 2015.

Para relacionamentos e intercessões dos termos, foram utilizados os operadores booleanos ou lógicos de pesquisa, AND (interseção), OR (soma) e NOT (exclusão) como registrado nas estratégias por base de dados. Além de recursos como aspas e parênteses (Quadro 8).

Quadro 8 – Estratégias utilizadas por bases de dados consultadas. Rio de Janeiro, 2015 (continua)

<b>BASES DE DADOS CONSULTADAS</b>	
<b>Bases de dados</b>	<b>Estratégias</b>
Portal Regional da BVS	tw:((tw:("Atenção à Saúde" OR "Mercado de Trabalho" OR "Internato e Residência" OR patologia)) AND (tw:("Recursos Humanos em Saúde" OR "Força de Trabalho"))) (oncologia OR câncer OR tumor OR neoplasia)) AND (instance:"regional") AND (instance:"regional") AND ( db:("LILACS" OR "coleccionaSUS" OR "PAHO" OR "WHOLIS" OR "BDENF" OR "IBECS" OR "SES-SP"))
Portal Regional da BVS	tw:("Rede de Atenção" (câncer OR tumor OR neoplasia OR oncológica OR oncologia)) AND (instance:"regional")
Portal Regional da BVS	tw:("FORÇA DE TRABALHO" (câncer OR tumor OR neoplasia OR oncológica OR oncologia)) AND (instance:"regional")
Portal Regional da BVS	tw:((patologista OR patologia OR citopatologia OR citotécnicos) "MERCADO DE TRABALHO") AND (instance:"regional")
PubMed	("pathology"[MeSH Terms] OR "pathologies"[Title/Abstract]) AND "internship and residency"[MeSH Terms] OR (Internship[Title/Abstract] OR Internships[Title/Abstract] OR "Medical Residencies"[Title/Abstract] OR "Residency Medical"[Title/Abstract] OR "Medical Residency"[Title/Abstract] OR "Residency"[Title/Abstract] OR Residencies[Title/Abstract] OR "House Staff"[Title/Abstract] OR "House Staffs"[Title/Abstract] OR "Staff House"[Title/Abstract]) AND "Job MARKET"[All Fields] AND (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasm"[All Fields]) OR ("tumours"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumors"[All Fields]) OR ("tumour"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumor"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasia"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancers"[All Fields]) OR "Benign Neoplasms"[All Fields] OR "Neoplasms Benign"[All Fields] OR "Benign Neoplasm"[All Fields] OR "Neoplasm Benign"[All Fields])
PubMed	("pathology"[MeSH Terms] OR "pathologies"[Title/Abstract]) AND (("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasm"[All Fields]) OR ("tumours"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumors"[All Fields]) OR ("tumour"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumor"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasia"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancers"[All Fields]) OR "Benign Neoplasms"[All Fields] OR "Neoplasms Benign"[All Fields] OR "Benign Neoplasm"[All Fields] OR "Neoplasm Benign"[All Fields]) AND ("labor force"[All Fields] OR ("employment"[MeSH Terms] OR "employment"[All Fields]) OR "occupational status"[All Fields] OR "employment status"[All Fields] OR "labor forces"[All Fields]) OR (termination[All Fields] AND ("employment"[MeSH Terms] OR "employment"[All Fields])) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])

Quadro 8 – Estratégias utilizadas por bases de dados consultadas. Rio de Janeiro, 2015 (continuação)

BASES DE DADOS CONSULTADAS	
BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS
PubMed	("pathology"[MeSH Terms] OR "pathologies"[Title/Abstract]) AND ((("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasm"[All Fields]) OR ("tumours"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumors"[All Fields]) OR ("tumour"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumour"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasia"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancers"[All Fields]) OR "Benign Neoplasms"[All Fields] OR "Neoplasms Benign"[All Fields] OR "Benign Neoplasm"[All Fields] OR "Neoplasm Benign"[All Fields]) AND ("labor force"[All Fields] OR ("manpower"[Subheading] OR "manpower"[All Fields] OR "workforce"[All Fields])) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])
PubMed	("pathology"[MeSH Terms] OR "pathologies"[Title/Abstract]) AND ("labor force"[All Fields] OR ("manpower"[Subheading] OR "manpower"[All Fields] OR "workforce"[All Fields])) AND ((("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "oncology"[All Fields]) OR "Oncology Medical"[All Fields] OR "Clinical Oncology"[All Fields] OR "Oncology Clinical"[All Fields]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))
PubMed	"Health Services Needs and Demand"[All Fields] AND ("Pathology Clinical"[All Fields] OR ("pathology"[Subheading] OR "pathology"[All Fields] OR "pathology"[MeSH Terms]) OR ("pathology"[MeSH Terms] OR "pathology"[All Fields] OR "pathologies"[All Fields]) OR "Pathologist"[All Fields]) AND ("manpower"[Subheading] OR "manpower"[All Fields] OR "workforce"[All Fields]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])
PubMed	"Health Services Needs and Demand" "Pathology Clinical" Filters: English; Portuguese; Spanish
PubMed	Similar articles for PubMed (Select 26516939) Filters: English; Portuguese; Spanish
PubMed	("Pathology Clinical"[All Fields] OR ("pathology"[Subheading] OR "pathology"[All Fields] OR "pathology"[MeSH Terms]) OR ("pathology"[MeSH Terms] OR "pathology"[All Fields] OR "pathologies"[All Fields]) OR "Pathologist"[All Fields]) AND ((("manpower"[Subheading] OR "manpower"[All Fields] OR "workforce"[All Fields]) OR "labor force"[All Fields] OR ("employment"[MeSH Terms] OR "employment"[All Fields]) OR "occupational status"[All Fields]) AND ((("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasm"[All Fields]) OR ("tumours"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumors"[All Fields]) OR ("tumour"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "tumour"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasia"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancers"[All Fields]) OR ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "oncology"[All Fields]) OR "Oncology Medical"[All Fields] OR "Clinical Oncology"[All Fields] OR "Oncology Clinical"[All Fields]) AND (job[All Fields] OR market[All Fields] OR ("labour"[All Fields] OR "work"[MeSH Terms] OR "work"[All Fields] OR "labor"[All Fields] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR ("labor"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric labor"[All Fields])) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

Quadro 8 – Estratégias utilizadas por bases de dados consultadas. Rio de Janeiro, 2015 (continuação)

BASES DE DADOS CONSULTADAS	
BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS
PubMed	"Health Services Needs and Demand"[All Fields] AND ("Pathology Clinical"[All Fields] OR ("pathology"[Subheading] OR "pathology"[All Fields] OR "pathology"[MeSH Terms]) OR ("pathology"[MeSH Terms] OR "pathology"[All Fields] OR "pathologies"[All Fields]) OR "Pathologist"[All Fields]) AND (scarcity[All Fields] OR shortage[All Fields] OR ("death"[MeSH Terms] OR "death"[All Fields]) OR paucity[All Fields]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])
Web of science	Tópico: ("Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR "Pathologist") AND Tópico: (Neoplasm OR Tumors OR Tumour OR Neoplasia OR Cancer OR Cancers OR "Benign Neoplasms" OR "Neoplasms Benign" OR "Benign Neoplasm" OR "Neoplasm Benign" OR oncology OR "Oncology Medical" OR "Clinical Oncology" OR "Oncology Clinical") AND Tópico: (Workforce OR "labor force" OR employment OR "occupational status") Índices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Tempo estipulado=Todos os anos
Web of science	Você pesquisou por: Tópico: ("Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR Pathologist) AND Tópico: (Neoplasm OR Tumors OR Tumour OR Neoplasia OR Cancer OR Cancers OR "Benign Neoplasms" OR "Neoplasms Benign" OR "Benign Neoplasm" OR "Neoplasm Benign" OR oncology OR "Oncology Medical" OR "Clinical Oncology" OR "Oncology Clinical") AND Tópico: ("Health Services") AND Tópico: (Needs OR Demand) Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.
Web of science	Tópico: ("Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR Pathologist) AND Tópico: ("Health Services") AND Tópico: (Needs OR Demand OR "job market" OR "labor market") Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI
SCOPUS	(( TITLE-ABS-KEY ( "Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR pathologist ) AND TITLE-ABS-KEY ( workforce OR "labor force" OR employment OR "occupational status" ) AND TITLE-ABS-KEY ( neoplasm OR tumors OR tumor OR neoplasia OR cancer OR cancers OR "Benign Neoplasms" OR "Neoplasms Benign" OR "Benign Neoplasm" OR "Neoplasm Benign" OR oncology OR "Oncology Medical" OR "Clinical Oncology" OR "Oncology Clinical" ) ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( needs OR demand ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English" ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , "Spanish" ) )
SCOPUS	( TITLE-ABS-KEY ( needs OR demand ) AND TITLE-ABS-KEY ( "Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR pathologist ) AND TITLE-ABS-KEY ( workforce OR "labor force" OR employment OR "occupational status" ) AND TITLE-ABS-KEY ( neoplasm OR tumors OR tumor OR neoplasia OR cancer OR cancers OR "Benign Neoplasms" OR "Neoplasms Benign" OR "Benign Neoplasm" OR "Neoplasm Benign" OR oncology OR "Oncology Medical" OR "Clinical Oncology" OR "Oncology Clinical" ) )

Quadro 8 – Estratégias utilizadas por bases de dados consultadas. Rio de Janeiro, 2015 (conclusão)

<b>BASES DE DADOS CONSULTADAS</b>	
<b>Bases de dados</b>	<b>Estratégias</b>
SCOPUS	( TITLE-ABS-KEY ( "Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR pathologist ) AND TITLE-ABS-KEY ( workforce OR "labor force" OR employment OR "occupational status" OR "internship and residency" OR "medical residencies" OR residencies ) AND TITLE-ABS-KEY (needs OR demand OR "job market" OR "labor market" ) AND TITLE-ABS-KEY ( oncology OR "Oncology Medical" OR "Clinical Oncology" OR "Oncology Clinical" ) )
SCOPUS	( TITLE-ABS-KEY ( "Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR pathologist ) AND TITLE-ABS-KEY ( workforce OR "labor force" OR employment OR "occupational status" OR "internship and residency" OR "medical residencies" OR residencies ) AND TITLE-ABS-KEY ( needs OR demand OR "job market" OR "labor market" ) AND TITLE-ABS-KEY ( neoplasm OR tumors OR tumor OR neoplasia OR cancer OR cancers OR "Benign Neoplasms" OR "Neoplasms Benign" OR "Benign Neoplasm" OR "Neoplasm Benign" ) )
CINAHL	("Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR Pathologist) AND "health services needs and demand"
CINAHL	("Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR Pathologist) AND ("Residency and Internship" OR Internship OR Internships OR "Medical Residencies" OR "Residencies Medical" OR "Residency Medical" OR "Medical Residency" OR "Residency" OR Residencies OR "House Staff" OR "House Staffs" OR "Staff House" OR "Staffs House" OR "Labor Force" OR Employment) AND "Labor Force" OR Employment OR "Manpower Health" OR "Health Workforce" OR ("Workforce Health" OR "Manpower Health Occupations" OR "Health Occupations Manpower") AND (needs OR demand)
Portal de Periódicos da Capes	(WORKFORCE OR "Labor Force" OR "Employment" OR "Labor Force" OR Employment OR "Manpower Health" OR "Health Workforce" OR "Workforce Health" OR "Manpower Health Occupations" OR "Health Occupations Manpower") AND ("Pathology Clinical" OR pathology OR pathologies OR Pathologist) (projection OR demand OR need OR future)

Fonte: A autora, 2015.

As referências recuperadas a partir das buscas realizadas foram arquivadas no gerenciador de referência *EndNote Web* para organização dos documentos, seleção, exclusão, edição de texto (Figura 2).

Figura 2 – Página principal do *EndNote* Web com documentos organizados pelos conceitos principais da tese.

The screenshot displays the EndNote Web interface. At the top, there is a navigation bar with options: EndNote basic, Minhas referências (highlighted), Coletar, Organizar, Formato, Correspondência, Opções, and Downloads. On the right side of the top bar, there is a link for 'Exibir guia de introdução' and a blue box with the text 'Working on a group project? Check out Library Sharing on X8'. Below the navigation bar, the main content area is titled 'Todas as minhas referências'. On the left side, there is a sidebar with 'Pesquisa rápida' (search bar), 'Minhas referências' (129), and 'Meus grupos' (various categories like 'Busca manual', 'FORMAÇÃO', etc.). The main list of references is organized by author and includes the following entries:

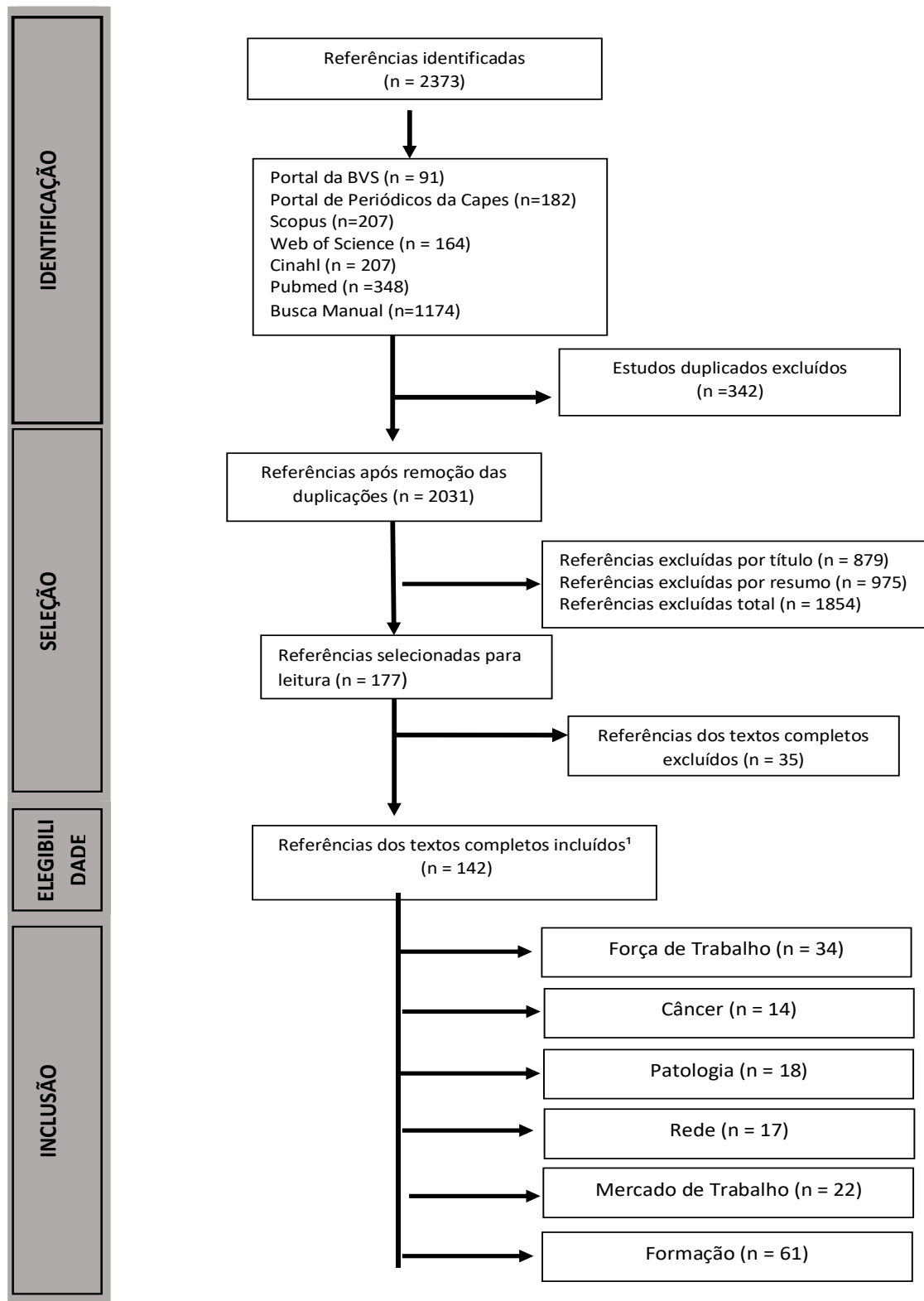
Autor	Ano	Título
	1987	The future of pathology. Council on Long Range Planning and Development Jama Adicionado à biblioteca: 20 Jun 2016 Última atualização: 31 Oct 2016
Adesina, A.	2013	Improvement of pathology in sub-Saharan Africa Lancet Oncology Adicionado à biblioteca: 20 Jun 2016 Última atualização: 31 Oct 2016 Link on-line Ir para URL
Adeyi, O. A.	2011	Pathology services in developing countries: the West African experience Archives of Pathology and Laboratory Medicine Adicionado à biblioteca: 20 Jun 2016 Última atualização: 31 Oct 2016 Link on-line Ir para URL
Allen, T. C.	2013	Graduated Responsibility for Pathology Residents Arch. Pathol. Lab. Med. Adicionado à biblioteca: 21 Jun 2016 Última atualização: 31 Oct 2016
Almeida, Virginia Maria Leite de		Dimensionamento da força de trabalho necessária às Unidades Hospitalares do Instituto Nacional de Câncer/MS Workforce measuring needs to hospital units of the Instituto Nacional de Câncer/MS Rev. bras. cancerol

Fonte: *EndNote* Web

A Figura 3 apresenta o Fluxo de seleção de documentos com explicativo das etapas.



Figura 3 – Fluxo de seleção de documentos



Nota: Referências dos textos completos incluídos totalizaram 142. Destas, 14 referências são relacionadas ao referencial utilizado nas estratégias metodológicas. Além disso, algumas referências foram utilizadas em diferentes temas, por este motivo o somatório dos temas foi maior do que o total de referências da tese.

### 3.3 Síntese dos Temas

Após leitura das publicações, foi realizada uma síntese, sem pretensão de esgotar todo o universo dos conceitos-chave, dos termos ou das teorias, a serem utilizados na pesquisa. Todavia, ponderando o que é fundamental para a compreensão da pesquisa a ser apresentada, assim como para o desenvolvimento de todas as etapas da investigação, sendo destacados os temas principais a serem abordados na pesquisa que são apresentados sucintamente.

#### 3.3.1 Força de Trabalho

Nogueira (1983) destaca que há duas formas distintas de abordar os profissionais na área da saúde, uma como força de trabalho e a outra como recursos humanos. Força de trabalho é um conceito originário da economia política clássica, particularmente na vertente marxista. Utilizado em diferentes campos científicos, de uso descritivo e analítico do processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macroeconômicos. É uma abordagem que acentua a natureza do processo de trabalho e das relações entre pessoas.

Quanto a recursos humanos, é um conceito oriundo da ciência da administração, muito aplicado no âmbito de instituições públicas ou privadas. Usa-se ainda para administrar esse recurso específico que é a capacidade de trabalho dos indivíduos e os coloca ao lado de outros recursos, como os materiais e financeiros, que são também suscetíveis de uma utilização mais racional seja pelas instituições e governo.

Ao pensar sobre força de trabalho, pondera-se sobre produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, assalariamento e outros. Ao pensar em recursos humanos, cogita-se planejamento, dimensionamento, capacitação, seleção, planos de cargo e salário etc. Isto posto, têm-se duas maneiras de focar a realidade, uma visando a descrevê-la e a interpretá-la sob a ótica demográfica e econômica, enquanto a outra, objetiva uma ação gerencial.

Os dois conceitos não são necessariamente antagônicos, mas resultam de formas divergentes de interpretar a realidade e que podem levar a resultados teóricos muito diferentes e, às vezes, incompatíveis.

No sentido de compreender o mosaico de formas que configuram a força de trabalho, considerando sua heterogeneidade e seu caráter multifacetado, inicialmente é apresentada a concepção de força de trabalho compreendida por Marx (2013).

[...] Por força de trabalho ou capacidade de trabalho entendemos o complexo das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo (Marx, 2013, p. 242).

A força de trabalho assume para o próprio trabalhador a forma de uma mercadoria que lhe pertence. Assim sendo, a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. Para Marx, o capitalismo baseava-se na relação entre trabalho e capital, na produção do capital por meio da privação do valor do trabalho. A essa condição, Marx denominou o conceito de mais-valia.

[...] O desenvolvimento da força produtiva do trabalho no interior da produção capitalista visa a encurtar a parte da jornada de trabalho que o trabalhador tem de trabalhar para si mesmo precisamente para prolongar a parte da jornada de trabalho durante a qual ela pode trabalhar gratuitamente para o capitalista” (Ibid., p. 395).

A partir do conceito de mais-valia, Marx fez distinção de duas formas, uma da mais-valia absoluta, obtida pelo prolongamento da jornada de trabalho; e outra da mais-valia relativa, que deriva da redução do tempo de trabalho necessário e da correspondente alteração na proporção entre duas partes de jornada de trabalho.

O conceito de mais-valia é central para a discussão sobre as relações de trabalho que nasceram nas sociedades capitalistas e permitiu a compreensão das relações existentes na nova configuração social que surgiu no mundo do trabalho.

De acordo com Antunes (2009), contrário à ideia de que a classe trabalhadora está no fim, explica as mudanças no mundo do trabalho como parte do processo de reestruturação produtiva do capital. Apoiando-se em Marx, Lukács<sup>17</sup> e Meszáros<sup>18</sup>, a classe operária qualificada por Marx no século XIX, como sendo daquele trabalhador que vende a sua força de trabalho para sobreviver (na época a classe operária era predominantemente do setor industrial) e, no século XXI, a classe trabalhadora não é mais a mesma, o capitalismo não é mais o mesmo e, portanto, a força de trabalho também não é a mesma. Para compreender a nova forma de ser do trabalho, da força de trabalho na atualidade, é preciso ter como base uma noção ampliada da classe trabalhadora.

Destaca um novo modelo produtivo que passa pela maior integração entre trabalho vivo e trabalho morto, com as seguintes tendências: (1) convergência de trabalho vivo em trabalho morto; (2) diminuição do trabalho improdutivo, relacionado, por exemplo, às atividades de gerência; (3) redução dos tempos improdutivos no processo de trabalho; e (4)

<sup>17</sup>Georg Lukács (1885-1971) filósofo húngaro, um dos mais originais pensadores marxistas do século XX, de grande importância no cenário intelectual do século XX.

<sup>18</sup>István Mészáros (1930) é um filósofo húngaro e está entre os mais importantes intelectuais marxistas da atualidade, grande colaborador de Lukács. *Professor emérito* da Universidade de Sussex, na Inglaterra.

ampliação do trabalho mais cognitivo, mais intelectualizado, nos setores produtivos e de serviços.

Antunes (2009, p. 101-118) cria a expressão classe-que-vive-do-trabalho que visa a dar contemporaneidade e amplitude ao conceito marxiano de classe trabalhadora. A definição dessa classe trabalhadora.

[...] inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos [...]. Ela não se restringe, portanto, ao trabalho manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado. Sendo o trabalhador produtivo aquele que produz diretamente mais-valia e participa diretamente do processo de valorização do capital, ele detém, por isso, um papel de centralidade no interior da classe trabalhadora, encontrando no proletariado industrial o seu núcleo central. Portanto, o trabalho produtivo, onde se encontra o proletariado, no entendimento que fazemos de Marx, não se restringe ao trabalho manual direto (ainda que nele encontre seu núcleo central). Incorporando também formas de trabalho que são produtivas, que produzem mais-valia, mas que não são diretamente manuais. [...] engloba também os trabalhadores improditivos, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia (Antunes, 2009, p.102).

Essa classe trabalhadora mais ampliada tem uma conformação mais fragmentada, mais heterogênea, mais complexa, mais polissêmica e mais multifacetada. O trabalho mais cognitivo, mais intelectualizado, que Marx delineava como trabalho imaterial ou improditivo, passou a fazer parte de produção e geração de valor (ANTUNES, 2003).

O autor destaca também que o trabalho improditivo abarca uma gama de possibilidades relativa aos assalariados, constituindo-se num segmento em expansão, que são os trabalhadores em serviços. Considera que “[...] todo trabalhador produtivo é assalariado e nem todo trabalhador assalariado é produtivo” (Ibid. p. 102).

Ressalta que há uma crescente imbricação entre trabalho produtivo e improditivo e como a classe trabalhadora incorpora essas duas dimensões, essa noção ampliada parece fundamental para a atualidade.

[...] penso aqui basicamente nos trabalhadores assalariados sem carteira de trabalho, em enorme expansão no capitalismo contemporâneo, e também naqueles que trabalham por conta própria, que prestam serviços de reparação, limpeza etc., excluindo-se, entretanto, os proprietários de microempresas etc. Novamente, a chave analítica para a definição de classe trabalhadora é dada pelo assalariamento e pela venda da sua própria força de trabalho. Por isso a denominamos de classe-que-vive-do-trabalho, uma expressão que procura captar e englobar a totalidade dos assalariados que vivem da venda de sua força de trabalho (Ibid. p. 103).

A classe-que-vive-do-trabalho inclui todos aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando o proletariado rural (assalariados das Regiões da agroindústria); além do novo proletariado fabril e de serviços; os terceirizados;

subcontratados; *part time*<sup>19</sup>; os trabalhadores assalariados da chamada “economia informal”; entre tantas outras formas assemelhadas que se difundem em inúmeras partes do Brasil e do mundo; além dos trabalhadores desempregados (fora do processo produtivo e do mercado de trabalho pela reestruturação do capital). Por outro lado, exclui os gestores do capital (devido ao papel central que exercem no controle, gestão e sistema de mando do capital); altos funcionários (que detém papel no processo de trabalho de mando do capital); os que vivem de juros e especulações; e os pequenos empresários (ANTUNES, 2003) e (Ibid. p. 102-104).

A busca da compreensão do termo “classe-que-vive-do-trabalho” de maneira ampliada, como expressão com sentido aproximado de classe trabalhadora, permite reconhecer as profundas transformações no mundo trabalho, sejam nas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação sindical e política (Ibid. p. 206).

Os profissionais da área da saúde vêm sofrendo consequências das novas configurações do trabalho em saúde, principalmente as relacionadas ao processo de desregulamentação, e os médicos não estão isentos de tais fatos. Esse processo crescente do assalariamento e de novas formas de relações do mercado de trabalho, historicamente, vem sendo assinalado por alguns autores, tais como: Donnangelo (1975) referiu-se às relações entre a Medicina e a produção econômica caracterizando a atenção médica como uma mercadoria suscetível de circular como um autêntico valor de troca, um produto que não desaparece ao ser consumido, elevando assim o nível da força de trabalho. E também, Schraiber (1993) destacando a autonomia e o trabalho em Medicina em que as características do modelo clássico da Medicina e a transformação dessa prática para uma Medicina tecnológica, na qual a inserção do trabalhador (médico) se reconstrói. Assim como, Freidson (2009), que apresentou uma ampla análise sobre a profissão médica, destacando a organização formal de uma profissão, a organização e o desempenho profissional os limites do conhecimento profissional e os limites da autonomia profissional.

Com base nos contextos apresentados dos diferentes autores, no tocante aos médicos enquanto força de trabalho, pode-se compreender que o trabalho médico (como um serviço) tem características específicas e que os distanciam do protótipo industrial. Por outro lado, as incorporações tecnológicas afetam e os diferenciam no mercado de trabalho e alteram a composição dos ganhos. Pode-se dizer que o valor do trabalho de um médico se realiza

---

<sup>19</sup>Trabalho “*part-time*”: Considera-se trabalho em regime de tempo parcial aquele cuja duração não exceda a 25 horas semanais (Art. 58-A da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaoriginal-1->>. Acesso em: 19 dez.2016.

quando presta um atendimento e não quando fica disponível ao trabalho. O produto (serviço) é uma mescla entre trabalho efetivamente realizado e o trabalho potencial (RIBEIRO; SCHRAIBER, 1994).

No que concerne à área de RHS, Vieira (2009, p.343-347) abrange múltiplas dimensões, tais como: a composição e a distribuição da força de trabalho; a formação; a qualificação profissional; o mercado de trabalho; a organização do trabalho; a regulação do exercício do trabalho; as relações de trabalho; além da tradicional administração de pessoal. Aponta as diferentes concepções no transcorrer das décadas.

Na década de 1950, estava associada às análises sobre a formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Na década de 1960, ocorrem estudos para identificar a FTS e posteriormente o processo de institucionalização. Na década de 1970, teve como objetivo central capacitar pessoal de nível médio e elementar, e apoiar a criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, como exemplo, destacou-se o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

A partir da década de 1970, a OPAS demarcou linhas para formulação de educação contínua para equipes de saúde, considerando a necessidade de que os trabalhadores do setor fossem capazes de analisar seu contexto de trabalho, identificar problemas, promover a participação e tomar decisões no processo de trabalho. Na década de 1980, como o mesmo eixo orientador da década anterior, constituiu-se grupos de trabalho na América, objetivando desenvolver novas abordagens de capacitação profissional, com ressaltos a criação do Programa de Desenvolvimento de RHS da OPAS que buscava viabilizar a transformação das práticas de saúde nos serviços, a partir da modificação nas práticas educativas.

No período anterior à formulação do SUS, a área de RHS teve pequena relevância no sistema de saúde nacional. A partir da *VIII Conferência Nacional de Saúde*, a área de RHS passa a ter relevância, com visibilidade pela complexidade que envolve tal área. Ressaltando, que, no início, as inserções de análise eram restritas à temática de formação de pessoal, e as questões de planejamento da força de trabalho, mercado de trabalho e regulação do exercício do exercício profissional eram apenas momentâneas. Demonstrando o caráter fragmentado e limitado da área de RHS.

Na década de 1990, a dimensão da gestão do trabalho em saúde, integrante do campo de RHS, ganha visibilidade, no contexto das flexibilizações das relações de trabalho, traduzido pelas precarizações das relações de trabalho, falta de regulação do sistema de ingressos nos serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de uma política setorial e de carreira que comprometem a profissionalização dos trabalhadores.

Nas décadas atuais, busca-se um redirecionamento, a área de RHS é considerada uma das áreas mais complexas no SUS, reposicionando a necessidade de um resgate da gestão do trabalho em saúde como política pública e da necessidade de valorização profissional e da regulação das relações de trabalho. Em 2002, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, explicita o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força e trabalho em saúde no país.

No momento atual, apontando para um possível deslocamento da tradicional área de RHS em direção a uma concepção mais ampliada e integrada da gestão e da qualificação do trabalho no SUS.

No tocante às Conferências Nacionais de Recursos Humanos, os conceitos de força de trabalho e recursos humanos adotados de forma distinta. Na *I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde* (1986), foi proposta uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, visando à implantação do SUS. As reivindicações dos trabalhadores da saúde pautaram-se: (1) na falta de incentivo para a qualificação profissional; (2) na visão burocrática da área de recursos humanos; (3) na baixa remuneração dos trabalhadores; (4) nas desfavoráveis condições de trabalho e (5) na ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários.

Na *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*, em 1993, apresentou contradições na área de RHS, por um lado essa questão era muito valorizada nos documentos, de outro modo, vinha sendo pouco valorizada pelos entes governamentais. O tema central foi os desafios éticos frente às necessidades de saúde em atenção, uma das recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. O fracasso dessa Conferência sobressaiu a situação caótica dos serviços de saúde e das práticas profissionais (VIEIRA, 2009, p.345).

Na *X Conferência Nacional de Saúde*, em 1996, uma das deliberações foi a elaboração do documento denominado Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), uma primeira versão preliminar em 1998 sendo colocada em discussão com vários especialistas. Em 2000, a segunda versão preliminar que também teve outro processo de discussão. Culminando em 2000 com a terceira versão do documento e sendo aprovada na íntegra durante a *XI Conferência Nacional de Saúde*, realizada no mesmo ano. Ressalta-se que, nos princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003), adotou-se o conceito de recursos humanos como um recurso específico; isto é, mais voltado à ação gerencial.

[...] Recursos Humanos é a expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço etc., tais como: recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, entre outros” (BRASIL, 2003, p.27).

Em suma, o perfil do mercado de trabalho com as diversas configurações econômicas e políticas vem intensificando o assalariamento da categoria médica e aprofunda a desregulamentação, e tais fatores são inerentes à lógica capitalista de produção de serviços e bens. Tal cenário se aproxima da concepção de força de trabalho e da expressão classe-que-vive-do-trabalho.

Para a referida pesquisa, elegeu-se a concepção de força de trabalho e, como a pesquisa está inserida na área de conhecimento de Ciências da Saúde, será adotada a terminologia de FTS.

A FTS selecionada para o estudo foram os médicos (especialistas em Patologia), conforme Schraiber (1993, p.26), o trabalho médico está inserido na ordem social capitalista e como o capitalismo aparece como necessidade de tornar-se social (socializado, coletivizado e no conjunto social), a cooperação dentro do processo de trabalho é a forma característica que aquele modo de produção necessita da existência do capital. A Medicina se constitui como trabalho social de marca capitalista sob a forma artesanal de trabalho, ou ao menos na forma de atos individualizados de produção do cuidado médico, tal como surge na prática liberal.

Compreendendo que a integração entre a formação, o mercado de trabalho, os ambientes, incluindo o Estado, sociedade, associações, instituições entre outros, os avanços tecnológicos e seus efeitos no mundo profissional, assim como os conflitos, tornam-se aspectos contemporâneos para estudos na área de FTS de médicos.

O estudo dos médicos especialistas em Patologia pautou-se nos conceitos da sociologia das profissões, cujas principais abordagens sociológicas para análise das profissões estão relacionadas nas seguintes contribuições: a funcionalista, a interacionista e o weberianismo. A funcionalista enfatiza a formação profissional e a constituição dos papéis profissionais como modernização das sociedades, valorizando os profissionais na estrutura social. A contribuição interacionista procura privilegiar uma lógica de processo e buscar circunstâncias que possibilitem a passagem de uma ocupação para uma profissão. A divisão do trabalho é resultado de interações e processos sociais. Para os weberianos, a profissão consiste numa estratégia de fechamento, excluindo os que não possuem diploma e nem credenciamento; ou seja, autorização formal e legal para exercer determinada atividade. Para eles, a profissionalização surge como um mecanismo excludente, capaz de limitar e controlar



a entrada em uma ocupação. Entre as décadas de 1970 e 1980, surgiram novas correntes de pensamento no campo da sociologia das profissões de caráter misto, que passam a ser conhecidas como novas teorias da profissão. Ressaltam o papel dos mecanismos econômicos, tendo como base a teoria marxista, e a questão do poder e das estratégias profissionais, trabalhadas por autores weberianos e por Eliot Freidson (ANGELIN,2010).

A pesquisa está norteadada pelas concepções do sociólogo norte-americano Eliot Freidson, principalmente pelo enfoque de suas contribuições para ampliar a compreensão atual da Medicina como profissão no mundo contemporâneo. Apresenta a profissão como um conceito sociológico central e destaca a organização política e autonomia profissional, que é uma característica singular dessa profissão. Enfatiza as profissões de consulta (que servem seus serviços a uma clientela, devem satisfazer os clientes que estão fora da comunidade ocupacional e, por esse motivo, não devem estar familiarizados nem de acordo com as ideias e práticas profissionais), diferenciando-se das profissões acadêmicas (o trabalhador deve dar satisfações sobre o que faz a seus colegas e a outros trabalhadores de dentro da comunidade ocupacional). Uma profissão cujo exercício é controlado por pares, pelo Estado e pelos clientes (FREIDSON, 2009).

A definição da palavra “profissão” é de difícil consenso, primeiramente observa-se em grupos ocupacionais que se autointitulam profissionais o seu uso mais como um símbolo social. Uma segunda razão refere-se à falta de entendimento sobre certas ocupações consideradas profissões, criando características em comum, numa concepção tão abstrata que impossibilita uma definição como profissão. A terceira e última razão, o interesse pode variar entre os valores culturais ou cognitivos ou dedicação individual. Em suma, as variações de definição são consequências de benefícios diferentes. A organização social é o mais importante elemento que define melhor uma profissão do que normas, atitudes ou éticas, e que, de fato, a organização social tem uma relação mais próxima aos procedimentos com pacientes do que as normas, atitudes e éticas. A Medicina, na concepção sociológica, não é vista apenas pela percepção de uma atividade relacionada com o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas entendida cujo interesse é o homem no trabalho e posteriormente seu conhecimento. A posição da Medicina atual está próxima das antigas religiões de Estado, ela tem um monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é saúde e doença e tratá-la. Além disso, é profundamente reconhecida pelo público, o que reflete o grande prestígio que possui. Não existindo representações de ocupações em competição direta com a Medicina que tenham conseguido posições semelhantes nas formulações de políticas relacionadas à saúde (Ibid. p.24-25).

[...] Medicina, então, nesse uso sociológico, é uma profissão de consulta (*consulting occupation*) que pode servir como descobridora, portadora e executora de algum tipo de conhecimento, mas que não é um conjunto de conhecimentos em si. Além disso, é uma ocupação em primeiro lugar e apenas às vezes uma profissão. Se considerarmos a profissão médica atualmente, fica claro que sua principal característica é sua preeminência. É preeminente não apenas no prestígio, mas também na autoridade relativa à sua especialidade. Isto para dizer que o conhecimento médico sobre doenças e seu tratamento é considerado autorizado e definitivo (FREIDSON, 2009, 25p.).

Em relação à organização política e autonomia profissional, pode-se entender que a característica mais estratégica e preciosa de uma profissão é sua autonomia. Para entender essa autonomia, deve-se compreender o caráter da organização formal da ocupação e sua relação com os interesses políticos do Estado. Uma ocupação poderá ser autônoma e uma profissão pode ser livre sem ter que se submeter à proteção do Estado. O Estado deixa a responsabilidade na profissão para o controle do aspecto técnico do seu trabalho. O Estado é o controle sobre a organização econômica e social do trabalho. Para ser profissão, não pode ser avaliado ou controlado por outras ocupações (Ibid. p.44).

No que diz respeito à divisão do trabalho médico, a profissão médica diferenciou-se e conquistou o direito exclusivo de praticar a Medicina com o apoio do Estado e da própria organização. As atividades de muitas ocupações/profissões na área da saúde são essenciais para os médicos e necessárias para a sua prática, mesmo que ameacem o seu monopólio. Como solução para os médicos, o Estado tornou ilegais certas atividades que poderiam concorrer com a Medicina e concedeu ao médico o direito de dirigir as atividades relacionadas à Medicina.

[...] A divisão do trabalho no setor não profissional pode resultar de uma contingência histórica, do poder econômico e político, da concorrência e das relações puramente interdependentes, ao passo que a divisão do trabalho, em torno de uma atividade fortemente profissionalizada de cura é ordenada politicamente pela profissão dominante. Constitui-se formalmente uma hierarquia (FREIDSON, 2009, 67-70p.).

O médico faz parte de uma ampla divisão técnica do trabalho, por vezes muito genérica ou pouco definida. O que é bem definido é o controle que o médico exerce sobre a divisão do trabalho. As muitas ocupações/profissões na área da saúde estão sob o controle médico; portanto, para compreender a sociologia médica, deve-se também compreender o caráter do trabalho dessas ocupações/profissões na área da saúde.

Com isso, esta pesquisa, além de estudar o médico especialista em Patologia e como o diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia abarca uma força de trabalho de médicos, biomédicos, farmacêuticos, biólogos, técnicos em histologia ou histotécnico, citotécnicos, trabalhadores administrativos, de gestão, de apoio, entre outros, permitirá uma maior

oportunidade de trabalhar com esses conceitos ao compreender a divisão do trabalho médico nessa área.

No que diz respeito às características formais da profissão médica, a distinção mais importante está na autonomia legitimada e organizada, a profissão difere demais ocupações/profissões na área da saúde, por ter adquirido o direito de controlar o próprio trabalho. As profissões têm uma autonomia reconhecida, que inclui o direito exclusivo de controlar; isto é, de incluir o direito de determinar quem pode fazer o trabalho e como deve ser feito. A Medicina consolidou seu *status* profissional desde o surgimento da universidade na Europa até os dias atuais. Na Medicina, observam-se os dois tipos de “profissões”, as de consulta e as acadêmicas, as maneiras de exercer o trabalho se modificam profundamente quando é uma Medicina prática ou acadêmica. Assim como as representações que os médicos fazem de si e de seu trabalho também são diferentes (Ibid., p.93-97).

Segundo Machado (1997), a profissão médica é um estereótipo de profissão com alto grau de autonomia técnica (saber) e econômica (mercado de trabalho). A Medicina, na atualidade, configura-se como uma profissão de sucesso profissional e de reconhecimento, uma profissão de alta adesão de seus membros ao projeto profissional; uma vez médico, raramente abandona-se o ofício. Em boa parte, o sucesso do projeto profissional pode ser explicado por essa adesão dos membros à vida profissional. Poucas são as profissões em que o mundo do trabalho se funde e, por vezes, se confunde com o mundo da vida.

### 3.3.2 Mercado de Trabalho

No tocante ao termo “trabalho”, não tem um único sentido, para a pesquisa foi enfatizado o mercado de trabalho, essas diferenças acabam repercutindo de forma diferenciada no entendimento das configurações do trabalho ao longo da história do Trabalho.

Inicialmente, a origem da palavra “trabalho” vem do latim *tripalium*, termo formado pela junção dos elementos *tri*, que significa três, e *palum*, que quer dizer madeira. *Tripalium* era o nome de um instrumento de tortura constituído de três estacas de madeira bastante afiadas e que era comum em tempos remotos na Região europeia. Originalmente, trabalhar significava ser torturado. Os escravos e os pobres que não podiam pagar os impostos eram os que sofriam as torturas no *tripalium*. Então, assim, quem trabalhava eram as pessoas destituídas de posses (ETIMOLÓGICO, 2017).

Diferenciando do termo “emprego”, cuja origem da palavra, surge do latim *implicare*, que significa juntar, unir ou enlaçar. Originalmente *implicare* designava o ato de envolver

alguém em determinada situação, reunião ou ato. Com o passar do tempo, essa palavra começou a ser utilizada para caracterizar as condições das pessoas que se ocupavam com um trabalho fixo. Dessa forma, empregar uma pessoa é manter uma relação e envolvimento contínuo, baseado em um ponto em comum e de interesse, que é o trabalho; ou seja, ocupação remunerada (ETIMOLÓGICO, 2017). Assim como, na CBO, emprego ou situação de trabalho é definido como um conjunto de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício (CBO, 2017).

Na trajetória histórica do modo de produção e trabalho, podem ser observadas as diferentes concepções do trabalho, conforme apresentadas a seguir. O modo de produção e trabalho primitivo (período da pré-história até 3.500 a.C.) tinha como características: sem classes sociais ou econômicas; trabalho coletivo para a subsistência, organizado de acordo com as necessidades sociais (caça, pesca, colheita e divisão dos alimentos na tribo); divisão baseada em gênero, aos homens eram atribuídos principalmente o trabalho da caça/pesca/colheita e as mulheres, o trabalho de colheita, cultivo agrícola, entre outros; com a descoberta da agricultura, houve modificações dos grupos e uma das transformações surgiu a propriedade privada e o aparecimento de classes sociais.

No modo de produção e trabalho escravista (período da Idade Antiga entre 4.000 a.C a 3.500 a.C até 476 d.C.), as principais particularidades foram: o surgimento da propriedade privada; a divisão de classes sociais (donos das terras e os escravos); os escravos eram propriedades do Estado e cedidos aos nobres para trabalho nas terras; comercialização dos escravos e precárias condições de vida e trabalho dos escravos.

No que se refere ao modo de produção e trabalho no feudalismo (Idade Média entre século V e XV), as características gerais foram: o poder descentralizado; o trabalho servil; a economia baseada na agricultura de subsistência; a economia sem comércio com predomínio de troca; limitações da produtividade e rendimento da agricultura; e a divisão e organização em feudos. A sociedade feudal era composta pelo clero, nobres e servos. O clero era composto por religiosos com grande poder político. Os nobres, também chamados senhores feudais, tinham a função de guerrear e exerciam poder político sobre as classes sociais. Os servos significavam a maioria da população, sofriam exploração, pagavam tributos aos nobres pelo uso da terra e estavam presos aos senhores feudais. O feudalismo tem seu apogeu no século XIII e, a partir de então, iniciam-se as transformações, tendo seu fim na Europa no século XV.

No que diz respeito ao modo de produção e trabalho capitalista, surgiu na Idade Moderna (entre os séculos XV e XVI) até II (Idade Contemporânea). O capitalismo é um modo de produção que apresenta atributos como: constituindo-se na divisão da sociedade em duas classes essenciais, uma a dos proprietários dos meios de produção, indivíduos ou sociedades, que compram a força de trabalho para fazer funcionar. A outra, são os trabalhadores assalariados que vendem a sua força de trabalho. Além disso, a propriedade privada pela burguesia; o trabalho assalariado; as classes sociais; acúmulo de capital e aquisição de bens.

No modo de produção e trabalho capitalista, ressaltam-se alguns ciclos importantes que impactaram nas diferentes configurações do trabalho ao longo dos anos. No Mercantilismo (entre o século XVI e XVIII), período das grandes navegações e expansões marítimas da Europa, na busca de riquezas que resultou em intensas explorações com busca de lucros; uma força de trabalho assalariada; um sistema monetário; e expansão das desigualdades sociais.

Na era Industrial, em que a Revolução Industrial representou um conjunto de mudanças que aconteceram inicialmente na Europa nos séculos XVIII e XIX, a principal característica foi a substituição do trabalho artesanal pela força de trabalho assalariada e com uso de máquinas. Foi um momento marcante do ponto de vista econômico, político e social. No capitalismo industrial, como fatos marcantes em relação ao trabalho, destacaram-se: o fortalecimento do capitalismo; o trabalho assalariado; como benéficos permitiu agilidade nos processos produtivos e aumento das margens de lucro; por outro lado, acarretou o desemprego; baixos salários; péssimas condições de trabalho; uma classe social que vendeu sua força de trabalho como uma mercadoria, a fim de conseguir um salário que permitisse sobreviver.

Para Marx, o capitalismo baseava-se na relação entre trabalho assalariado e capital, na produção do capital por meio da espoliação do valor dos trabalhadores pelos donos dos meios de produção. A esse fenômeno, Marx deu o nome de mais-valia. Neste contexto cabe destacar a definição de Marx (2013) sobre trabalho:

[...] O trabalho é, antes de tudo um processo entre homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [...]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2013, p. 255).

Os sistemas produtivos foram se aprimorando no capitalismo, como o Taylorismo<sup>20</sup>, Fordismo<sup>21</sup> e o Toyotismo<sup>22</sup>. Todavia, cabe salientar a crise do binômio Taylorismo/Fordismo e a propagação do Toyotismo na reestruturação produtiva. Segundo Antunes (2009, p. 31-47), esse padrão produtivo (Taylorismo/Fordismo) foi baseado em trabalho fragmentado, na decomposição das tarefas, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades. No cenário econômico existente à época, fazia-se necessário racionalizar ao máximo as atividades realizadas pelos trabalhadores, com isto, reduzindo tempo e aumentando o ritmo de trabalho o que caracterizava uma das formas de exploração. Então, a fusão do Taylorismo ao Fordismo representou a forma mais avançada da racionalização capitalista do processo de trabalho ao longo do século XX e prevalecendo intensamente a mais-valia retirada pelo prolongamento da jornada de trabalho. No final da década de 1960 e início da década de 1970, ocorreu a explosão do chamado operário-massa caracterizado pela perda de destreza e pela desqualificação repetitiva de suas atividades. A força de trabalho era destituída de qualquer participação na organização do processo de trabalho, resumia-se a uma atividade repetitiva e desprovida de sentido e era apenas chamada para as correções dos erros e enganos cometidos.

---

<sup>20</sup>Taylorismo: Modelo de administração desenvolvido pelo engenheiro norte-americano Frederick Taylor (1856-1915). Baseado em 5 princípios: (1) planejamento (substituição dos métodos empíricos e improvisados por métodos científicos e testados); (2) seleção (seleção dos trabalhadores para suas melhores aptidões e treiná-los para cada cargo); (3) controle (supervisionar se o trabalho está sendo executado como foi estabelecido); (4) execução (disciplinar o trabalho); (5) singularização das funções (o trabalhador fazendo somente uma etapa do processo de montagem do produto).

<sup>21</sup>Fordismo: Termo criado em 1914 por Henry Ford (1863-1947) empresário norte-americano, referente ao sistema de produção em massa e gestão. O Fordismo foi o sistema de produção que mais se desenvolveu no século XX, sendo responsável pela produção em massa. Pautou-se em 3 princípios: (1) Princípio de intensificação (diminuição do tempo com o uso de equipamentos para uma rápida colocação do produto no mercado); (2) Princípio de economicidade (consiste em reduzir ao mínimo o volume do estoque da matéria-prima em transformação); e (3) Princípio da produtividade (consiste em aumentar a capacidade de produção do homem no mesmo período). Na década de 1980, o Fordismo entrou em declínio com o surgimento do Toyotismo.

<sup>22</sup>Toyotismo: É um sistema de produção surgido no Japão, desenvolvido pela Toyota. Os engenheiros japoneses Taiichi Ohno (1912-1990), Shigeo Shingo (1909-1990) e Eiji Toyoda (1913-2013) desenvolveram o sistema entre 1948 e 1975. A característica principal desse modelo é a flexibilização da produção. O sistema é formado por 4 regras: (1) todo trabalho deve ser altamente especificado no seu conteúdo, sequência, tempo e resultado; (2) toda relação cliente-fornecedor (interno e externo) deve ser direta, com um canal definido e claro para enviar pedidos e receber respostas; (3) o fluxo de trabalho e processo para todos os produtos e serviços deve ser simples e direto; e (4) qualquer melhoria deve ser feita pelo método científico, sob a coordenação de um orientador e no nível mais baixo da organização.

Com o avanço tecnológico cada vez mais ocorrendo, aflorava a necessidade da reorganização capitalista para novos processos de trabalho e, conseqüentemente, uma força de trabalho modificada. Passou então a busca de que um trabalhador que raciocina no ato do trabalho e conhece os processos tecnológicos e econômicos, tornando-se um trabalhador polivalente; isto é, cada trabalhador pode realizar um maior número de operações, substituir e auxiliar em outras. Aumentando a capacidade de produção e trazendo benefícios ao capitalismo.

O quadro crítico em decorrência da crise do Taylorismo/Fordismo desencadeou várias transformações, entre elas, modelos alternativos que foram criados, como por exemplo, o Toyotismo. As diferenças entre o Toyotismo e o Fordismo são sobretudo: (1) produção vinculada à demanda, variada e heterogênea que difere da homogeneidade fordista; (2) multivariada de funções o que o diferencia do fordismo; (3) processo produtivo flexível; (4) melhor aproveitamento do tempo de produção; (5) os estoques são mínimos e utilização de senhas para reposição; (6) as empresas, inclusive as terceirizadas, têm uma estrutura horizontalizada, ao contrário da verticalizada fordista; (7) possuem círculos de controle de qualidade; (8) emprego vitalício.

Essas mudanças, com a inclusão do Toyotismo, apresentam entendimentos diferenciados; se por um lado, possibilitavam o aparecimento de um trabalhador mais qualificado, participativo, multifuncional, polivalente e qualificando com características inovadoras; por outro lado, não ocorreu efetivamente a implantação do Toyotismo na sua essência e sim como medida alternativa, que reconfigurava um mercado de trabalho muito mais favorável ao empregador do que ao trabalhador.

Demonstrando que a considerada nova organização do trabalho de fato não ocorreu, além disso, as mudanças que estão afetando o mundo do trabalho resultam de fatores históricos e geográficos e não somente de novas tecnologias e do processo de desenvolvimento organizacional.

Além disso, outro ponto ressaltado é a diminuição da oferta de empregos, haja vista que o processo de trabalho também se flexibiliza e, ao longo do processo produtivo, um mesmo trabalhador realiza diversas funções, diferentemente do Fordismo, em que o trabalho era mecânico e repetitivo. Isso serviu para ampliar o desemprego no setor secundário da economia (que é o setor das indústrias) e transferir a mão de obra para o setor terciário (o setor de serviços), no qual os empregos se concentram mais na distribuição de mercadorias do que propriamente em sua produção. Em suma, o Toyotismo, em linhas gerais, pode ser

considerado como o sistema responsável pela terceirização da economia, e que está em ascensão no mundo.

Com os avanços tecnológicos do século XX e XXI, a era da Informação surge após a era Industrial, em especial após a década de 1980. Como elementos de mudanças, ressaltam-se a globalização; as novas Tecnologias da Comunicação e da Informação; hiperinformação; hipercompetição; novos atores globais; novos produtos; novos tipos de gerenciamento administrativo; novos formatos organizacionais; novas configurações do trabalho; entre outros.

Antunes et al. (2006, p.15-25) destacam que foram profundas as transformações ocorridas no capitalismo no Brasil, particularmente na década de 1990, onde se desenvolveu a reestruturação produtiva do capital, por meio da implantação de vários elementos de mudanças, como o Toyotismo, as formas de subcontratação, de terceirização, entre outras. A flexibilização e a desregulamentação dos direitos sociais, bem como a terceirização e as novas formas de gestão da força de trabalho, estão em curso. Para os capitais produtivos, tanto nacionais quanto internacionais, interessa a mescla entre os avanços tecnológicos com a força de trabalho qualificada, polivalente, multifuncional, que esteja apta para operar os equipamentos, porém recebendo salários inferiores além dos direitos sociais flexibilizados.

Conforme Druck (2006, p. 55-73), a caracterização de uma nova fase do capitalismo contemporâneo, também denominado de flexível ou de acumulação flexível, tem a precarização como uma estratégia de dominação e considera que a precarização do trabalho constitui um novo fenômeno no Brasil:

[...] suas principais características, modalidades e dimensões sugerem um processo de precarização social inédito nas últimas duas décadas, revelado pelas mudanças nas formas de organização/gestão do trabalho, na legislação trabalhista e social, no papel do Estado e suas políticas sociais, no novo comportamento dos sindicatos e novas formas de atuação de instituições públicas e de associações civis (DRUCK, 2006, p. 55).

Uma precarização que atinge a todos indiscriminadamente, em que as formas diferem em grau e intensidade, mas numa condição permanente. A flexibilização e a precarização do trabalho, apesar de apresentadas separadamente formam são um só processo pelo plano econômico. A precarização social do trabalho no Brasil está caracterizada por: (1) atingir todas as Regiões do país independente do desenvolvimento; (2) está presente tanto nos setores dinâmicos (p. ex. industrial) quanto nas formas mais tradicionais do trabalho informal (p. ex. trabalhadores autônomos); (3) atinge trabalhadores mais qualificados quanto os menos qualificados. Em suma, a precarização se estabelece e se institucionaliza como um processo



social que instabiliza e cria uma permanente insegurança e instabilidade no trabalho, fragiliza os vínculos e impõe perdas dos mesmos.

A terceirização é disseminada a todos os tipos de atividades e setores. No setor público, ocupa lugar estratégico na reforma do Estado, a partir dos anos de 1990 com a ampliação da flexibilização/precarização. Deu-se por meio de programas de demissão voluntária; do congelamento de salários; e da suspensão de concursos públicos. As modalidades de terceirização mais encontradas nesse setor são: contratação de estagiários; cooperativas (principalmente no setor saúde); organizações não governamentais (ONG); organizações sociais (transferência de serviços públicos para o setor privado). No setor privado, a terceirização expandiu-se para todas as áreas, destacando-se os bancos e os *call centers*. No setor industrial, a terceirização ocorreu inicialmente nos setores de limpeza, vigilância, alimentação e outros, e propagou-se gradativamente para todas as áreas, sem distinção entre atividade-fim e atividade-meio.

E também, surgem novas modalidades de terceirização, a partir de 2000, destacando-se as cooperativas (trabalhadores na condição de associados/cooperativados que prestam serviços às empresas, mas sem vínculos empregatícios entre as empresas e os trabalhadores) e as microempresas individuais (processo de contratação de trabalhadores que redefiniram sua personalidade jurídica, sem vínculos empregatícios, assumem os custos, e os direitos trabalhistas, adotando uma característica de trabalhador-empresa). Ambas as modalidades transferem para os trabalhadores os custos da responsabilidade social legal e econômica da atividade, assim como os direitos trabalhistas.

No que se refere às vinculações existentes entre o trabalho e as novas exigências da lei do valor, Antunes (2009, 119-134) destaca o valor-trabalho pela modificação da ciência em principal força produtiva e apresenta duas contribuições sobre as concepções do trabalho:

[...] estabelece, então, um complexo processo interativo entre trabalho e ciência produtiva, que não leva (e não pode levar) à extinção do trabalho vivo e de sua potência constituinte sob o sistema de metabolismo social do capital. Esse processo de retroalimentação impõe ao capital a necessidade de encontrar uma força de trabalho ainda mais complexa, multifuncional, que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada, ao menos nos ramos produtivos dotados de maior incremento tecnológico (Ibid. p. 123-124).

[...] O trabalho é, portanto, um momento efetivo de colocação de finalidades humanas, dotado de intrínseca dimensão teleológica. E, como tal, mostra-se como uma experiência elementar da vida cotidiana, nas respostas que oferece aos carecimentos e necessidades sociais. Reconhecer o papel fundante do trabalho na gênese e no fazer-se do ser social nos remete diretamente à dimensão decisiva dada pela esfera da vida cotidiana, como ponto de partida para a genericidade para si dos homens (Ibid. p. 166).

De Souza (2010) aponta que a questão mercado de trabalho transpõe aspectos como o profissionalismo dos serviços prestados; as garantias legais de prática profissional; a clientela e as leis regulatórias da prática profissional. A dinâmica da sociedade contemporânea e as novas configurações do trabalho refletem em profundas transformações vivenciadas no mundo do trabalho nas últimas décadas. Essas transformações são consequências de um conjunto de modificações nos processos de trabalho, nos padrões e hábitos de consumo, nas inovações tecnológicas e nas relações de mercado.

A intensificação dos processos de terceirizações e flexibilizações tem se tornado cada vez mais evidente no cenário brasileiro, e a força de trabalho assumindo cada vez mais uma nova conformação que se manifesta na intensificação dos ritmos e processos de trabalho e, conseqüentemente, aumentam a deterioração das condições de trabalho, da precarização e fragilização do emprego e do salário, permitindo que a incorporação da lógica flexibilizadora (mecanismos flexíveis para gerenciar o processo de produção de bens e serviços num contexto de economia) seja a norteadora no mundo do trabalho, impondo um processo de desregulamentação do trabalho.

Ressalta-se o fato de que a FTS tem vivenciando no cotidiano o processo de desregulamentação do trabalho, demonstrado pela desestruturação dos serviços, na descontinuidade das ações, na intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, nas baixas remunerações, na alta rotatividade, não qualificação da força de trabalho, e nas precárias condições de trabalho que comprometem a qualidade do trabalho oferecido à população.

Esse processo de desregulamentação do trabalho acaba atingindo a todos os trabalhadores, sejam eles do setor industrial ou dos serviços; embora respeitando as particularidades dos processos, das relações e da organização do trabalho específico de cada atividade. No setor público de saúde, a incorporação da lógica de lucratividade, a influência adoção de condutas terapêuticas de elevado custo com crescente tendência de uma “hipertecnificação” da profissão em saúde, em detrimento do contato humano com os usuários e seus familiares.

As evidências dessas modificações estão presentes na crescente diversificação de sua força de trabalho no setor, a partir do momento em que se ampliou o leque das profissões de saúde e de novas especialidades. Ressalta-se o fato de que, no setor saúde, a incorporação de novas tecnologias não implica substituição dos processos em uso, mas o acúmulo de novos e antigos mecanismos, indicando que a inovação tecnológica não suprime o uso da força de trabalho.

Como o tema trabalho está relacionado com o trabalho em saúde e a profissão médica, os mesmos são apresentados a seguir. Em relação ao trabalho em saúde, ressalta-se o desafio de compreender todas essas novas configurações do trabalho e fazendo a distinção de um trabalho tipicamente fabril/industrial, de outro vinculado ao setor de serviços, como o caso da saúde.

O trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Um único trabalhador não é capaz de atender às necessidades de saúde do usuário, que é o objeto real do trabalho em saúde. O trabalho de trabalhador depende do trabalho do outro. No processo de trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor (trabalhador em saúde), com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias), com o agente consumidor (usuário) (MERHY; FRANCO, 2009).

O trabalho em saúde e seus produtos na saúde podem ser exemplificados pelo trabalho do médico:

[...] O trabalho em saúde pode ser percebido, usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só tem materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico [...] utiliza-se das três valises, arranjando-se modo diferente uma com a outra, conforme seu modo de produzir o cuidado (MERHY; FRANCO (2009, p.431).

Conforme Peduzzi e Schraiber (2009), “[...] o conceito processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde; ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde [...]”. Ressalta-se que, na atualidade, o conceito de processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo de processos de trabalho específicos das diferentes áreas do campo da saúde (práticas e profissionais); nas pesquisas e intervenções sobre à saúde; gestão em saúde; modelos assistenciais; trabalho em equipe de saúde; cuidado em saúde; entre outros. Assim como, as incorporações tecnológicas, o desemprego, a flexibilização e precarização do trabalho que ocorrem no mundo do trabalho e se reproduzem no setor saúde.

Peduzzi (2002), na análise das mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde, considera que de um lado a complexidade dos componentes do trabalho em saúde requerem ao mesmo tempo o aprofundamento do conhecimento especializado e sua integração, assim como a introdução de novos modelos organizacionais/gerenciais e a constante inovação e incorporação tecnológica. Além do mais, notam-se algumas mudanças: (1) o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde; (2) o

redimensionamento da autonomia profissional diante da necessidade de recomposição dos trabalhos especializados; e (3) as necessidades de garantir maior e permanente qualificação profissional para o conjunto dos trabalhadores em saúde. Pondera que as mudanças no mundo do trabalho na sociedade globalizada destacam o aparecimento de um trabalhador polivalente e multiprofissional. Esse novo trabalhador, em um novo ambiente tecnológico e organizacional, necessita de uma qualificação que inclua múltiplos aspectos. Essa tendência de uma maior qualificação dos trabalhadores é decorrente de que o produto depende cada vez menos de operações diretas do trabalhador individual, e cada vez mais de trabalhos coletivos articulados e de uma relação homem/máquina. Ressalva que o trabalho em saúde se configura como trabalho reflexivo, destinado a prevenção, a manutenção ou restauração da saúde.

No tocante à profissão médica, inicialmente é importante diferir uma profissão de uma ocupação profissional. Segundo, Freidson (2009, p.93) “uma profissão, no sentido mais elementar do termo, é um grupo de pessoas que desempenham um conjunto de atividades do qual tiram a maior parte de sua subsistência, estas atividades denominam-se trabalho”.

A distinção mais importante que a profissão difere da ocupação refere-se à autonomia legitimada e organizada, por ter adquirido o direito de controlar o próprio trabalho. Essa autonomia é reconhecida, inclui o direito exclusivo de determinar quem pode, legitimamente, fazer o trabalho e como deve ser feito. Outro aspecto é de que a organização social define melhor uma profissão do que as normas, atitudes ou ética e que, de fato, a organização social tem uma relação mais próxima aos procedimentos com pacientes do que as normas, atitudes ou ética (Ibid. p.24-25).

No que diz respeito à ocupação (CBO, 2017), é um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos estudiosos da área. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho. E também a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas.

A profissão médica tornou-se uma profissão de consulta<sup>23</sup> e atingiu a força e a estabilidade que a caracterizam com relevância. A origem do controle da Medicina sobre o seu próprio trabalho é de caráter político, envolvendo a ajuda do Estado no estabelecimento e na preservação da primazia da profissão. A característica mais estratégica e preciosa é a autonomia, decorrente de sua relação com o Estado, sem o qual ela não é, autônoma. A

---

<sup>23</sup>Profissão de consulta (*consulting occupation*): que pode servir como descobridora, portadora e executora de algum tipo de conhecimento, mas que não é um conjunto de conhecimentos em si (FREIDSON, 2009, p.25).

profissão é a única instância competente para julgar um comportamento diferente do padrão, ela é ética o suficiente para controlar o comportamento e para autorregular. Sua autonomia é justificada e testada pela autorregulação. Além do mais, a Medicina tem um monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é saúde e doença e trata-la. Ela é altamente reconhecida pelo público, o que reflete o grande prestígio que possui (FREIDSON, 2009).

No tocante aos limites da autonomia profissional, o conteúdo do trabalho profissional, não pode ser, de forma alguma, separado da organização econômica e social. O mesmo modo de remuneração pode ter consequências diferentes de acordo com o meio onde o trabalho se desenvolve.

[...] a profissão não pode insistir em ter liberdade e autonomia no mercado e ao mesmo tempo ter a proteção de um monopólio: nos limites de um monopólio, um mercado livre significa simplesmente uma permissão para exercer a profissão sem que os consumidores tenham os benefícios econômicos da concorrência. Se a profissão não regulamenta a prática econômica de seus membros, sua autonomia não pode deixar de violar o interesse público, e sua moralidade não pode deixar de ser comprometida (FREIDSON, 2009, p.395).

Para Ribeiro e Schraiber (1994), o trabalho médico enquanto um serviço faz com que tenha determinadas características específicas que, por um lado, tem o distanciamento do modelo industrial; mas, por outro, agrupa progressivamente uma grande dimensão de inovações tecnológicas. Essas inovações afetam a diferenciação no mercado de trabalho e interferem no próprio processo de trabalho, inclusive comprometendo a autonomia.

De acordo com Schraiber (1993, p. 131-146), que analisou as características do modelo liberal clássico da Medicina e a transformação dessa prática na constituição de uma Medicina tecnológica, na qual faz necessária a reconstrução desse trabalhador (médico). A repercussão das transformações está na superação da Medicina liberal por formas de organização dos serviços que se apresentam como alternativas, até mesmo para a própria incorporação das novas tecnologias que a categoria médica demande. Como resultado, tende a desaparecer seu monopólio na definição dos serviços à medida que, para o médico individual (p. ex. prática de consultório), o resultado expressivo estará na perda de controle sobre integrantes da produção do trabalho: seus instrumentos, a clientela e o preço da remuneração do trabalho. Nesse movimento de retração da situação da prática liberal no mercado, ocorre uma reordenação da autonomia.

A reordenação acontece com a chamada autonomia relativa, em outras palavras, o médico individual que além controle parcial dos meios de trabalho e/ou da clientela, tenta reproduzir o trabalho com uma organização e uma atuação semelhante à forma liberal de

produção dos serviços e na busca do trabalho tradicional. Assim como a autonomia contemporânea, quase empresarial, que ocorre no consultório privado, nas clínicas, nas cooperativas, nos espaços hospitalares, entre outros, é uma das alternativas. Mesmo transformadas, essas situações de autonomia (maior ou menor extensão e qualidade) continuam sendo situações de maior renda e maior prestígio profissional, conseqüentemente, persistem enquanto ideal de trabalho.

Conforme Machado (1997), que aponta que a profissão médica é um estereótipo de profissão com alto grau de autonomia técnica (saber) e econômica (mercado de trabalho). Ter liberdade de pensar, de agir e de estipular o valor monetário de seus serviços é o preceito fundamental de uma típica atividade liberal. E a Medicina se enquadra neste tipo ideal-liberal.

Da mesma forma, a autoridade profissional acaba por definir uma relação produtor-consumidor. A Medicina configura-se como uma profissão de grande sucesso profissional e de reconhecimento mundial, com alta adesão de seus membros ao plano profissional; isto é, uma vez médico, raramente abandona-se o ofício.

Além disso, as mudanças que ocorrem na profissão médica não se referem apenas àquelas observadas na capacidade de realizar o trabalho com autonomia ou mesmo nas relações do mercado de trabalho. Outras importantes alterações, como por exemplo, a urbanização, o rejuvenescimento, a feminilização estão ocorrendo na profissão, afetando especialmente sua estrutura sociodemográfica e transformando o perfil médico.

### 3.3.3 Formação

O processo de formação médica é uma área rica e vasta de conhecimentos e saberes que englobam diferentes aspectos envolvidos com essa formação. Para a pesquisa, optou-se em circunscrevê-la na parte referente à Residência Médica, com ênfase em Patologia.

No mundo ocidental, em meados do século XIX gradualmente, os especialistas médicos foram sendo reconhecidos como parte integrante da Medicina acadêmica, além da chegada da Revolução Industrial. Os sistemas de saúde do mundo dependem das especialidades médicas e dos custos a elas relacionados; aqui, três fatores se destacam: (1) a especialidade médica é responsável por importante parcela dos custos dos serviços de saúde; (2) o acesso às especialidades médicas e superespecialidades médicas é altamente valorizado pelos pacientes; (3) a própria profissão médica sobrevaloriza as especialidades em relação à Medicina Geral (GIRARDI, 2012).

O surgimento das especialidades médicas três países se destacaram: França, Inglaterra e Estados Unidos. Na França (Paris), foi em decorrência do surgimento de pesquisa médica em instituições de ensino e em hospitais. Além do que, após a Revolução Francesa, se reorganizou formando duas categorias: os *médecins* (egressos das faculdades e portadores de doutorado) e os *officiers de santé* (treinamento prático). A cirurgia tornou-se uma especialização da Medicina e se desenvolveu com base: na estrutura hospitalar, com incorporação do exame físico; de cirurgiões ao corpo médico; e o desenvolvimento da anatomia patológica. Na Inglaterra (Londres), desenvolveu-se fora do âmbito de ensino e pesquisa sendo construído em volta de cuidados de doenças específicas e não no âmbito somente da pesquisa. A unificação da Medicina moderna ocorreu na metade do século XIX, em convívio com a organização das ordens médicas dos físicos, dos cirurgiões e dos apotecários (atividades comerciais de fabricação e comercialização de medicamentos). Numa escala hierárquica, os físicos estavam no topo e os apotecários nas bases, garantida a lei a cada um. A organização da Medicina inglesa mudou no século XX, mas foi o surgimento de especializações combinando a clínica geral com a cirurgia (p. ex. oftalmologia) é que extinguiu a distinção entre físicos e cirurgiões. O mercado de trabalho fez emergir a distinção entre especialistas e generalistas. Nos Estados Unidos, caracterizou-se pela relação da especialidade médica com a pesquisa e inovação. E também, foi marcada pela luta dos médicos regulares para excluïrem do mercado de trabalho tantos os práticos quanto os religiosos de seitas curativas que surgiram no século XIX. Além disso, alguns fatores contribuíram com o surgimento das especialidades médicas no país: ter uma política descentralizada com uma competitividade profissional favorecendo as especialidades; criação em 1847 do *American Medical Association* envolvido com a pesquisa, formação e especialização; abertura de hospitais privados gerando competitividade entre especialidades; grande volume de Escolas de Medicina privadas competindo por estudantes bem diferentes da realidade da Europa. Ressalta-se que os Estados Unidos levaram uma abordagem mais prática da especialidade médica (BELLODI, 2003, p. 38-44) e (GIRARDI, 2012).

No Brasil, há um crescente de especialidades médicas, amparado pela eficácia e racionalidade técnica, acaba encontrando apoio na sociedade e no complexo econômico industrial da saúde, por outro lado, acaba estimulando a especialização precoce do estudante de Medicina. Conseqüentemente, os médicos, sem pormenorizar, estão se formando dependentes por um mercado cada vez mais competitivo e por um modelo de ensino que favorece e estimula a opção prematura por uma especialidade (MACHADO, 1997, p. 59).

No Brasil, há duas maneiras reconhecidas pelo CFM do médico tornar-se especialista; uma pela Residência Médica, que constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981a); e outra, pela prova de TE (CFM, 2002).

A regulação das especialidades médicas no país cabe à CNRM do Ministério da Educação, que organiza os PRM. Ao CFM, cabe regular e fiscalizar o exercício da Medicina, e a AMB de representar as Associações Médicas de cada Estado e as Sociedades de Especialistas, que são órgãos de representação política e científica de cada especialidade (BRASIL, 1977).

A especialidade médica em Patologia possui formação de três anos, e tem como requisitos mínimos do PRM em Patologia: a Necropsia; a Patologia Cirúrgica e a Citopatologia. Essa especialidade médica tem como área de atuação a Citopatologia, com formação de um ano, opcional em PRM em Patologia, Concurso do Convênio AMB com a SBC e como requisito TE em Patologia pela AMB (CFM, 2012) e (CFM, 2016b).

A escolha da profissão de Medicina não termina no momento da opção da carreira, não basta apenas ser médico, requer a especialização, seja por conta dos conhecimentos científicos, seja pelo mercado de trabalho. Um aspecto a ser destacado refere-se à escolha da especialidade médica, que fica entre a escolha da preferência (interesse no futuro) e a escolha como compromisso já firmado por uma inscrição em um PRM. Existe uma multiplicidade de fatores de influência numa escolha de especialidade, tais como: dados sociodemográficos, o momento e a estabilidade da escolha, aspectos acadêmicos, as características da personalidade quanto às opiniões e atitudes e atitudes diante de diferentes especialidades médicas (BELLODI, 2003, p. 48).

Segundo PETTA (2013), sabe-se que as especialidades médicas induzidas pelo Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) não são na atualidade as mais procuradas pelos recém-formados. A maioria deles procura as especialidades que agregam procedimentos, elevando, assim, a remuneração; que não necessitam de dedicação e envolvimento contínuo com os pacientes; e têm maior prestígio social. Dessa forma, a Medicina de Família e Comunidade, e a Pediatria, por exemplo, possuem diversas vagas ociosas no país e foram especialidades priorizadas pelo programa.



### 3.3.4 Patologia

A Patologia, estudo (*logos*) da doença (*pathos*), está voltada ao conhecimento das alterações estruturais, bioquímicas e funcionais nas células, tecidos, órgãos que fundamentam a doença. Por intermédio do uso de técnicas moleculares, microbiológicas e morfológicas, a Patologia elucida as razões e causas dos sinais e sintomas manifestados pelos pacientes enquanto fornece uma base racional para a terapia e o cuidado. Estabelece a ligação entre as ciências básicas e a Medicina Clínica e pode ser considerada a base científica para toda a Medicina. O estudo da Patologia é dividido em Patologia Geral (focada nas reações das células e tecidos aos estímulos anormais herdados, que são as principais causas das doenças) e em Patologia Sistêmica (examina as alterações em tecidos e órgãos especializados que são responsáveis por distúrbios que envolvem esses órgãos). As quatro dimensões de um processo de doença que formam a essência da Patologia são: sua causa (etiologia), os mecanismos do seu desenvolvimento (patogenia), as alterações bioquímicas e estruturais ocorridas nas células e órgãos do corpo (alterações moleculares e morfológicas) e as consequências funcionais dessas alterações (manifestações clínicas) (ROBBINS; COTRAN, 2010).

A trajetória histórica da Patologia não teve o objetivo de apresentar uma pesquisa histórica do tema, pois tal fato envolve uma complexidade de estratégias metodológicas que lidam, por exemplo, com uma abordagem sistêmica de acontecimentos sociais, manifestações culturais, hábitos e simbologias, entre outras. O intuito foi apresentar de forma simplificada fatos históricos que assinalaram a trajetória da Patologia e sua importância na incorporação de novos conhecimentos na área da saúde e também contribuir com a compreensão dessa especialidade médica. Para uma melhor exposição do tema, é apresentada por fases.

#### a) Fase Humoral (Idade Antiga – final da Idade Médica)

A fase Humoral envolveu o intervalo de tempo entre a Idade Antiga (4.000 a.C até 476 d.C) e a Idade Média (entre os séculos V e XV). O mecanismo da origem das doenças era explicado, nessa fase, pelo desequilíbrio de humores (sangue, catarro, bÍlis negra e amarela originadas no coração, cérebro e baço respectivamente) e a doença seria a consequência de uma mistura incorreta, desses humores (teoria dos humores). Além dos fatos e concepções místicas tão marcantes nesse período.

Em destaque, Hipócrates (460 a.C – 370 a.C), de origem grega e membro de uma família que durante várias gerações praticavam os cuidados em saúde. Respeitado por muitos como uma das figuras mais importantes da história da Medicina, considerado o "pai da medicina", apesar de ter desenvolvido tal ciência tempos depois do Egito antigo. A visão

hipocrática de saúde baseava-se na teoria dos humores. As suas contribuições foram importantes para a anatomia e patologia e as ideias tiveram enorme impacto na Medicina grega e romana. Os escritores hipocráticos deixaram descrições das características patológicas, da inflamação da ferida, de tumores, hemorroidas, malária e tuberculose. Os hipocráticos não foram os únicos médicos na Grécia, também tiveram outras escolas que descreveram e classificaram doenças, órgãos e processos biológicos. Durante 70 anos de Medicina, começando por Hipócrates e terminando com Galeno, existiam várias escolas, denominadas como: dogmatistas, os empiristas, discípulos de Esculápio, os metodistas, e os pneumonistas e muitas não concordaram com a teoria de humores. Realizaram descrições anatômicas de elementos como o olho, a traqueia, o duodeno, e a genitália. Assim como as descrições clínicas do diabetes, da hanseníase e do tétano.

Destacando-se vários deles, entre eles, Aulo Cornélio Celso (25 a.C – 50 a.C), que era um enciclopedista romano e possivelmente médico, escreveu sobre nutrição, farmácia e cirurgia. Também descreveu a epilepsia, procedimentos cirúrgicos como a catarata, consolidação de fraturas e preparação de medicamentos. Escreveu livros clássicos entre eles a publicação da definição clássica de inflamação (dor, calor, rubor e tumor). Seu livro de Medicina foi reconhecido como uma das melhores fontes sobre o conhecimento médico na época.

O período grego culmina com Galeno de Pergaminho (130 d. C – 201 d.C), cada órgão tinha um objetivo especial e uma função especial, assim como Aristóteles defendia a concepção humoral da doença e seus trabalhos sobre anatomia e fisiologia foram extraordinários. Suas teorias dominaram e influenciaram a medicina ocidental por mais de um milênio. Os relatos de anatomia eram baseados em animais (macacos), uma vez que a dissecação humana não era permitida na época. A Patologia no período entre Galeno e a Idade Média foi influenciada pelos médicos árabes. Entre eles, destaca-se Aecio de Amida (502 d.C-575d.C), médico que deixou excelentes descrições de carcinoma do útero, de hemorroidas, condilomas, fissuras e úlceras. No início do século XIV, a Universidade de Bolonha na Itália, a partir do ano de 1270 d.C, foi uma das universidades que se interessou pelos estudos da Anatomia Patológica e introduziu a prática de disseções humanas como parte regular do ensino da Medicina e de aspectos legais da morte (VAN DEN TWEEL; CLIVE, 2010) e (FREIDSON,2009, 22-42p.).

#### b) Fase Orgânica (Século XV – Século XVI)

A fase Orgânica referiu-se ao período do final da Idade Média no século XV e parte da Idade Moderna abrangendo até o século XVI. Nesse período, houve o predomínio da

observação dos órgãos, no qual os anatomistas/patologistas buscavam compreender o adoecimento e utilizavam a necropsia como uma fonte para esse conhecimento. Foi marcado pela velocidade das novas descobertas e o declínio das antigas teorias.

A Patologia avançou destacando-se no final do século XV, ressaltando o trabalho pioneiro conduzido pelo médico italiano Antonio Benivieni (1443-1502), que relatou casos clínicos e autópsias, e, após a sua morte, 111 casos, entre os quais, 20 *post-mortem* foram publicados na obra denominada *De Abditis Nonnullis ac Mirandis Morborum et Sanationum Causis* (Sobre as Causas Ocultas da Doença).

Outra notoriedade foi o médico francês Jean François Fernel (1497-1558), que criou o termo “fisiologia” para descrever as funções corporais. Sua obra chamada *Pathologiae Libri* tornou-se padrão em toda a Europa. Classificou as doenças como gerais e especiais, além de distinguir sinais e sintomas.

O século XVI foi assinalado por brilhantes e renomados anatomistas, que cada vez mais avançaram no conhecimento da Patologia. Entre eles, Andreas Vesalius (1514 – 1564), médico belga, que corrigiu erros de Galeno e acrescentou nova descrição, sendo de sua autoria o documento *De Humani Corporis Fabrica*, um atlas de anatomia publicado em 1543. Assim como o médico suíço e professor de Medicina prática Félix Plater (1536-1614) com seus estudos anatômicos descobriu um tipo de tumor intracraniano (meningioma) e a doença de Dupuytren (doença fibroproliferativa). O outro foi o médico-anatomista holandês Volcher Coiter (1534-1576), que estudou anatomia e fisiologia e descreveu os órgãos sexuais das mulheres e publicou, em 1573, o documento denominado de *Externarum Humani Corporis et Internarum Principalium*. E também, Johannes Schenck von Grafenberg (1530-1598), médico alemão cujo trabalho mais conhecido foi o *Observationum Medicarum Rariorum*, libri VII, que era um compêndio de sete volumes com descrição patológica das condições relativas a todas as partes do corpo humano. As informações contidas nos livros foram provenientes das experiências médicas descritas pelo próprio médico e seus contemporâneos, bem como observações médicas recebidas das fontes que datavam desde a antiguidade (VAN DEN TWEEL; CLIVE, 2010) e (FREIDSON, 2009,22-42p.).

#### c) Fase Tecidual (Século XVI – Século XVIII)

A fase Tecidual englobou do século XVI até o século XVIII, essa fase enfatizou a estrutura e a organização dos tecidos. É nesse período que iniciaram os primeiros estudos sobre as alterações morfológicas teciduais e suas relações com os desequilíbrios funcionais. No século XVII, iniciaram as primeiras ilustrações dos processos de alterações patológicas.

Como exemplos clássicos, podem ser citados os desenhos do cirurgião e anatomista italiano Marco Aurelio Severino (1580-1656) cujas obras estavam relacionadas com a anatomia comparada. O outro foi o médico e cirurgião holandês Nicolaes Tulp (1593-1674), incluindo a famosa pintura de *Rembrandt The Anatomy of Dr Tulp*, que trouxe um reconhecimento crescente não apenas ao pintor por sua arte, mas também ao cirurgião, pois introduziu uma nova dimensão nas pinturas anatômicas, exibindo detalhes anatômicos e função muscular.

Muitos outros médicos também estudaram as doenças, por meio das autópsias, e publicaram suas descobertas, destacando-se Théophile Bonet (1620-1689) médico suíço. Dedicou-se a escrever livros médicos e sua principal obra foi *Sepulchretum sive Anatomica Practica* (1679), considerado um dos primeiros livros completos de anatomia patológica, reuniu cerca de três mil autópsias realizadas por ele e outros autores, e classificou as doenças e sintomas, sendo considerado um dos fundadores da anatomia patológica.

Outras publicações também foram muito importantes para a área da Patologia, incluindo a denominada *Spicilegium Anatomicum*, que foi um atlas de observações clínicas, de descobertas de autópsias, com informações anatômicas gerais do médico químico e anatomista holandês Theodor Kerkring (1640-1693). E também, nessa época, existiram outras publicações importantes, como por exemplo, do médico químico holandês Steven Blankaart (1650-1702), que escreveu tratados médicos e livros sobre anatomia e cirurgia, dicionário com termos de anatomia, os nomes e as causas de doenças e uso de instrumentos cirúrgicos que foram descritas com precisão. Entre suas obras, destaca-se a clássica *Anatomica practica rationalis* publicada em 1688.

No tocante ao século XVIII, a Medicina era mais sofisticada e a área da Patologia cada vez mais em crescimento pela abundância de autópsias e muitas observações patológicas foram publicadas em livros didáticos e revistas científicas. Salientando Herman Boerhaave (1668-1738) médico, botânico e humanista holandês e foi considerado o fundador do ensino clínico e do hospital acadêmico moderno e sua principal realização foi demonstrar a relação dos sintomas com as lesões.

Na área da Patologia, destaca-se a notoriedade de Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), médico-anatomista de origem italiana, considerado como o pai da moderna anatomia patológica. Seus estudos romperam com mais de um século de conhecimento da Patologia. Foi professor de anatomia da Universidade de Pádua na Itália, lecionou por 56 anos e suas importantes obras publicadas na área descreviam as autópsias, estruturalmente correlacionando os sintomas de seus pacientes com os achados patológicos na autópsia. Sua grande obra foi *De Sedibus et causis morborum per anatomem indagatis* (dos bancos e causas

das doenças investigadas através de anatomia), publicada em 1765, em cinco livros impressos em dois volumes, que durante sucessivos anos, foi reeditado várias vezes do seu original em latim, e foi traduzido para o francês (1765 e republicada em 1820), em inglês (1769) e em alemão (1771). O grande legado do trabalho de Giovanni Morgagni foi tornar a Patologia uma ciência e suas contribuições para a Patologia Moderna, como também para a Medicina moderna. Posteriormente, muitos outros notáveis cientistas foram acrescentando conhecimentos na área da Patologia.

Outro renomado cientista que destacou-se na época foi Marie François Xavier Bichat (1771-1802) fisiologista e anatomista francês, um dos pioneiros da histologia e da patologia e publicou obras de grande repercussão. Entre elas, o livro *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800) sobre a transformação dos tecidos após a morte, que teve várias edições, com importantes observações fisiológicas e patológicas. A outra obra foi um tratado de anatomia descritiva denominado *Anatomie générale appliquée à la physiologie* (1801) em quatro volumes, no qual descrevia a ideia dos tecidos na formação dos órgãos (VAN DEN TWEEL; CLIVE, 2010).

#### d) Fase Celular (Século XIX)

Na fase Celular delineada pelo século XIX, o período caracterizou-se pelo predomínio da visão morfológica, com estudos das alterações morfológicas e funcionais das células. Acrescida do aperfeiçoamento e da aplicação do microscópio óptico às pesquisas médicas, foi um período considerado inicial à Patologia Moderna.

O uso do microscópio cresceu exponencialmente e impulsionou ainda mais o crescimento do conhecimento na área da Patologia. Fato este associado ao aperfeiçoamento do microscópio realizado pelo naturalista holandês Antony van Leeuwenhoek (1632-1723), que contribuiu com as suas observações para a biologia molecular. Foi o primeiro a observar e descrever fibras musculares, os glóbulos vermelhos do sangue e diferentes microrganismos.

Na primeira metade do século XIX, ocorreu um crescimento simultâneo das ciências básicas, particularmente fisiologia e química, caracterizando por uma abordagem mais científica do estudo da doença. Destacando-se, na época, Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902), nascido na Polônia, mas foi médico, antropólogo e político na Alemanha, onde graduou-se em Medicina no ano de 1843 e é considerado o pai da Patologia Moderna. Rudolf Virchow deu significado clínico à teoria celular e assim mudou o curso da Patologia. Embora pretendesse uma ciência de fisiologia patológica, os avanços na microscopia facilitaram e

promoveram o desenvolvimento da histopatologia. Suas novas ideias em que cada célula nasce de uma célula semelhante (*omnis cellula a cellula*) resultaram em várias publicações, sendo o importante trabalho denominado de "*Die Cellularpathologie*" publicado em Berlim no ano de 1858 e traduzido para inglês por Frank Chance em 1860, uma obra considerada como o início da Patologia Moderna.

A ele, são atribuídas várias descobertas, entre elas, a teoria denominada de Tríade de Virchow (composta por hipercoagulabilidade, estase venosa e lesão endotelial) fatores que contribuem para a trombose venosa e arterial, assim como a publicação de um trabalho científico sobre leucemia.

Na segunda metade do século XIX, com o advento do microscópio que possibilitou o surgimento da microscopia e os trabalhos de Morgagni, Bichat e Virchow, a especialidade da Patologia entrou numa nova era. Nas escolas médicas europeias, os médicos-patologistas deixaram de ser considerados como os "inspectores dos mortos" e "curadores de museus" e tornaram-se professores de Patologia; e a importância dessa área aumenta progressivamente e exige-se dos alunos conhecimentos teóricos e práticos sobre o assunto. A partir de 1850, a Patologia diagnóstica tornou-se cada vez mais importante, especialmente para a área da neoplasia, estimulando assim o desenvolvimento da Patologia como uma especialidade. A Patologia desenvolveu-se rapidamente na Europa, acumulando-se inúmeros dados sobre a estrutura dos órgãos. A clínica e a cirurgia sofreram influências da Patologia, em que o diagnóstico não se baseava mais apenas na observação das lesões, necessitando de confirmação microscópica.

O microscópio alterou totalmente os conceitos de doença, de órgãos inteiros, para se concentrar em células e conseqüentemente ocorrem os avanços nas técnicas necessárias para o desenvolvimento da prática na área da Patologia.

No final do século, outros patologistas da Alemanha se destacaram, em particular, Friedrich von Recklinghausen (1833-1910), um notável pesquisador da patologia óssea; Edwin Klebs (1843-1913) destacou-se na área da bacteriologia e doenças infecciosas; Julius Friedrich Cohnheim (1839-1884) foi pioneiro no método do congelamento de peças patológicas para exame e pioneiro na teoria da inflamação, cujas observações proporcionaram nova compreensão dos mecanismos de degeneração e necrose (VAN DEN TWEEL; CLIVE, 2010).

e) Fase Ultracelular (Século XX até os dias atuais)

A fase ultracelular é a fase atual da concepção sobre Patologia, envolvendo conceitos sobre biologia molecular e estruturas celulares. Os avanços tecnológicos e a microscopia eletrônica, cada vez mais, permitem o desenvolvimento na área da Patologia, acelerando as investigações, crescendo o número de descobertas assim como dos pesquisadores.

Entre as décadas de 1900 e 1930, como marcos de descobertas, destacaram-se que a descoberta das células de Reed-Sternberg são diferentes células gigantes encontradas, por meio do exame de microscopia de biópsias de pacientes com linfoma de Hodgkin. As células de Reed-Sternberg foram descritas em 1899 pelo médico austríaco Carl Sternberg (1872-1935) e, em 1902, pela médica norte-americana Dorothy Mabel Reed Mendenhall, recebendo esse nome em homenagem aos seus pesquisadores. Em seguida, Nikolay Nikolaevich Anichkov (1885-1964), médico-patologista russo, que descreveu sobre histopatologia do coração, o significado e o papel do colesterol na aterosclerose, entre outras descobertas.

Nos anos de 1900 a 1915, Karl Theodor Fahr (1877-1945), patologista alemão, trabalhou com Franz Volkard (1872-1950), médico geral e nefrologista alemão, em uma classificação de doença renal *Werk Die Bright'sche Nierenkrankheit: Klinik, Pathologie und Atlas* (1914), que diferenciou entre as formas das doenças renais em: degenerativa (nefrose), inflamatórias (nefrite), arteriosclerótica (esclerose renal), benigna ou maligna. E também, um dos primeiros cientistas de suspeitarem da relação causal entre tabagismo e câncer de pulmão.

Outro destaque, entre os anos de 1900 e 1902, o patologista Karl Landsteiner (1868-1943), médico e biólogo austríaco, naturalizado norte-americano, com mais de três mil autópsias, ele e sua equipe classificaram os grupos sanguíneos, o sistema ABO foi o primeiro dos grupos sanguíneos descobertos nos anos de 1900 e 1901 e o grupo AB em 1902.

Na década de 1940, ressaltam-se duas importantes descobertas. Uma foi o Fator Rh (1940), os cientistas (Karl Landsteiner e sua equipe) observaram que, quando injetavam o sangue do macaco da espécie *Rhesus* em cobaias, as mesmas produziam anticorpos, que eles chamaram de anti-Rh (abreviatura de anti-rhesus). A outra descoberta refere-se a Albert Hewett Coons (1912-1978), médico-patologista e imunologista norte-americano, foi o pioneiro na concepção e desenvolvimento de técnicas de imunofluorescência para rotulagem de anticorpos.

Entre as décadas de 1970 e 1980, outros inegáveis cientistas, como César Milstein (1927-2002), médico e bioquímico argentino naturalizado britânico, considerado um dos pais da imunologia moderna, juntamente com Georges Jean Franz Köhler (1946-1995), biólogo alemão, e Niels Kaj Jerne (1911-1994), médico-imunologista britânico, receberam o Nobel de

Fisiologia ou Medicina em 1984. Como resultado das pesquisas sobre anticorpos monoclonais, a partir de linfócitos B, muito utilizado na prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas doenças, em especial o câncer, na diferenciação dos tumores.

Em meio às décadas de 1980 e 1990, Kary Banks Mullis (1944), um bioquímico norte-americano, ganhou o Nobel de Química em 1993 pela descrição da reação em cadeia da polimerase (PCR) em inglês *Polymerase Chain Reaction*, considerada uma técnica de biologia molecular revolucionária. É um método de amplificação (de criação de múltiplas cópias) do ácido desoxirribonucleico (DNA). A PCR encontra sua principal aplicação em situações onde a quantidade de DNA disponível é reduzida. Uma das principais aplicações do PCR é na Medicina Forense, na qual pequenas quantidades de amostras de DNA e são amplificadas para serem analisadas, por exemplo, minúsculas quantidades de DNA deixadas em impressões digitais. A PCR também é utilizada rotineiramente em procedimentos de biologia molecular, como preparação de fragmentos de DNA para clonagem. Nos diagnósticos de infecções por bactérias, vírus, fungos e protozoários, por exemplo, a Clamídia, o Papilomavírus humano (HPV) e seus genótipos, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o Vírus da Hepatite B, entre outros. No diagnóstico de mutações genéticas. Também é utilizada na paleontologia para o sequenciamento gênico de animais pré-históricos. No diagnóstico de paternidade, entre outros (VAN DEN TWEEL; CLIVE, 2010).

O século XX mostrou o ritmo acelerado de descobertas e avanços contínuos na área da Patologia. O século XXI que é o atual, assinalado pela era da Medicina Molecular, vem sofrendo transformações extensas, cada vez mais exigindo do médico-patologista o acompanhamento científico e atualizações técnicas e, com isso, formando novas ideias e avanços na área da Patologia.

### 3.3.5 Câncer

Os termos câncer, neoplasia e oncologia, embora possuam diferentes significados, em muitas circunstâncias são utilizados como sinônimos de maneira equivocada. Para melhor compreensão do emprego dos referidos termos na pesquisa, os mesmos são apresentados a seguir.

No que diz respeito ao termo “câncer”, no Glossário Temático Controle do Câncer (BRASIL, 2013a, p.18) tem como definição “[...] Doença com características malignas devido ao crescimento desordenado de células que podem invadir tecidos e órgãos adjacentes e/ou espalhar-se para outras regiões do corpo. Nota: nome genérico atribuído a mais de 100 tipos de classificações”.



O vocábulo “câncer” vem do grego *karkinos*, que significa caranguejo e que por muitos anos simbolizava a doença. A doença é reconhecida ao longo da história, os egípcios, os persas e os indianos já conheciam os tumores malignos; porém, foram os estudos da escola hipocrática grega do século IV a.C. que definiu melhor como um tumor que, muitas vezes, reaparecia depois de retirado, ou que se alastrava para diversas partes do corpo, levando à morte. Somente no século XVIII, o câncer passou a ser visto como uma doença de caráter local. Para essa mudança, mostrou-se fundamental o desenvolvimento da anatomia patológica e dos conhecimentos das células. Atualmente, o câncer é reconhecido como sendo um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo e, por conseguinte, a diferentes manifestações. As causas relacionadas ao câncer podem ser externas (relacionados ao meio ambiente e estilo de vida, representando 80% a 90% dos cânceres) e internas (relacionados às características genéticas) (TEIXEIRA, 2007, p. 13-24).

Do grego *karkínos*, que significa “caranguejo”, esse termo teria sido utilizado pela primeira vez por Hipócrates. E também, por Galeno (médico romano) o nome "câncer" foi dado à doença porque as veias intumescidas que circundam a parte afetada tinha a aparência das patas de um caranguejo. Outros atribuem o nome a uma metáfora: o local do tumor é corroído dolorosamente como se um caranguejo o devorasse (ETIMOLÓGICO, 2017).

O termo “neoplasia” no Glossário Temático Controle do Câncer (BRASIL, 2013a, p.42) apresenta a seguinte definição “Lesão tecidual caracterizada por alteração celular proliferativa que poderá ser maligna, benigna, indeterminada ou *borderline*”. No organismo, verificam-se formas de crescimento celular controlada e não controladas. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado, enquanto as neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e são denominadas, na prática, de “tumores”. A primeira dificuldade que se enfrenta no estudo das neoplasias é a sua definição, pois ela se baseia na morfologia e na biologia do processo tumoral. Com a evolução do conhecimento, modifica-se a definição. A mais aceita atualmente é: “Neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro” (BRASIL, 2016b).

No tocante ao termo “oncologia”, este significa estudo dos tumores malignos em todos os seus aspectos. E também, especialidade médica que trata do câncer (BRASIL, 2013a, p.19).

### 3.3.6 Rede (Rede de Atenção ao Câncer)

O termo “Rede” tem sido utilizado em diversas áreas, por exemplo, na Psicologia para definir o universo de relações do indivíduo. Na Sociologia, estuda as redes de movimentos sociais, que integram atores diversos, articulando o local e o global, o particular e o universal. Na Administração de Empresas, a rede é definida como a combinação de pessoas, tecnologia e conhecimento que substituiu a corporação hierarquizada do modelo fordista, baseada em trabalho, capital e gerenciamento. Na gestão intergovernamental, ela pode ser vista como a junção da política e da administração, ou como um modelo estratégico de gestão de políticas ou ainda um modelo de governança que envolve níveis local e global. Não há uma concordância entre estudiosos em relação ao conceito teórico de redes; alguns utilizam como metáfora para demonstrar que as políticas públicas envolvem multiplicidade de atores diversos; outros veem como uma ferramenta analítica para o estudo das relações entre atores e poder público ou ainda um método de análise da estrutura social (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Entretanto, todas as áreas que trabalham com redes de políticas compartilham a ideia de que as redes são:

[...] um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si, recursos para perseguir esses interesses comuns, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns (FLEURY; OUVÉNEY, 2007, p. 16).

Em face à característica policêntrica e articulada entre diversos níveis governamentais e entre instâncias do Estado com a sociedade. Para a pesquisa, o enfoque a ser dado será sobre rede assistencial.

A organização de Regiões de Saúde e Redes Assistenciais estão previstas na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica da Saúde<sup>24</sup>, a conformação de Regiões e Redes de Saúde se tornaram estratégias de Política Nacional para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde, além de induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do SUS. Todavia, observam-se concepções de região e redes que influenciaram a Política de Saúde no Brasil após 1988. As duas principais concepções de rede influenciaram as diretrizes de regionalização do SUS: (1) rede regionalizada e hierarquizada, de origem inglesa; e (2) Redes de Atenção à Saúde (RAS), guiada no conceito de sistemas integrados de saúde, de

---

<sup>24</sup>Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

origem norte-americana (KUSCHNIR; CHORNY,2010) e (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A ideia original das redes regionalizadas em saúde surge no Relatório *Dawson*, um documento publicado na Inglaterra em 1920, que já abordava uma série de questões importantes para a organização de sistemas de saúde, tais como: territorialização, organização dos serviços em diferentes níveis de atenção (serviços domiciliares, centros primários e secundários de saúde), os conceitos de porta de entrada, vínculo, referência e coordenação assistencial, além de considerar os mecanismos de integração como os sistemas de informação e de transportes.

As referências na literatura e na experiência internacional apontam entre as iniciativas mais importantes para o enfrentamento da fragmentação e organização de serviços de saúde em redes, os sistemas integrados e as redes regionalizadas do sistema nacional de saúde britânico. Além disso, citam como essas propostas, historicamente, influenciaram-se entre si, apesar das profundas diferenças entre os sistemas de saúde em que estão inseridas, e têm inspirado a constituição de redes em todo o mundo. Os países que estabeleceram sistemas nacionais de saúde, por compartilharem dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e regionalização, adotaram o arranjo de redes adaptado às suas especificidades. Todavia, durante o processo de reforma mais recente desses sistemas, foram incorporadas medidas muito semelhantes àquelas dos sistemas integrados, que por sua vez aplicaram estratégias como a organização de serviços em níveis assistenciais, e outras características das redes dos sistemas nacionais (KUSCHNIR; CHORNY,2010).

Segundo Albuquerque e Viana (2015), no âmbito da Política Nacional de Saúde, somente a partir de 2000, evidencia-se a conformação das Redes de Saúde caracterizadas por três fases: fase I (2001-2005) a região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas dos serviços de saúde; fase II (2006-2010) região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; fase III (2011-atual) região negociada e contratualizada com as RAS. Essas fases se diferenciam pelas concepções de região e redes que influenciam a política de saúde brasileira.

A fase I iniciou com a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001/2002 (NOAS-SUS 01/02), que se aproxima da proposta do Relatório *Dawson* das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, cujo grande objetivo da regionalização era ampliar o acesso ao SUS.

Na fase II, inicia-se com o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006d), representou uma transição das concepções de região e redes na política de saúde nacional. Buscou fortalecer os

acordos intergovernamentais nos processos de organização político-territorial do SUS, avançou no debate para organização das Redes de Atenção à Saúde Regionalizadas, ao estabelecer a Regionalização como eixo estruturante do Pacto de Gestão e das relações entre as esferas de governo, que passam a compartilhar o desafio de superar a fragmentação do SUS atuando de forma conjunta e pactuando as responsabilidades.

Na fase III, a Portaria GM/MS 4.279<sup>25</sup>, de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS no SUS, e o Decreto 7.508<sup>26</sup>, de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa consolidaram a nova perspectiva das RAS na política nacional. Redefine a região como sanitária, baseada em uma população-alvo e abrangência espacial que ultrapassa o desenho das Regiões de Saúde. O repasse de recursos está vinculado às redes temáticas e sua implantação tende a reconfigurar as Regiões estabelecidas. Contribuíram para isso: a criação da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (Daras/SAS/MS), em 2007; o Programa dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias); e a elaboração de um documento base sobre RAS para o país. O Banco Mundial propôs e financiou a implantação de redes integradas no país, a exemplo do Projeto QualiSUS-Rede.

Em 2010, na Portaria MS/GM nº 4.279/2010, a RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. A proposta das RAS redefine a região como sanitária, baseada em sua população-alvo e abrangência espacial que extrapola o recorte das Regiões de Saúde. Levando em conta que o repasse de recurso novo está vinculado às redes temáticas, sua implantação tende a reconfigurar as Regiões estabelecidas.

---

<sup>25</sup> Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

<sup>26</sup> Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011b).

No Decreto nº 7.508/2011, são considerados: (I) Região de Saúde (espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde); (II) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde); (III) Portas de Entrada (serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS); (IV) Comissões Intergestores (instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS); (V) Mapa da Saúde (descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema); (VI) RAS (conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde); (VII) Serviços Especiais de Acesso Aberto (serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial); e (VIII) Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS) (BRASIL, 2011b).

Na concepção de Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS) prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população.

As RAS têm sido apontadas na literatura como possibilidade para ultrapassar os limites impostos pela fragmentação dos sistemas de saúde e restabelecer a coerência entre as

ações de saúde e o cenário epidemiológico atual em que predominam as doenças crônicas que demandam acompanhamento contínuo da situação de saúde das pessoas. O conhecimento da população sob responsabilidade de uma RAS é fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde e para estruturação de serviços que correspondam às suas reais necessidades. Nessa perspectiva, as preferências e singularidades culturais da população não devem ser desconsideradas. A estrutura operacional das RAS contém: a APS, os serviços de atenção especializada e hospitalar (pontos de atenção); os pontos de apoio diagnóstico; os sistemas logísticos (responsáveis pela comunicação entre os pontos de atenção e de apoio diagnóstico); e o sistema de governança da rede (estrutura, processos e ações que envolvem atores públicos e privados na gestão das RAS) (MENDES, 2011).

Entre as redes temáticas prioritárias estabelecidas pelo governo, estão: Rede de Atenção Primária, Rede de Atenção Especializada; Rede Cegonha (recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses); Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de cuidado à pessoa com deficiência.

Em 2014, ocorre a publicação da Portaria MS/GM nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014d) que redefine a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Como uma das prioridades é o câncer, o contexto das ações visam à redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e ainda à possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos da doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer; considerando que fazem parte do cuidado integral a promoção, a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. Para dar conta desse contexto dentro da concepção de uma RAS, requer, além do processo organizativo, uma FTS qualificada e em quantidade suficiente para atender às demandas e às necessidades da população.

Por fim, segundo Viana et al. (2017), o que dificulta a organização de uma rede integrada está relacionado à propagação de organizações, sem regulação e comando estatal, em que lógicas, distantes das necessidades de saúde, organizam tanto a sua expansão como o seu funcionamento no território. Por conseguinte, o mapa de necessidades (baseado em projeções populacionais) não é harmônico com a oferta existente de serviços, uma vez que a lógica de investimento na saúde não obedece aos princípios e diretrizes de um sistema único.

Os fóruns intergovernamentais estão em processo de esvaziamento porque as reais decisões sobre os rumos do processo de constituição e/ou fortalecimento das Regiões de Saúde, ou estão centralizados nas estruturas estaduais, ou nas estruturas de saúde dos municípios polos.

Os conflitos entre município polo e a Secretarias Estaduais de Saúde são fortes em todas as Regiões. Isto é, o que poderia ser um facilitador para ações cooperativas e conjuntas é agravado pelas disputas políticas, partidárias e eleitorais.

## 4 CENÁRIO NO BRASIL E MUNDO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA

### 4.1 Contextualização

Considerando que as condições que mais influenciam a FTS são as necessidades de saúde da população, os sistemas de saúde; a educação; e o trabalho (OMS,2007, p. 41-65).

Diante da complexidade que envolve a FTS, elegeu-se, para a pesquisa médico especialista em Patologia, a crise global da FTS, que afeta quase todos os países, inclusive o Brasil, assinalada pelo *déficit* global estimado em mais de 4 milhões de trabalhadores de saúde e pela desigualdade entre países na distribuição e acesso à FTS qualificada. E, também, ressalta-se que, a cada ano, um número considerável de trabalhadores de saúde deixa a FTS, de forma temporária ou permanente. Os principais motivos de saída são: (1) a migração - dentro do país, seja do interior para áreas urbanas ou para outros países; (2) o risco de violência, doença e morte; (3) a mudança de ocupação ou atividade - desemprego, trabalho fora do setor saúde etc. e a aposentadoria - seja por tempo de contribuição, ou por idade, por invalidez, ou especial ou compulsória. A perda da força de trabalho pode fazer com que um sistema de saúde se torne frágil e chegue ao colapso (Ibid. p. 99-119).

Segundo Dal Poz (2013), ainda que o conjunto de problemas não seja novo, foi denominado de crise global da FTS caracterizado pelo *déficit* global. Destaca-se que essa crise pode agravar nos próximos anos e que a demanda de trabalhadores de saúde vem crescendo em todos os países.

Considerando que médicos especialistas em Patologia são uma importante FTS no Brasil e no mundo, e, portanto, também afetados pela crise global. Além do que, os estudos sobre médicos especialistas em Patologia são escassos e, mais ainda, quando relacionados à atenção ao câncer.

O referido capítulo objetivou identificar, nos cenários nacional e internacional, o médico especialista em Patologia, fato este que está relacionado a um dos eixos do estudo, que é analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil (objetivo 4). Os estudos apresentados iluminaram questões importantes a serem consideradas nessa temática e que serão apresentadas nos resultados deste capítulo.



#### 4.2 Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos)

Em relação às estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos) adotadas para essa etapa da investigação, optou-se pela pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, com o objetivo de conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o assunto em questão, abrangendo o conhecimento e explorando o desenvolvimento de novas abordagens. A pesquisa bibliográfica seguiu as etapas descritas na revisão de literatura (ver Capítulo 3 – Revisão da Literatura) e de forma complementar uma busca manual nas 55 instituições que compõem a *International Academy of Pathology*<sup>27</sup> (IAP).

O processo de inclusão e exclusão dos estudos foi conduzido de maneira criteriosa. Para o descritor força de trabalho, os critérios de inclusão incluíram: força de trabalho de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas; projeção de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas; dimensionamento de médicos-patologistas e/ou médicos-anatomopatologista, e/ou médicos-citopatologistas. Os critérios de exclusão constituíram-se de: projeção de médicos de outras especialidades; projeção de profissionais não médicos; dimensionamento de médicos de outras especialidades; dimensionamento de profissionais não médicos. Em relação ao descritor patologia, os critérios de inclusão envolveram: médico-patologista, médico-anatomopatologista e médico-citopatologista. Os critérios de exclusão foram: médicos (outras Especialidades Médicas); profissionais não médicos; Avaliação Econômica (AE) (financiamento e gastos); Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS); Técnicas e Procedimentos; Pesquisa; Patologia Vegetal; Patologia Vegetal/Fitopatologia.

No tocante aos descritores médicos, os critérios de inclusão foram: médico-patologista, médico-anatomopatologista e médico-citopatologista. Os critérios de exclusão foram: médicos (outras Especialidades Médicas); profissionais não médicos.

Para a busca manual nas 55 divisões que compõem a *International Academy of Pathology* (IAP), o acesso em cada uma das 55 divisões foi via *site* disponível de cada uma delas. Das 55 divisões, 39 delas tinham *sites* disponíveis (70,9%) e 16 divisões os *sites* não estavam disponíveis (29,1%). Entre os sites disponíveis foi realizada a busca de informações

---

<sup>27</sup> A *International Academy of Pathology* (IAP): é uma organização internacional de Patologia dedicado ao avanço dessa área, por meio de intercâmbios educacionais em todo o mundo. Seus objetivos envolvem: melhoria dos métodos de ensino de Patologia nas escolas médicas, laboratórios, hospitais e outros; coordenação da Anatomia Patológica, Fisiopatologia e Patologia comparativa com ciências e técnicas aliadas; investigações em técnicas patológicas; formação de divisões e assembleias em diferentes países; publicações de revistas e relatórios dos trabalhos sobre Patologia e chamadas para reuniões e congressos para intercâmbio de conhecimento científico (Disponível em: <<http://www.iapcentral.org/>>. Acesso em: out.2016).

utilizando os critérios de busca eletrônica. Estavam disponíveis, em acesso livre, quatro documentos pertinentes à temática relativos aos países da Espanha e Austrália, que foram incorporados ao conjunto das referências utilizadas na revisão de literatura.

#### 4.3. Cenários Nacional e Internacional

##### 4.3.1 Cenário Nacional

No Brasil, destacaram-se dois estudos, um de iniciativa da SBP denominado Perfil do Patologista Brasileiro que foi publicado em 2007. O outro denominado Demografia Médica no Brasil, com publicações em 2011, 2013 e 2015, uma iniciativa do CFM e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). O segundo estudo, embora não seja específico de médico especialista em Patologia, apresenta importantes questões referentes às características, à distribuição, aos cenários, às tendências, às perspectivas e às dimensões das desigualdades relacionadas à população de médicos no Brasil incluindo os médicos especialistas em Patologia.

##### a) Estudo sobre o Perfil do Patologista Brasileiro

O estudo denominado o Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007) foi uma iniciativa da SBP num momento quando começaram as grandes mobilizações para recuperação do prestígio da classe médica. O estudo visou a conhecer melhor os médicos que exercem ou exerceram profissionalmente a especialidade médica em Anatomia Patológica, incluindo professores, pesquisadores e os que estão em fase de Residência Médica.

No cadastro de 2005 da SBP, constavam 2.436 médicos associados; destes, 904 médicos participaram do estudo, representando 37,1% do tamanho da amostra; porém considerado pelos autores como satisfatório com uma confiança de 97% e uma margem de erro de 3%.

As estratégias metodológicas adotadas foram a pesquisa por inquérito, com a utilização de um questionário sobre a vida e trabalho dos médicos-patologistas brasileiros. Composto por 103 perguntas, na sua maioria do tipo múltipla escolha, com número de alternativas variáveis, havendo possibilidade de mais de uma resposta por pergunta. As perguntas foram agrupadas em sete blocos, o primeiro deles reservado para dados de identificação geral; outros blocos abordaram qualificação e atualização científica; o trabalho; assuntos éticos e profissionais; o lazer e a saúde pessoal; as atitudes frente à vida e aos valores humanos. Por último, um bloco com 23 perguntas destinadas exclusivamente aos médicos-

patologistas proprietários de laboratórios. Elaborado inicialmente pelo Departamento de Defesa Profissional da SBP e depois submetido à consulta pública, via *internet*, com incorporação de várias sugestões para a sua versão final.

As devoluções das respostas dos questionários poderiam ser enviadas pelos Correios ou confiadas aos membros da diretoria da SBP, durante eventos científicos, programados para o período da coleta de dados. Em relação ao sigilo, não foi solicitado assinatura dos participantes, e eram retirados dos envelopes os dados de identificações.

Dos 904 médicos-patologistas 43,30% são homens e 56,70% mulheres, realçando um discreto predomínio do sexo feminino. O maior número de mulheres na especialidade está na faixa etária, entre mais de 30 e menos de 55 anos. Entretanto, observou-se que, na faixa etária dos 26 a 30 anos, existe uma nova tendência, com preponderância do sexo masculino, podendo refletir um renovado interesse dos homens pela Patologia.

Um ponto destacado no estudo referiu-se à tendência de queda do crescimento do número de patologistas observadas a partir das faixas etárias.

[...] a última tendência é de queda do crescimento do número de patologistas. O cenário das necessidades dos serviços da patologia é crescente, em uma população que possui taxa de crescimento positiva enquanto isso o quadro da taxa de crescimento do número de patologistas está se aproximando de zero ou é negativa. Esta situação requer uma divulgação desta área médica com vistas a atrair mais profissionais (SBP, 2007).

Nos dados geográficos, em relação às Regiões, observou-se que a maior concentração de médicos-patologistas está na Região Sudeste (43,01%) e a de menor concentração é a Região Norte (1,99%). A maioria dos médicos-patologistas é domiciliado em capitais representando 62,83% e em cidades com mais de um milhão de habitantes (51,88%).

No que diz respeito ao movimento migratório de médicos-patologistas da capital para o interior, 81,0% dos médicos nasceram e continuam domiciliados nas capitais. Dos médicos interioranos, 54,4% permaneceram nas cidades do interior e o restante passou a residir nas capitais.

No tocante ao perfil etário dos médicos-patologistas, a idade média foi de 43,84 anos (23 a 88 anos).

Quanto ao tempo de Graduação em Medicina, foi observado que 47% têm mais de 20 anos de formados; 19% entre mais de dez anos e menos de 20 anos; e 26% com dez anos ou menos.

No que tange ao estado civil, os patologistas informaram que 60,24% são casados; 24,05% são solteiros; 9,24% são divorciados; 4,90% têm união estável e 1,56% são viúvos.

No que se refere às influências familiares na escolha da especialidade em Patologia, ressaltam-se dois aspectos; um em relação a médicos-patologistas ou citopatologistas na família, 86,6% não tem nenhuma influência familiar; 1,66% não tem informação e o restante que tem influência familiar referiu-se: ao pai (5,09%); ao irmão (3,87%); ao filho (3,76%) e a mãe (1,11%). O outro aspecto refere-se às influências familiares de outras especialidades médicas foi encontrado que 66,37% não tem nenhuma influência familiar; 1,66 não tem informação e o restante com influência familiar refere-se: ao irmão (19,14%); ao pai (11,50%); ao filho (6,08%) e a mãe (2,77%).

No que concerne à qualificação profissional dos médicos-patologistas observa-se um volume significativo realizaram cursos de pós-graduação como: Residência Médica (75,7%); mestrado (24,6%); doutorado (14,8%); estágios (25,7%).

Além disso, médicos-patologistas com TE emitidos pela AMB, sendo em Patologia (63,8%) e em Citopatologia (25,2%). Destes, 74,33% têm acesso regular a periódicos impressos ou eletrônicos; 22,83% têm publicação científica constante anualmente; 15,84% fazem apresentação científica em congressos; 56,97% participam do Programa de Incentivo ao Controle de Qualidade (PIQC); 76,77% com participação em congressos de Patologia ou Citopatologia (pelo menos a cada 2 anos) e 78,6% acesso frequente à *internet*. Ressalta-se que 82,19% dos médicos-patologistas são membros da SBP; 19,25% são associados à SBC; 21,24% são membros de outras associações científicas e 9,85% não estão associados a nenhuma entidade médica.

Quanto ao trabalho dos médicos-patologistas, 65,83% exercem atividades exclusivamente com Patologia e Citopatologia; 50,6% são proprietários de laboratório; 25,8% atuam profissionalmente sem contrato de trabalho (no estudo caracterizado como trabalho informal ou contrato não trabalhista); 10,3% com contrato de trabalho (no estudo assinalado como trabalho com vínculo empregatício) e 16,0% não prestam assistência na área privada.

No tocante à rotina de trabalho, 95,96% realizam exames anatomopatológicos; 75,31% realizam exames colpocitológicos (citologia ginecológica); 75,62% fazem citologia não ginecológica; 66,93% realizam biópsias de congelação; 39,44% atuam com imunohistoquímica; realizam necropsias não fetais (25,31%) e fetais (26,24%). Os dados demonstram que o médico-patologista é um profissional com atividade voltada, predominantemente, para a realização de exames anatomopatológicos e que também atua na área da Citopatologia (ginecológica e não ginecológica). Aproximadamente dois terços dos

patologistas referem rotina com biópsias de congelação, cerca de 40% também trabalham com imuno-histoquímica. A realização de necropsias está limitada a quase um quarto dos médicos-patologistas.

Os médicos-patologistas constituem uma classe com vocação empresarial, tal fato contribui para um menor volume de trabalho assalariado. A maior concentração da atividade laboral da maioria dos médicos-patologistas é no setor privado representando 84%; destes, apenas 10,3% trabalham com contrato de trabalho. Excluindo da análise os proprietários de laboratório e dos profissionais não inseridos no setor privado, a situação encontrada é de que um terço dos médicos são assalariados com contrato de trabalho e os demais não possuem nenhum contrato de trabalho. Tal cenário reflete na remuneração do referido setor. A melhor remuneração é alcançada pelos médicos empresários, a maioria deles com renda mensal superior a R\$ 5.000,00.

No setor privado o médico-patologista atua preferencialmente em laboratórios de Patologia. Na Região Sul, cerca de 70% trabalham em laboratórios de Patologia, ao passo que, nas outras Regiões do país, oscilam em torno de 50%. Os hospitais representam o segundo lugar em atuação profissional seguidos das faculdades privadas em terceiro lugar. O laboratório clínico ocupa a quarta posição sendo 8% na Região Centro-Oeste e 2% nas Regiões Nordeste e Sul. Com exceção da Região Norte em que o laboratório clínico ocupa a segunda posição de local de trabalho representando 20%.

No tocante à percepção do médico-patologista sobre as mudanças em sua vida profissional, nos últimos cinco anos, a maioria informou ter havido aumento de seus rendimentos, aumento da jornada de trabalho e do prestígio profissional. Porém, as condições de trabalho não se alteraram ou melhoraram. Para 71% dos médicos-patologistas que conseguem usufruir de férias: 62,28% com férias anualmente, 14,0% em férias a cada dois anos e uma parte para suas atividades a cada cinco ou mais anos.

A semana de trabalho dos médicos-patologistas, na maioria das vezes, ocupa cinco ou seis dias da semana, havendo, nos extremos, três ou menos dias por semana ou todos os sete dias da semana.

No estudo, também foi observado que a metade dos médicos-patologistas se ocupa diariamente com a leitura de cerca de 30 exames anatomopatológicos, porém há um grupo que examina 60 ou mais casos/dia de trabalho. Em relação à Citopatologia, aproximadamente 70% dos médicos-patologistas atuam na leitura de exames; destes, 36,18% realizam a leitura das lâminas após o *screening* e 34,18% fazem a leitura de rotina.

No estudo, também foi observado que, para fazer a AE dos médicos-patologistas, os autores utilizaram o Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>28</sup>, que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Os achados revelaram que 68% pertencem a classe A; 30% na classe B e 2% estão na classe C. Não havendo diferenças significativas quanto ao sexo e às Regiões geográficas. Entretanto, ocorrem diferenças significativas quando relacionadas com o vínculo de prestação de serviços. Na classe A (70% são proprietários de laboratório; 10% não exercem medicina privada; 8% com trabalho informal; 3% são assalariados e 9% com contrato de prestação de serviços ou outros); na classe B (10% são proprietários de laboratório; 30% não exercem medicina privada; 26% com trabalho informal; 12% são assalariados e 22% com contrato de prestação de serviços ou outros); e por fim, na classe C (17% são proprietários de laboratório; 50% não exercem medicina privada; 5% com trabalho informal; 5% são assalariados e 23% com contrato de prestação de serviços ou outros).

No que concerne à participação em movimentos de classe, 82,19% estão associados à SBP; entretanto, no estudo, é reconhecido, pelos autores, que não reflete a realidade dos médicos-patologistas, uma vez que o índice de filiação à SBP é de aproximadamente 50%, como também é baixo a associação à SBC, representando 19,25%, embora a atuação em Citopatologia tenha um contingente de profissionais significativo.

No que diz respeito à percepção sobre o futuro da profissão do médico especialista em Patologia, 28% consideram o futuro com otimismo; 43% com incerteza; 12% com pessimismo; 15% com poucas mudanças para os próximos anos e 2% sem opinião formada. Entretanto há mudanças de expectativas sobre o futuro da especialidade em Patologia conforme a faixa etária. No início da carreira, na faixa etária de 23 a 30 anos, existe expectativa de 34% de otimismo, a incerteza oscila de 43% a 52% e o pessimismo gira em torno de 4% a 8%. Na faixa etária de 31 a 55 anos, observa-se que há uma diminuição do otimismo que oscila de 23% a 26%, a incerteza sem alterações variando de 45% a 48% e aumenta o pessimismo oscilando de 10% a 12%. Já na faixa etária mais velha, acima de 56 anos e com mais tempo de profissão, há um aumento do otimismo oscilando de 25% a 35%; a diminuição da incerteza varia de 19% a 29%; e, quanto ao pessimismo, há um aumento com variações de 10% a 35%.

---

<sup>28</sup> Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB): é um sistema de classificação de preços ao público brasileiro. Tem o objetivo de avaliar o poder de compra de lado a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais" e divide o mercado exclusivamente em classes econômicas. Disponível: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

Em referência a opinião sobre a realização de leitura do exame citopatológico (citologia ginecológica) por não médicos, por exemplo, farmacêuticos, biólogos, biomédicos e bioquímicos. A maioria dos médicos-patologistas discorda, representando 83,4% dos entrevistados; 12,4% concordam parcialmente; 1,7% concordam plenamente; sem opinião representaram 1,7% e não informaram 0,9%.

Quanto à opinião sobre o pagamento de taxas ou comissões por patologistas ou citopatologistas, sobre o valor dos exames realizados, em favor de laboratórios clínicos ou outros serviços médicos. A maioria dos médicos-patologistas discorda totalmente (73,78%) e parcialmente (9,73%). Os que concordaram parcialmente 7,08% e plenamente 1,11%. Porém, um grupo menor com 7,63% sem opinião e 0,66% não informaram.

No que se refere à opinião sobre as atividades de terceirização em Anatomia Patológica, praticada pelos maiores grupos de laboratórios de análises clínicas do país (na pesquisa denominados como megalaboratórios clínicos), além das fronteiras dos Estados onde estão domiciliados, os médicos-patologistas discordam totalmente (71,02%); discordam parcialmente (14,16%); concordam plenamente (1,77%); concordam parcialmente (7,41%); sem opinião (4,98%) e não informaram (0,66%).

No tocante ao grau de importância de diversos valores humanos na vida do médico-patologista, os valores humanos (ética e honestidade, saúde pessoal, afetividade, justiça social, estabilidade econômica, convivência, cultura geral, ordem social, religião e liderança) foram classificados em graus (muito importante, importante, pouco ou sem importância e não informou). Os achados revelaram que os valores mais importantes são a ética e honestidade (94,8%); a saúde pessoal (80,31%) e a afetividade (80,31%). Ressalta-se que alguns valores humanos são considerados tanto como muito importantes como importantes, e são eles: a justiça social (75,77% e 21,35% respectivamente); a estabilidade econômica (67,15% e 31,08%); a convivência (64,05% e 32,52%); a cultura geral (61,17% e 32,06%) e a ordem social (53,54% e 39,27%). Por outro lado, os valores humanos julgados como de pouco ou sem importância foram a religião (36,39%) e a liderança (24,01%). Quanto ao que não informaram, os percentuais foram baixos variando de 2,43% a 0,55%.

Em relação à prática de *hobbies* não médicos previstos na pesquisa, destacam-se o esporte (30,86%) e a música/dança (22,23%). Outras atividades foram: a fotografia (9,51%); as artes (pintura, desenho, teatro etc.) representando 9,29%; as coleções diversas (selos, livros, raridades etc.) com 5,42% e as atividades literárias (escrever poesias, crônicas, contos, romances etc.) expressando 4,98%. No tocante ao conjunto de *hobbies* não médicos não

previstos na pesquisa, estes representaram 33,96%. Assim como a não praticar nenhum *hobbie* foram 19,03% e 0,88% não informou.

#### b) Estudo da Demografia Médica no Brasil

O projeto Demografia Médica no Brasil, iniciado em 2011, iniciativa em parceria do CFM e do Cremesp. A Demografia Médica é um estudo da população médica do Brasil abordando fatores como idade, sexo, tempo de formação, fixação territorial, ciclo de vida profissional, migração, mercado de trabalho, especialização, remuneração, vínculos e carga horária, entre outros. Também considera as condições de saúde e de vida das populações, as realidades epidemiológica e demográfica, as políticas e a organização do sistema de saúde, incluindo o financiamento, os recursos humanos, os equipamentos, a oferta, o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Ocorreram três publicações do estudo sendo a primeira em 2011, a segunda em 2013 e a terceira em 2015 que serão apresentadas de forma sucinta a seguir.

Em 2011, foi denominada Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades – Volume I (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011), uma pesquisa epidemiológica do tipo estudo ecológico, incluindo revisão bibliográfica nacional e internacional e pesquisa documental sobre demografia médica. Os dados secundários foram, por meio do cruzamento (*linkage*) e as fontes principais foram dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), integrados ao banco de dados do CFM; e a base nacional da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De forma complementar, as informações referentes às especialidades médicas, foram utilizados os bancos de dados da CNRM e da AMB que aglomeram as Sociedades de Especialidades.

No tocante à especialidade médica em Patologia, foram encontrados 1.725 médicos especialistas. O percentual em relação ao total de títulos de especialistas equivale a 0,84% e no *ranking* das 53 especialidades médica a Patologia representou o 29º lugar. A média de idade encontrada dos médicos com especialidade em Patologia foi de 46,15 anos. Quanto ao sexo, há um predomínio do feminino que representou 54,7% (n=943) e o masculino com 45,3% (n=782) diferindo do perfil encontrado no conjunto de todas as especialidades tituladas que foi de 40,61% no feminino e 59,39% no masculino.

No ano de 2013 ocorreu a segunda publicação que foi chamada de Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição: relatório de pesquisa – Volume II (SCHEFFER, 2013). Além de atualizar informações gerais e de reiterar conclusões do



primeiro estudo (2011), a publicação apresentou novidades sobre a movimentação dos profissionais no território nacional e sobre o universo dos especialistas, entre outros cenários inéditos.

Seguiu com a mesma linha metodológica de 2011 e foram incorporadas outras bases auxiliares: a AMS do IBGE, que agrega dados sobre postos de trabalho médico ocupados; a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do MTE, que reúne dados dos médicos com vínculo empregatício, formalmente contratados por empregadores privados e públicos; o CNES, que mantém informações sobre médicos vinculados principalmente ao SUS; e a base de dados populacionais do censo do IBGE. No estudo de projeção da população médica foram utilizadas séries temporais.

Quanto às limitações, referem-se às bases de dados utilizadas devido ao fato de a dependência da alimentação e atualização serem garantidas pelos órgãos responsáveis pelas informações. Além disso, pode ocorrer diferenças entre os quantitativos de médicos e de registros de médicos, pois o mesmo médico pode estar registrado em mais de um CRM; e entre o número de especialistas e o número de títulos de especialistas, pois o mesmo médico pode exercer mais de uma especialidade titulada. Por esse motivo, houve a opção no estudo de contar todos os registros de médicos e títulos.

No Brasil, o número total de médicos especialistas encontrados foi de 207.879 especialistas e de médicos especialistas em Patologia foi de 2.006, o percentual em relação ao total de títulos de especialistas representou 0,75%. A razão especialista em Patologia/habitantes foi de 1,03 patologistas/100 mil habitantes e tal perfil difere do encontrado no conjunto dos especialistas que foi de 107,18 especialistas/100 mil habitantes.

Quanto às características dos médicos especialistas em Patologia, observou-se que o sexo masculino representou 45,46% (n=911) e há preponderância do sexo feminino com 54,54% (n=1.093), tal fato é distinto do encontrado no conjunto de médicos especialistas que foi o predomínio do sexo masculino com 59,36% (n=123.315) e o sexo feminino representou 40,64% (n=84.432). A idade média do médico especialista em Patologia foi de 47,69 anos, que se assemelha com o perfil encontrado no conjunto de todos os médicos especialistas que foi de 47,44 anos.

Ao desagregar por grupos etários os médicos especialistas em Patologia, notou-se o seguinte perfil: 3,24% (n=65) menos que 30 anos; 79,45% (n=1.593) entre 30 e 60 anos e 17,31% (n=347) médicos com mais de 60 anos. No tocante ao conjunto de todos os médicos especialistas, observou-se que 4,69% (n=9.754); 78,78% (n=163.743) entre 30 e 60 anos e 16,53% (n=34.349) médicos com mais de 60 anos. Nota-se que os médicos-patologistas

tendem a um perfil de mais idosos. O tempo de formado dos médicos especialistas em Patologia foi de 23,79 anos, assim como de forma análoga com o conjunto de todos os médicos especialistas que foi de 23,02 anos.

Em relação à distribuição por Regiões geográficas de médicos especialistas em Patologia, o cenário encontrado foi de predomínio na Região Sudeste com 53,44% (n=1.072). O restante divide-se entre a Região Sul com 17,50% (n=351); a Região Nordeste com 14,96% (n=300) e a Região Centro-Oeste com 10,92% (n=219). E por fim, a de menor expressão a Região Norte com 3,19% (n=64). Esse mesmo perfil assemelha-se com o conjunto do total de especialistas em que prevalece o predomínio da Região Sudeste 54,51% (n=113.322) e a Região Norte com 3,57% (n=7.412) a de menor contingente de especialistas.

Além disso, observou-se que parte dos médicos especialistas em Patologia possui outros títulos de especialidade médica. Das 53 especialidades reconhecidas, 42 têm coexistência com a Patologia, e as dez mais expressivas são: Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (n=318); Medicina Legal e Perícia Médica (n=28); Medicina do Trabalho (n=27); Clínica Médica (n=24); Pediatria (n=21); Ginecologia e Obstetrícia (n=20); Dermatologia (n=19); Anestesiologia (n=16); Psiquiatria (n=14); e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (n=13). Por outro lado, não foram identificados nenhuma relação com 11 especialidades que são: Cardiologia; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia da Mão; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Coloproctologia; Endocrinologia e Metabologia; Geriatria; Medicina Intensiva; Medicina Nuclear e Radioterapia.

Em seguida, no ano de 2015, foi lançada a terceira publicação denominada *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015). O estudo delineou as características, a distribuição, os cenários, as tendências, as perspectivas e as dimensões das desigualdades relacionadas à população de médicos no Brasil. O trabalho, aprofundou e deu continuidade aos estudos anteriores (2011 e 2013). Composto por duas partes: (1) um estudo epidemiológico transversal (com dados individuais e elemento ecológico) realizado por meio de processamento e cruzamento (*linkage*) de dados secundários; e (2) um inquérito nacional com amostra probabilística de médicos com registro nos 27 CRM.

As bases de dados utilizadas foram do CFM e CRM; da CNRM/MEC; da AMB e do Censo 2010/IBGE. Em relação ao CFM/CRM as variáveis utilizadas foram: número de CRM; sexo; data de nascimento; naturalidade; local de graduação, endereço de domicílio e/ou trabalho; data de formatura; data de registro no CRM; data da inativação no CRM; TE registrado. Quanto às limitações foram referentes: a médicos com inscrição secundária

(registro em mais de um CRM); endereços desatualizados e possível divergência entre município de domicílio e município de trabalho do médico.

No que concerne à base de dados do CNRM/MEC, as variáveis utilizadas foram: número de CRM; estado de origem; PRM concluído. Em relação às limitações, referiram-se à inconsistência de dados sobre a data de conclusão do programa e sobre informações anteriores à informatização do banco.

No que diz respeito à base de dados da AMB, as variáveis usadas foram: número de CRM; estado de origem do TE e especialidade. Quanto às limitações, foram os possíveis conflitos de dados entre “médicos titulados” e “médicos associados” à sociedade de especialidade.

Em referência à base de dados do Censo 2010 do IBGE, corrigida por estimativas nos anos seguintes, as variáveis utilizadas foram da população geral e dos municípios de origem dos médicos.

Quanto aos dados primários, o delineamento escolhido foi o transversal do tipo inquérito epidemiológico. Objetivou avaliar questões referentes ao exercício profissional do médico no Brasil, como: aspectos sociodemográficos; dedicação à medicina; locais de trabalho; vínculos; carga horária; rendimentos; mobilidade; fatores de fixação profissional, entre outros.

A amostra incluiu 2.400 médicos distribuídos no Brasil. O processo de coleta de dados foi realizado por meio de ligação telefônica, possível devido à existência dos contatos dos indivíduos nas bases de dados do CFM.

No tocante ao aumento do número de médicos especialistas nos últimos anos, os autores atribuem que pode ser reflexo da melhor qualidade dos bancos de dados utilizados, assim como, também da expansão dos programas e vagas de Residência Médica.

Do número total de médicos em atividade no Brasil, 228.862 (59,0%) têm TE e 3.162 são médicos especialistas em Patologia, o percentual em relação ao total de especialidades representou 0,9%. A razão especialista em Patologia/habitantes foi de 1,57 patologistas/100 mil habitantes.

A idade média do médico especialista em Patologia foi de 50,9 anos, que se aproximou das especialidades com maior média de idade que são: Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (média de 58,5 anos); Homeopatia (57,5 anos); Medicina Legal e Perícia Médica (56,9 anos), Medicina de Trabalho (56,4anos), e Medicina de Tráfego (55,7 anos).

O perfil encontrado ao desagregar por grupos etários os médicos especialistas em Patologia, o grupo com menos que 30 anos foi de 3,0% (n=95); entre 30 e 60 anos 67,1%

(n=2.123) e com mais de 60 anos 29,9% (n=944) médicos. A média de idade pode indicar o encolhimento ou expansão de determinadas especialidades, o que pode estar relacionado com a maior ou menor oferta de vagas de Residência Médica, além de, uma maior ou menor atratividade e em relação ao mercado de trabalho.

A média/anos do tempo de formado dos médicos-patologistas foi de 27,7 anos diferindo do total da população médica que representou 24,5 anos.

Em relação ao sexo, das 53 especialidades médica reconhecidas, a especialidade médica em Patologia está entre as 15 especialidades com predominância do sexo feminino que são: Dermatologia (74,4%); Pediatria (71,7%); Endocrinologia e Metabologia (67,6%); Genética Médica (67,0%); Alergia e Imunologia (64,0%); Hematologia e Hemoterapia (60,8%); Infectologia (57,0%); Medicina de Família e Comunidade (56,5%); Reumatologia (56,2%); **Patologia (54,8%)**; Homeopatia (54,2%); Geriatria (52,9%); Ginecologia e Obstetrícia (52,9%); Clínica Médica (50,4%) e Acupuntura (50,1%).

Sobre a distribuição por Regiões geográficas de médicos especialistas em Patologia, destaca-se a Região Sudeste com 54,9% (n=1.735). Logo a seguir, a Região Nordeste com 19,7% (n=623) e Região Sul com 13,8% (n=436). A Região Centro-Oeste representou 8,7% (n=277). De menor evidência, a Região Norte com 2,9% (n=91). Esse mesmo contorno é semelhante ao número de médicos registrados no Brasil.

No que se refere aos médicos especialistas em Patologia que também possuem outros títulos de especialidade médica, das 53 especialidades reconhecidas, coexistem 46 especialidades médicas e, entre elas, as de maior expressão foram: Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (n=285); Ginecologia e Obstetrícia (n=204); Clínica Médica (n=76); Medicina do Trabalho (n=52); Pediatria (n=44); Anestesiologia (n=39); Hematologia e Hemoterapia (n=38); Medicina Legal e Perícia Médica (n=33); Dermatologia (n=28); Endocrinologia e Metabologia (n=10). Sob outra perspectiva, não foi identificada nenhuma relação com as sete especialidades médicas: Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia da Mão; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia Pediátrica; Coloproctologia; Geriatria e Radioterapia.

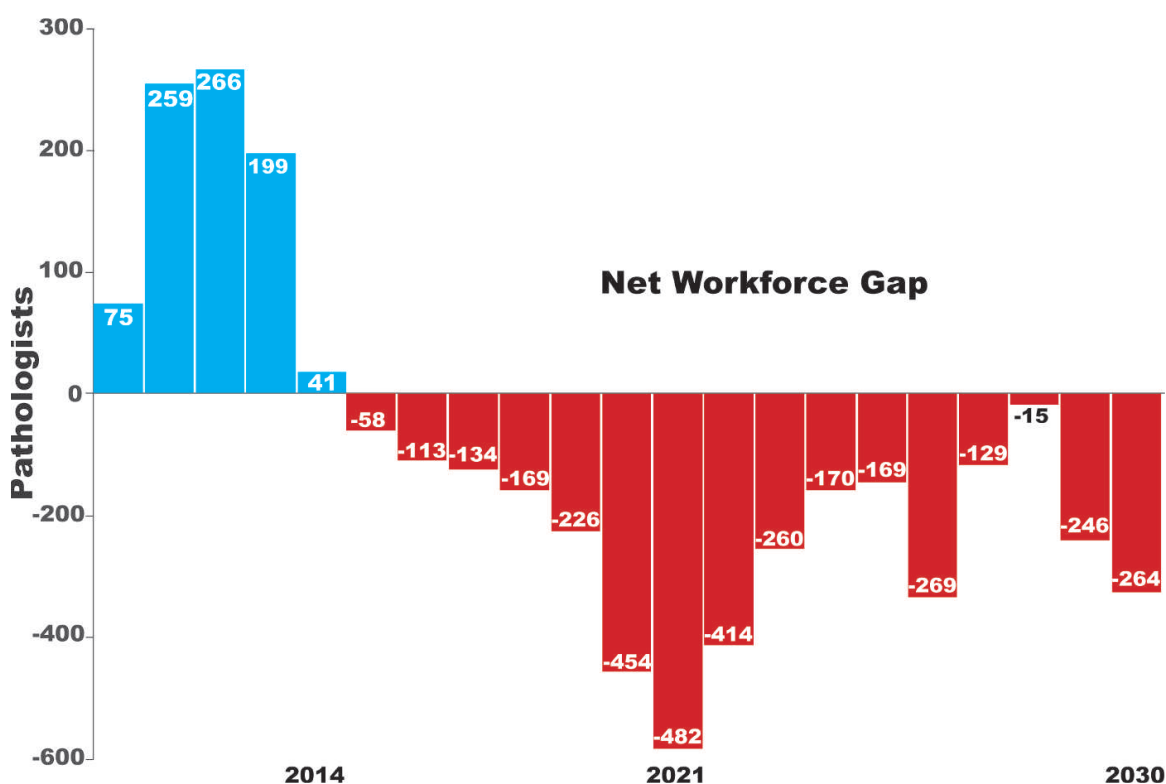
#### 4.3.2 Cenário Internacional

##### 4.3.2.1 Estados Unidos

O estudo norte-americano, de 2013, denominado *Pathologist Workforce in the United States - Development of a Predictive Model to Examine Factors Influencing Supply*

(ROBBOY et al., 2013) foi uma iniciativa do *College of American Pathologists* (CAP). Apresentou as variações entre um estado de equilíbrio e as previsões de escassez até o ano 2030. Na análise abrangente, prevê que o número de médicos-patologistas irá diminuir de forma constante a partir do ano de 2015, em contraste com o crescimento da população em geral e o aumento das doenças, devido ao envelhecimento da população. Haverá um balanço negativo de médicos-patologistas até o ano de 2030, e acreditam que a falta desses especialistas irá impactar negativamente tanto no acesso do paciente aos serviços e na capacidade de prestação de cuidados de saúde mais eficazes à população. Para atingir a necessidade projetada de médicos-patologistas até 2030, os autores do estudo recomendaram aumentar, a partir de 2015, vagas de Residência Médica em Patologia em 8,1% (Figura 4).

Figura 4 – Net changes to pathologist workforce (headcount), based on year-to-year additions to the workforce less withdrawals/retirements



Fonte: ROBBOY et al., 2013.

No referido estudo, até 2010, havia aproximadamente 18 mil patologistas ativos nos Estados Unidos, com uma razão de 5,7 patologistas por 100 mil habitantes, e que, nas próximas duas décadas, o número de patologistas diminuirá para 3,7 patologistas por 100 mil habitantes.

Como patologistas ativos foram incluídos todos que estão em atividade nos Estados Unidos em todos os cenários de prática; isto é, na assistência (laboratórios vinculados em hospitais gerais ou especializados, em unidades isoladas de serviço de apoio de diagnose e terapia, entre outros), no ensino e na pesquisa. Estima-se que os patologistas com titulação de especialistas são 93%, os outros 7% são os que estão em atividades, mas não tem TE.

Em relação à idade, 75% dos médicos-patologistas ativos têm em média 45 anos e trabalham 49,2 horas por semana, não havendo diferenças entre homens e mulheres.

Os patologistas que atuam na assistência e no meio acadêmico têm aproximadamente oito semanas por ano para férias e licença profissional, incluindo pós-graduação; porém, com idade superior a 45 anos em média, afastam-se por dez semanas.

No tocante à aposentadoria, a idade média em que os patologistas planejam se aposentar é de 66,5 anos. Com base nos últimos anos da aposentadoria para os grupos de 45 a 54 anos e 55 a 64 anos de idade, em 2015, o número de aposentados subirá para cerca de 470 por ano, o auge estimado será de 810 no ano 2021, e depois diminuirão mais ainda em 2030. O esperado de aposentadorias excederá as adições da força de trabalho por quase 50% (com uma taxa de déficit de 264 por ano).

O percentual de mulheres nos PRM em Patologia no Estados Unidos vem aumentando de 46% em 2002-2003 para 49% a 53% desde 2004.

Os PRM nos Estados Unidos são conduzidos pela *American Society of Clinical Pathology* (ASCP) e incluem três modalidades: (1) Anatomia Patológica combinada com a Patologia Clínica são de quatro anos de formação; (2) apenas Anatomia Patológica com três anos de formação e (3) apenas Patologia Clínica com três anos de formação.

Em 1926, havia cerca de dez PRM em Patologia nos Estados Unidos, com um crescimento significativo no período de 1940 a 1963 culminando com aproximadamente 700 programas. Depois, com as reformulações, chegou ao ano de 2000 com 150 programas, em seguida, o número de programas estabilizaram.

Em relação ao quantitativo de médicos-residentes em Patologia, o estudo apontou que, ao longo dos anos, vem ocorrendo um declínio contínuo. Conforme exemplificado pelos anos: 1971 (3.600 médicos-residentes); 1994 (3.200 médicos-residentes); 2005 (2.400 médicos-residentes); e 2013 (com 583 vagas; das quais, 562 foram preenchidas com uma taxa de vacância de 4%). Destaca-se, também, que aproximadamente 2,0% dos médicos-residentes abandonam o PRM em Patologia, entre os anos 1 e 2 da Residência Médica, 4,7%, entre os anos 2 e 3; e por fim, 2,3% no último ano. Em relação à modalidade de aperfeiçoamento nos moldes *Fellow*, as mais concorridas são Citopatologia, Hematopatologia e Dermatopatologia.

Outro aspecto abordado no estudo refere-se aos profissionais de saúde não médicos que atuam nos laboratórios de Anatomia Patológica auxiliando os médicos patologistas. Os mesmos não podem substituir completamente os médicos-patologistas, embora executam uma série de procedimentos na área. Há um crescimento constante desses profissionais. Em 2004, eram 735, passando, no período de 2004-2010, para 1.441, sendo que 62% desses profissionais têm bacharelado ou mestrado na área de ciências.

Em relação às técnicas executadas, 96% desses profissionais estão envolvidos principalmente nas técnicas histológicas tradicionais, durante a fase de macroscopia na qual as amostras (espécimes) são avaliadas, descritas e clivadas (cortes em fragmentos menores) para o processamento histológico (coloração, blocos de parafina, microtomia e preparação da lâmina) para análise do médico-patologista. Outras atividades incluem a preparação da amostra por congelamento, auxílio nas funções de fotografia, atividades do biorrepositório, entre outras.

Esses profissionais desempenham um papel fundamental no funcionamento da Patologia de hoje nos laboratórios. Na Anatomia Patológica, pode ser visto com certa medida, como a substituição de certos trabalhos que os patologistas poderiam fazer. São essenciais para um exame completo de uma espécie se tornar muito mais complexo. No estudo foi possível examinar a relação de médicos-patologistas e dos profissionais não médicos que auxiliam os referidos médicos nos laboratórios, porém não foi possível medir com precisão se o trabalho do médico-patologista foi substituído pelo assistente de patologia.

Tendo em vista os aspectos observados, os médicos-patologistas são fundamentais para trazer a compreensão dos mecanismos da doença, do diagnóstico e do tratamento. Com o envelhecimento populacional, a introdução de novas tecnologias, em especial na área molecular, e outras novas áreas de empreendimentos, por exemplo, bioinformática, gestão biorrepositório, entre outros, a demanda para os serviços de patologia será muito superior a oferta.

Dado o exposto, a análise do estudo mostra que os números atuais de patologistas e os programas de formação são substancialmente insuficientes para compensar o número de patologistas que irão se aposentar na próxima década. Há também uma grande preocupação com o recente encerramento de vários programas de formação, devido à falta de financiamento e à reforma do sistema de saúde que podem amplamente comprometer o apoio à educação médica, afetando todas as especialidades, incluindo a Patologia.

#### 4.3.2.2 Austrália

Na Austrália, vários estudos salientaram a escassez da força de trabalho em Patologia, entre esses estudos, três deles se destacaram e são apresentados a seguir: *The Australian Pathology Workforce Crisis* (2008), *Rural pathology under the microscope* (2009) e *Survey of the Pathology Workforce* (2011).

##### a) *Australian Pathology Workforce Crisis*

O relatório *The Australian Pathology Workforce Crisis* (LEGG et al, 2008) representou a primeira visão nacional das questões enfrentadas pela força de trabalho em Patologia na Austrália. O conteúdo do referido relatório forneceu contribuições para o *Australian Government Department of Health and Ageing* (DoHA) expondo os problemas, as lacunas e oportunidades para a continuação de futuros trabalhos.

Em relação aos impactos e demandas sobre a área da Patologia, destacaram-se alguns aspectos. Primeiramente há uma percepção generalizada do declínio do prestígio da especialidade médica em Patologia e algumas razões são atribuídas as seguintes questões: (1) a limitação do contato entre patologistas e seus pacientes; (2) redução do conteúdo de Patologia na formação médica, conseqüentemente subestimação de valores da contribuição dos exames/testes patológicos na prática da Medicina; (3) percepção errônea por parte de médicos de outras especialidades, outros profissionais de saúde e dos pacientes de que a Patologia é uma área baseada em máquinas com pouco envolvimento humano ou conhecimentos necessários; (4) falta de promoção do valor da Patologia enquanto uma especialidade médica; (5) a “mercantilização” da Patologia, em geral em ambientes hospitalares, onde em muitas situações são agurpados e tratados da mesma forma que os serviços de apoio, tais como lavanderia, cozinha, manutenção, entre outros.

Em seguida, é esperado um aumento na demanda da Patologia que está sendo impulsionada por fatores como: (1) aumento da prevalência de doenças mais complexas em decorrência do envelhecimento da população; (2) aumento da prevalência do câncer com o aumento da longevidade; (3) maior ênfase na Medicina Baseada em Evidências, que requer da Patologia a tomada de decisão; (4) aumento do uso de testes utilizados pela Patologia para a elegibilidade do tratamento medicamentoso; (5) aumento do emprego dos testes de Patologia molecular e genéticos no uso da Medicina; (6) aumento do volume de exames diagnósticos e tratamento da população.



Outro aspecto importante foi o impacto da incorporação de novas tecnologias na área da Patologia, mas que por outro lado, sem haver um financiamento adequado ocorreram perdas de proventos para a área.

No tocante à força de trabalho em Patologia, o cenário encontrado foi o seguinte: (1) há escassez da força de trabalho em Patologia e as projeções disponíveis podem impactar de forma significativa sobre a qualidade do serviço, se medidas urgentes não forem tomadas; (2) a relação público-privado não é conhecida, mas estima-se que 60% é do sistema público e 40% do sistema privado; (3) a força de trabalho de Patologia é constituída por: médicos especialistas em Patologia, médicos-cientistas; profissional de informação em saúde, técnicos; assistentes de laboratório, coletores, profissionais da área administrativa, serviços de gestão e apoio; (4) a força de trabalho de Patologia é estimada entre 30 mil e 50 mil trabalhadores (5% do total), sendo 70% do sexo feminino; (5) Aproximadamente 50% dos médicos-patologistas (cientistas seniores) estão com mais de 50 anos e 20% dos patologistas ativos têm mais de 60 anos.

No que diz respeito à educação e ao treinamento, os cursos de treinamento foram oferecidos por universidades e institutos de tecnologia. Os cursos de educação conduzidos por instituições de Patologia.

As recomendações deste estudo foram abrangentes e envolveram um conjunto de considerações e recomendações, entre elas: (1) a força de trabalho em Patologia não é controlada pelo *Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW) como ocorre com outras áreas da saúde, mas a sua futura inclusão iria melhorar o monitoramento; (2) necessidade de um conjunto de dados abrangentes e atualizados regularmente para o gerenciamento da força de trabalho em Patologia incluindo dados sociodemográficos, de educação e formação, de atividade profissional e outras informações essenciais; (3) continuidade e aceleração do trabalho realizado pelo *Royal College of Pathologists of Australasia* (RCPA) para aumentar o conteúdo de Patologia nos cursos de Medicina; (4) aumentar as oportunidades de educação, formação e recrutamento de médicos pesquisadores, médicos-patologistas e técnicos; (5) manter a força de trabalho em Patologia existente por mais tempo, estimulando a reentrada dos profissionais que saíram, possibilidade de substituição por meio de outros especialistas em áreas específicas de subespecialidade de Patologia, como por exemplo, cirurgias oftalmológicas em histopatologia do olho; (6) redistribuir geograficamente a força de trabalho existente; e (7) melhorar a produtividade da força de trabalho através da melhoria dos processos de trabalho e de novas tecnologias.

b) *Rural pathology under the microscope*

O estudo *Rural pathology under the microscope* (CAMERON; DUPAL, 2009) aponta que existe pouca discussão sobre a crise da força de trabalho na área da Patologia, apesar das implicações para todo o sistema de saúde, sendo as maiores consequências nas Regiões mais distantes, devido à gama de habilidades e abordagens multidisciplinares requeridas nessa área da Patologia.

A contribuição da Patologia na ciência médica é muitas vezes invisível, mas tem implicações para todo o sistema de saúde, mais de 70% do diagnóstico e de decisões terapêuticas são com base em informações fornecidas pelo médico-patologista.

O contexto da Patologia em área rural é muito diferente da encontrada nos centros urbanos, havendo necessidade de que os médicos-patologistas tenham habilidades em todas as áreas oferecidas pelo laboratório; isto é, precisam ter conhecimento de hematologia, bioquímica, hemoterapia, entre outros. Os médicos-patologistas que atuam em localidades rurais, em sua maioria, são recém-formados com experiência limitada que necessitam de considerável treinamento para lidar com a complexidade de um laboratório em área rural.

A escassez de médicos-patologistas é um problema internacional de muitos anos e já foram observados em 1980, no Reino Unido, no Canadá e nos Estados Unidos. O *Royal College of Pathologists of Australasia* apontou que a escassez de patologistas é a principal ameaça ao serviço de qualidade, a pontualidade na entrega dos resultados e no tratamento. Isso aumenta a hospitalização por meio de internações desnecessárias, e aumenta o custo dos cuidados.

O *Australian Department of Health* publicou em 2008 o relatório intitulado "*The Australian Pathology Workforce Crisis*", na conclusão do estudo foi ressaltado que, sem uma ação urgente, a escassez de médicos-patologistas terão um impacto significativo no tratamento adequado e na qualidade dos serviços. Em todas as áreas da Patologia há escassez, mas principalmente no quantitativo de médicos-patologistas, que em grande parte estão próximos da aposentadoria e a oferta de novos graduados não é suficiente para atender às necessidades futuras.

Muitos serviços das áreas rurais foram extintos, ou transferidos para cidades maiores, causando atrasos nos resultados, aumento dos custos e redução da eficácia dos tratamentos. Essa situação sublinha a má compreensão do papel da Patologia.

c) *Survey of the Pathology Workforce*

O projeto *Survey of the Pathology Workforce* (DoHA,2011), foi um levantamento da força de trabalho em Patologia em 2010, o relatório final da pesquisa foi elaborado pelo *Department of Health and Ageing* e publicado em 2011. O trabalho identificou as características demográficas e o mercado de trabalho da força de trabalho em Patologia na Austrália.

Foram descritas no trabalho as áreas de atuação da força de trabalho em Patologia que são: a histopatologia, a citopatologia, a microbiologia, a hematologia, a imunopatologia, os bancos de sangue, a toxicologia, a genética e citogenética, a patologia clínica e a anatomia patológica.

A força de trabalho em Patologia é complexa e a equipe é composta de: (1) Patologistas: graduados em Medicina, com cinco anos de pós-graduação para tornar-se especialista em Patologia e recebem formação geral na área da Patologia; (2) Cientistas ou Cientistas Senior: graduados em Medicina com formação geral, profissionais com os mais altos títulos acadêmicos, qualificados em universidades ou sociedades científicas, com experiência em laboratórios e em pesquisa. E também, exercem a supervisão e gestão de qualidade em laboratórios; (3) Técnicos de laboratório médico: são trabalhadores com dois anos de formação em cursos oficiais e desenvolvem trabalhos rotineiros nos laboratórios; (4) Assistentes de laboratório: Não tem formação escolar, mas recebem treinamento em serviço. Em relação às atividades, não executam análise de exames, suas atividades incluem: recepção de amostras, preparação e transporte dentro do laboratório; (5) Coletores: Na sua maioria são formados em prática de serviços, embora alguns desses programas são credenciados. Podem coletar fluidos corporais, raspados mas principalmente coletam sangue, exceto nos procedimentos que envolve o sangue autólogo que são realizados por enfermeiros; (6) Auxiliar nas autópsias: profissionais de nível técnico, que auxiliam nas autópsias seja em hospitais, necrotério ou na parte de Medicina Forense; (7) Profissionais que transportam amostras: tem formação adquirida em treinamento em serviço. Eles transportam amostras entre instituições e são responsáveis pela biossegurança envolvida com o transporte das amostras; (8) Apoio administrativo: Esses trabalhadores estão envolvidos em áreas, como a recepção de amostras, entrada de resultados, entre outros; (9) Serviços de Gestão e Apoio: Gestão/gerentes (documentação, administração, setor financeiro etc.), gestão de recursos humanos, gestão de informática (instalação, execução, atualização de *hard e softwares* etc.), equipamentos, gestão de materiais, entre outros.

O tamanho da força de trabalho em Patologia é de 24.157 profissionais, e houve diferenças significativas em relação à idade e sexo. No tocante à idade, ocorreu equilíbrio entre os grupos etários de 30 a 39 anos (21,2%), 40 a 49 anos (26,6%) e 50 a 59 anos (28,1%) e diferenciando nas idades extremas, com menos de 30 anos (17,0%) e 60 anos e mais (7,2%). Em relação ao sexo, na pesquisa houve mais respondentes do sexo feminino (67,6%) do que do sexo masculino (32,3%).

Em referência ao local de trabalho, indicou que 43% dos cientistas seniores pretendiam deixar a força de trabalho em Patologia nos próximos cinco anos. Sendo a principal razão a aposentadoria que representou 73,5%, diferentemente do motivo de mudanças de emprego que representou 1,5%. Em relação à carga de trabalho 58% dos patologistas especializados trabalham mais de 45 horas por semana.

A questão mais urgente é a escassez de mão de obra qualificada (sobretudo cientistas seniores e patologistas). Outras questões secundárias incluem elevada rotatividade de pessoal, principalmente de técnicos de laboratório médico, assistentes de laboratório, coletores em Patologia e administrativos. Ressaltando que o período de substituição de pessoal é longo pois requerem formação prática especializada.

No que diz respeito à localização geográfica, 74,7% da força de trabalho em Patologia atuam em Regiões metropolitanas, as variações referem-se aos coletores em Patologia que em parte atuam em Regiões não metropolitanas. Questões como incentivos insuficientes não atraem profissionais para atuarem em Regiões mais distantes.

As recomendações do estudo incluíram vários aspectos entre eles: (1) há uma necessidade de criar mais oportunidades de trabalho e também melhorar o atrativo da especialidade médica em Patologia com uma escolha de carreira; (2) aumentar os recursos financeiros para subsidiar a área da Patologia; (3) organização da força de trabalho em Patologia em relação à formação e ao mercado de trabalho; (4) melhorar a coordenação da formação de ensino superior na área da Patologia, para atender melhorias na qualidade de formação, aumentar o atrativo de graduados para a especialidade em Patologia; (5) superar a escassez significativa de cientistas, incluindo criação de cargos remunerados, ajuda financeira do governo para apoio à carreira de cientistas, iniciativas as pesquisas e prêmios aos cientistas; (6) proporcionar formação sustentável através da atribuição de um financiamento suficiente para treinamento, e garantir a programação de treinamento contínuo; (7) oferecer boa remuneração e perspectivas de carreira para atrair novos profissionais para a força de trabalho em Patologia, e para torná-lo mais atraente para os trabalhadores.

#### 4.3.2.3 Espanha

O estudo intitulado de *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España* (2010-2025) (PÉREZ; LÓPEZ-VALCÁRCEL, 2011) referiu-se a uma iniciativa do *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad* da Espanha com o objetivo de melhorar e facilitar o planejamento de recursos humanos na área da saúde, realizou um novo estudo de necessidades de especialistas médicos no país para o período de 2010-2025. Este estudo foi a continuação de análises de dois trabalhos anteriores, realizados nos anos de 2007 e 2009, sobre a mesma temática. A metodologia do trabalho consistiu em: (1) atualização dos dados; (2) revisão do modelo (modelo de simulação) e (3) incorporação de ações e tendências mais significativas dos últimos anos. Os dados são provenientes dos serviços de saúde do país referentes aos registros de profissionais ativos, no período de outubro de 2009. A estrutura territorial da Espanha é composta de 17 comunidades autônomas (CCAA) que são entidades territoriais com autonomia legislativa e competências executivas e duas Cidades Autônomas *Ceuta e Melilha*.

Os recursos humanos são um problema central e bastante complexo. O contexto de necessidade do planejamento é de abrangência nacional e de longo prazo; porém convive com: ambientes de incertezas, uma estreita ligação entre formação, emprego, desempenho e com tensões entre a administração central e as administrações autônomas (CCAA e cidades autônomas) que acabam agravando os problemas. O mercado de trabalho exige uma grande capacidade de adaptação dos profissionais para incorporar novas tecnologias, novas demandas sociais e as novas organizações.

Determinar e conseguir o número necessário de médicos especialistas em um determinado local e no momento adequado é uma tarefa difícil para os administradores. Na Espanha, em 2009, existiam 109.513 médicos especialistas no geral, sendo 46,40% mulheres, 47,50% com mais de 49 anos, e a razão de médicos especialistas ativos por um milhão de habitantes foi de 232,9.

Na especialidade em Anatomia Patológica, o total de médicos especialistas foi de 1.141 com variações entre as CCAA, as com maior número desses especialistas foram: em *Madrid* (n=190); em *Andalucía* (n=159); em *Cataluña* (n=113) e em *Valenciana* (n=106). Em contraste as de menores números de especialistas foram em *La Rioja* (n=08) e em *Ceuta & Melilha* (n=03).

A Anatomia Patológica representou 1,06% no conjunto das especialidades. Destas, 12 delas são acima, com destaque para Medicina de Família e Comunidade com 34,38%; nove

delas correspondem com a Anatomia Patológica variando de 1,06% a 1,86% (Aparelho Digestivo, Cardiologia, Hematologia e Hemoterapia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Intensiva, Pneumologia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Urologia) e 25 delas estão abaixo sobressaindo a menor de todas que foi a Imunologia com 0,09%.

Na especialidade em Anatomia Patológica, as mulheres representaram 53,10% diferindo do total geral de especialidades com 46,40%, sugerindo ser uma das especialidades com predominância do sexo feminino. No entanto, há variações entre sexo e faixas etárias, há o predomínio do sexo feminino nas faixas de menos de 30 anos, de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. Por outro lado, o sexo masculino sobressaiu nas faixas de 50 a 59 anos, 60 a 64 anos e 65 anos e mais.

No cenário por CCAA, perceberam-se algumas diferenças, em quatro comunidades prevalece o sexo masculino em *Andalucía, Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha* e *Región de Murcia*. Além disso, três comunidades não apresentaram diferenças entre sexo correspondendo a 50,0% cada como em *Aragón, Cantábria* e *Galícia*. As demais CCAA seguiram com a preponderância do sexo feminino.

No que diz respeito à idade dos especialistas em Anatomia Patológica, a porcentagem de acima de 49 anos foi de 52,60%. Variando nas CCAA, com destaque para os extremos, *Asturias* com 85,7% dos especialistas com idades mais avançadas e para *Ceuta & Melilha* com 0,3% cujos dados sugerem especialistas mais jovens.

Em referência à razão de especialistas por 100 mil habitantes, pode-se observar que a Anatomia Patológica representou 2,4/100 mil habitantes. As CCAA com as maiores relações nessa especialidade foram: *Navarra* com 4,1/100 mil; *Cantábria* com 3,7/100 mil; *Asturias* e *Castilla y León* ambas com 3,2/100 mil; *Galícia* e *Región de Murcia* cada uma com 3,1/100 mil. Por outro lado, as Comunidades com as menores relações foram: *Andalucía* e *Ceuta & Melilha* ambas com 1,9/100 mil e a menor de todas foi a *Cataluña* com 1,5/100 mil habitantes. O restante das Comunidades apresentou valores próximos à média para especialidade em Anatomia Patológica, variando entre 2,4 e 2,9 por 100 mil habitantes.

As tendências e evolução da oferta e demanda de médicos especialistas são provenientes de vários fatores, em especial: a estrutura atual da pirâmide etária dos profissionais (por exemplo, alto índice de saída do mercado de trabalho das faixas etárias mais envelhecidas); a formação (índice de entrada no mercado de trabalho); as taxas de feminização; a recirculação (abandonos da especialidade) e as taxas de imigração e homologação de títulos.

Foi realizado um estudo de projeção de recursos humanos, todavia cada um dos diversos modelos de projeção de FTS tem vantagens e limitações e entre elas a obtenção de dados é invariavelmente uma importante limitação. Porém foi possível projetar para os anos de 2015, 2020 e 2025 o *déficit e superávit* por especialidade, todavia as tendências a médio e longo prazo diferenciam em cada especialidade. Os parâmetros utilizados na classificação foram: em Equilíbrio (oferta menor demanda (percentual) entre -5% e 5%); em *Déficit Leve* (oferta menor demanda (percentual) menor que -5%); em *Déficit Moderado* (oferta menor demanda (percentual) menor que -10%); *Superávit Leve* (oferta menor demanda (percentual) maior que 5%); *Superávit Moderado* (oferta menor demanda (percentual) maior que 10%).

A especialidade em Anatomia Patológica foi classificada em 2015 com *Superávit Leve*; para 2020 com *Superávit Moderado* e para 2025 também com *Superávit Moderado*. Outras especialidades com o mesmo perfil da Anatomia Patológica foram: a Hematologia e Hemoterapia; Medicina Física e Reabilitação; Nefrologia e Neurofisiologia Clínica.

No tocante ao total de especialistas em Anatomia Patológica projetados para o ano de 2015 (1.320), ano de 2020 (1.396) e ano de 2025 (1.508). Em relação à razão de especialista em Anatomia Patológica /100 mil habitantes as projeções foram: em 2015 (2,9/100 mil), em 2020 (3,1/100 mil) e em 2025 (3,3/100 mil), em ambos os cenários demonstrando um aumento contínuo. No que diz respeito, a porcentagem de mulheres a projeção para 2015 (55,0%), em 2020 (51,3%) e em 2025 (47,7%) os dados sugerem uma mudança do perfil com tendência ao predomínio do sexo masculino na especialidade. No que concerne à idade a porcentagem de maiores de 49 anos a projeção foi de: em 2015 (43,9%), em 2020 (34,5%) e em 2025 (21,3%) mostrando uma tendência de juvenescimento na especialidade.

Os autores destacaram que em final de 2008 foi declarada oficialmente a crise econômica na Espanha, baseada na queda do Produto Interno Bruto. Tal fato teve repercussões importantes em relação à redução dos gastos públicos e afetou o setor saúde. Uma das consequências refletiu em várias áreas incluindo a de FTS, por exemplo, uma redução na contratação de médicos nas CCAA e com isso agravando as ocupações deficitárias.

Outro ponto destacado, foi em relação à globalização e à mobilidade internacional intensificada. Com a União Europeia, na qual a Espanha é um dos 28 estados soberanos, a mobilidade de médicos aumentou. Com todo o percentual de médicos estrangeiros na Espanha, é baixo em relação a outros países como o Reino Unido, Austrália e Estados Unidos. A Espanha recebe, em sua maioria, médicos oriundos da América Latina para trabalhar como

médicos generalistas ou para formação de especialistas; por outro lado, a saída de médicos espanhóis é relativa, uma vez que tem havido oferta interna.

No tocante aos títulos de especialistas homologados e reconhecidos, houve variações entre as especialidades. No caso da Anatomia Patológica, os títulos de especialistas homologados e reconhecidos em 2010 foram dois: as ofertas de formação de médicos-residentes internos (MIR) por meio da prova de Residência Médica em 2009 (n=90), 2010 (n=92) e 2011 (n=92) com variações de 2010/2009 (2,2%) e 2011/2010 (0,0); e uma média entre 2006/2011 de 87.

Em relação à recirculação (abandonos da especialidade), o total de recirculação de MIR sem títulos foi de 30,9%. No que diz respeito à Anatomia Patológica, a recirculação 2010/2011 foi de 32 médicos; destes, 18 com título novo e 14 sem título. Os títulos do MIR 2010/2011 foi de 92. Assim como, o total de recirculação de MIR sem títulos foi de 34,8%. Todavia, foi destacado que em algumas especialidades, o total de renúncias e abandonos superaram 30% dos títulos de MIR convocadas em 2010/2011. As referidas especialidades foram: Análises Clínicas (257,1%); Bioquímica Clínica (254,5%); Microbiologia e Parasitologia (188,9%); Medicina do Trabalho (147,6%); Farmacologia Clínica (144,4%); Imunologia (81,8%); Neurofisiologia Clínica (68,2%); Alergologia (66,7%); Medicina de Família e Comunidade (61,7%); Medicina Preventiva e Saúde Pública (55,7%); Medicina Nuclear (55,0%); Anatomia Patológica (34,8%) e Medicina Intensiva (33,9%). Ressaltando que uma significativa parcela dessas especialidades é da área laboratorial, portanto voltadas para o diagnóstico e acompanhamento das doenças.

Por fim, os autores pontuam várias questões inquietantes, entre elas, inicialmente os mercados de profissionais, por mais regulados que estejam, são mercados, e como tais estão sujeitos às forças de oferta e demanda. A curto prazo a oferta é bastante inflexível, não se pode aumentar imediatamente o número de profissionais disponíveis, pois formar especialistas leva mais de uma década, e a migração de médicos requer trâmites de homologação e reconhecimento. Quanto mais estreitos forem os mercados, mais rígida será a oferta de profissionais a curto prazo, e mais difícil será alcançar o equilíbrio. Outro ponto destacado foi a falta de registro de especialistas é outra dificuldade sentida para planejamento e gerenciamento de recursos humanos.

Ressaltaram também a questão da migração de médicos, a Espanha é uma ponte entre América Latina e a Europa. Durante a última década ocorreu uma avalanche crescente de médicos estrangeiros migrando para a Espanha. São médicos graduados que desejam fazer uma especialidade e exercer na Espanha. No ano de 2009, o número de homologações



duplicou o quantitativo de novos médicos. Por um lado, as migrações de médicos aliviam tensões dos mercados a curto prazo e flexibilizam a oferta, por outro lado, podem criar problemas de qualidade. As regras de homologação de títulos devem estar bem definidas e a Espanha deve definir uma estratégia em relação à internacionalização dos médicos em formação.

E também, em relação à recirculação (abandonos da especialidade), o planejamento de oferta de especialidades com recirculação, deveria ser repensado para evitar que os especialistas e os médicos-residentes abandonem sua especialidade pelas escassas expectativas de mercado de trabalho.

#### 4.3.2.4 África Oriental<sup>29</sup>

O estudo *The Practice of Pathology in Africa* (KASCHULA, 2013) ressalta que na África Oriental a escassez de médicos-patologistas esteja atribuída a alguns fatores entre eles: (1) salários: os salários dos médicos-patologistas são menores do que de outros médicos clínicos, por exemplo, os médicos-patologistas que trabalham em tempo integral ganham cerca de US\$ 300 dólares por mês, ao passo que os médicos clínicos ganham aproximadamente US\$ 700 por mês; (2) condições de trabalho: os laboratórios têm instalações, equipamentos e insumos limitados para a realização de exames. Muito poucos laboratórios podem realizar os exames de citologia e de histologia. Além do que, as instalações para realizar exames de imuno-histoquímica são raras; (3) educação continuada: as oportunidades de atividades de educação continuada dos médicos-patologistas são limitadas e (4) grau de satisfação: falta de satisfação no trabalho.

Na África Oriental, existem menos de 0,8 patologistas por 100 mil habitantes, bem diferente do que é encontrado nos Estados Unidos que são 7,0 patologistas por 100 mil habitantes. Além disso, anualmente, a maioria dos médicos-patologistas recebe menos de dois mil biópsias por ano, e dois terços desses patologistas examinam menos de mil amostras de punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

A formação dos médicos especializados em Patologia na África tem sido um problema difícil. Na Nigéria, Quênia, Uganda e Tanzânia, a formação abrange todos os patologistas gerais, está em vigor desde a década de 1960. Nestes países, as universidades oferecem

---

<sup>29</sup> Países da África Oriental: Burundi; Djibouti; Eritreia; Etiópia; Quênia; Ruanda; Seychelles; Somália; Tanzânia e Uganda.

formação em todos os ramos do laboratório para um mestrado em Patologia, que leva de três a quatro anos de formação. Existe uma capacidade limitada para formação de pessoal suficiente para atender às necessidades nacionais na área da Patologia. Espera-se que brevemente o *Colleges of Pathology*, na África do Sul, realize essa formação em uma base ampla para atender também aos outros países africanos.

Ainda é muito difícil para os médicos-patologistas africanos formados no exterior, por exemplo, na Europa, na América do Norte, no Extremo Oriente e na Ásia, retornarem aos seus países de origem. Uma das justificativas pauta-se no fato de que são formados em técnicas altamente sofisticadas e com infraestrutura superior as condições locais.

Existe também uma necessidade de treinamento dos profissionais não médicos que atuam nos laboratórios. Além disso, todos os laboratórios de Patologia devem ser certificados e acompanhados regularmente tanto em relação às atividades da prática quanto da educação continuada.

Em relação à Patologia (Anatomia Patológica) todos os países africanos têm recursos muito limitados. Há concentração em Laboratórios de Ensino, nos Laboratórios Terciários em Hospitais Regionais e em alguns Laboratórios Secundários de Regiões periféricas. Espera-se que tais laboratórios devam possuir instalações, equipamentos e insumos para a realização de exames de citologia e de histologia, além de instalações para realizar exames de imunohistoquímica. Assim como, sistema informatizado, com acesso à *internet* para informações, e fácil acessibilidade a revistas relevantes, contribuindo para que os médicos-patologistas sejam bem treinados e experientes e para que possam fornecer serviços de diagnóstico rápido, barato e de alto padrão de qualidade.

Dado o exposto, os autores reconhecem que os melhores padrões são encontrados em laboratórios que fazem pleno uso das oportunidades de incentivo para visitas de intercâmbio, criação de serviços de segunda opinião, oportunidade dos profissionais de participarem de cursos, *workshops* e congressos, bem como receber visitantes internacionais. Dentro de suas comunidades, os melhores laboratórios têm diálogo regular e clinicopatológico entre os médicos-patologistas, controle de qualidade, fomenta o desenvolvimento contínuo e de treinamento de tecnólogos, bem como a aquisição de competências especializadas por médicos-patologistas, tais como na patologia pediátrica e neuropatologia.

Uma ferramenta potencial para a região é a telepatologia usando-a no difícil diagnóstico anatomopatológico, em Regiões onde haja escassez de médicos-patologistas. A técnica requer equipamentos e infraestrutura de custo elevado e que não é comum na maioria dos Departamentos de Patologia, mesmo nos grandes hospitais de referência.

Para a prática da Patologia avançar na África, os médicos-patologistas devem ser ativamente envolvidos na rotina de atividades de diagnóstico e de ensino de seus laboratórios com o objetivo de alcançar um laboratório de alta qualidade.

#### 4.3.2.5 Tanzânia

No estudo *Pathology practice in a resource-poor setting* (RAMBAU, 2011) foi apresentada a prática da especialidade médica em Patologia em um ambiente com poucos recursos. Contextualizado no continente africano, na República Unida da Tanzânia, localizada na África Oriental, com uma relação de 1 médico para cada 23 mil habitantes, um dos mais baixos do mundo e menor do que nos países vizinhos.

A área da Patologia desempenha um papel central nos cuidados ao paciente, porém muitas vezes a especialidade médica em Patologia não é reconhecida pelos pacientes, outros médicos, gestores e políticos. O público tende a pensar no patologista como o “Doutor em Mortos”. As gratificações financeiras também são pequenas, conseqüentemente, é difícil o engajamento de médicos para a especialidade em Patologia.

A falta de recursos humanos e materiais alocados para a área da Patologia leva, de maneira inevitável, às lacunas nos cuidados de saúde para muitos pacientes. Por exemplo, a cirurgia pode ser realizada sem benefícios, seja na fase pré-operatória ou no pós-operatório, da confirmação do diagnóstico pelo exame patológico, assim como, possíveis complicações, estimativa do prognóstico, avaliação e acompanhamento dos resultados do tratamento.

Embora as doenças transmissíveis continuam a serem as principais causas de morbidade e mortalidade na Tanzânia, as doenças crônicas vêm num crescente, entre elas, o câncer. Conseqüentemente, aumentando a necessidade cada vez maior de serviços especializados em Patologia de referência no país e de força de trabalho especializada. Os hospitais de referência são onde estão alocados os médicos especializados incluindo os patologistas.

A Tanzânia possui quatro hospitais de referência que servem as 22 Regiões onde estão os serviços de Patologia do país, entre eles o *Ocean Road Cancer Institute* (ORCI) único no país para tratamento do câncer. Os quatro hospitais oferecem serviços de laboratório, incluindo Histopatologia, Hematologia, Patologia Clínica e Medicina Forense.

O país possui 15 patologistas nos quatro hospitais de referência, numa relação de um médico-patologista para cada 2,5 milhões de habitantes, com uma distribuição desigual.

Do total de médicos-patologistas: dois são especializados em Medicina Forense, dois patologistas são especializados em Hematopatologia e 11 médicos-patologistas (quatro atuam

em três hospitais de referência no interior do país e sete patologistas estão alocados em um mesmo hospital de referência localizado em centro urbano na maior cidade da Tanzânia).

O estudo apontou que não é possível realizar os diagnósticos patológicos para toda a população. A escassez desses profissionais resulta em que muitos pacientes são tratados sem o diagnóstico patológico, comprometendo o tratamento e o prognóstico das doenças ou acabam em um pior cenário não sendo tratados, conseqüentemente, comprometendo a carga de doenças da Tanzânia.

Em virtude dos fatos mencionados, algumas estratégias foram utilizadas no conjunto de mudanças que visaram à melhoria no aporte ao diagnóstico patológico na Tanzânia. Como exemplo, o hospital de referência *Bugando Medical Center* da *Bugando University College*, que atende a uma população regional de mais de 10 milhões, possui dois médicos-patologistas no serviço de patologia que realizam histopatologia, citologia e Medicina Forense, além de serem docentes universitários. Quando o hospital foi estabelecido todos os exames de histopatologia foram enviados ao referido hospital para o processamento e interpretação dos exames.

Quando o *Bugando University Health Centre* foi estabelecido, surgiu a necessidade de maior qualificação dos dois patologistas, tanto para a docência quanto para as práticas na área da Patologia. Resultando no fato de que os dois médicos participaram do programa de mestrado de ciência em Patologia durante três anos em uma universidade em Uganda, patrocinados pela referida Universidade da Tanzânia e pelo centro colaborador *Vittorio Tison Association* da Itália.

No ano 2000, inicialmente os serviços de diagnóstico histopatológico seriam efetuados por médicos-patologistas italianos visitantes. O tempo de resposta foi muitas vezes, inevitavelmente, longo e dependente da disponibilidade do médico-patologista voluntário. Requerendo que amostras urgentes fossem enviados a outros hospitais de referência na Tanzânia.

Com o retorno dos patologistas em 2003, observaram-se significativas alterações, incluindo um importante aumento nos diagnósticos das peças cirúrgicas enviadas ao laboratório e também continuaram a receber as visitas dos patologistas italianos. Tais mudanças geraram melhoras nos processos e tempos de trabalho na área da Patologia, permitindo menores tempos de liberação dos resultados dos exames.

Então, o serviço do Departamento de Patologia da referida Universidade, mantém dois médicos-patologistas e recebem por ano aproximadamente 3 mil amostras cirúrgicas, 800 amostras de citologia (75% são por PAFV e o restante de esfregaços cérvico-vaginais

anomais) e 300 autópsias são executadas sendo a maior parte dos casos consiste de Medicina Forense.

No tocante ao trabalho realizado no laboratório, o processamento das técnicas histológicas são na maioria realizadas manualmente, as em relação ao preparo e às colorações são tradicionais tanto as técnicas histológicas como as citológicas. Há um número muito limitado de insumos para a utilização de técnicas imuno-histoquímicas e de instalações para o diagnóstico molecular.

Na parte de formação em Patologia, possuem estudantes de medicina e alunos de pós-graduação, gerando para os dois médicos-patologistas 25 horas semanais da carga de trabalho de cada um deles na formação de alunos. Além disso estão também envolvidos com a área de pesquisa e de administração do laboratório. Essa alta carga de trabalho, acarreta atrasos nos resultados dos exames e compromete o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes.

Para concluir, há uma grande necessidade de aumentar o número de médicos-patologistas para ampliar a prestação de serviço e o ensino de Patologia na Tanzânia. Assim como, serão também necessários investimentos e modernização das instalações, equipamentos e técnicas na área. A curto prazo ainda são necessárias manter as visitas de médicos-patologistas voluntários para aumentar a capacidade de trabalho.

Faz-se também necessária a adoção de novas técnicas, como a telepatologia, permitindo a agilização do diagnóstico que aumentará as chances de sobrevivência dos pacientes e permitirá a consulta com especialistas de várias partes do país e mundo. Além de permitirem diagnósticos mais consistentes, mais precisos, e com referências científicas.

A longo prazo, também investir em qualificações dos médicos-patologistas em relação aos desafios locais e, ao mesmo tempo, aplicando habilidades e conhecimentos modernos na prestação de serviços e no avanço do conhecimento.

#### 4.3.2.6 África do Sul

O estudo *Pediatric pathology services in Africa* (KERR; KASCHULA, 2013) apresentou a situação da patologia pediátrica na África, que é um grande desafio, com acesso limitado a recursos e poucas oportunidades para o avanço profissional.

O câncer infantil vem sendo uma preocupação dos médicos-patologistas que atuam na África, seja devido às crianças representarem uma proporção muito elevada da população, aos casos elevados de cânceres infantis e à formação incompleta de patologia pediátrica.

Os cânceres na infância na África são, muitas vezes, vistos pela primeira vez em um estágio avançado, menos de 20% das crianças têm acesso ao tratamento. Falta de disponibilidade de exames diagnósticos, incluindo longos atrasos na entrega de resultados dos exames, limitações dos exames de imuno-histoquímica, falta de experiência no diagnóstico histológico de neoplasias pediátricas, entre outros. Esse cenário acaba afetando a sobrevivência global das crianças na África.

Para que laboratórios possam fornecer um serviço de diagnóstico eficaz para os cirurgiões pediátricos, eles devem ter médicos-patologistas bem formados e estarem adequadamente equipados. Uma parte significativa dos profissionais que atuam nos laboratórios africanos é formada em países desenvolvidos, embora esteja havendo diminuição desse tipo de oportunidades devido às mudanças de leis governamentais.

Espera-se que, em pouco tempo, o *Colleges of Pathology*, na África do Sul, venha a realizar programas de formação dentro do continente africano, com isso ajudar na retenção de profissionais capacitados que foram formados em países desenvolvidos e que tendem a não retornar, que, por sua vez, agrava o problema da escassez desses profissionais.

O diagnóstico preciso de tumores da infância apresenta o maior problema para o médico-patologista ao lidar com as amostras dos tumores pediátricos. Embora 70% dos tumores pediátricos são sensíveis aos tratamentos e as taxas de sobrevivência aproximam de 80% nos países desenvolvidos; porém, na África, mais de 80% das crianças com câncer morrem da doença. Além disso, o diagnóstico, a classificação e o estadiamento das doenças malignas da infância é altamente complexo, que envolve uma série de etapas que não estão disponíveis no continente africano.

A melhoria e a padronização de práticas na área da Patologia serão benéficas para aumentar a precisão do diagnóstico, assim como o apoio técnico de médicos-patologistas de outras partes do mundo poderá desempenhar um papel importante no apoio aos países de baixos recursos.

#### 4.3.2.7 Argentina

A publicação denominada *Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina* (PÉREZ, 2015) foi uma iniciativa do Ministério da Saúde da República da Argentina, em colaboração com os Ministérios da Saúde das Províncias e com o apoio da Escola Andaluza de Saúde Pública. Com o objetivo de propor um modelo de planejamento para identificar desequilíbrios entre oferta e demanda de médicos especialistas na Argentina. Embora o estudo tenha abordado vários aspectos das especialidades

médicas, incluindo a Patologia, priorizou algumas especialidades para um estudo mais detalhado no projeto que foram: a Medicina de Família e Comunidade; a Pediatria; a Ginecologia e Obstetrícia; a Neonatologia; a Cirurgia Geral; a Clínica Médica; a Terapia Intensiva de Adulto; a Terapia Intensiva Infantil.

A metodologia do projeto incluiu sete fases: Fase 1 (descrição do sistema de especialistas médicos na Argentina); Fase 2 (fluxograma e relacionamento entre variáveis de oferta/demanda/necessidade do sistema que influenciam o contexto real e que podem ser medidos de acordo com os sistemas de informação e fontes de dados acessíveis); Fase 3 (modelo matemático de planejamento de especialistas médicos); Fase 4 (sistemas de informação para o planejamento de especialistas, em que foi possível identificar a situação de médicos especialistas, médicos licenciados e médicos-residentes ativos. Um dos principais problemas para o planejamento dos médicos especialistas, que o Ministério da Saúde da República da Argentina enfrentou foi a elevada fragmentação da informação sobre o mercado de trabalho dos médicos especialistas. Para tal, foram utilizados uma série de fontes que forneceram as informações); Fase 5 (levantamento dos dados); Fase 6 (apresentação dos resultados e do modelo de projeção em aplicativo em *web* adaptado para a realidade da Argentina) e Fase 7 (valorização de resultados e recomendações para melhorar o processo de planejamento de médicos especialistas na Argentina).

Em relação à especialidade médica objeto de estudo, no Brasil é reconhecida e credenciada com Patologia e na Argentina é intitulada de Anatomia Patológica. Na Argentina essa especialidade é uma das 37 especialidades médicas cuja Residência Médica tem financiamento nacional pelo Ministério da Saúde da República da Argentina.

No tocante às vagas de Residência Médica ofertadas *versus* as vagas ocupadas em 2014, no total geral de 1.124 vagas ofertadas com 71% (n=794) de vagas ocupadas. A especialidade médica em Anatomia Patológica foi de duas vagas ofertadas com ocupação de 100% das vagas; isto é, duas vagas no primeiro ano (R1) de Residência Médica.

No que refere-se ao sexo, na especialidade médica em Anatomia Patológica observa-se a feminização dessa especialidade. No tocante à distribuição por sexo e anos de Residência Médica, as mulheres totalizaram sete, destas: no primeiro ano (R1) com duas; no segundo ano (R2) com duas e no terceiro ano com três mulheres. Os homens totalizaram apenas em uma em R2. Em relação à distribuição de médicos especialistas por sexo, na Anatomia Patológica foram 407 (31,3%) especialistas do sexo masculino e 893 (68,7%) do sexo feminino, semelhante perfil encontrado também na faixa etária de 23 a 64 anos, em que foram 299 (26,9%) do sexo masculino e 813 (73,1%) do sexo feminino.

No que diz respeito à taxa de médicos especialistas por 100 mil habitantes, observa-se que, na Anatomia Patológica, o número de especialistas foi de 1.300, com uma taxa de 3,05 especialista em Anatomia Patológica por 100 mil habitantes. Na faixa etária de 23 a 64 anos, o total de especialistas foi de 1.112 com uma taxa de 2,61/100 mil habitantes. No estudo, mostra diferenças entre as especialidades, com extremos por exemplo, da Pediatria com 135,32 especialistas/100 mil habitantes e da Epidemiologia com 0,6 especialistas/100 mil habitantes.

A importância do trabalho, mesmo com os limites apresentados, apontou que os padrões de oferta e demanda na prestação de serviços estão mudando. Algumas razões são assinaladas: as sociedades modernas são medicalizadas, aumenta a demanda por serviços de saúde, por outro lado, o surgimento de inovações tecnológicas e mudanças organizacionais para a melhoria do sistema de saúde, como por exemplo, a expansão da APS, gera mudanças na demanda por especialistas médicos, mudanças na produtividade e nas relações entre profissionais de saúde. Conseqüentemente, afeta a oferta e demanda das especialidades médicas.

#### 4.3.2.8 Chile

O estudo denominado *Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile* (GUILLOU; CARABANTES; BUSTOS, 2011) foi uma iniciativa do *El Ministerio de Salud de Chile* que solicitou ao Banco Mundial a realização de um estudo que abordasse a disponibilidade de médicos especialistas no país. O objetivo do trabalho foi atualizar e sistematizar as informações existentes sobre médicos no Chile, particularmente especialistas, analisar a distribuição e suas características. Para a instalação de um sistema de planejamento de Recursos Humanos que tem a participação de diferentes atores na construção das soluções para os problemas identificados.

Em muitos países, há preocupação de desenvolver e manter uma força de trabalho de acordo com as necessidades de saúde e expectativas da população, e considerando a sua sustentabilidade econômica. Em várias partes do mundo, observam-se os ciclos de escassez e excesso de oferta de recursos humanos qualificados, além de problemas de distribuição geográfica, gerando iniciativas internacionais, tanto na Europa quanto nas Américas para solucionar os problemas.

A demanda e a oferta de médicos especialistas dependem de vários fatores, tais como: o perfil da população (demográfica e epidemiológica); o modelo de assistência; os



desenvolvimento tecnológico e científico; a dinâmica do mercado de trabalho; as expectativas de cidadania; a judicialização na saúde; e os efeitos da migração regional dos profissionais.

A falta de fontes de dados abrangentes para incluir todos os médicos do país tem dificultado o seu conhecimento, sendo resolvido em grande parte por meio de informações de diferentes bases.

A metodologia utilizada foi o levantamento de dados de diferentes fontes, uma vez que não existe um registro nacional unificado. As principais fontes utilizadas foram: (1) *Servicio de Impuestos Internos*; (2) *la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas* (Conacem); (3) *Fondo Nacional de Salud* (Fonasa); (4) *Base de datos del desempeño difícil APS*; (5) *Sistema de Información Integrado de Recursos Humanos (Sector Público: Servicios de Salud)*; (6) *Ciclo de destinación y formación del Ministerio de Salud*; (7) *Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, mantenido por la Superintendencia de Salud*.

O Chile está dividido em 15 Regiões, 54 províncias (equivalente às UF no Brasil) e 346 Comunas (equivalente aos municípios brasileiros). Para o trabalho, os autores agruparam as Regiões em quatro grandes áreas geográficas a saber: Norte (Regiões I, II, III, IV e XV); Central (Regiões V, VI, VII, e XIII esta última equivale à Región Metropolitana de Santiago), a Centro-Sul (Regiões VIII, IX e XIV) e Sul (Regiões X, XI e XII).

O número total de médicos no Chile foi de 29.996; destes, 12.983 (43%) médicos do setor público, organizados em: Serviços de Saúde com 10.589 (35%) médicos e em APS com 2.394 (8%) médicos.

Na distribuição por áreas geográficas o quadro foi o seguinte: Norte com 2.418 médicos (8,1%); Central com 21.899 médicos (73,0%); Centro-Sul com 4.415 médicos (14,7%) e Sul com 1.264 médicos (4,2%).

O número de médicos por 100 mil habitantes foi de 178,9. Em relação às áreas geográficas, oscilaram entre 212,1/100 mil habitantes (Região Central) e 117,5/100 mil habitantes (Região Sul). No que se refere ao número de habitantes/por médico, foi de 558,9. As áreas variaram entre 851,0 na área Sul e 471,4 na área Central.

Na estrutura etária dos médicos segundo as especialidades, em 2008, mais de 50% dos médicos estavam com mais de 50 anos, fato este a considerar em políticas de formação de especialistas.

Na especialidade em Anatomia Patológica, a faixa etária que predominou foi entre 40 e 49 anos, limítrofe às faixas etárias críticas. As outras especialidades semelhantes à Anatomia Patológica foram: Oncologia Médica; Pediatria e neonatologia; Cirurgia pediátrica;

Medicina Interna; Medicina Física e Reabilitação; Otorrinolaringologia; Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Maxilo Facial e Urologia.

Em 2008, o quantitativo de médicos especialistas foi de 15.668 representando 68,65% do total de 22.822 médicos no geral. Na distribuição das especialidades médicas, 47% são referentes às especialidades básicas (Cirurgia Geral; Medicina Interna; Obstetrícia e Ginecologia; Pediatria). A especialidade em Anatomia Patológica representou 1,33% (n=208) sendo uma das menos expressivas, juntamente com as seguintes especialidades: Neurocirurgia (1,30%); Medicina Física e Reabilitação (0,75%); Cirurgia do Tórax e Cardiovascular (0,61%); Neurologia Pediátrica (0,43%); Oncologia Médica (0,40%) e Medicina Nuclear (0,19%).

Em relação à distribuição geográfica dos médicos por especialidade, há variações entre as áreas geográficas. Caracterizando-se da seguinte forma: Norte (7,32%); Central (73,47%); Centro-Sul (14,42%) e Sul (4,45%). No tocante à especialidade em Anatomia Patológica configurou-se da seguinte forma: Norte (9,13%); Central (72,12%); Centro-Sul (12,98%) e Sul (5,77%), a maior concentração foi na área Central e a de menor expressão foi na área Sul.

No contexto do ordenamento de cada especialidade entre as áreas geográficas o cenário encontrado foi o seguinte. Na área Norte, a cirurgia geral foi a de maior expressão com 13,11% e a cirurgia do tórax e cardiovascular a de menor expressão com 1,04%. Na área Central todas as especialidades foram mais expressivas, porém destacando-se a Neurologia Pediátrica com 91,18% e em menor representação a Pediatria com 66,21%. Na área Centro-Sul, o destaque para a Medicina Nuclear com 20,69% e em oposto a Neurologia Pediátrica com 4,41%. Na área Sul, todas as especialidades foram de menor expressão, na área destacaram-se a Pediatria com 5,79% e Anatomia Patológica com 5,77%, ao contrário da Cirurgia do Tórax e Cardiovascular com 1,04%, e a Oncologia Médica sem especialistas.

Em relação ao número de médicos especialistas por 10 mil habitantes por área geográfica, no conjunto geral foi de 9,35/10 mil habitantes e por área geográfica consistiu em: Norte (5,92/10 mil); Central (11,15/10 mil); Centro-Sul (6,77/10 mil) e Sul (6,49/10 mil). Os resultados apresentados mostraram as tendências de concentração dos médicos especialistas em algumas Regiões.

No tocante à especialidade em Anatomia Patológica, o perfil identificado, no geral, representou 0,13/10 mil e, nas diferentes áreas geográficas, houve variações: Norte (0,1/10 mil); Central (0,15/10 mil); Centro-Sul (0,08/10 mil) e Sul (0,11/10 mil). Demonstrando que as áreas Central e Sul possuem maior concentração desses especialistas.

E também, outras especialidades realçaram as flutuações entre especialidades e áreas geográficas, por exemplo, a cirurgia geral com 1,29/10 mil no geral e pelas áreas variou entre 1,41 e 0,87 por 10 mil habitantes e a Pediatria no geral com 1,13/10 mil habitantes e pelas áreas de entre 1,22 e 0,92 por 10 mil habitantes. Ambas as especialidades foram as de maiores concentrações em todas as áreas geográficas. Por outro lado, as especialidades de Medicina Nuclear no geral com 0,02/10 mil e pelas áreas entre 0,01 e 0,02 por 10 mil; e a Oncologia Médica no geral com 0,04/10 mil e pelas áreas entre 0,00 e 0,01 por 10 mil. Demonstrando que são as de menor concentração, inclusive a Oncologia com ausência de informações desse especialista na área Sul.

Por fim, os autores com os resultados apresentados destacaram características relevantes para a orientação das decisões políticas em relação à disponibilidade e distribuição de médicos especialistas. Também salientaram que ter conhecimento sobre os fatores que influenciam a oferta e a demanda de profissionais, é essencial para desenvolver um planejamento moderno, compreendido como um processo contínuo, visando a proporcionar os recursos necessários para atingir os objetivos de saúde da população. Além de permitir estimar as lacunas de recursos humanos, no caso deste estudo dos médicos especialistas.

#### 4.3.2.9 República da China (Taiwan)

No estudo *Physician Supply and Demand in Anatomical Pathology in Taiwan* (HSU; JUNG; CHUANG, 2011), pode-se observar que a Anatomia Patológica não era popular em Taiwan, há algumas décadas, com uma severa escassez de patologistas. Entretanto, nos últimos anos, vem ocorrendo um aumento constante, e atualmente vem ocorrendo uma ameaça de excesso de oferta.

O objetivo do estudo foi avaliar a oferta e a demanda ao longo das últimas três décadas e comparação dos resultados com outros países. Foram coletados dados de matrícula de médicos-patologistas da *Taiwan Society of Pathology*, do *the Department of Health, Executive Yuan* e *Taiwan Medical Association* e foram enviados questionários aos chefes de serviços de Patologia para obter informações sobre futuras ofertas de emprego.

Durante os anos 70 a 80, os médicos-anatomopatologistas não eram respeitados e nem considerados médicos e sim como profissionais de laboratório. Além disso, os salários eram menores em comparação a outras especialidades médicas. E também, a Anatomia Patológica não eram uma opção de carreira desejável para os graduados em Medicina. Tais aspectos levou a uma grande escassez de médicos-anatomopatologistas. Na época o governo tomou

algumas medidas para diminuir esses efeitos, mas com pouca repercussão culminado com 100 médicos-anatomopatologistas em todo o país.

Nos anos mais recentes, tem havido mais de 25 médicos-residentes no primeiro ano de Residência Médica na área; em 2009 (mês de maio); havia 361 médicos especialistas em Anatomia Patológica. Essa especialidade médica não tem mais escassez; mas, ao contrário, há uma ameaça de excesso de oferta.

A carga de trabalho dos médicos-patologistas depende da quantidade e complexidade das amostras enviadas, por médicos de outras especialidades em suas respectivas instituições. Os autores consideraram que teoricamente, o número total de amostras patológicas ou carga de trabalho é proporcional ao total da população.

Um aspecto destacado foi em relação à população de Taiwan está estacionária e as projeções tendem a diminuição progressiva, devido à diminuição da taxa de nascimento na última década. Consideram que o número total de amostras enviadas aos patologistas tendem a um aumento discreto, principalmente devido ao envelhecimento da população.

Julgam que usar a carga de trabalho para cada médico-patologista, seja um indicador para a manutenção do equilíbrio entre fornecimento médico e demanda de Anatômica Patologia.

Houve comparações dos seguintes parâmetros: (1) número de médicos especialistas em Anatomia Patológica por milhão de habitantes; (2) a razão do número total de médicos especialistas em Anatomia Patológica por todos os médicos; (3) porcentagem de médicos formados que se inscreveram para o primeiro ano de Residência Médica em Anatomia Patológica entre o número total de diplomados em cada ano.

Os resultados encontrados mostraram que o número de médicos especialistas em Anatomia Patológica vem aumentando a uma taxa anual de 4,93% entre os anos de 2004 e 2008, contrastando com 3,7% para todos os médicos. O número de médicos especialistas em Anatomia Patológica/milhão de habitantes em Taiwan foi de 14,83, que foi comparável ao do Japão (14,85) e Coreia do Sul (11,68), mas muito menor do que no Canadá (25,54) e nos Estados Unidos (44,31). A proporção de médicos especialistas em Anatomia Patológica em relação a outros médicos em Taiwan foi de 0,97%, o que foi maior do que no Japão (0,68%) e Coreia do Sul (0,64%), mas menor do que no Canadá (1,32%) e nos Estados Unidos (1,46%). Em relação aos médicos formados que escolheram a especialidade em Anatomia Patológica, para a sua formação no primeiro ano de Residência Médica em Taiwan foi de 1,79%, que era maior do que nos Estados Unidos (1,50%) e no Canadá (1,10%-1,20%).

Em relação à idade, 80,9% dos médicos especialistas em Anatomia Patológica tinham menos 55 anos, 19,1% com idade superior a 55 anos. Destes, entre 56 e 60 anos representando 9,4% e com mais de 60 anos expressando 9,7%, que irá alcançar a idade da aposentadoria que é de 65 anos nos próximos cinco anos. Os dados sugerem que haverá uma média anual de patologistas que aposentaram oficialmente.

A maioria dos médicos especialistas em Anatomia Patológica obtém certificados de especialistas em torno dos 30 anos de idade. Na sua maioria permanecem trabalhando até ou mais da aposentadoria oficial que é com 65 anos, mostrando que o tempo de carreira é em torno de 35 anos.

O estudo apontou que os três países do Leste Asiático compartilham de uma cultura similar, assim sendo, pode-se assumir que a força de trabalho atual de médicos especialistas em Anatomia Patológica em Taiwan é provavelmente suficiente, ou pelo menos, quase saturado, em comparação com que ocorre com o Japão e Coréia. A menos que haja mudanças extremas em relação ao *National Health Insurance policy or socioeconomic/political conditions*, afetando as recomendações nas apólices de seguro de saúde.

As mudanças tecnológicas e seu impacto nos processos de trabalho da Anatomia Patológica (p. ex. o avanço da patologia molecular) vai criar uma nova demanda adicional aos médicos especialistas em Anatomia Patológica. Porém o nível de tal demanda é imprevisível, além disso o controle orçamentário sobre despesas médicas pelo Seguro Nacional de Saúde pode limitar a demanda por este tipo de teste e conseqüentemente não expandir a necessidade de mais médicos-patologistas. Todavia há um rápido avanço dos casos de câncer e incorporação de novas tecnologias principalmente na parte molecular. Para analisar tal demanda, o *Council of Taiwan Society of Pathology* estuda a incorporação dessa nova tecnologia para viabilizar a padronização e a incorporação desse tipo de teste no país.

O estudo apontou que a longa vida profissional não é o único fator que levou ao aumento de médicos especialistas em Anatomia Patológica em Taiwan. Considerando que o fator-chave foi o aumento anual de acesso ao primeiro ano de Residência Médica na especialidade em Anatomia Patológica.

A conclusão do estudo apontou que a Anatomia Patológica não é uma especialidade que está enfrentando escassez de médico em Taiwan. Além disso, sugere que haja uma redução do número de vagas de acesso ao primeiro ano de Residência Médica na especialidade em Anatomia Patológica, necessária para manter um equilíbrio entre oferta e demanda.

Em síntese, levando-se em consideração os resultados dos estudos apresentados, conclui-se que a escassez de médicos-patologistas é um fato já reconhecido mundialmente, inclusive os governos dos países vêm adotando estratégias para minimizar tal situação. No Brasil, não há estudos de projeção de médicos-patologistas que permitam identificar as necessidades de médicos especialistas em Patologia para o Brasil e apontar que ações precisam ser tomadas no futuro próximo para garantir o alcance de objetivos a longo prazo, seja em relação à formação ou mercado de trabalho.

## 5 CENÁRIO DO CÂNCER NO BRASIL


### 5.1 Magnitude epidemiológica, econômica, social e política do câncer no Brasil

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas o câncer, são as principais causas de mortes no mundo, com elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos econômicos para as famílias e a sociedade em geral. São responsáveis por 40 milhões, das 56 milhões de mortes em 2015. O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, estimativas revelam que, em 2030, os casos novos de câncer previstos serão mais de 21 milhões (WHO, 2017).

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017 (BRASIL, 2015a) assinala a ocorrência de 596.070 casos novos, sendo 295.200 homens e 300.870 mulheres. O esperado por Região de casos novos é o seguinte: Norte (21.490); Centro-Oeste (44.430); Nordeste (107.180); Sul (131.880) e Sudeste (291.090). Sem contar os casos de cânceres de pele não melanoma (175.760), os cânceres de próstata em homens totalizam (61.200/100 mil homens) e de mama nas mulheres (57.960/100 mil mulheres) serão os mais frequentes, tal perfil epidemiológico assemelha-se ao da América Latina e Caribe (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição proporcional dos dez tipos mais incidentes para 2016, por sexo, exceto pele não melanoma. Brasil, 2016

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016  
por sexo, exceto pele não melanoma\*

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	61.200	28,6%		Homens	Mama feminina	57.960	28,1%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%			Cólon e Reto	17.620	8,6%
Cólon e Reto	16.660	7,8%			Colo do útero	16.340	7,9%
Estômago	12.920	6,0%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Cavidade Oral	11.140	5,2%			Estômago	7.600	3,7%
Esôfago	7.950	3,7%			Corpo do útero	6.950	3,4%
Bexiga	7.200	3,4%			Ovário	6.150	3,0%
Laringe	6.360	3,0%			Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Leucemias	5.540	2,6%			Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%

\*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil

O impacto econômico do câncer é mais devastador do que qualquer causa de morte no mundo. Os anos de vida perdidos e de produtividade representam o maior consumo das economias globais, comparadas a outras causas de morte, como por exemplo a Síndrome da

Imunodeficiência Adquirida. Entre os diferentes tipos de cânceres, a morte e a incapacidade pelo câncer de pulmão, câncer de cólon e reto e câncer de mama são responsáveis pelo maior custo econômico global nos países de alta renda. Já nos países de renda mais baixa, o também câncer de mama, o câncer de cavidade oral e do colo do útero têm maior impacto (JOHN; ROSS,2010).

E, também, os aspectos sociais que são intangíveis, como a dor, a ansiedade, o sofrimento, o empobrecimento individual ou familiar, gerado pela perda de renda dos pacientes (quando economicamente ativos) de forma temporária ou definitiva e dos seus familiares, que têm que limitar suas atividades de trabalho para auxiliar o familiar com câncer, tais circunstâncias podem levar as famílias, às vezes, à perda de patrimônio. São muitos os impactos sociais também para os familiares, que são os principais cuidadores desse paciente, ocorrendo, às vezes, falta de tempo (para a educação, lazer, cultura etc.), perda de perspectiva de vida, desgastes nos relacionamentos afetivos, entre outros.

A inserção do câncer no contexto das políticas de saúde no Brasil vem se caracterizando, ao longo dos anos, por um processo evolutivo e cíclico, mostrando que a evolução não é mecânica, sendo variável no tempo e no espaço, dependente de vários fatores como: o cenário político internacional e nacional, os modelos de desenvolvimento, as políticas econômica, social, da saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico.

Somente no século XVIII, o câncer passou a ser visto como uma doença e, apesar do conhecimento sobre o mesmo, as possibilidades de tratamentos ineficazes persistiam, restando aos pacientes os asilos para os desenganados. Contudo, em meados do século XIX, com a vinculação da doença às células e ao processo de divisão celular, em adição aos avanços da cirurgia (1840) e a descoberta no campo da radioatividade pelo casal Pierre e Marie Curie, em 1898, houve avanços no tratamento de câncer. Em todo o século XX, ocorreram vários acontecimentos marcantes para ações de prevenção e controle do câncer no país. Em tais acontecimentos, desde a mudança do câncer como interesse da saúde pública decorrente da reforma sanitária (1919), que compartilhava o processo que vinha ocorrendo em diversos países, as ações de câncer passavam a ter como base o diagnóstico precoce e o tratamento. Os anos seguintes foram marcados pelas primeiras instituições médicas-assistenciais organizadas por entidades civis e a expansão das Ligas de Combate ao Câncer de caráter filantrópico no país. A realização do *I Congresso Brasileiro de Câncer* (1935) onde foi apresentado o Projeto de Luta Anticancerosa no Brasil (TEIXEIRA, 2007).

Na década de 1940, a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) com objetivo de organizar, orientar, e controlar a doença no país. Ocorreram avanços na área de Citologia



oncótica e na detecção precoce do câncer do colo do útero. No período de 1964 até 1980, no cume dos acontecimentos políticos no país, foi institucionalizada em 1967 a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), com a finalidade de intensificar e coordenar em todo o território nacional as atividades desenvolvidas pelas instituições públicas e privadas de assistência oncológica, assim como atuar na prevenção, no diagnóstico, na assistência médica, na formação de profissionais especializados, na ação social, na reabilitação e em pesquisas relacionadas ao câncer. No período de 1980 até 2000, as ações de prevenção e controle do câncer margearam as políticas de saúde no país, desde a crise do sistema previdenciário (1980-1983) perpassando pela implantação do SUS (Ibid.).

Na década de 1990, as ações do câncer do colo do útero, posteriormente com a inclusão do câncer de mama, tiveram destaque com a implantação do Programa Viva Mulher. O Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama foi criado com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002a).

No Século XXI, a década de 2000 assinala a NOAS, redefinindo o conceito de descentralização, associando-se ao de regionalização da assistência. Em 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006d) retoma a discussão da regionalização e apresenta estratégias para qualificar a atenção e a gestão do sistema de saúde.

Em 2008, surge o Programa Mais Saúde: Direito de Todos (BRASIL, 2008), cujo conjunto de estratégias vincula a saúde ao desenvolvimento econômico social. A saúde abordada como fator de desenvolvimento e não como gasto, aliando crescimento, inovação, equidade e inclusão social, e se insere no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Nesse contexto, as interfaces das ações de prevenção e controle do câncer se deram de várias maneiras, com destaque para algumas delas. Consolidação e expansão do Programa Viva Mulher no período de 2001-2005.

No ano de 2005, é instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (BRASIL, 2005b), ancorada nos eixos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A PNAO reconheceu o câncer como um problema de saúde pública e estabeleceu que as ações para o seu controle no Brasil sejam realizadas por meio da RAO e que deveriam ser organizadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios e com a participação da sociedade de forma geral. No mesmo ano também foi publicada a portaria ministerial, que estabeleceu as normas de classificação e credenciamento de Unidades e Centros de Assistência de Alta

Complexidade em Oncologia: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e CACON de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 2005a).

Em 2006, as ações de detecção dos cânceres do colo do útero e da mama migraram para o Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, que definiu as políticas prioritárias com o objetivo de reverter alguns indicadores relevantes da assistência e incentivar a promoção da saúde; e, entre as metas prioritárias, estão os cânceres do colo do útero e da mama.

Em 2013, a PNAO foi revogada e substituída pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito SUS (BRASIL, 2013). Na atual política, há o reconhecimento do câncer como doença crônica e a necessidade de oferta de cuidado integral, constituída a partir dos princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; à prevenção do câncer; à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; ao cuidado integral; à ciência e à tecnologia; à educação; e à comunicação em saúde.

No ano de 2014, o Ministério da Saúde redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação desses estabelecimentos no âmbito do SUS (BRASIL, 2014d).

Por fim, conclui-se que o contexto histórico das políticas de saúde no Brasil e as interfaces com as ações de prevenção e controle do câncer são questões bastante complexas. Ao longo dos anos, vem-se tentando migrar de um conjunto de ações fragmentadas para um contexto de Redes de Atenção, embora as conquistas políticas e jurídicas no campo do direito à saúde, os avanços tecnológicos, e o desenvolvimento de processos organizativos e assistenciais propiciados pelo SUS não tenham sido suficientes para equacionar alguns problemas relacionados às ações de prevenção e controle do câncer no país, em especial no que diz respeito ao cuidado integral, à garantia de acesso, ao financiamento, à gestão dos serviços de saúde e da FTS seja no contexto de formação quanto do mercado de trabalho.

## **5.2 História Natural e Níveis de Prevenção**

A Figura 6 apresenta o modelo da história natural da doença com os diferentes níveis de aplicação de medidas preventivas. A história natural da doença é baseada no modelo

multicausal, proposto na década de 1970 por Leavell e Clark<sup>30</sup> que consideram a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais o ambiente, o agente e o hospedeiro. A doença seria o desequilíbrio desses elementos. Devem ser conhecidos os múltiplos fatores relacionados com o agente, o suscetível e o meio ambiente, e com a evolução da doença, no caso o câncer.

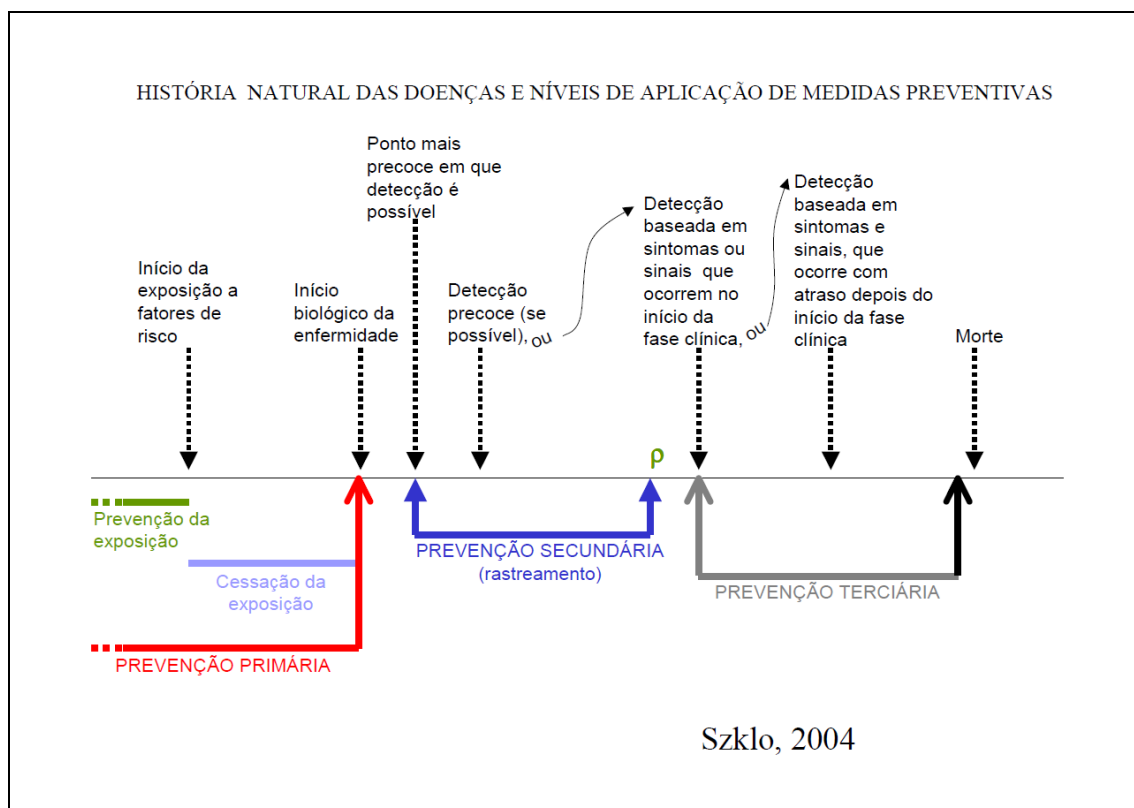
- a) Prevenção Primária - Ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde, proteção específica (exemplo: imunização, orientação de atividade física para diminuir as chances de desenvolvimento de obesidade);
- b) Prevenção secundária - Ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes subclínica, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e efeitos de longo prazo (exemplo: rastreamento, diagnóstico precoce);
- c) Prevenção terciária - Ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população, os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (exemplo: prevenir complicações do câncer, reabilitar após as cirurgias, quimioterapia, radioterapia).

Nesse contexto, pode-se compreender que diagnosticar o câncer em estágios avançados e a incapacidade de tratamento, condena muitas pessoas a sofrimentos desnecessários e morte prematura. O impacto do diagnóstico anatomopatológico e citopatológico é crucial na história natural do câncer e nos níveis de prevenção, e quanto sua escassez ou não realização no momento preciso da história natural do câncer interfere em toda a cadeia de aplicação de medidas preventivas.

---

<sup>30</sup> Leavell e Clark: Dois professores da Universidade de Harvard e Universidade de Columbia, nos Estados Unidos da América, Hugh Rodman Leavell e Edwin Gurney Clark, escreveram o livro denominado Medicina Preventiva (1976). Eles propuseram de modo esquemático a História Natural da Doença, que teria dois períodos: o Período de Pré-Patogênese e o Período de Patogênese.

Figura 6 – História natural das doenças e níveis de aplicação de medida preventivas



Fonte: SZKLO<sup>31</sup>, M. 2016.

<sup>31</sup> SZKLO, M. História natural das doenças e níveis de aplicação de medidas preventivas. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/epigrad/aulasteoricas/AT8%20Historia%20natural%20doen%D0%97as.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016. Apresentação em Power Point da Disciplina de Epidemiologia/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## 5 REDE DE ATENÇÃO AO CÂNCER

As concepções sobre rede que estão sendo adotadas na pesquisa estão apresentadas no Capítulo 3 – Revisão da Literatura. Pela amplitude que envolve este conceito, o enfoque dado na pesquisa está relacionado à rede assistencial da saúde, circunscrita na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas, entre elas especificamente câncer. Neste capítulo, será abordada a RAO.

A atenção ao câncer engloba um conjunto de ações, princípios e diretrizes envolvendo a promoção da saúde; a prevenção do câncer; o cuidado integral; o complexo econômico-industrial da saúde; a vigilância, ao monitoramento e à avaliação; a ciência e à tecnologia; a educação; a comunicação em saúde e o financiamento. Além disso, fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.

A denominação “Rede” aparece na trajetória histórica do câncer no país, com variadas concepções, desde a década de 1920, quando surgem as instituições filantrópicas de combate ao câncer. Nos anos de 1940, foi criada a primeira Rede Feminina de Combate ao Câncer. Em expansão aos Estados, em 1978, é fundada a Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer. Essas redes são importantes até hoje, mas têm caráter filantrópico. Na esfera governamental, temos também muitas ações, como, por exemplo, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer; Programas de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e Mama; e Programa de Tabagismo. Todavia, uma política de câncer só ocorre em 2005 com a PNAO (BRASIL, 2005b), embora, com todos os limites de uma política em um país federativo, tenha sido um marco na atenção ao câncer na tentativa de migrar de ações fragmentadas para uma concepção de Rede.

A PNAO foi instituída reconhecendo que o câncer é um problema de saúde pública e determina que as ações para o seu controle no Brasil sejam realizadas através de uma RAO, prevendo a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não governamentais e da sociedade de forma geral.

A RAO teve como objetivos: (1) fortalecer o processo de planejamento e a avaliação das ações de atenção oncológica; (2) qualificar os diferentes atores sociais para compreensão e gestão do problema do câncer no país; (3) promover a geração de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico no campo da atenção oncológica; (4) mobilizar a sociedade civil para atuar de forma integrada; (5) fomentar a captação de recursos para o combate ao

câncer e (6) estimular a integração de ações visando à otimização dos recursos. Sendo assim, ela é um conceito mais amplo do que a questão de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, porém tem como eixo norteador para as redes regionalizadas a conformação por linha de cuidados.

Com a PNAO, houve a necessidade de organização e implantação de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, com isso, considerando a determinação de conceituar as UNACON, os CACON e os CACON de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, bem como a de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto de rede assistencial. Além da necessidade de atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo, assim como, a necessidade de estabelecer regulamento técnico para a implantação e credenciamento dos serviços de alta complexidade em oncologia. Foi publicada concomitantemente a Portaria MS/SAS nº 741 de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005a).

Num comparativo das políticas de câncer com as três fases da indução da regionalização e das redes de saúde na política brasileira apontadas no estudo de Albuquerque e Viana (2015). Observa-se que elas se entrelaçaram como se pode observar, a PNAO foi concebida na fase I (2001-2005) em que a região normativa eram com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde e inicia com a Norma Operacional da Assistência Saúde NOAS-SUS (2001/2002) e se aproximou da proposta do Relatório *Dawson* das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas. As tentativas de implemento das Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica pela PNAO se deu na fase II (2006-2010), na qual a região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde. Inicia com o Pacto da Saúde (2006d) foi uma transição das concepções de Regiões e redes na política de saúde nacional e aponta a forte influência da OMS de sistemas integrados de saúde na política brasileira.

Em 2013, a PNAO é revogada e é instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013c). Criada na fase III (2011- atuais), ela é uma rede negociada e contratualizada com as RAS.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas tem como princípios gerais: (1) reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (2) organização de redes de

atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; (3) formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação dessa Política; (4) articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (5) a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de ATS e da AE.

Como o escopo da pesquisa envolve o médico-patologista, que realiza uma série de exames, entre eles na área de câncer: exames anatomopatológicos; citopatológicos; imuno-histoquímica; determinação de receptores tumorais hormonais, necropsia, entre outros. Esse conjunto está inserido na área diagnóstica incorporada na atenção especializada e estão entre os principais estrangulamentos assistenciais no SUS.

Na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, o componente atenção especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da RAS, sendo constituída por: atenção ambulatorial e hospitalar.

A atenção ambulatorial é composta por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: (1) realizar assistência diagnóstica e terapêutica; (2) realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; (3) oferecer apoio técnico às equipes de atenção básica e de atenção domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; (4) estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as hospitais com habilitação na atenção especializada em oncologia.

A atenção hospitalar é composta pelos hospitais habilitados na atenção especializada em oncologia como UNACON<sup>32</sup>, CACON<sup>33</sup> e pelo Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar<sup>34</sup>, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Nos hospitais habilitados como UNACON e CACON: (1) determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (2) oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; (3) registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; (4) realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; (5) ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na RAS a que se integra; (6) ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; (7) a UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia

---

<sup>32</sup>Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): oferece minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente. As UNACON e suas subcategorias de habilitações: com Serviço de Radioterapia, com Serviço de Hematologia e com Serviço de Oncologia Pediátrica); UNACON Exclusiva de Hematologia; UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica (BRASIL, 2014e).

<sup>33</sup> Centro de Assistência Especializada em Oncologia (CACON): oferece, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. O CACON e sua subcategoria de habilitação (com Serviço de Oncologia Pediátrica) (BRASIL, 2014e).

<sup>34</sup> Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar: procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala e de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde. Complexo Hospitalar será formado quando o estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON formaliza o vínculo com Serviços de Radioterapia de Complexo Hospitalar ou com Hospitais Gerais com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar (BRASIL, 2014e).



referenciado e contratualizado formalmente; e (8) na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados.

Quanto aos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica: (1) determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (2) oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à RAS e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; (3) encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (4) realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e (5) registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes.

De acordo com o CNES<sup>35</sup>, no Brasil, os serviços de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia totalizam 8.472 (prestadores do SUS e não SUS); destes, 2.637 são prestadores do SUS. Os Serviços de Oncologia totalizam 1.247 (prestadores do SUS e não SUS); destes, 395 são prestadores do SUS e 318 com habilitação na atenção especializada em oncologia no SUS – UNACON e CACON.

Ao longo dos anos, muitas iniciativas vêm ocorrendo, tanto na esfera governamental quanto não governamental, em relação ao diagnóstico patológico. Recentemente, em 2013, o Ministério da Saúde lança o Monitoramento da Qualidade, por meio dos programas de qualidade, a Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QualiCito). Em novembro de 2016, a ANS lança o Projeto OncoRede<sup>36</sup> que propõe a

---

<sup>35</sup> Dados disponíveis em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

<sup>36</sup> Projeto OncoRede: Em novembro de 2016, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propõe a implantação de um novo modelo de cuidado em oncologia para os beneficiários de planos de saúde. Lança o projeto OncoRede, elaborado em parceria com institutos de pesquisa e representantes do setor, propõe um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar e aprimorar a prestação dos serviços de saúde. Os resultados esperados são um diagnóstico mais preciso da situação atual do cuidado oncológico, o estímulo à adoção de boas práticas na atenção ambulatorial e hospitalar e melhorias nos indicadores de qualidade da atenção ao câncer na saúde suplementar. O Projeto OncoRede tem as seguintes instituições parceiras: AC Camargo Câncer Center; Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR); Fundação do Câncer; Grupo COI/UHG/AMIL; Instituto Oncoguia; Optum; Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); e Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) (BRASIL, 2016a).

implantação de um novo modelo de cuidado em oncologia para os beneficiários de planos de saúde. Em relação ao diagnóstico patológico, o projeto objetiva que sejam estabelecidas rotinas e requisitos mínimos de qualidade e continuidade do cuidado, de forma a garantir o tratamento apropriado e oportuno, baseados em protocolos terapêuticos e nas melhores práticas disponíveis.

Um ponto a destacar no cuidado integral que envolve a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. Tal contexto se aproxima de um ciclo de atendimento. Isto é, um ciclo de atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007) envolve não apenas tratamento de uma condição de saúde (câncer), mas também reabilitação e gerenciamento de longo prazo para minimizar recorrências, também englobam avaliação dos riscos da doença e ações para prevenir recorrência e progressão da doença. Para o câncer isso é crucial e de difícil operacionalização em uma rede assistencial. Um dos grandes problemas está na fragmentação da atenção especializada de média complexidade onde estão inseridos os exames anatomopatológicos, citopatológicos, imuno-histoquímica, entre outros. Mesmo com a concepção de RAS, esse contexto fragmentado da área diagnóstica ainda persiste.

Outro aspecto difícil, nessa área da Patologia, refere-se aos parâmetros para programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Em 2015, foi publicada a portaria MS/GM nº 1.631 de 01 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2015b).

Em relação à atenção especializada, os parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas, consultas e exames especializados *versus* o número de profissionais, consultas ou exames por 100 mil habitantes constam nas seguintes áreas: dermatologia (biópsia de punção de tumor de pele: 75 exames:100 mil habitantes e biópsia de pele e partes moles: 75 exames:100 mil habitantes); Endocrinologia (PAAF de nódulos tireoidianos: 18 exames:100 mil habitantes) e Urologia (Biopsia de próstata guiada por ultrassom: 300 exames:100 mil habitantes).

Quanto às referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas, não consta os parâmetros para médico-patologista (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia). No que diz respeito à Oncologia, cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON inclusive em complexo hospitalar, que tenha como responsabilidade uma população de 500 mil habitantes ou 900 casos novos de câncer/ano, exceto o câncer não melanoma, são os seguintes parâmetros mínimos mensais para ampliação

de oferta de procedimentos relacionados a consultas especializadas e exames diagnósticos e de seguimento, por tipo: 500 consultas especializadas; 640 exames de ultrassonografia; 160 endoscopias; 240 colonoscopias e retossigmoidoscopias; e 200 exames de Anatomia Patológica.

Em suma, o câncer tem um comportamento biológico invasor, mas também tem essa característica quando se pensa e trabalha uma Rede de Atenção ao Câncer/RAO. O câncer extrapola redes assistenciais da saúde, ele deve ser pensado na ótica de saúde, desenvolvimento e território, assim como um ciclo de atendimento. Entendendo que o diagnóstico patológico (anatomopatológico e/ou citopatológico) é impactante para os pacientes, familiares, gestores e o próprio sistema de saúde.

## 6 FORMAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA

### 7.1 Contextualização

O processo de formação médica é uma área rica e vasta de conhecimentos e saberes que englobam diferentes aspectos envolvidos com essa formação. Para a pesquisa optou-se em circunscrevê-la na parte referente à Residência Médica em Patologia.

O curso de Residência Médica é uma modalidade de pós-graduação originário dos Estados Unidos no final do século XIX. Tem como pressuposto pedagógico o treinamento em serviço com dedicação exclusiva. A concepção de residir no hospital, resultava em envolvimento integral com as atividades realizadas cotidianamente pelos médicos e acompanhadas pelos médicos-residentes favorecendo a chamada vivência clínica. No Brasil, os primeiros PRM foram criados no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, na década de 1940. Surgindo novos programas nas décadas de 1950 e 1960, porém na década de 1970 deu-se o impulso, fazendo avançar e desenvolver os PRM (MACHADO, 1997, p. 66-80).

Ressaltam-se dois fatos que contribuíram para a expansão da Residência Médica no Brasil, um foi a partir da década de 1950 com a expansão do desenvolvimento tecnológico e científico na área médica, o que estimulou as especializações médicas. O outro na década de 1960 com o crescimento do número de vagas para Medicina, seja por aumento de número de vagas existentes ou por aumento de número de novas escolas médicas. Além disso, a Residência é uma modalidade de formação de pós-graduação baseada em treinamento em serviço, portanto ao mesmo tempo transita entre formação e mercado de trabalho. Essa complexidade acaba gerando ambiguidades em relação à Residência Médica como trabalho. Historicamente existe a polêmica em relação à caracterização da Residência Médica como trabalho e os médicos-residentes como trabalhadores (com vínculos, direitos trabalhistas etc.); isto é, há prestação de serviço e geração de valor na atividade desenvolvida pelos médicos-residentes *versus* a Residência Médica como processo de aprendizagem (FEUERWERKER, 2005).

Neste capítulo, será enfatizado o aspecto da formação sob a ótica das normas/legislações, no período de 1957 a 2016, referentes à Residência Médica em Patologia no Brasil. Assim como o levantamento de dados secundários sobre a Residência Médica em Patologia e de entrevistas com médicos-residentes sobre os motivos que os levaram à escolha da especialidade médica em Patologia.

## 7.2 Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos)

Para este capítulo, denominado Formação do Médico Especialista em Patologia, foram utilizadas estratégias metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos) visando a atingir os seguintes objetivos: analisar as normas relativas à especialidade médica em Patologia no Brasil (objetivo nº1), com recorte nas legislações relativas à Residência Médica no Brasil com ênfase na Patologia, para tal utilizou-se, como estratégia metodológica, o levantamento documental. Para analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil (objetivo nº3), empregaram-se duas estratégias metodológicas, uma foi o levantamento de dados secundários em bases de dados oficiais nacionais e de acesso livre. As bases de dados utilizadas foram: CNE e SisCNRM (parte referente à Consulta de Certificados). A outra estratégia metodológica foi entrevista com médicos-residentes do PRM em Patologia do INCA.

### 7.2.1 Levantamento documental

Optaram-se pelas normas/legislações relativas à Residência Médica no Brasil com ênfase na Patologia. O levantamento documental foi a estratégia metodológica utilizada para analisar as normas relativas à especialidade médica em Patologia no Brasil (objetivo nº1). O levantamento documental foi realizado em quatro etapas:

- a) Etapa 1 (Levantamento documental exploratório): Com o levantamento, viu-se que não seria possível dar conta de todas as fontes, portanto escolhas foram necessárias, então, para a pesquisa, o ponto de corte foram as normas/legislações relativas à Residência Médica em Patologia.
- b) Etapa 2 (levantamento documental propriamente dito): Visando à constituição de um conjunto de documentos consistentes, elegeram-se os documentos oficiais normativos, do tipo escrito, disponíveis e de acessibilidade; isto é, todos de acesso livre<sup>37</sup>. Totalizaram 960 documentos e, destes selecionados, 40 (4,0%) para a pesquisa. O período selecionado para a pesquisa incluiu de 1957 a 2016:
  - ba) Os documentos oficiais normativos são vastos e incluem: constituições, decretos, resoluções, portarias, instruções normativas, pareceres, recomendações,

---

<sup>37</sup> Acesso Livre – “Diz-se do acesso à literatura técnico-científica que estará disponibilizada na internet, sendo permitido a qualquer usuário ler, copiar, distribuir, imprimir, fazer buscas e fazer hipervínculos aos textos completos” (CUNHA e CAVALCANTI, 2008, p.4).

notas técnicas, despachos, regulamentos, regimentos, entre outros. Os documentos selecionados para a pesquisa foram as leis, os decretos e as resoluções, com os textos completos e disponíveis na *internet*, nos *sites* do Ministério da Educação e do CFM, referentes às normas e regulamentação da Residência Médica com ênfase em Patologia;

bb) Os bancos de dados foram de duas fontes: (a) Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior/Programas e Ações/Residências em Saúde/Residência Médica/Comissão Nacional de Residência Médica. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>; (b) Conselho Federal de Medicina/Legislação/Processos/Normas. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas);

bc) A seleção dos documentos normativos ocorreu em três momentos: (1) realizada uma seleção prévia das ementas; (2) a partir dos documentos selecionados com os respectivos textos completos foi realizada uma leitura exploratória, o que permitiu uma visão global do conteúdo dos documentos e (3) por fim, uma leitura seletiva do material que de fato interessava a pesquisa, eliminando textos que não contribuíram com o objetivo proposto. Para os documentos normativos selecionados foi aplicado um roteiro que incluiu: ementa; situação (revogada ou que não consta revogação expressa); origem do documento; fonte de publicação; alterações (caso ocorra); classificação de direito e assuntos abordados (síntese).

- c) Etapa 3 (Construção da Linha do Tempo): A construção da Linha do Tempo, entendida não apenas como uma abordagem metodológica, mas um suporte ao processo de levantamento dos documentos normativos, se caracterizando com uma “materialização” do levantamento documental no qual visualmente está apresentado a trajetória temporal das normas referentes à Residência Médica em Patologia (Figura 7). E, ao mesmo tempo, ponto de partida para outros estudos nessa área de conhecimento.
- d) Etapa 4 (Síntese do levantamento documental): A síntese de cada documento é apresentada no contexto de cada década<sup>38</sup> (1950 até 2010) de forma a apresentar a trajetória normativa da Residência Médica em Patologia. Ressalta-se que, os documentos

---

<sup>38</sup> Período das décadas: Década de 1940 (1940 a 1949); Década de 1950 (1950 a 1959); Década de 1960 (1960 a 1969); Década de 1970 (1970 a 1979); Década de 1980 (1980 a 1989); Década de 1990 (1990 a 1999); Década de 2000 (2000 a 2009) e Década de 2010 (2010 a 2015).

resultam de decisões passadas e não apenas das condições do momento em que foram elaborados; isto é, os documentos oficiais normativos foram produzidos em momentos históricos distantes e com perspectivas políticas diferenciadas.

### 7.2.2 Levantamento de dados secundários

Para o referido capítulo, também se optou pelo de levantamento de dados secundários em bases de dados oficiais nacionais e de acesso livre, visando a analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil (objetivo nº 2). As bases de dados utilizadas para este capítulo foram: CNE e SisCNRM na parte referente à Consulta de Certificados com as informações atualizadas no sistema.

No CNE, acesso disponível em: <http://maismedicos.gov.br/cadastro-nacional-de-especialistas>, o período de coleta dos dados foi de fevereiro a junho de 2016. Quanto aos dados disponíveis e utilizados na pesquisa são descritos a seguir. Primeiro foi a Especialidade Registrada no CFM, na lista de especialidades disponíveis foram selecionadas as especialidades de Patologia e Citopatologia (a Anatomia Patológica não constava nas informações disponíveis). Em seguida a seleção por médico especialista por UF e Regiões brasileiras. O fato de não ter informação, segundo o CNE, significava que o médico não tinha TE reconhecido ou não o registrou no Conselho de Medicina. A fonte de informação no CNE para este tipo de informação era do CFM.

Em segundo, as Informações sobre registro profissional os dados coletados foram referentes a cada especialidade (Patologia e Citopatologia) por tipo de inscrição<sup>39</sup> e pela situação da inscrição<sup>40</sup> de especialistas nas 27 UF e agrupadas por Regiões brasileiras. A fonte de informação no CNE para este tipo de informação foi o CFM.

---

<sup>39</sup> Tipo de Inscrição: Principal: É a principal inscrição que o médico possui; Secundária: É a inscrição que o médico possui em outros Estados da Federação mantendo sua Inscrição principal ativa; Provisório: É a inscrição por medida judicial (revalidação do diploma, o registro ou a Reintegração de registro); Estudante Médico: Visto temporário de estudo. Normalmente, é concedida a médicos estrangeiros e/ou brasileiro formados no exterior, cujo diploma ainda não foi revalidado no Brasil, e que se encontra em processo de formação no território nacional. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_estatistica](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

<sup>40</sup> Situação da Inscrição: ATIVOS: Regular (Médico que está regularmente inscrito no CRM e se encontra apto ao exercício da medicina); Inoperante (Médico que não recolhe anuidades há mais de 5 anos ou com paradeiro desconhecido); Suspenso parcialmente (Médico suspenso parcialmente de exercer determinada atividade médica por decisão administrativa do Conselho de Medicina em decorrência de doença incapacitante); Suspenso parcialmente – ordem judicial (Médico suspenso parcialmente de exercer determinada atividade médica em decorrência de decisão judicial); Interdição cautelar – parcial (Médico interdito parcialmente de exercer determinada atividade médica em decorrência de decisão administrativa do CRM). INATIVOS: Transferido:

Em terceiro, a Graduação, os dados disponíveis eram referentes à instituição em que o médico realizou o curso de Graduação em Medicina, por UF e ano de formação (que foram agrupados por décadas<sup>41</sup>). A fonte de informação no CNE para este tipo de informação foi o CFM. Nessa parte, destacou-se a relação do número de médicos especialistas em Patologia (Patologia e Citopatologia) com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, por número de especialidades médicas (1, 2 ou 3 e mais especialidades) com os locais das Instituições do curso de Graduação em Medicina, agrupados por UF e Regiões brasileiras. No que diz respeito ao número de especialidades médicas (1, 2 ou 3 e mais especialidades), estas são referentes a outras especialidades registradas no CFM que constavam nos dados dos médicos especialistas em Patologia disponíveis no CNE. Para a pesquisa, foram agrupadas em: uma (apenas Patologia ou Citopatologia); duas; e três ou mais especialidades médicas.

Em quarto, a Residência Médica, os dados disponíveis e coletados foram referentes à instituição em que o médico realizou o PRM, incluídos os PRM em Anatomia Patológica e em Patologia, por UF e ano de formação (que foram agrupados por décadas). No tocante à denominação de “Outras”, refere-se aos PRM diferentes de Anatomia Patológica e Patologia. A fonte de informação no CNE para este tipo de informação foi a CNRM. Quando não havia dados disponíveis a mensagem era a seguinte: “Não há informações cadastradas sobre este tópico na base de dados do CNRM”. Quanto ao tipo de inscrição optou-se em apresentar os dados referentes à inscrição principal e pela situação da inscrição ao momento de ativa. Na coleta de dados, observou-se um expressivo quantitativo de sem informações sobre Residência Médica. O cenário encontrado foi o seguinte: de 1.390 registros de médicos-patologistas com uma especialidade, foram encontrados 514 (37,0%) registros sem informações; em relação a 517 registros com duas especialidades, totalizaram 369 (71,4%) registros sem informações e, por fim, 63 registros com três ou mais especialidades perfizeram

---

Médico que solicitou transferência de Conselho Regional de Medicina (CRM) de seu estado de origem para outros estados. Aposentado: Médico com inscrição cancelada por aposentadoria. Cancelado: Médico que teve sua inscrição cancelada por não apresentar diploma médico no CRM no prazo de 120 dias ou a pedido próprio, em decorrência de viagem ao exterior ou encerramento da atividade profissional. Cassado: Médico apenado com cassação do exercício trabalhista em decorrência de processo ético-profissional (artigo 22, letra “e” da Lei 3.238/57) e, com sentença judicial transitada em julgado. Falecido: Médico falecido. Interdição cautelar - total: Médico interditado para o exercício trabalhista por decisão administrativa do Conselho Regional/Federal de Medicina. Suspensão total: Médico suspenso do exercício da medicina por decisão administrativa do Conselho de Medicina em decorrência de doença incapacitante. Suspensão total – ordem judicial: Médico suspenso do exercício da medicina em decorrência de decisão judicial. Suspensão temporariamente: Médico suspenso por tempo determinado, de até trinta dias, do exercício da medicina por ter sido apenado em processo ético-profissional (artigo 22, letra “d” da Lei 3.268/57). Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_estatistica](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

<sup>41</sup> Agrupamento dos dados por décadas: Década de 1980 (1980 – 1989); Década de 1990 (1990 – 1999); Década de 2000 (2000 - 2009); Década de 2010 (2010-2019).



45 (71,4%) registros sem informações. Indiscutivelmente, elevados quantitativos de sem informações afetam a credibilidade dos resultados e conclusões do estudo. Isto posto, optou-se, para a pesquisa, pela análise e interpretação dos dados apenas referentes a uma especialidade médica com informações que totalizaram 876 registros.

Em quinto e último, a Titulação pela AMB, os dados disponíveis são referentes aos títulos registrados na AMB. Os dados coletados foram referentes à titulação. A fonte de informação no CNE para esse tipo de informação foi a AMB. Quando não havia dados disponíveis a mensagem era a seguinte: “Não há informações cadastradas sobre esse tópico na base de dados da AMB”. Esses dados não foram utilizados na pesquisa, uma vez que mais de 60%, em todas as Regiões brasileiras, inclusive algumas UF, com mais de 90,0%, estavam sem informações sobre titulação. Tais fatos poderiam comprometer a análise e interpretação dos dados.

Do Sistema da CNRM, as variáveis selecionadas para a pesquisa são descritas a seguir. Os dados estavam disponíveis a partir de 1980. O período de coleta dos dados foi em novembro de 2015. O período selecionado para o estudo foi de 1980 até 2015 (outubro de 2015), sendo os anos agrupados por décadas<sup>3</sup>. E também, foi observado que alguns dados não constavam o ano de conclusão, o que para a pesquisa foi denominado “Sem Informação” totalizando 26 dados sem informações do ano de conclusão representando 1,5%. Essa ausência de informação foi considerada não relevante e que não afetaria os resultados.

Quanto aos PRM, foram selecionados os dados disponíveis referentes à Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia pelo seu contexto histórico. Porém sendo analisadas como um conjunto formado pelo somatório das três áreas. No que tange à Citopatologia, com 14 certificados emitidos, cabe destacar dois aspectos: a Citopatologia não é mais considerada uma especialidade médica e sim uma área de atuação da especialidade médica em Patologia; os dados encontrados são referentes apenas a duas instituições ofertantes dos PRM em Patologia, localizadas na Região Sudeste, uma é o INCA, no Rio de Janeiro e a outra é a Fundação Antonio Prudente/Hospital A. C. Camargo, em São Paulo.

Em relação às Instituições ofertantes dos PRM, optou-se por selecionar os dados referentes às UF das Instituições e os PRM nas três áreas (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia). Um dos limites é que não constava nessas Instituições o número de vagas disponíveis por PRM e ano.

No que se refere à data de conclusão do médico-residente nos referidos PRM, optou-se por essa variável, pelo fato de se aproximar do número de médicos-residentes do PRM em Patologia concluintes a cada ano.

No que diz respeito ao processamento, à análise e à interpretação dos levantamentos dos dados secundários, os dados foram digitados no programa *Microsoft Office Excel/2016*, quantificados e relacionados entre si por meio de análise estatística simples. Os resultados foram comentados e baseados na revisão de literatura realizada.

### 7.2.3 Entrevistas

Em relação às entrevistas com médicos-residentes em Patologia, que também foi outra estratégia metodológica utilizada neste capítulo, visando a analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil (objetivo nº 2). Aponta-se que esse universo de instituições e médicos-residentes, circunscritos na cidade do Rio de Janeiro, foi um recorte da pesquisa com o objetivo mais exploratório de familiarizar com um assunto pouco conhecido e explorado e espera-se que as questões estudadas possam contribuir para compreensão de problemas análogos para outras instituições ofertantes dos PRM em Patologia inclusive de outras UF. As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com um apoio do roteiro de entrevista e constituiu-se em duas partes (APÊNDICE B, fl. 356).

**Parte I** – Características gerais: composta de nove perguntas caracterizando o entrevistado. Nessa parte, procurou-se descrever o perfil dos médicos-residentes em Patologia a partir das seguintes características: ano da Residência Médica; idade; gênero; estado civil; UF de naturalidade; UF do Curso de Graduação; ano de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina; familiar médico; grau de parentesco do familiar médico; e especialidade médica do grau de parentesco do familiar médico.

Quanto ao processamento, análise e interpretação de dados, estes foram digitados no programa *Microsoft Office Excel/2016*, quantificados e relacionados entre si por meio de análise estatística simples. Os resultados foram comentados e baseados na revisão de literatura realizada.

Os participantes da pesquisa somaram 15 médicos residentes, sendo 12 do INCA e três do HUAP da UFF, instituição parceira da rede de colaboração na formação desses médicos-residentes. Cabe esclarecer que parte da formação complementar se dá entre ambas as instituições; isto é, uma parte referente ao conteúdo não oncológico ocorre no HUAP e a outra parte do conteúdo oncológico ocorre nas dependências da DIPAT/INCA.

O total de médicos-residentes do PRM em Patologia somou 27 médicos residentes; destes, 24 são do INCA e três do HUAP/UFF, e todos eram do terceiro ano de Residência Médica (R3) e consentiram as entrevistas. Dos 24 médicos-residentes do INCA,

12 participaram das entrevistas, sendo cinco do segundo ano de Residência Médica (R2); cinco do terceiro ano de Residência Médica (R3); dois do quarto ano de Residência Médica/anos opcionais em área de atuação (R4).

Quanto aos 12 médicos-residentes que não participaram das entrevistas: seis eram do primeiro ano de Residência Médica/R1 e todos estavam em atividades no Hospital HUAP/UFF durante todo o primeiro semestre de 2016, período esse que ultrapassava o prazo para o trabalho de campo da pesquisa. Quanto aos demais, uma estava de licença-maternidade e cinco com dificuldades de compatibilidade de horários para concederem as entrevistas, uma vez que esse grupo de médicos-residentes não participantes estava desenvolvendo atividades em outras Unidades Assistenciais do INCA (Hospital do Câncer I, Hospital do Câncer II e Hospital do Câncer III) fora do DIPAT/INCA, em áreas restritas (p.ex. o centro cirúrgico) o que dificultava o acesso para realizar as entrevistas e comprometia as atividades dos médicos-residentes.

**Parte II – Questões Específicas:** constituída de sete perguntas abertas sobre opinião dos entrevistados em relação à formação (Residência Médica em Patologia) com cinco perguntas e duas perguntas sobre o mercado de trabalho.

Das cinco perguntas referentes à parte da formação do médico-residente em Patologia (APÊNDICE B, fl. 356.), optou-se para este capítulo em analisar a pergunta de nº 1 (Quais foram os motivos que levaram à sua escolha pela especialidade médica em Patologia?), por ser uma abordagem com raros trabalhos referentes à escolha da especialidade médica.

Quanto às demais perguntas, após sucessivas leituras, foi sendo possível a identificação dos temas. Pela riqueza das informações com temas relevantes que emergiram das falas dos entrevistados, mas que não são objetos de estudo dessa pesquisa (p.ex. estudo de currículo, incorporação de tecnologias etc.). Além do que, existe a necessidade de outros estudos complementares e, por isso, optou-se, então, em não analisar essa parte das perguntas na pesquisa.

O processamento, a análise e a interpretação de dados, dessa parte das entrevistas, foram conduzidos pela análise de conteúdo de Laurence Bardin (BARDIN, 2011). Os resultados também foram comentados e baseados na revisão de literatura realizada.

A seguir, são descritas as etapas da análise temática das entrevistas com os médicos-residentes em Patologia.

Etapa 1 (pré-análise) - visou à organização tornando operacionais e sistematizadas as ideias iniciais. A primeira atividade foi a leitura flutuante que consistiu na leitura exaustiva do material (conteúdo transcritos das falas dos entrevistados). Progressivamente, a leitura foi se

tornando mais precisa, em função dos objetivos da pesquisa. Após sucessivas leituras, foram sendo possíveis a identificação dos temas relacionados com a escolha da especialidade médica pelos médicos-residentes em Patologia. A segunda atividade foi a constituição do corpus que foi referente aos documentos submetidos aos procedimentos analíticos de validade. Nessa etapa, foram observadas as seguintes normas de validade: exaustividade (o material considerou todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (compreendeu as características do universo pretendido); homogeneidade (respeitaram-se os critérios de escolhas em relação aos temas, a mesma técnica de entrevista e com os mesmos interlocutores que foram os médicos-residentes em Patologia) e pertinência (as entrevistas foram adequadas como fonte de informação e aos objetivos do estudo). A terceira atividade foi a formulação das hipóteses e dos objetivos (consistiu na retomada das atividades exploratórias, com a releitura exaustiva que permitiu a revisão dos objetivos e hipóteses, assim como confirmar as hipóteses do estudo).

Etapa 2 (Exploração do material) - incidiu basicamente na codificação dos dados brutos com recortes do texto (palavra, palavra-tema, frase ou unidade significativa) em Unidade de Registro<sup>42</sup>, que permitiram descrever as categorias que surgiram das falas dos entrevistados. Em seguida, a partir dos temas, foi possível a quantificação; e os dados foram agrupados escolhendo as categorias teóricas que conduziram o estudo.

Etapa 3 (Tratamento dos resultados obtidos e interpretação) - os resultados foram submetidos a estatística simples (porcentagem) que permitiu destacar as informações obtidas. Para a pesquisa, foi atribuída, à descrição das falas, a letra ER (entrevistado médico-residente), seguida das letras m (masculino) e f (feminino) e da numeração de 1 a 15, representando qual entrevistado emitiu determinada fala sem, entretanto, identificá-lo.

### **7.3 Linha do Tempo dos atos normativos relativos à Residência Médica em Patologia no Brasil**

A linha do tempo (Figura 7), apresenta visualmente a trajetória dos documentos oficiais normativos (leis, decretos e resoluções) relativos à regulamentação da Residência Médica no Brasil com ênfase na Patologia, no período de 1957 até 2016, totalizando 40 documentos normativos selecionados. Nesse contexto, também será apresentado a síntese dos

---

<sup>42</sup> Unidade de Registro: Recorte do texto em Unidades de Registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecido na pré-análise (MINAYO, 2010, p. 317). É a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando à categorização e à contagem sequencial. A unidade de registro pode ser de natureza e dimensões muito variáveis (BARDIN, 2011, p.134).

referidos documentos selecionados e apresentados por cada década para uma melhor compreensão temporal.

Em relação à legislação disponível no Ministério da Educação foram encontrados 118 documentos oficiais normativos (leis, decretos e resoluções) e selecionados 18 documentos. As leis<sup>43</sup> totalizaram dez documentos referentes entre os anos de 1957 e 2013, sendo incluídas todas as leis, pelo caráter de norma geral, independente que fossem por aprestarem normas específicas da Patologia.

Em relação aos decretos<sup>44</sup>, foi encontrado um documento referente ao ano 1977. Quanto às resoluções<sup>45</sup> da CNRM, foram achadas 106, no período de 1981 a 2014; destas, foram selecionadas sete relacionadas à Residência Médica com ênfase em Patologia.

No que diz respeito à legislação acessível do CFM (resoluções, pareceres, recomendações, notas técnicas e despachos)<sup>46</sup>, foram selecionadas as normas do tipo resoluções pelas suas características normativas e as gerais do CFM pela amplitude normativa, excluindo as resoluções referentes aos CRM das diferentes UF do país. Sendo achadas 842 resoluções normativas, no período de 1954 até 2016.

---

<sup>43</sup> Lei: A lei ordinária é um ato normativo primário e contém, em regra, normas gerais e abstratas. Embora as leis sejam definidas, normalmente, pela generalidade e abstração, estas contêm, normas singulares (lei formal ou ato normativo de efeitos concretos). Estrutura da lei é composta por dois elementos básicos: a ordem legislativa e a matéria legislada. A ordem legislativa compreende a parte preliminar e o fecho da lei; a matéria legislada diz respeito ao texto ou corpo da lei (BRASIL 2002e).

<sup>44</sup> Decreto: Os decretos são atos que provêm da manifestação de vontade privativa dos Chefes do Executivo, o que os torna resultantes de competência administrativa específica. Dependendo do conteúdo, são classificados em decretos gerais (têm caráter normativo e traçam regras gerais) e individuais (têm destinatários específicos). Trata-se, portanto, de atividade de caráter administrativo. Embora não possa substituir a lei, é legítimo que o legislador, após criar a norma básica, atribua ao decreto a função de alterar futuramente critérios e índices objetivos (CARVALHO FILHO, 2014).

<sup>45</sup> Resolução: Resoluções são atos, normativos ou individuais. Tais resoluções são típicos atos administrativos, tendo, portanto, natureza derivada; pressupõem sempre a existência de lei ou outro ato legislativo a que estejam subordinadas (CARVALHO FILHO, 2014).

<sup>46</sup> Conselho Federal de Medicina: Resoluções (são atos normativos emanados dos plenários do CFM e de alguns dos CRM que regulam temas de competência privativa dessas entidades em suas áreas de alcance, com poder coercitivo); Pareceres (São os relatórios finais sobre questionamentos enviados aos CRM referentes às suas competências legais; Recomendações (São indicações concebidas pelo Plenário do CFM para orientar os profissionais médicos, sem poder coercitivo. Notas Técnicas e Despachos (São manifestações técnico-jurídicas emitidas pela Coordenação Jurídica do CFM. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/normas>>. Acesso em: 23 jan. 2017).

### 7.3.1 Documentos Normativos

A seguir, será apresentado um resumo de cada um dos documentos normativos (leis, decretos e resoluções) numerado e apresentado em ordem cronológica, das décadas de 1950 até 2010 (2010-2016).

#### Década de 1950 (1950-1959)

##### 1. LEI Nº 3.268, DE 30 DE SETEMBRO DE 1957

**Documento:** Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957 (BRASIL, 1957).  
**Ementa:** Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências  
**Situação:** não consta revogação expressa  
**Origem:** sem informação  
**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 01 out. 1957, p. 23013.  
**Referenda:** Ministério do Trabalho  
**Alterações:** Lei 11.000, de 15/12/2004: altera os arts. 4º e 5º, revoga o art. 10  
**Síntese do documento:**  
 O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945 (Revogado pela Lei nº 3.268, de 1957), passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.  
 O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.  
 Os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no MEC e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade (Vide Medida Provisória nº 621, de 2013 - Convertida na Lei nº 12.871, de 2013).

#### Década de 1960 (1960-1969)

##### 2. RESOLUÇÃO CFM Nº 289, DE 26 DE OUTUBRO DE 1966

**Documento:** Resolução CFM nº 289, de 26 de outubro de 1966 (CFM, 1966).  
**Ementa:** Inibe os Conselhos Regionais de Medicina exigir apresentação de documentos comprobatórios de exercício na especialidade, nos pedidos de inscrição  
**Situação:** Revogada  
**Origem:** CFM  
**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 1966. Parte II.  
**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM nº 1.618/2001  
**Síntese do documento:**  
 Considerando não ser de competência dos Conselhos Regionais estabelecer normas para o exercício de especialidades médicas, resolve: I - Não devem os Conselhos Regionais exigir a apresentação de documentos comprobatórios de exercício de sua especialidade, nos pedidos de inscrição; II - Não devem os Conselhos Regionais conceder certidão de inscrição de títulos de especialistas.

**Década de 1970 (1970-1979)**

### **3. RESOLUÇÃO CFM Nº 784, DE 13 DE MAIO DE 1977**

**Documento:** Resolução CFM nº 784 de 13 de maio de 1977 (CFM, 1977).

**Ementa:** Reconhece a validade dos Títulos de Especialistas concedidos pela AMB aos seus associados

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 1977. Seção 1, Parte II

**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM nº 1.086/1982

**Síntese do documento:**

Reconhecer a validade dos Títulos de Especialistas que a AMB, entidade de âmbito nacional, concede aos seus associados, para o efeito de habilitarem os seus portadores a obter o registro de qualificação de especialistas em seus diversos ramos, perante os respectivos Conselhos Regionais de Medicina, nos termos da Resolução CFM nº 734/76.

### **4. DECRETO Nº 80.281 DE 5 DE SETEMBRO DE 1977**

**Documento:** Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 (BRASIL, 1977).

**Ementa:** Regulamentou a Residência Médica e criou a CNRM e deu outras providências

**Situação:** não consta revogação expressa

**Origem:** Executivo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 set. 1977. Seção 1, p.11787

**Referenda:** MEC; Ministério da Saúde (MS); Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Estado-Maior Das Forças Armadas (EMFA)

**Alterações:** **Decreto Federal nº 91.364, de 21 de junho de 1985 revogado parcialmente pelo Decreto Federal nº 7.562, de 15 de setembro de 2011** (não consta revogação expressa)

**Síntese do documento:**

Definição da Residência Médica como: [...] modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Além do mais, estabeleceu parâmetros para atuação do médico-residente e definição de critérios e normas para o credenciamento dos programas. Os programas sendo desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social. Os programas de Residência tinham a duração mínima de um ano, correspondendo ao mínimo de 1.800 horas de atividade.

### **5. RESOLUÇÃO CFM Nº 879, DE 28 DE SETEMBRO DE 1978**

**Documento:** Resolução CFM nº 879 de 28 de setembro de 1978 (CFM, 1978).

**Ementa:** Estabelece a relação de Especialidades reconhecidas pelo CFM para o efeito de Registro de Qualificação de Especialistas

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 1978. o 1.

**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM nº 1.086/1982

**Síntese do documento:**

Entre a relação de especialidades reconhecidas pelo CFM para efeito de registro de qualificação de especialista contavam a Citopatologia e a Patologia.

## 6. RESOLUÇÃO CFM Nº 935 DE 7 DE AGOSTO DE 1979

**Documento:** Resolução CFM nº 935 de 7 de agosto de 1979 (CFM, 1979).

**Ementa:** Reconhece a validade dos TE que a SBP concede aos seus associados

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 set. 1979. Seção 1, Parte II

**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM nº 1.086/1982

**Síntese do documento:**

Reconhecer a validade dos títulos de Especialistas que a Sociedade Brasileira de Patologistas, entidade de âmbito nacional, concede aos seus associados, para o efeito de habilitarem os seus portadores a obter o Registro de Qualificação de Especialista em Patologia, perante os respectivos Conselhos Regionais de Medicina, nos termos da Resolução CFM-Nº 734/76.

**Década de 1980 (1980-1989)**

## 7. RESOLUÇÃO CFM Nº 990 DE 24 DE MARÇO DE 1980

**Documento:** Resolução CFM nº 990 de 24 de março de 1980 (CFM, 1980).

**Ementa:** Reconhece a validade dos Certificados de Conclusão de Cursos de Especialização

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 1980. Seção 1, Parte II

**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM nº 1.086/1982

**Síntese do documento:**

Reconhecer a validade dos Certificados de conclusão dos Cursos de Especialização em: Administração Hospitalar, Alergia, **Anatomia Patológica**, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Cardiovascular, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Fisiatria, Medicina Nuclear, Medicina do Trabalho, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Proctologia, Radioterapia, Reumatologia, Urologia e Ginecologia, conferidos pela Escola Médica de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Ex.: Instituto de Aperfeiçoamento da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro) para o efeito de habilitarem os seus portadores a obter o **Registro de Qualificação de Especialista em:** Administração Hospitalar, Alergia, **Anatomia Patológica**, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Torácica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Fisiatria, Medicina Nuclear, Medicina do Trabalho, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Radioterapia, Proctologia, Reumatologia, e Urologia, perante os respectivos Conselhos Regionais de Medicina, nos termos da Resolução CFM-Nº 734/76, desde que comprovem seus portadores encontrarem-se no exercício da especialidade e tenham parecer favorável do CFM.



## 8. RESOLUÇÃO CNRM 01 DE 18 DE FEVEREIRO DE 1981

**Documento:** Resolução CNRM 01 de 18 de fevereiro de 1981 (BRASIL, 1981b).

**Ementa:** Estabelece especialidades médicas credenciáveis como PRM e dá providências adicionais

**Situação:** Revogada

**Origem:** Ministério da Educação/ CNRM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 1981. Seção 1

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

Definir as especialidades médicas credenciáveis, com acesso direto ao Programa na própria especialidade e que são as seguintes: Anestesiologia, **Anatomia Patológica**, Doenças Infecciosas-Parasitárias, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Radiologia.

As áreas básicas definidas a juízo da CNRM são as seguintes: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Tocoginecologia e Medicina Preventiva e Social.

Os PRM terão a carga horária mínima de 2.800 e máxima de 3.200 horas anuais.

## 9. LEI Nº 6.932 DE 07 DE JULHO DE 1981

**Documento:** Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981 (BRASIL, 1981a).

**Ementa:** Dispõe sobre as atividades do médico-residente e dá outras providências

**Situação:** não consta revogação expressa

**Origem:** Legislativo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 09 jul. 1981. Seção 1, p. 12.789

**Referenda:** MEC; Ministério da Saúde (MS); MPAS

**Alterações:** Lei 7.217, de 19/09/1984: altera art. 4º; Lei 7.601, de 15/05/1987: altera art. 4º (revogada); Lei 8.138, DE 28/12/1990: altera art. 4º (revogada); Lei 8.725, de 05/11/1993: altera art. 4º (revogada); MPV 1.729, de 02/12/1998: revoga o § 5º do art. 4º (convertida na Lei 9.732, de 11/12/1998, sem fazer constar esta revogação); Lei 10.405, de 09/01/2002: altera caput do art. 4º; Lei 11.381, de 01/12/2006: altera o art. 4º; MPV 521, de 31/12/2010: acresce o art. 4º-a e revoga o art. 4º (sem eficácia); Lei 12.514, de 28/10/2011: altera o art. 4º e a Lei 12.871, de 23/10/2013: acresce arts. 3º, 4º e 5º.

**Síntese do documento:**

Definição da Residência Médica como: [...] modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981a).

A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% e num máximo de 20% de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clinicopatológicas ou outras, de acordo com os programas preestabelecidos.

Os PRM credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos-residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao CFM.

## 10. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.086 DE 29 DE MAIO DE 1982

**Documento:** Resolução CFM nº 1.086 de 29 de maio de 1982 (CFM, 1982).

**Ementa:** Requisitos para registro de médicos especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** CFM. Resolução CFM nº 1.086 de 29 de maio de 1982. Requisitos para registro de médicos especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina. CFM. Disponível em: <

[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017

**Alterações:** Revogada Parcialmente pela Resolução CFM nº 1.213/1985. Revogada pela Resolução CFM nº 1.286/1989

**Síntese do documento:**

Será considerado especialista o médico que, preenchendo os requisitos estabelecidos na presente Resolução, obtenha o reconhecimento dessa qualificação pelo CFM e seja inscrito no Registro de Especialistas Qualificados, do Conselho Regional de Medicina, em cuja jurisdição exerce sua atividade profissional.

O médico que solicitar inscrição no Registro de Especialistas deverá atender a um dos seguintes requisitos: (a) Possuir título de Docente-Livre de Mestrado e de Doutorado, na disciplina correspondente à especialidade; (b) Possuir Certificado de Conclusão de Curso de Especialização, devidamente registrado, que corresponda à especialidade cujo registro está sendo pleiteado, curso esse criado por lei ou ministrado por estabelecimento de ensino superior, e neste caso obedecido o preceituado na Resolução CFM nº 1.082/82 - Revogado pela Resolução CFM nº 1.213/1985; (c) Possuir Certificado de Residência Médica, na especialidade, registrado na CNRM do MEC, de acordo com o preceituado em lei; (d) Possuir Certificado de aprovação em exame para qualificação de Especialista promovido e efetuado por entidade associativa de médicos especialistas, de âmbito nacional, que seja acreditada pelo CFM, ou com este conveniada.

A inscrição no Registro de Especialistas, será válida pelo prazo de cinco anos, podendo ser renovada por igual prazo, mediante comprovação da continuidade do exercício da Especialidade.

## 11. RESOLUÇÃO CNRM 04 DE 30 DE DEZEMBRO DE 1983

**Documento:** Resolução CNRM 04 de 30 de dezembro de 1983 (BRASIL, 1983).

**Ementa:** Dispõe sobre os requisitos mínimos dos PRM das especialidades médicas e dá outras providências.

**Situação:** Revogada

**Origem:** Ministério da Educação/ CNRM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 1983.

**Alterações:** Republicada, tendo em vista, ter sido publicada no Diário Oficial da União, páginas 18816, 18817, 18818 e 18819, do dia 08 de novembro de 1983, com engano da denominação de Medicina Legal, na alínea “d” do item II, referente à **Anatomia Patológica**; inserção indevida do item XIII, referente à Cirurgia Torácica, alíneas “g” e “h”; omissão integral do item XIV, referente à Cirurgia Vasculária Periférica e omissão dos “estágios obrigatórios”, no item XXI, referente à Nefrologia.

**Síntese do documento:**

Os PRM eram desenvolvidos com 80% a 90% de sua carga horária, sob a forma de treinamento em serviço com supervisão de médicos, com a qualificação mínima, destinando-se o restante da carga horária para atividades teórico-práticas (sessão anatomoclínicas, clube de revista para discussão de artigos científicos, sessão clinicoradiológica, sessão clinicolaboratorial, cursos, palestras e seminários, tanto no âmbito geral como no de especialidade).

Além disso, os PRM de Anestesiologia, Anatomia Patológica, Radiologia e Patologia Clínica eram obrigatoriamente, desenvolvidos em instituições que tinham, pelo menos, um PRM na área clínica ou cirúrgica

Os requisitos mínimos do PRM em **Anatomia Patológica** estão descritos no (Quadro 9).

## 12. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.144 DE 30 DE JANEIRO DE 1984

**Documento:** Resolução CFM nº 1.144 30 de janeiro de 1984 (CFM, 1984).

**Ementa:** Inscrição no Registro de especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina, de Sociedades Médicas conveniadas com o CFM

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** CFM. Resolução CFM nº 1.144 30 de janeiro de 1984. Inscrição no Registro de especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina, de Sociedades Médicas conveniadas com o CFM. CFM Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017

**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM nº 1.286/1989

**Síntese do documento:**

Os pedidos de inscrição no Registro de Especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina, baseados exclusivamente em Certificados de aprovação em exames para qualificação de especialistas efetuados por entidade associativa de médicos especialistas, de âmbito nacional, também chamados "Títulos de Especialistas", previsto na alínea "d" do artigo 7º da Resolução CFM nº 1.086/82, só serão apreciados, caso as Sociedades que emitiram tais documentos hajam celebrado convênio com o CFM.

## 13. LEI Nº 7.217 DE 19 DE SETEMBRO DE 1984

**Documento:** Lei nº 7.217 de 19 de setembro de 1984 (BRASIL, 1984).

**Ementa:** Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.922, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente

**Situação:** não consta revogação expressa

**Origem:** Executivo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 nov. 1984

**Referenda:** MEC

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

O art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a ter a seguinte redação, mantidos os parágrafos: Ao médico-residente será assegurada bolsa de estudo de valor igual ao fixado no art. 5º da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, acrescido de um adicional de 35% por regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais, mais 10%, a título de compensação previdenciária, incidente na classe de salário-base a que fica obrigado por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social.

## 14. LEI Nº 7.601 DE 15 DE MAIO DE 1987

**Documento:** Lei nº 7.601 de 15 de maio de 1987 (BRASIL, 1987).

**Ementa:** altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente e dá outras providências

**Situação:** revogada

**Origem:** Executivo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 out. 1987.

**Referenda:** MEC

**Alterações:** revogada pela Lei 8.138 de 1990

**Síntese do documento:**

Ao médico-residente será assegurada bolsa de estudo no valor de 70%, do salário do Professor Auxiliar, Nível 1, em regime de dedicação exclusiva, das Instituições Federais de Ensino Superior  
O médico-residente é filiado ao Sistema Previdenciário na qualidade de segurado autônomo.

## 15. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.286 DE 15 de abril de 1989

**Documento:** Resolução CFM nº 1.286 de 15 de abril de 1989 (CFM, 1989b).

**Ementa:** Reconhece, para fins de registro nos Conselhos Regionais de Medicina, a validade dos Títulos de Especialistas conferidos pela AMB na forma do Convênio assinado em 10 de março de 1989

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 abr. 1989 Seção I, p. 5.147

**Alterações:** Revogada pela resolução CFM 1634/2002

**Síntese do documento:**

As especialidades reconhecidas pelo CFM para efeito de Registro de Qualificação de Especialista, entre as especialidades listadas estão incluídas a Citopatologia e a Patologia.

## 16. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.295 DE 09 DE JUNHO DE 1989

**Documento:** Resolução CFM nº 1.295 de 09 de junho de 1989 (CFM, 1989a).

**Ementa:** Lista de especialidades reconhecidas pelo CFM

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 ago. 1989, Seção I, p. 14.517

**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM nº 1.441/1994

**Síntese do documento:**

As especialidades reconhecidas pelo CFM para efeito de Registro de Qualificação de Especialista, entre as especialidades listadas estão incluídas a Citopatologia e a Patologia.

## Década de 1990 (1990-1999)

## 17. LEI Nº 8.138 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

**Documento:** Lei nº 8.138 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

**Ementa:** Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente e dá outras providências

**Situação:** revogada

**Origem:** sem informação

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

**Referenda:** MEC; MPAS

**Alterações:** revogada pela Lei 10.405 de 09/01/2002

**Síntese do documento:**

Ao médico-residente será assegurada bolsa de estudo no valor de setenta e cinco por cento dos vencimentos do médico do Ministério da Educação, Nível V, acrescido de um adicional de cem por cento, por regime especial de treinamento ao serviço de sessenta horas semanais.

## 18. LEI Nº 8.725 DE 05 DE NOVEMBRO DE 1993

**Documento:** Lei nº 8.725 de 05 de novembro de 1993 (BRASIL, 1993).

**Ementa:** Dá nova redação ao caput do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, alterado pela Lei nº 8.138, de 28 de dezembro de 1990

**Situação:** revogada

**Origem:** Executivo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 08 nov. 1993.

**Referenda:** MEC

**Alterações:** revogada pela Lei 10.405 de 09/01/2002

**Síntese do documento:**

Ao médico-residente será assegurada bolsa de estudo no valor correspondente a 85% da remuneração atribuída ao servidor ocupante do cargo de médico, classe D, padrão I, constante da Tabela de Vencimento, Anexo III, quarenta horas, da Lei nº 8.460, de 17 de setembro de 1992, acrescido de cem por cento, por regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais.

## Década de 2000 (2000-2009)

### 19. LEI Nº 10.405 DE 09 DE JANEIRO DE 2002

**Documento:** Lei nº 10.405 de 09 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002d).

**Ementa:** Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, altera as tabelas de vencimento básico dos professores do ensino de 3º grau e dos professores de 1º e 2º graus, integrantes dos quadros de pessoal das instituições federais de ensino, e altera dispositivos da Lei nº 10.187, de 12 de fevereiro de 2001

**Situação:** não consta revogação expressa

**Origem:** Executivo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 10 jan. 2002. p. 1

**Referenda:** MEC. Ministério do Planejamento; Orçamento e Gestão (MP)

**Alterações:** Lei 11.344 de 08/09/2006: revoga o art. 3ª e a tabela "A" do anexo I. Lei 11.831 de 01/02/2006: revoga os arts. 1º e 2º

**Síntese do documento:**

Ao médico-residente será assegurada bolsa no valor correspondente a 85% do vencimento básico fixado para os cargos de nível superior posicionados no padrão I da classe A do Anexo da Lei nº 10.302, de 31 de outubro de 2001, em regime de 40 horas semanais, acrescido de adicional no percentual de 112,09%, por regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais (Revogado pela Lei nº 11.381, de 2006).

A pontuação atribuída a cada professor obedecerá a regulamento estabelecido por cada instituição, que incluirá, obrigatoriamente, a carga horária semanal, e a avaliação das atividades de ensino obedecerá a critérios quantitativos, mantendo-se os critérios qualitativos para a participação dos docentes em programas e projetos de interesse institucional.

## 20. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.634 DE 11 DE ABRIL DE 2002

**Documento:** Resolução CFM nº 1.634 de 11 de abril de 2002 (CFM, 2002).

**Ementa:** Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 29 abr. 2002, Seção I, p. 81

**Alterações:** Modificada pela Resolução CFM n. 1659/2003; Nova redação do Anexo II aprovado pela Resolução CFM n. 1666/2003; parcialmente alterada pela Resolução CFM nº 1970/2011; revogada pela Resolução CFM n. 2.149/2016

**Síntese do documento:**

Considerando: (a) que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades; (b) que o CFM, a AMB, e a CNRM, organismos voltados para o aperfeiçoamento técnico e desempenho ético dos que se dedicam à Medicina no Brasil, decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país; (c) que as entidades referidas, por visarem ao mesmo objetivo, vêm trabalhando em conjunto na forma de CME para uniformizar a denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil; (d) que conhecimentos e práticas médicas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos; (e) que as especialidades sujeitam-se aos processos dinâmicos da Medicina, não podendo, por isso, ser permanentes nem imutáveis, podendo, dependendo das circunstâncias e necessidades, sofrer mudanças de nomes, fusões ou extinções.

Este convênio tem por finalidade a conjugação de esforços dos convenentes para estabelecer critérios para o reconhecimento, a denominação, o modo de concessão e registro de TE e certificado de área de atuação médica, cabendo às partes: CNRM (Credenciar, autorizar, avaliar e fiscalizar o funcionamento dos PRM, conferindo seus certificados); AMB (Orientar as suas sociedades de especialidade e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados emitidos pelas mesmas e em conformidade com este convênio) e CFM (Registrar os títulos e certificados emitidos na forma da lei e deste convênio). São órgãos formadores acreditados: (a) as Residências Médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM; (b) as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados. Somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de TE ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB. Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios: (a) Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela CME; (b) O concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

**Definição de especialidade:** Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade.

**Definição de área de atuação:** Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

**Reconhecimento de especialidades:** Reconhece-se como Especialidades Médicas àquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios abaixo relacionados: (a) Complexidade das patologias e acúmulo do conhecimento em uma determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz, em um setor específico; (b) Ter relevância epidemiológica e demanda social definida; (c) Ter programa de treinamento teórico prático, por um período mínimo de dois anos, conduzido por orientador qualificado da área específica; (d) Possuir conjunto de métodos e técnicas, que propiciem aumento da resolatividade diagnóstica e/ou terapêutica; (e) Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes.

**Não é critério para reconhecimento de especialidades:** (a) Número de Médicos que atuam em uma determinada área ou tempo de sua existência; (b) Área que já esteja contida em uma especialidade existente; (c) Processo que seja apenas o meio diagnóstico e ou terapêutico; (d) Área que esteja relacionada exclusivamente a uma patologia isolada; (e) Área cuja atividade seja exclusivamente experimental; (f) Função ou atividade essencialmente vinculadas ao conhecimento da legislação específica; (g) Disciplina acadêmica correspondente.

Definiu as 50 especialidades médicas e as respectivas áreas de atuação, entre elas o reconhecimento da especialidade médica em Patologia com as Áreas de Atuação em Citopatologia e Histopatologia.

## 21. RESOLUÇÃO CNRM Nº 01 DE 14 DE MAIO DE 2002

**Documento:** Resolução CNRM nº 01 de 14 de maio de 2002 (BRASIL, 2002c).

**Ementa:** Dispõe sobre critérios básicos para credenciamento de PRM e dá outras providências

**Situação:** Revogada

**Origem:** Ministério da Educação/ CNRM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio 2002, Seção 1

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

Nos PRM credenciáveis pela CNRM que poderão ser de acesso direto, está incluída a **Patologia**.

O treinamento nas especialidades médicas com acesso direto ao programa, com duração de três anos para as seguintes especialidades: Anestesiologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Infectologia, Medicina Física e Reabilitação, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, **Patologia**, Patologia Clínica / Medicina Laboratorial. Esses mesmos programas deveriam ser desenvolvidos em Instituições que possuíam, pelo menos, um programa na área clínica e outro na cirúrgica. Foram descritos os requisitos mínimos dos PRM, os referentes à Patologia estão no Quadro 9.

## 22. RESOLUÇÃO CNRM Nº 05 DE 14 DE MAIO DE 2002

**Documento:** Resolução CNRM nº 05 de 14 de maio de 2002 (BRASIL, 2003b).

**Ementa:** Dispõe sobre critérios básicos para credenciamento de PRM e dá outras providências

**Situação:** Revogada

**Origem:** Ministério da Educação/ CNRM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2003, Seção 1

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

Os PRM credenciáveis pela CNRM poderão ser de acesso direto (incluída a **Patologia**). Os PRM serão desenvolvidos com 80% a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10% a 20% para atividades teórico-complementares. Entende-se como atividades teórico-complementares: sessões anatomoclínicas, discussão de artigos científicos, sessões clinicorradiológicas, sessões clinicolaboratoriais, cursos, palestras e seminários.

Nas atividades teórico-complementares devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados com Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística. Recomenda-se a participação do médico-residente em atividades relacionadas ao controle das infecções hospitalares.

Os PRM, deverão ser desenvolvidos em Instituições que possuam, pelo menos, um programa na área clínica e/ou na área cirúrgica (incluída a especialidade em Patologia).

Na avaliação periódica do médico-residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da instituição. A critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.

A promoção do médico-residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, depende de do cumprimento integral da carga horária do Programa e da aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da instituição.

O não cumprimento será motivo de desligamento do médico-residente do programa. A supervisão permanente do treinamento do médico-residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da CNRM.

Assim como foram descritos os requisitos mínimos dos PRM, os referentes à Patologia estão no Quadro 9.

### 23. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666 DE 07 DE MAIO DE 2003

**Documento:** Resolução CFM nº 1666 de 07 de maio de 2003 (CFM, 2003).

**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 jun. 2003, Seção I, p. 97-99

**Alterações:** Nova redação do Anexo II, adotada pela Resolução CFM n. 1763/2005. Revogada pela Resolução CFM n. 2.149/2016

**Síntese do documento:**

São reconhecidas 53 especialidades médicas e 53 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação. Nesse contexto, são descritas diversas modificações, entre elas para a especialidade em **Patologia** são as seguintes: (1) a AMB preserva o direito à certificação de área de atuação para as Sociedades que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Cirurgia da Mão, **Citopatologia**, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Respiratória, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica; (2) a especialidade médica em **Patologia** terá a formação de três anos, o TE em Patologia conferido ao médico pelo PRM em Patologia credenciados pela CNRM ou pelo Concurso da SBP da AMB; (3) a especialidade médica em Patologia tem como área de atuação a Citopatologia, título opcional em PRM em Patologia credenciados pela CNRM e pelo Concurso do convênio da AMB com a SBC da AMB, como requisito ter o TE em Patologia pela AMB.

### 24. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.763 DE 16 DE FEVEREIRO DE 2005

**Documento:** Resolução CFM Nº 1.763 de 16 de fevereiro de 2005 (CFM, 2005).

**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/2003, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 09 mar. 2005, Seção I, p. 189-192

**Alterações:** Nova redação do Anexo II, aprovada pela Resolução CFM n. 1785/2006. Revogada pela Resolução CFM n. 2.149/2016

**Síntese do documento:**

São reconhecidas 53 especialidades médicas e 53 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação. TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso da SBP.



## 25. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.785 DE 05 de abril de 2006

**Documento:** Resolução CFM Nº 1.785 de 05 de abril de 2006 (CFM, 2006).

**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.763/05, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 26 maio 2006, Seção I, p. 135

**Alterações:** Retificação publicada no D.O.U. de 22 jun. 2006, Seção I, p. 127. Nova redação do Anexo II aprovada pela Resolução CFM n. 1845/2008. Revogada pela Resolução CFM n. 2.149/2016.

**Síntese do documento:**

São reconhecidas 53 especialidades médicas e 54 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação e cria o Anexo III, que regulamenta o seu funcionamento.

**Titulações e certificações de especialidades médicas:** TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso da SBP.

**Certificados de áreas de atuação:** Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso do Convênio AMB/ SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

## 26. RESOLUÇÃO CNRM 02 DE 17 DE MAIO DE 2006

**Documento:** Resolução CNRM 02 de 17 de maio de 2006 (BRASIL, 2006c).

**Ementa:** Dispõe sobre requisitos mínimos dos PRM e dá outras providências

**Situação:** em vigor

**Origem:** Ministério da Educação/ CNRM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio. 2006, Seção I. p. 23-26

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

Os PRM credenciáveis pela CNRM poderão ser de acesso direto (incluída a **Patologia**)

Os PRM serão desenvolvidos com 80% a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10% a 20% para atividades teórico-complementares. Entende-se como atividades teórico-complementares: sessões anatomoclínicas, discussão de artigos científicos, sessões clinicorradiológicas, sessões clinicolaboratoriais, cursos, palestras e seminários

Nas atividades teórico-complementares devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados com Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística. Recomenda-se a participação do médico-residente em atividades relacionadas ao controle das infecções hospitalares

Os PRM, deverão ser desenvolvidos em Instituições que possuam, pelo menos, um programa na área clínica e/ou na área cirúrgica (incluída a especialidade em Patologia)

A promoção do médico-residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, depende de: (a) cumprimento integral da carga horária do Programa; (b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da instituição. O não cumprimento será motivo de desligamento do médico-residente do programa

A supervisão permanente do treinamento do médico-residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da CNRM

Os requisitos mínimos dos PRM, referentes à Patologia, estão descritos no Quadro 9.

## 27. RESOLUÇÃO CNRM 07 DE 05 DE SETEMBRO DE 2006

**Documento:** Resolução CNRM 07 de 05 de setembro de 2006 (CFM, 2006b).

**Ementa:** Dispõe sobre a duração do PRM de Cancerologia/Cirúrgica e seu conteúdo programático

**Situação:** em vigor

**Origem:** Ministério da Educação/ CNRM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 2006, Seção 1, p. 72

**Alterações:** Republicada no D.O.U. nº 208, de 30/10/06, Seção 1, pág. 72 por ter saído com omissão do anexo no D.O.U. nº 177, de 14/9/06, Seção 1, pág. 17.

**Síntese do documento:**

Embora a resolução seja referente à Residência Médica de Cancerologia, há um destaque em relação ao conhecimento da Patologia, ao conteúdo programático do segundo ano da Residência Médica de Cancerologia “[...] Atividades teóricas complementares: 20% da carga horária anual, incluindo conteúdos de radioterapia e patologia”. Realçando a importância do conhecimento da área da Patologia para a formação do médico especialista em Cancerologia Cirúrgica.

## 28. LEI Nº 11.381 DE 1º DE DEZEMBRO DE 2006

**Documento:** Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006 (BRASIL, 2006a).

**Ementa:** Altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002

**Situação:** não consta revogação expressa

**Origem:** Legislativo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 04 dez. 2006, p.

**Referenda:** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP); MEC; Ministério da Saúde (MS).

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

Ao médico-residente será assegurada bolsa no valor correspondente a R\$ 1.916,45 (mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais.

## 29. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.845 DE 12 DE JUNHO DE 2008

**Documento:** Resolução CFM nº 1.845 de 12 de junho de 2008 (CFM, 2008).

**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/2006, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 15 jul. 2008, Seção I, p. 72

**Alterações:** Republicada com anexo no D.O.U. 16 jul. 2008, Seção I, p.164-168. Modificada pela Resolução CFM nº 1930/2009. Modificada pela Resolução CFM nº 1951/2010. Revogada pela Resolução CFM n. 2149/2016.

**Síntese do documento:**

São reconhecidas 53 especialidades médicas e 54 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação e cria o Anexo III, que regulamenta o seu funcionamento.

**Titulações e certificações de especialidades médicas:** TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso da SBP.

**Certificados de áreas de atuação:** Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB/ SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

## Década de 2010 (2010-2016)

### 30. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.960 DE 16 DE DEZEMBRO DE 2010

**Documento:** Resolução CFM nº 1.960 DE 16 de dezembro de 2010 (CFM, 2011b).

**Ementa:** Dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989

**Situação:** em vigor

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 jan. 2011, Seção I, p. 96

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

Permitir o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989, desde que os médicos requerentes comprovem esse direito de acordo com os critérios vigentes à época; ou seja, quando atender, no mínimo, a um dos seguintes requisitos: (a) possuir certificado de conclusão de curso de especialização correspondente à especialidade cujo reconhecimento está sendo pleiteado, devidamente registrado nos termos da lei; (b) possuir TE conferido por entidade de âmbito nacional acreditada pelo CFM; (c) possuir título de docente-livre ou de doutor, na área da especialidade; (d) ocupar cargo na carreira de magistério superior, na área da especialidade, com exercício por mais de dez anos; (e) ocupar cargo público de caráter profissional, na área da especialidade, por mais de dez anos; (f) possuir títulos que, embora não se enquadrem nas alíneas anteriores, possam, quando submetidos à consideração do CFM em grau recursal, ser julgados suficientes para o reconhecimento da qualificação pleiteada.

São documentos hábeis para a comprovação do disposto nas alíneas "d" e "e" do art. 1º a cópia autenticada do ato oficial gerador do provimento no cargo na carreira de magistério ou no cargo público de caráter profissional, na área da especialidade, e a certidão comprobatória do respectivo tempo de serviço: I - Residência Médica; II - Cursos de especialização ministrados por estabelecimento de ensino médico ou por entidades estrangeiras de reconhecida idoneidade; III - Estágio de aperfeiçoamento em entidade reconhecida pelo CFM como capacitada para tal finalidade; IV - Mestrado; V - Outras atividades discentes (cursos recebidos sob qualquer forma etc.); VI - Exercício do magistério superior a qualquer título, na área da especialidade; VII - Exercício de cargo, função ou atividade de caráter profissional na área da especialidade; VIII - Produção intelectual, de caráter técnico ou científico, sob a forma de trabalhos publicados na área da especialidade.

### 31. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.970 DE 08 DE JUNHO DE 2011

**Documento:** Resolução CFM nº 1.970 de 08 de junho de 2011 (CFM, 2011b).

**Ementa:** Altera o artigo 3º e a cláusula primeira do objeto do Convênio AMB/CFM celebrado na Resolução CFM nº 1.634, de 11 de abril de 2002, publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, Seção I, p. 81, que dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.

**Situação:** em vigor

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 15 jul. 2011, Seção I, p. 161

**Alterações:** sem informação.

**Síntese do documento:**

Fica vedada ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo CFM.

### 32. RESOLUÇÃO CFM Nº 1973 DE 14 DE JULHO DE 2011

**Documento:** Resolução CFM nº 1973 de 14 de julho de 2011 (CFM, 2011a).

**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM

**Situação:** Revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 01 ago. 2011. Seção I, p. 144-147

**Alterações:** Modificada pela Resolução CFM 2005/2012. Revogada pela Resolução CFM n. 2149/2016

**Síntese do documento:**

São reconhecidas 53 especialidades médicas e 53 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação

**Titulações e certificações de especialidades médicas:** TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso da SBP.

**Certificados de áreas de atuação:** Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB/ Concurso do Convênio AMB/SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

### 33. LEI Nº 12.514 DE 28 DE OUTUBRO DE 2011

**Documento:** Lei nº 12.514 de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a).

**Ementa:** Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral.

**Situação:** não consta revogação expressa

**Origem:** Legislativo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 out. 2011. p. 1.

**Referenda:** MEC; MTE; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP).

**Alterações:** Conversão da Medida Provisória nº 536, de 2011

**Síntese do documento:**

O art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar com a seguinte redação; “Ao médico-residente é assegurado bolsa no valor de R\$ 2.384,82 (dois mil, trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e dois centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais”.

O médico-residente é filiado ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS como contribuinte individual.

O médico-residente tem direito, conforme o caso, à licença-paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias.

A instituição de saúde responsável por PRM poderá prorrogar, nos termos da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, quando requerido pela médica-residente, o período de licença-maternidade em até 60 (sessenta) dias.

O tempo de Residência Médica será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento do médico-residente por motivo de saúde ou nas hipóteses dos §§ 2º e 3º.

A instituição de saúde responsável por PRM oferecerá ao médico-residente, durante todo o período de residência: I - condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões; II - alimentação; e III - moradia, conforme estabelecido em regulamento.

### 34. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.005 DE 09 DE NOVEMBRO DE 2012

**Documento:** Resolução CFM nº 2.005 de 09 de novembro de 2012 (CFM, 2012).

**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação dos Anexos II e III da Resolução CFM nº 1.973/2011, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.

**Situação:** em vigor

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 21 dez. 2012. Seção I, p. 937-940

**Alterações:** Nova redação do Anexo II aprovada pela Resolução CFM n. 2068/2013.

**Síntese do documento:**

São reconhecidas 53 especialidades médicas e 54 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação.

**Titulações e certificações de especialidades médicas:** TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso do Convênio AMB/ SBP.

**Certificados de áreas de atuação:** Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB/ Concurso do Convênio AMB/SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

### 35. LEI Nº 12.871 DE 22 DE OUTUBRO DE 2013

**Documento:** Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013b).

**Ementa:** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências

**Situação:** não consta revogação expressa

**Origem:** Executivo

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 out. 2013. p. 1

**Referenda:** Advocacia-Geral da União (AGU); Ministério da Saúde (MS); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP); MEC

**Alterações:** MPV 723, de 29/04/2016: prorroga prazo, por três anos, o prazo do visto temporário de que trata o art. 16; Lei 13.333, de 12/09/2016: prorroga prazo, por três anos, o prazo do visto temporário de que trata o art. 16; Conversão com alteração da MPV 621, DE 08/07/2013; Decreto 8.126, DE 22/10/2013: dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do projeto mais médicos para o Brasil, de que trata a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013; Decreto 8.497, DE 04/08/2015: regulamenta a formação do CNE de que trata o art. 35; Decreto 8.516, DE 10/09/2015: regulamenta a formação do CNE de que trata o art. 35.

**Síntese do documento:**

Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações: (1) reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para Residência Médica, priorizando Regiões de Saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; (2) estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país; e (3) promoção, nas Regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

Os PRM de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de PRM nas seguintes modalidades: I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II - PRM de acesso direto, nas seguintes especialidades: Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do Trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; **Patologia**; e Radioterapia.

### 36. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.068 DE 13 DE DEZEMBRO DE 2013

**Documento:** Resolução CFM nº 2.068 de 13 de dezembro de 2013 (CFM, 2014b).  
**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM  
**Situação:** revogada  
**Origem:** CFM  
**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 jan. 2014. Seção I, p. 76  
**Alterações:** Nova redação do Anexo II aprovada pela Resolução CFM n. 2.116/2.015. Revogada pela Resolução CFM n. 2149/2016  
**Síntese do documento:**  
São reconhecidas 53 especialidades médicas e 54 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação  
**Titulações e certificações de especialidades médicas:** TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso do Convênio AMB/SBP  
**Certificados de áreas de atuação:** Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB/ Concurso do Convênio AMB/SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

### 37. RESOLUÇÃO CNRM 04 DE 30 DE SETEMBRO DE 2014

**Documento:** Resolução CNRM 04 de 30 de setembro de 2014 (BRASIL, 2014b).  
**Ementa:** Institui as Câmaras Técnicas Temáticas e o Comitê de Sistematização da CNRM, e dá outras providências.  
**Situação:** Em vigor  
**Origem:** Ministério da Educação/ CNRM  
**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 out. 2014. Seção I. p. 14-15  
**Alterações:** sem informação  
**Síntese do documento:**  
As Câmaras Técnicas Temáticas, instâncias de assessoramento permanente da CNRM, tem a finalidade de examinar matérias e questões de natureza específica, referentes à autorização e reconhecimento dos PRM, em consonância com as linhas de cuidado em saúde, inseridas nas redes de atenção do SUS, entre outras atribuições estabelecidas nesta Portaria.  
As Câmaras Técnicas Temáticas serão estruturadas e organizadas segundo as áreas de atuação, a saber: I - Câmara Técnica Temática da área de Atenção Básica/ Saúde Coletiva; II - Câmara Técnica Temática da área de Saúde do Adulto e do Idoso; III - Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Mulher; IV - Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Criança e do Adolescente; V - Câmara Técnica Temática da área de Saúde Mental; e VI - Câmara Técnica Temática de Diagnóstico e Apoio.  
A distribuição das especialidades ou áreas de atuação médicas em cada Câmara Técnica Temática ocorrerá conforme a descrição na Resolução, entre elas VI- Câmara Técnica Temática de Diagnóstico e Apoio: a) **Citopatologia**; b) Acupuntura; c) Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular; d) **Citopatologia**; e) Densitometria Óssea; g) Ecografia; h) Eletrofisiologia Clínica Invasiva; i) Endoscopia; j) Endoscopia Digestiva; k) Endoscopia Respiratória; l) Ecografia Vascular com Doppler; m) Ergometria; n) Medicina Nuclear; o) Medicina do Sono; p) Neurofisiologia Clínica; q) Neurorradiologia; r) Nutrição Parenteral e Enteral; s) **Patologia**; t) Patologia Clínica / Medicina Laboratorial; u) Radioterapia; v) Radiologia Intervencionista; w) Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

### 38. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.116 DE 23 DE JANEIRO DE 2015

**Documento:** Resolução CFM nº 2.116 de 23 de janeiro de 2015 (CFM, 2015).

**Ementa:** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.

**Situação:** revogada

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 04 fev. 2015. Seção I, p. 55

**Alterações:** Revogada pela Resolução CFM n. 2149/2016.

**Síntese do documento:**

São reconhecidas 53 especialidades médicas e 56 áreas de atuação reconhecidas. Fazem parte dessa resolução: (1) normas orientadoras e reguladoras; (2) relação das especialidades reconhecidas; (3) relação das áreas de atuação reconhecidas; (4) titulações e certificações de especialidade médica e (5) certificados de áreas de atuação

**Titulações e certificações de especialidades médicas:** TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso do Convênio AMB/ SBP

**Certificados de áreas de atuação:** Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB/ Concurso do Convênio AMB/SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

### 39. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.148 DE 22 DE JULHO DE 2016

**Documento:** Resolução CFM nº 2.148 de 22 de julho de 2016 (CFM, 2016b).

**Ementa:** Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da CME, composta pelo CFM, pela AMB e pela CNRM, que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina

**Situação:** em vigor

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 ago. 2016. Seção I, p. 99

**Alterações:** sem informação

**Síntese do documento:**

#### **PORTARIA CME Nº 01/2016 - ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.148/2016**

Regulamenta o funcionamento da CME, composta pelo CFM, pela AMB e pela CNRM, disciplinando o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

O CFM, a AMB e a CNRM reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação.

**Define-se especialidade médica:** como núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de segmentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade.

**Define-se área de atuação:** como modalidade de organização do trabalho médico, desenvolvida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades.

**Reconhecem-se como especialidades médicas** aquelas consideradas raízes e aquelas que preenchem o conjunto de critérios relacionados: (1) Complexidade dos problemas de saúde e acúmulo de conhecimento em determinada área de atuação médica que transcenda o aprendizado do curso médico e de uma área raiz em um setor específico; (2) Ter relevância epidemiológica e demanda social definida; (3) Ter complexidade que demande um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que exija um período mínimo de dois anos de formação; (4) Reunir conhecimentos que definam um núcleo de atuação própria que não possa ser englobado por especialidades já existentes.

**São critérios de exclusão para reconhecimento de especialidades:** (1) Área que já esteja contida em uma especialidade existente; (2) Processo que seja apenas meio diagnóstico e/ou terapêutico; (3) Área que esteja relacionada exclusivamente a uma doença ou problema de saúde isolado; (4) Área cuja atividade seja exclusivamente experimental; (5) Função ou atividade essencialmente vinculada ao conhecimento de legislação específica; (6) Área que seja apenas disciplina acadêmica.

A CNRM somente autorizará PRM nas especialidades e áreas de atuação aprovadas pela CME.

As especialidades médicas e áreas de atuação aprovadas pela CME terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e/ou da CNRM.

O número de médicos e o tempo de existência de uma atividade não são parâmetros para reconhecimento ou exclusão de especialidade ou área de atuação.

A CME somente reconhecerá especialidade médica com tempo de formação mínimo de dois anos e área de atuação com tempo de formação mínimo de um ano, sendo obrigatória carga horária anual mínima de 2.880 horas.

As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRM.

As áreas de atuação receberão certificação, no âmbito da AMB, via associações de especialidade.



**40. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149 DE 22 DE JULHO DE 2016**

**Documento:** Resolução CFM nº 2.149 de 22 de julho de 2016 (CFM, 2016a).

**Ementa:** Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela CME

**Situação:** em vigor

**Origem:** CFM

**Publicação:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 ago. 2016. Seção I, p. 99

**Alterações:** Revogam-se todas as disposições em contrário e em especial as Resoluções CFM nº 1.634/2002 (publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, Seção I, p. 81) e nº 2.116/2015 (publicada no D.O.U. de 4 de fevereiro de 2015, Seção I, p. 55)

**Síntese do documento:**

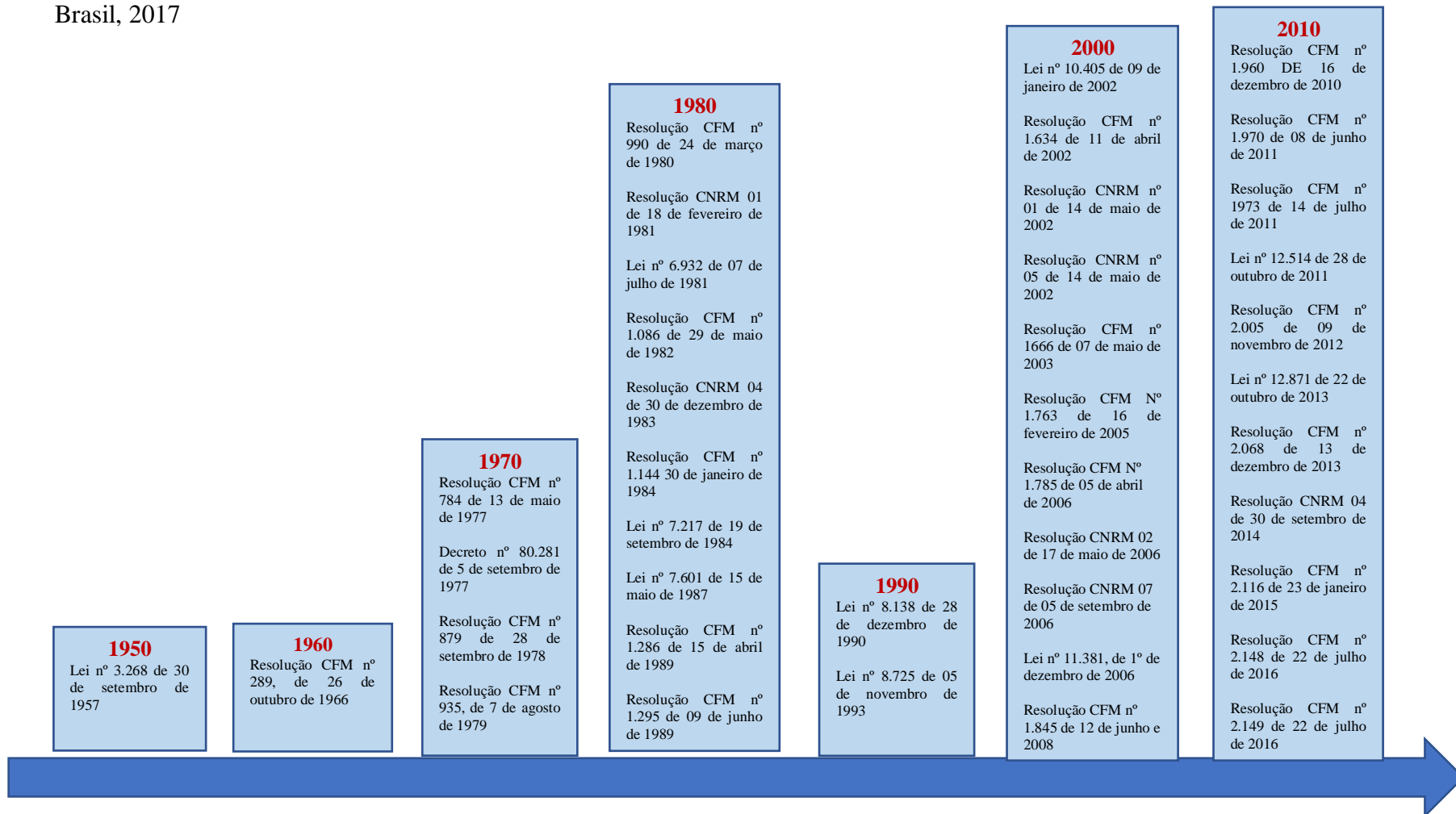
**PORTARIA CME Nº 02/2016 - ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.149/2016**

São reconhecidas 54 especialidades médicas (entre elas a Patologia) e 57 áreas de atuação reconhecidas (entre elas a Citopatologia)

**Titulações e certificações de especialidades médicas:** TE em Patologia com formação em três anos. Pela CNRM, por meio, do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso do Convênio AMB/ SBP.

**Certificados de áreas de atuação:** Citopatologia, com formação em um ano. Pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB/ Concurso do Convênio AMB/SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

Figura 7 – Linha do Tempo dos atos normativos relativos à Residência Médica em Patologia no Brasil, período de 1957 até 2016, por década. Brasil, 2017



Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

### 7.3.2 Requisitos Mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia

Quanto aos Requisitos Mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia, nos anos de 1983, 2002 e 2006 (Quadro 9), sem querer abarcar estudos na área de currículo e práticas educacionais, que é uma temática complexa e extremamente importante, mas não é objeto de estudo da presente pesquisa. Optou-se por destacar alguns aspectos observados nas análises dos documentos normativos que podem influenciar a formação do médico especialista em Patologia.

Um aspecto refere-se ao fato de que os conteúdos e as práticas serem muito semelhantes independente dos tempos sucedidos; isto é, de 1983 para 2002 (transcorridos 19 anos), de 2002 para 2006 (transcorridos 4 anos) e da última atualização ocorrida em 2006; isto é, 11 anos até a atualidade (2017). Independente das inovações e avanços tecnológicos da área da Patologia permanecem sem quase nenhuma modificação. Levando à ideia de que os Requisitos Mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia acabam sendo meras formalidades documentais ou que há necessidades de reformulações de conteúdos e práticas educacionais nessa área.

O outro aspecto de destaque é o distanciamento dos conteúdos expressos no Requisitos Mínimos, do momento atual da Patologia, que é a fase ultracelular (ver Capítulo 3 – Revisão de Literatura). A fase ultracelular é a fase atual da Patologia, envolvendo conceitos sobre biologia molecular e estruturas celulares. A área vem sofrendo transformações extensas, cada vez mais exigindo do médico-patologista o acompanhamento científico e atualizações técnicas e com isso formando novas ideias e avanços na área da Patologia.

Quadro 9 - Requisitos Mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia, nos anos de 1983, 2002 e 2006. Brasil, 2016 (continua)

<b>Requisitos Mínimos do Programa de Residência Médica</b>	
<b>Ano 1983 - Anatomia Patológica (Resolução CNRM 04 de 30 de dezembro de 1983) (BRASIL, 1983)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Salas de necropsias:</b> no exame macroscópico, preparo de peças, na leitura de preparações microscópicas, laudo anatomopatológico: 80% da carga horária anual mínima.</li> <li>• <b>Patologia Cirúrgica:</b> realização de exames macro e microscópicos de peças cirúrgicas e biópsias com elaboração dos respectivos laudos e correlação anatomocirúrgica; exame anatomopatológico pós-operatório; carga horária anual mínima.</li> <li>• <b>Citopatologia:</b> incluída na carga horária mínima.</li> <li>• <b>Estágio obrigatório:</b> 60 horas durante os dois anos em Medicina Legal.</li> <li>• <b>Estágio optativo:</b> Laboratório de Patologia Clínica.</li> <li>• <b>Relação preceptor em tempo integral/médico-residente:</b> 1/2.</li> <li>• O <b>Serviço de Anatomia Patológica</b> deve ter estrutura, organização e equipamentos necessários ao bom desempenho do PRM.</li> <li>• Como mínimo deve preparar e analisar: 1000 Peças cirúrgicas/ano/residente; 500 citologias/ano/residente e 50 necrópsias/ano/residente.</li> <li>• <b>Treinamento obrigatório:</b> o treinamento em técnicas histológicas de rotina e especiais, técnicas citológicas, documentações fotográficas, arquivo, codificação nosológica e administração de laboratório.</li> <li>• O <b>PRM de Anatomia Patológica</b> - Participação ativa na organização das sessões anatomoclínicas e oferecer estágios a residentes de outras áreas/especialidades.</li> </ul>	
<b>Ano 2002 - Patologia (Resolução CNRM 01 de 14 de maio de 2002) (BRASIL, 2002c)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Necropsia:</b> realização de exame macroscópico, preparo de peças, na leitura de preparações microscópicas, laudo anatomopatológico perfazendo 60% da carga horária anual mínima.</li> <li>• <b>Patologia cirúrgica:</b> realização de exames macro e microscópicos de peças cirúrgicas e biópsias com elaboração dos respectivos laudos e correlação anatomocirúrgica; exame anatomopatológico no intra e no pós-operatório; indicação de técnicas especiais para complementação diagnóstica perfazendo 10% carga horária anual.</li> <li>• <b>Citopatologia:</b> observar espécimes obtidos de esfoliação, punção e líquidos cavitários perfazendo 10% carga horária anual.</li> <li>• <b>Treinamento obrigatório:</b> em técnicas histológicas de rotina e especiais, técnicas citológicas, registro, arquivo, codificação e informática.</li> <li>• Participação na organização de <b>reuniões anatomoclínicas</b>.</li> <li>• <b>Estágios optativos:</b> em área correlata, com duração máxima de 03 meses durante o desenvolvimento de todo o programa.</li> </ul>	
<b>Ano 2002 - Patologia (Resolução CNRM 05 de 14 de maio de 2002) (BRASIL, 2002b)</b>	
<p><b>Primeiro ano:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necropsia: realização de exame macroscópico, preparo de peças, microscopia e emissão de laudo anatomopatológico, perfazendo 40% da carga horária anual mínima.</li> <li>• Patologia cirúrgica: realização de exames macro e microscópicos de peças cirúrgicas e biópsias com elaboração dos laudos e correlação anatomocirúrgica; exame anatomopatológico no intra e no pós-operatório; indicação de técnicas especiais para complementação diagnóstica perfazendo 20% carga horária anual.</li> <li>• Citopatologia: estudo de espécimes obtidos de esfoliação, punção e líquidos cavitários perfazendo 20% carga horária anual.</li> <li>• Estágios obrigatórios: técnicas histológicas, registro, arquivo, codificação dos espécimes, informática e sessões anatomoclínicas perfazendo 15% da carga horária anual.</li> </ul> <p><b>Segundo ano:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necropsia: perfazendo 20% da carga horária anual.</li> <li>• Patologia cirúrgica: perfazendo 50% da carga horária anual.</li> <li>• Citopatologia: perfazendo 15% da carga horária anual.</li> <li>• Estágios obrigatórios: Administração de laboratório. Medicina legal (60 horas), sessões anatomoclínicas, perfazendo 10% a 15% da carga horária anual.</li> </ul> <p><b>Terceiro ano:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necropsia de patologia fetal: perfazendo 15% da carga horária anual.</li> <li>• Patologia cirúrgica: perfazendo 25% da carga horária anual.</li> <li>• Citopatologia: perfazendo 20% da carga horária anual.</li> <li>• Treinamento em especialidades: 30% da carga horária anual.</li> <li>• Sessões anatomoclínicas: perfazendo 5% a 10% da carga horária anual.</li> <li>• Atividades teóricas complementares da Residência Médica: 10% da carga horária total do programa, distribuídos nos três anos de duração do programa.</li> </ul>	

Quadro 9 - Requisitos Mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia, nos anos de 1983, 2002 e 2006. Brasil, 2016 (conclusão)

<b>Requisitos Mínimos do Programa de Residência Médica</b>
<b>Ano 2006 - Patologia (Resolução CNRM 02 de 17 de maio de 2006) (BRASIL, 2006c)</b>
<p><b>Primeiro ano - R1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necropsia: realização de exame macroscópico, preparo de peças, microscopia e emissão de laudo anatomopatológico, perfazendo 40% da carga horária anual mínima.</li> <li>• Patologia cirúrgica: realização de exames macro e microscópicos de peças cirúrgicas e biópsias com elaboração dos laudos e correlação anatomocirúrgica; exame anatomopatológico no intra e no pós-operatório; indicação de técnicas especiais para complementação diagnóstica perfazendo 20% carga horária anual.</li> <li>• Citopatologia: estudo de espécimes obtidos de esfoliação, punção e líquidos cavitários perfazendo 20% carga horária anual.</li> <li>• Estágios obrigatórios: técnicas histológicas, registro, arquivo, codificação dos espécimes, Informática e sessões anatomoclínicas perfazendo 15% da carga horária anual.</li> </ul> <p><b>Segundo ano - R2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necropsia perfazendo 20% da carga horária anual</li> <li>• Patologia cirúrgica perfazendo 50% da carga horária anual</li> <li>• Citopatologia perfazendo 15% da carga horária anual</li> <li>• Estágios obrigatórios: Administração de laboratório. Medicina legal (60 horas), sessões anatomoclínicas, perfazendo 10% a 15% da carga horária anual.</li> </ul> <p><b>Terceiro ano – R3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necropsia de patologia fetal perfazendo 15% da carga horária anual</li> <li>• Patologia cirúrgica perfazendo 25% da carga horária anual</li> <li>• Citopatologia perfazendo 20% da carga horária anual</li> <li>• Treinamento em especialidades, 30% da carga horária anual</li> <li>• Sessões anatomoclínicas perfazendo 5 a 10% da carga horária anual</li> <li>• Atividades teóricas complementares da Residência Médica – 10% da carga horária total do programa, distribuídos nos três anos de duração do programa.</li> </ul>

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/CNRM.

## 7.4 Formação do Médico-Patologista no Brasil

### 7.4.1 Resultados e Discussão da Graduação em Medicina

No que diz respeito à formação do médico especialista em Patologia, o enfoque escolhido para a pesquisa foi a Residência Médica, entretanto o olhar sobre o local do Curso de Graduação desses especialistas vem agregar informações sobre a movimentação desses profissionais no país.

A Tabela 1 ressalta a relação do número de médicos especialistas em Patologia (Patologia e Citopatologia) com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, por número de especialidades médicas (1, 2 ou 3 e mais especialidades) com os locais das instituições do curso de Graduação em Medicina, agrupados por UF e Regiões brasileiras. Os dados coletados e apresentados foram da base de dados do CNE.

No Brasil, a inscrição principal totaliza 1.970 registros de médicos-patologistas; destes, 1.390 (com 1 especialidade); 517 (com 2 especialidades) e 63 (com 3 ou mais especialidades). Demonstrado que há o predomínio de uma especialidade em aproximadamente 70,0%, tal cenário é semelhante em todas as Regiões brasileiras.

Em referência ao número de médicos-patologistas graduados em Medicina por Região, o cenário encontrado foi o seguinte: Norte (n=66); Nordeste (n=505); Sudeste (n=871); Sul (n=364) e Centro-Oeste (n=112). Os dados encontrados corroboram com a preponderância da Região Sudeste em concentrar o maior número de egressos dos cursos de Graduação em Medicina. Por outro lado, observa-se que o menor número de egressos ocorre na Região Norte. Todavia, destaca-se a Região Nordeste que apresenta, em valores brutos, a segunda maior distribuição de egressos dos cursos de graduação em Medicina no país.

Quanto ao item “Sem Informação” na Tabela 1, refere-se à ausência de informação disponível do local (Região e UF) da instituição do curso de graduação em Medicina dos médicos-patologistas com inscrição principal. Totalizaram 52 registros “Sem Informação” representando 2,6% do total de 1.970 registros e o maior volume ocorreu na Região Sudeste. O perfil de cada Região em relação às retenções de médicos especialistas em Patologia apresentadas a seguir.

Na Região Norte a retenção de médicos especialistas em Patologia foi de 43 profissionais (61,4%) do total de 70 registros. Dos médicos não concluintes na Região, as origens do local da instituição do curso de graduação em Medicina foram predominantemente da Região Sudeste, que é um importante centro formador do país, principalmente nas UF de

São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. No tocante à própria Região Norte, notam-se dois importantes centros formadores nas UF do Pará e do Amazonas. Por outro lado, nas UF do Acre e Amapá não constam dados de registros de médicos-patologistas. Além disso, as UF de Rondônia, Tocantins e Roraima apresentam um número ínfimo de profissionais formados e com baixa retenção, por conseguinte, perda de profissionais para as Regiões Sudeste (Rondônia e Roraima) e Centro-Oeste (Tocantins).

Na Região Nordeste, a retenção de médicos-patologistas foi de 431 profissionais (91,9%) do total de 469 registros. Dos médicos não concluintes na Região, as origens dos locais das instituições do curso de graduação em Medicina foram da Região Sudeste, que é um importante centro formador do país. O perfil é o mesmo das demais Regiões, entretanto é a retenção é a mais expressiva do país. Além disso, destaques para as UF da Bahia, Pernambuco e Ceará que apresentaram o maior número de graduando em Medicina, essas UF são reconhecidas também por possuírem grandes centros formadores na Região.

Na Região Sudeste, a retenção de médicos-patologistas foi de 724 profissionais (84,6%) do total de 856 registros. Dos médicos não concluintes na Região, as origens dos locais das instituições do curso de Graduação em Medicina foram de todas as Regiões do país: primeiramente Nordeste (n=26) e Sul (n=21), em seguida Norte (n=12) e por fim, Centro-Oeste (n=5). É uma Região de principal fluxo migratório de formação das outras Regiões do país, destacadamente as UF de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro onde estão localizados os maiores centros formadores do país.

Na Região Sul, a retenção de médicos-patologistas foi de 322 profissionais (84,6%) do total de 364 registros. Dos médicos não concluintes na Região, as origens dos locais das instituições do curso de graduação em Medicina foram predominantemente da Região Sudeste. Na Região Sul, destaca-se a UF do Rio Grande do Sul com o maior número de egressos da Região, além de ser um polo importante de formação.

A Região Centro-Oeste apresenta um diferencial em relação às demais Regiões. A retenção de médicos-patologistas foi de 98 profissionais (47,1%) do total de 208 registros profissionais, caracterizando-se por não haver retenção na Região de médicos-patologistas; isto é, não houve predominância do registro profissional ser da mesma Região da instituição do curso de Graduação em Medicina. As origens dos locais das instituições do curso de Graduação em Medicina foram da Região Sudeste com 68 profissionais (32,7%) seguidos da Região Nordeste com 22 profissionais (10,6%). As Regiões do Sul e Norte contribuíram respectivamente com 13 profissionais (6,3%) e 7 profissionais (3,4%). Na Região Centro-Oeste destaca-se a UF de Goiás com o maior número de egressos da Região.

Tabela 1 – Relação do número de médicos especialistas em Patologia, inscrição principal ativa e por número de especialidades médicas (1, 2 ou 3 e mais) com as UF das Instituições do curso de Graduação em Medicina, agrupados por UF e Regiões brasileiras. Brasil, 2016

UF da instituição do Curso de Graduação em Medicina	Região da Inscrição principal por número de especialidade																		
	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			Total			
	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais	1	2	3 ou mais	Total
Acre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amapá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amazonas	12	4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	1	...	13	5	...	18
Pará	16	8	2	1	1	...	10	1	1	...	...	...	3	1	...	30	11	3	44
Rondônia	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	1
Roraima	1	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	2	...	...	2
Tocantins	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	1	...	...	1
<b>NORTE</b>	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>...</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>...</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>66</b>
Alagoas	...	...	...	27	5	...	3	...	...	...	...	...	1	...	...	31	5	...	36
Bahia	1	...	...	57	112	4	4	2	1	2	...	...	1	1	...	65	115	5	185
Ceará	1	...	1	35	1	4	3	...	...	1	...	...	2	2	...	42	3	5	50
Maranhão	2	1	1	6	3	...	1	...	...	...	...	...	...	1	...	9	5	1	15
Paraíba	1	...	...	23	8	1	3	2	...	...	...	...	5	...	...	32	10	1	43
Pernambuco	...	...	...	58	11	2	9	2	1	2	...	...	3	2	...	72	15	3	90
Piauí	1	1	...	16	5	...	...	...	...	...	...	...	3	...	...	20	6	...	26
Rio Grande do Norte	1	...	...	12	12	2	3	2	...	...	...	...	...	...	...	16	14	2	32
Sergipe	...	...	...	13	13	1	...	...	...	...	...	...	1	...	...	14	13	1	28
<b>NORDESTE</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>247</b>	<b>170</b>	<b>14</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>...</b>	<b>301</b>	<b>186</b>	<b>18</b>	<b>505</b>
Espírito Santo	1	...	...	...	1	...	28	8	3	1	...	...	4	...	...	34	9	3	46
Minas Gerais	4	1	...	5	1	1	159	38	5	6	...	...	11	3	...	185	43	6	234
Rio de Janeiro	4	1	...	10	2	...	108	79	14	10	4	1	21	7	1	153	93	16	262
São Paulo	2	...	1	6	1	...	242	39	1	11	5	...	14	6	1	275	51	3	329
<b>SUDESTE</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>537</b>	<b>164</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>647</b>	<b>196</b>	<b>28</b>	<b>871</b>
Paraná	...	...	...	2	...	...	14	2	...	76	21	1	3	2	...	95	25	1	121
Rio Grande do Sul	1	...	...	2	...	...	5	1	...	140	42	5	4	2	...	152	45	5	202
Santa Catarina	...	...	...	...	...	...	2	...	...	31	5	1	2	...	...	35	5	1	41
<b>SUL</b>	<b>1</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>4</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>21</b>	<b>3</b>	<b>...</b>	<b>247</b>	<b>68</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>...</b>	<b>282</b>	<b>75</b>	<b>7</b>	<b>364</b>
Distrito Federal	...	...	...	2	...	...	1	3	...	...	...	...	20	6	1	23	9	1	33
Goiás	...	...	...	1	...	1	2	...	...	1	...	...	33	15	2	37	15	3	55
Mato Grosso	...	...	...	...	...	...	2	1	...	...	...	...	12	1	...	14	2	...	16
Mato Grosso do Sul	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8	...	...	8	...	...	8
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>3</b>	<b>...</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>...</b>	<b>1</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>73</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>82</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>112</b>
<b>Sem Informação</b>	1	...	...	...	1	...	29	17	3	1	...	...	...	...	...	31	18	3	52
<b>BRASIL</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>276</b>	<b>177</b>	<b>16</b>	<b>630</b>	<b>197</b>	<b>29</b>	<b>282</b>	<b>77</b>	<b>8</b>	<b>153</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>1.390</b>	<b>517</b>	<b>63</b>	<b>1.970</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <http://www.cne.saude.gov.br>.



A Tabela 2 faz referência à distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa com 1 especialidade médica, por décadas de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE. O contorno de cada década apresentou variações que serão apresentadas a seguir.

Não sendo encontrados dados de registros de concluintes na década de 1930. Em seguida, o conjunto das décadas de 1940; 1950 e 1960 juntas representam 88 registros de profissionais (6,3%), equivalendo ao tempo de conclusão da Graduação em Medicina, entre 68 e 77 anos. Além disso um crescimento, de UF e de concluintes dos cursos de graduação em Medicina a cada uma dessas décadas. Nos anos 40, com 2 UF (Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul) e 2 concluintes dos cursos de Graduação em Medicina. Já na década de 1950, ocorreu um crescimento totalizando dez UF distribuídos nas Regiões Nordeste (3 UF), Sudeste (3 UF), Sul (2 UF) e Centro-Oeste (2 UF) e com 17 concluintes de Graduação em Medicina. Na década de 1960, continua o crescimento perfazendo 18 UF distribuídas nas Regiões Norte (1 UF); Nordeste (7 UF); Sudeste (4 UF); Sul (3 UF) e Centro-Oeste (3UF) e com 69 concluintes de Graduação em Medicina.

Nota-se, na década de 1970 (equivalendo ao tempo de conclusão de 38 a 47 anos), um expressivo crescimento em relação às décadas anteriores tanto em números de UF quanto em número de concluintes de Graduação em Medicina. Totalizando 23 UF distribuídas nas Regiões: Norte (5 UF); Nordeste (7 UF); Sudeste (4 UF); Sul (3 UF); e Centro-Oeste (4 UF) e com 264 concluintes de Graduação em Medicina.

Diferentemente, a década de 1980 (equivalendo ao tempo de conclusão de 28 a 37 anos) apresenta uma declinação do crescimento ocorrida na década anterior, tanto em números de UF quanto em número de concluintes de Graduação em Medicina. Totalizando 22 UF distribuídas nas Regiões: Norte (3 UF); Nordeste (7 UF), Sudeste (4 UF), Sul (3 UF) e Centro-Oeste (4 UF) e com 232 concluintes de Graduação em Medicina. Todavia as Regiões tiveram comportamentos diferenciados em relação ao número de concluintes, observou-se um declínio nas Regiões Norte, Nordeste e Sudeste, por outro lado, houve um aumento de concluintes na Região Sul. De outra forma, a Região Centro-Oeste sem alterações mantendo o mesmo número de concluintes nas duas décadas (1980 e 1970).

Na década de 1990 (equivalendo ao tempo de conclusão de 18 a 27 anos), perfazendo 24 UF (exceto Acre, Roraima e Mato Grosso do Sul) distribuídas nas Regiões: Norte (5 UF); Nordeste (9 UF), Sudeste (4 UF), Sul (3 UF) e Centro-Oeste (3 UF) e com 289 concluintes de Graduação em Medicina. Em comparação com a década anterior, houve um aumento nos registros nas Regiões Norte e Nordeste tanto em números de UF quanto em número de

concluintes de Graduação em Medicina. Na Região Sul, houve um aumento expressivo no número de concluintes de Graduação em Medicina e manteve todas as três UF da Região. Na Região Sudeste, nota-se um aumento discreto no número de concluintes de Graduação em Medicina e também manteve todas as quatro UF da Região. Opostamente uma diminuição dos registros na Região Centro-Oeste.

Assinalada como o decênio de maior representatividade, a década de 2000 (equivalendo ao tempo de conclusão entre 8 e 17 anos), perfazendo 25 UF (com exceção das UF do Acre e Amapá) distribuídas nas Regiões: Norte (5 UF); Nordeste (9 UF), Sudeste (4 UF), Sul (3 UF) e Centro-Oeste (4 UF) e com 463 concluintes de Graduação em Medicina.

Embora em todas as Regiões tenha ocorrido aumento tanto em números de UF quanto em número de concluintes de Graduação em Medicina, porém este aumento foi mais expressivo nas Regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste.

A década de 2010 (2000 até 2015) (equivalendo ao tempo de conclusão entre 2 e 7 anos), diferentemente das demais décadas, refere-se a cinco anos; isto é, representa metade do tempo de uma década completa. Porém, destaca-se uma diminuição significativa em relação aos números de UF com concluintes de Graduação em Medicina, se comparada com a década anterior de 25 UF (2000) para 15 UF (2010), distribuídas nas Regiões: Norte (1 UF); Nordeste (5 UF), Sudeste (4 UF), Sul (3 UF) e Centro-Oeste (2 UF).

Tabela 2 – Distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa com uma especialidade médica, por década de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016

UF/Região	Ano de formação do curso de Graduação em Medicina (por década)										Total
	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	Sem Informação	
Acre	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	1
Amapá	...	...	...	...	...	...	3	...	...	...	3
Amazonas	...	...	...	...	6	1	1	4	1	...	13
Pará	...	...	...	2	2	4	4	4	...	...	16
Rondônia	...	...	...	...	1	0	1	4	...	...	6
Roraima	...	...	...	...	1	...	...	2	...	...	3
Tocantins	...	...	...	...	1	0	4	2	...	...	7
<b>NORTE</b>	...	...	...	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	...	<b>49</b>
Alagoas	...	...	...	...	9	3	9	5	2	...	28
Bahia	...	...	2	7	23	10	11	20	1	...	74
Ceará	...	...	...	6	4	8	10	13	...	...	41
Maranhão	...	...	...	...	...	1	4	3	...	...	8
Paraíba	...	...	1	1	6	...	3	4	...	...	15
Pernambuco	...	...	1	3	14	11	11	22	1	...	63
Piauí	...	...	...	1	5	2	4	6	1	...	19
Rio Grande do Norte	...	...	...	1	3	4	2	5	...	...	15
Sergipe	...	...	...	1	0	4	3	4	1	...	13
<b>NORDESTE</b>	...	...	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>64</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>82</b>	<b>6</b>	...	<b>276</b>
Espírito Santo	...	...	...	1	3	4	8	13	1	...	30
Minas Gerais	...	...	1	3	17	27	44	44	5	...	141
Rio de Janeiro	...	1	2	7	29	12	12	33	5	...	101
São Paulo	...	...	3	14	74	67	52	129	17	2	358
<b>SUDESTE</b>	...	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>123</b>	<b>110</b>	<b>116</b>	<b>219</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>630</b>
Paraná	...	...	...	5	13	10	17	36	5	...	86
Rio Grande do Sul	...	1	3	6	18	23	44	30	1	...	126
Santa Catarina	...	...	1	5	6	11	19	23	5	...	70
<b>SUL</b>	...	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>80</b>	<b>89</b>	<b>11</b>	...	<b>282</b>
Distrito Federal	...	...	2	4	13	8	14	25	4	...	70
Goiás	...	...	1	...	8	11	6	13	2	...	41
Mato Grosso	...	...	...	1	3	3	3	10	...	...	20
Mato Grosso do Sul	...	...	...	1	5	7	...	9	...	...	22
<b>CENTRO-OESTE</b>	...	...	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>57</b>	<b>6</b>	...	<b>153</b>
<b>BRASIL</b>	...	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>69</b>	<b>264</b>	<b>232</b>	<b>289</b>	<b>463</b>	<b>52</b>	<b>2</b>	<b>1.390</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 3 refere-se à distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa, com 2 especialidades médicas, agrupadas por décadas de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE.

Dos 517 registros de médicos especialistas em Patologia, a década de 1970 foi a mais expressiva em número de concluintes de Graduação em Medicina, seguida da década de 1980. Quanto aos números de UF, a situação foi inversa, a mais expressiva foi a década de 1980 seguida da década de 1970. A seguir, são apresentadas as variações de cada uma das Regiões do Brasil.

Foram encontrados três registros de concluintes na década de 1930 na UF do Rio de Janeiro. Não foram encontrados registros na década de 1940. As décadas de 1950 e 1960 (equivalendo ao tempo de conclusão da Graduação em Medicina entre 48 e 67 anos), juntas somaram 83 registros de profissionais (16,0%). Na década de 1950, totalizou 9 UF distribuídas nas Regiões: Nordeste (4 UF), Sudeste (3 UF), Sul (1 UF) e Centro-Oeste (1UF) e 26 concluintes de Graduação em Medicina. Na década de 1960, nota-se um discreto aumento, totalizando 12 UF distribuídas nas Regiões: Nordeste (3 UF); Sudeste (4 UF); Sul (2 UF) e Centro-Oeste (3 UF) e 57 concluintes de Graduação em Medicina. Em ambas as décadas, os dados da Região Norte não estavam disponíveis.

As décadas de 1970 e 1980 são as mais expressivas tanto em números de UF quanto em número de concluintes de Graduação em Medicina, entretanto apresentam comportamentos diferentes. De maior representatividade, a década de 1970 (equivalendo ao tempo de conclusão de 38 a 47 anos), com 199 concluintes de Graduação em Medicina representando um expressivo crescimento em relação às décadas anteriores em todas as Regiões. As 21 UF são distribuídas nas Regiões: Norte (2 UF); Nordeste (8 UF), Sudeste (4 UF), Sul (3 UF) e Centro-Oeste (4 UF). De outro modo, a década de 1980 (equivalendo ao tempo de conclusão de 28 a 37 anos) apresenta uma diminuição do número de concluintes na Graduação em Medicina em comparação a década anterior, passando de 199 concluintes na década de 1970 para 125 concluintes na década de 1980. Todavia, as Regiões tiveram desempenhos diferenciados em relação ao número de concluintes, se comparados às décadas de 1970 e 1980. Observou-se um declínio nas Regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. Por outro lado, um aumento de concluintes na Região Sul. De outra forma, a Região Norte sem alterações mantendo o mesmo número de concluintes nas duas décadas.

Por outro lado, no tocante ao número de UF, houve um discreto aumento de 21 UF (1970) para 23 UF (1980), em decorrência da Região Norte passando duas UF (1970) para quatro (1980), as demais Regiões mantiveram o mesmo número de UF.

Nas décadas de 1990 (tempo de conclusão entre 18 e 27 anos); 2000 (tempo de conclusão entre 8 e 17 anos) e 2010 (tempo de conclusão entre 2 e 7 anos), observa-se uma diminuição a cada década, tanto em números de UF, constituindo em 16 UF (1990); 12 UF (2000) e uma queda acentuada em 2010 em todas as Regiões e apresentando apenas uma UF (São Paulo). Quanto aos concluintes de Graduação em Medicina, também se observa uma queda a cada ano, 77 concluintes (1990), 26 concluintes (2000) e apenas um concluinte (2010). Demonstrando que são décadas mais recentes, e que um possível aspecto desse cenário seja a relação do tempo de conclusão da Graduação em Medicina com o tempo para a conclusão de duas especialidades médicas seja ínfimo. Em vista disso, para duas especialidades o tempo de conclusão transcorrido se aproxime mais das décadas de 1970 e 1980 que foram as de maior representatividade.

Tabela 3 – Distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa com duas especialidades médicas, por década de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016

UF/Região	Ano de formação do curso de Graduação em Medicina (por década)										Total
	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	Sem Informação	
Acre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amapá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amazonas	...	...	...	...	3	1	1	...	...	...	5
Pará	...	...	...	...	4	3	...	1	...	...	8
Rondônia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Roraima	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	1
Tocantins	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	2
<b>NORTE</b>	...	...	...	...	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	...	...	<b>16</b>
Alagoas	...	...	...	...	2	2	...	...	...	...	4
Bahia	...	...	2	13	38	22	16	...	...	1	92
Ceará	...	...	1	4	16	5	2	...	...	...	28
Maranhão	...	...	...	...	4	...	...	...	...	...	4
Paraíba	...	...	2	...	5	1	2	...	...	...	10
Pernambuco	...	...	1	1	2	3	2	1	...	...	10
Piauí	...	...	...	...	..	2	3	...	...	...	5
Rio Grande do Norte	...	...	...	...	2	6	2	2	...	...	12
Sergipe	...	...	...	...	7	4	...	1	...	...	12
<b>NORDESTE</b>	...	...	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>76</b>	<b>45</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	...	<b>1</b>	<b>177</b>
Espírito Santo	...	...	...	3	3	3	1	1	...	...	11
Minas Gerais	...	...	3	4	12	11	8	5	...	...	43
Rio de Janeiro	3	...	8	13	36	17	8	3	...	...	88
São Paulo	...	...	4	5	26	8	6	3	1	2	55
<b>SUDESTE</b>	<b>3</b>	...	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>77</b>	<b>39</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>197</b>
Paraná	...	...	...	2	10	8	6	2	...	...	28
Rio Grande do Sul	...	...	3	7	9	12	6	3	...	...	40
Santa Catarina	...	...	...	...	2	3	3	1	...	...	9
<b>SUL</b>	...	...	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	...	...	<b>77</b>
Distrito Federal	...	...	2	2	7	4	4	...	...	...	19
Goiás	...	...	...	1	8	3	7	3	...	...	22
Mato Grosso	...	...	...	...	1	2	...	...	...	...	3
Mato Grosso do Sul	...	...	...	2	2	2	...	...	...	...	6
<b>CENTRO-OESTE</b>	...	...	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	...	...	<b>50</b>
<b>BRASIL</b>	<b>3</b>	...	<b>26</b>	<b>57</b>	<b>199</b>	<b>125</b>	<b>77</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>517</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 4 refere-se à distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa, com 3 ou mais especialidades médicas, agrupadas por décadas de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE. Não foram encontrados registros nas décadas de 1930; 1940; 1950 e 2010.

Dos 63 registros de médicos especialistas em Patologia, a década de 1970 (equivalendo ao tempo de conclusão de 38 a 47 anos) foi a mais expressiva, tanto em número de concluintes de Graduação em Medicina quanto em números de UF. Com 26 concluintes de Graduação em Medicina, representando um crescimento em relação às décadas anteriores nas Regiões Nordeste; Sudeste e Sul. As Regiões Norte e Centro-Oeste sem alterações. Em relação às 14 UF, são distribuídas nas Regiões: Norte (1 UF); Nordeste (6 UF), Sudeste (3 UF), Sul (3 UF) e Centro-Oeste (1 UF).

Por outro lado, observa-se, nas décadas de 1980 (equivalendo ao tempo de conclusão de 28 a 37 anos), 1990 (tempo de conclusão entre 18 e 27 anos) e 2000 (tempo de conclusão entre 8 e 17 anos), uma diminuição tanto em número de concluintes de Graduação em Medicina quanto em números de UF, culminando com ausência de dados na década de 2010 (tempo de conclusão entre 2 e 7 anos). Quanto aos concluintes, passando de 18 (1980) para oito (1990) e; deste, para cinco (2000).

Todavia, as Regiões tiveram desempenhos diferenciados em relação ao número de concluintes, se comparados às décadas. As Regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentando uma diminuição a cada década. A Região Sul apresentou um crescimento discreto na década de 2000. A Região Centro-Oeste oscilante, mas crescente em relação à década de 1980.

Tabela 4 – Distribuição de médicos especialistas em Patologia de inscrição ativa com três ou mais especialidades médicas, por década de conclusão do curso de Graduação em Medicina, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016

UF/Região	Ano de formação do curso de Graduação em Medicina (por década)										Total
	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	Sem Informação	
Acre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amapá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amazonas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pará	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1
Rondônia	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1
Roraima	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	2
Tocantins	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	1
<b>NORTE</b>	...	...	...	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	...	...	...	...	<b>5</b>
Alagoas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahia	...	...	...	...	4	...	...	...	...	...	4
Ceará	...	...	...	1	2	1	...	...	...	...	4
Maranhão	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Paraíba	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1
Pernambuco	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	2
Piauí	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rio Grande do Norte	...	...	...	...	2	1	...	...	...	...	3
Sergipe	...	...	...	...	1	...	1	...	...	...	2
<b>NORDESTE</b>	...	...	...	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	...	...	...	<b>16</b>
Espírito Santo	...	...	...	...	3	1	...	...	...	...	4
Minas Gerais	...	...	...	...	3	2	1	...	...	...	6
Rio de Janeiro	...	...	1	1	2	9	3	1	...	...	17
São Paulo	...	...	...	...	...	1	1	...	...	...	2
<b>SUDESTE</b>	...	...	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	...	...	<b>29</b>
Paraná	...	...	...	...	1	...	...	1	...	...	2
Rio Grande do Sul	...	...	...	1	2	...	...	1	...	...	4
Santa Catarina	...	...	...	...	1	...	...	1	...	...	2
<b>SUL</b>	...	...	...	<b>1</b>	<b>4</b>	...	...	<b>3</b>	...	...	<b>8</b>
Distrito Federal	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1
Goiás	...	...	...	1	...	...	1	1	...	...	3
Mato Grosso	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	1
Mato Grosso do Sul	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>CENTRO-OESTE</b>	...	...	...	<b>1</b>	<b>1</b>	...	<b>2</b>	<b>1</b>	...	...	<b>5</b>
<b>BRASIL</b>	...	...	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	...	...	<b>63</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

#### 7.4.2 Resultados e Discussão da Residência Médica em Patologia

A Tabela 5 faz referência à distribuição de médicos especialistas em Patologia com inscrição ativa, com uma especialidade médica, por PRM, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE.



Ressalta-se o fato de que os dados referentes aos registros de médicos-patologistas nos PRM totalizaram 876 registros apresentados nessa Tabela. Equivale do total geral de 1.390 registros de médicos-patologistas com uma especialidade médica, 876 (63,0%) tinham dados disponíveis sobre os PRM e 514 (37,0%) sem dados de registros.

Portanto, do total de 876 registros de médicos-patologistas nos PRM, observou-se que 404 (46,1%) são referentes ao PRM em Anatomia Patológica; 462 (52,8%) do PRM em Patologia e dez (1,1%) de outras especialidades diferentes das relacionadas à Patologia.

No que concerne aos referidos PRM por Regiões geográficas, nota-se o predomínio da Região Sudeste com 406 (46,3%) de registros de médicos-patologistas nos PRM. Em sequência a Região Sul com 187 (21,3%) registros de médicos-patologistas nos PRM. Em terceiro a Região Nordeste com 145 (16,6%) registros de médicos-patologistas nos PRM. Em quarto a Região Centro-Oeste com 107 (12,2%) registros de médicos-patologistas nos PRM. Em menor dimensão, a Região Norte com 31 (3,5%) registros de médicos nos RPM relacionados à Patologia.

Outro aspecto que sobressai refere-se ao fato de que os PRM de Anatomia Patológica e Patologia não são distintos, os que os diferencia foram as modificações na própria especialidade médica em Patologia ocorridas partir do ano de 2002, incluindo modificações de conteúdo e denominação. Para efeitos de análise considera-se a mesma especialidade médica.

Nas observações por Regiões há variações que são apresentadas a seguir. Na Região Norte, destaca-se a UF do Pará coma a mais expressiva em termos de registros de médicos-patologistas nos PRM e mais recentemente a UF do Amazonas com um aumento expressivo de registros de médicos-patologistas nos PRM. Na Região Nordeste as três UF de maior expressão de registros de médicos-patologistas nos PRM são Pernambuco, Bahia e Ceará. De outro modo, as de menor expressão são as UF do Maranhão e Paraíba. Na Região Sudeste, prevalecendo a UF de São Paulo com o maior volume de registros de médicos-patologistas, seguido de Minas Gerais que embora seja expressiva em valores numéricos apresenta uma redução de registros ao longo dos anos. No tocante à Região Sul, a UF do Rio Grande do Sul, ainda que seja a mais expressiva em valores numéricos exibe uma redução de registros ao longo dos anos. Por fim, na Região Centro-Oeste destacam-se as UF do Distrito Federal e de Goiás como as de maiores números de registros de médicos-patologistas nos PRM. No entanto as UF com crescente de registros são Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, diferentemente da UF de Goiás com uma diminuição ao longo dos anos e a UF do Mato

Grosso com se mantém constante. Quanto a outras especialidades, estas representam 1% e se concentraram na Região Sudeste.

Tabela 5 – Distribuição de médicos especialistas em Patologia com inscrição ativa, com uma especialidade médica, por PRM, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016

UF/Região/Programa de Residência Médica (1 Especialidade)	Anatomia Patológica			Patologia			Outros			Total		
	N	% Brasil	% Região	N	% Brasil	% Região	N	% Brasil	% Região	N	% Brasil	% Região
Acre	1	0,2	3,2	...	...	...	...	...	...	1	0,1	3,2
Amapá	2	0,5	6,5	1	0,2	3,2	...	...	...	3	0,3	9,7
Amazonas	...	...	...	5	1,1	16,1	...	...	...	5	0,6	16,1
Pará	6	1,5	19,4	4	0,9	12,9	...	...	...	10	1,1	32,3
Rondônia	...	...	...	4	0,9	12,9	...	...	...	4	0,5	12,9
Roraima	1	0,2	3,2	1	0,2	3,2	...	...	...	2	0,2	6,5
Tocantins	2	0,5	6,5	4	0,9	12,9	...	...	...	6	0,7	19,4
<b>NORTE</b>	<b>12</b>	<b>3,0</b>	<b>38,7</b>	<b>19</b>	<b>4,1</b>	<b>61,3</b>	...	...	...	<b>31</b>	<b>3,5</b>	<b>100,0</b>
Alagoas	9	2,2	6,2	6	1,3	4,1	...	...	...	15	1,7	10,3
Bahia	12	3,0	8,3	18	3,9	12,4	...	...	...	30	3,4	20,7
Ceará	8	2,0	5,5	13	2,8	9,0	...	...	...	21	2,4	14,5
Maranhão	4	1,0	2,8	3	0,6	2,1	...	...	...	7	0,8	4,8
Paraíba	3	0,7	2,1	3	0,6	2,1	...	...	...	6	0,7	4,1
Pernambuco	15	3,7	10,3	23	5,0	15,9	1	10,0	0,7	39	4,5	26,9
Piauí	4	1,0	2,8	7	1,5	4,8	...	...	...	11	1,3	7,6
Rio Grande do Norte	3	0,7	2,1	5	1,1	3,4	...	...	...	8	0,9	5,5
Sergipe	4	1,0	2,8	4	0,9	2,8	...	...	...	8	0,9	5,5
<b>NORDESTE</b>	<b>62</b>	<b>15,3</b>	<b>42,8</b>	<b>82</b>	<b>17,7</b>	<b>56,6</b>	<b>1</b>	<b>10,0</b>	<b>0,7</b>	<b>145</b>	<b>16,6</b>	<b>100,0</b>
Espírito Santo	7	1,7	1,7	14	3,0	3,4	...	...	...	21	2,4	5,2
Minas Gerais	46	11,4	11,3	42	9,1	10,3	1	10,0	0,2	89	10,2	21,9
Rio de Janeiro	18	4,5	4,4	34	7,4	8,4	1	10,0	0,2	53	6,1	13,1
São Paulo	114	28,2	28,1	126	27,3	31,0	3	30,0	0,7	243	27,7	59,9
<b>SUDESTE</b>	<b>185</b>	<b>45,8</b>	<b>45,6</b>	<b>216</b>	<b>46,8</b>	<b>53,2</b>	<b>5</b>	<b>50,0</b>	<b>1,2</b>	<b>406</b>	<b>46,3</b>	<b>100,0</b>
Paraná	28	6,9	15,0	35	7,6	18,7	...	...	...	63	7,2	33,7
Rio Grande do Sul	41	10,1	21,9	33	7,1	17,6	2	20,0	1,1	76	8,7	40,6
Santa Catarina	24	5,9	12,8	24	5,2	12,8	...	...	...	48	5,5	25,7
<b>SUL</b>	<b>93</b>	<b>23,0</b>	<b>49,7</b>	<b>92</b>	<b>19,9</b>	<b>49,2</b>	<b>2</b>	<b>20,0</b>	<b>1,1</b>	<b>187</b>	<b>21,3</b>	<b>100,0</b>
Distrito Federal	22	5,4	20,6	24	5,2	22,4	...	...	...	46	5,3	43,0
Goiás	17	4,2	15,9	13	2,8	12,1	1	10,0	0,9	31	3,5	29,0
Mato Grosso	8	2,0	7,5	8	1,7	7,5	...	...	...	16	1,8	15,0
Mato Grosso do Sul	5	1,2	4,7	8	1,7	7,5	1	10,0	0,9	14	1,6	13,1
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>52</b>	<b>12,9</b>	<b>48,6</b>	<b>53</b>	<b>11,5</b>	<b>49,5</b>	<b>2</b>	<b>20,0</b>	<b>1,9</b>	<b>107</b>	<b>12,2</b>	<b>100,0</b>
<b>BRASIL</b>	<b>404</b>	<b>100,0</b>		<b>462</b>	<b>100,0</b>		<b>10</b>	<b>100,0</b>		<b>876</b>	<b>100,0</b>	

Legenda: Número de médicos especialistas em Patologia ativos registrados no Conselho Federal de Medicina com inscrição principal (N).

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 6 refere-se à distribuição de médicos especialistas em Patologia com inscrição ativa, com uma especialidade médica, por década de conclusão dos PRM. Os dados coletados foram da base de dados do CNE.

No que concerne aos dados referentes aos registros de médicos-patologistas nos PRM, totalizaram 876 registros apresentados nessa Tabela. Equivale do total geral de 1.390 registros

de médicos-patologistas com uma especialidade médica, 876 (63,0%) tinham dados disponíveis sobre os PRM e 514 (37,0%) sem dados de registros.

Quanto ao item “Sem Informação”, referente ao ano/década de conclusão do PRM, não foram observados registros. Antes da década de 1980, observa-se apenas um registro na Região Centro-Oeste.

Em todas as Regiões, independentemente do número absoluto, destaca-se em maior expressão a década de 2000 (equivalendo ao tempo de conclusão entre 8 e 17 anos). É uma década de transição dos PRM da Anatomia Patológica para a Patologia e de mudanças em relação às especialidades médicas, conforme pode-se observar no levantamento documental.

Em todas as décadas, sobressaíram a Região Sudeste como a de maior expressão em sequência com a Região Sul e a Região Norte como a de menor expressão. A Região Nordeste a terceira mais expressiva nas décadas de 1990, 2000 e 2010. Já a Região Centro-Oeste a terceira mais expressiva na década de 1980 e mantendo-se em quarta posição nas demais décadas.

Tabela 6 – Distribuição de médicos especialistas em Patologia com inscrição ativa, com uma especialidade médica, por décadas de conclusão dos PRM, e Regiões. Brasil, 2016

Década de conclusão dos PRM	Anatomia Patológica	Patologia	Outras	Total	% Brasil
	N	N	N	N	
Antes da década de 1980	...	...	...	...	...
Década de 1980	1	...	...	1	0,1
Década de 1990	6	...	...	6	0,7
Década de 2000	5	9	...	14	1,6
Década de 2010	...	10	...	10	1,1
Sem informação	...	...	...	...	...
<b>NORTE</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>...</b>	<b>31</b>	<b>3,5</b>
Antes da década de 1980	...	...	...	...	...
Década de 1980	7	1	...	8	0,9
Década de 1990	19	1	1	21	2,4
Década de 2000	36	47	...	83	9,5
Década de 2010	...	33	...	33	3,8
Sem informação	...	...	...	...	...
<b>NORDESTE</b>	<b>62</b>	<b>82</b>	<b>1</b>	<b>145</b>	<b>16,6</b>
Antes da década de 1980	...	...	...	...	...
Década de 1980	48	...	3	51	5,8
Década de 1990	64	2	1	67	7,6
Década de 2000	73	101	1	175	20,0
Década de 2010	...	113	...	113	12,9
Sem informação	...	...	...	...	...
<b>SUDESTE</b>	<b>185</b>	<b>216</b>	<b>5</b>	<b>406</b>	<b>46,3</b>
Antes da década de 1980	...	...	...	...	...
Década de 1980	14	...	2	16	1,8
Década de 1990	36	...	...	36	4,1
Década de 2000	43	46	...	89	10,2
Década de 2010	...	46	...	46	5,3
Sem informação	...	...	...	...	...
<b>SUL</b>	<b>93</b>	<b>92</b>	<b>2</b>	<b>187</b>	<b>21,3</b>
Antes da década de 1980	1	...	...	1	0,1
Década de 1980	12	...	...	12	1,4
Década de 1990	12	...	1	13	1,5
Década de 2000	27	25	1	53	6,1
Década de 2010	...	28	...	28	3,2
Sem informação	...	...	...	...	...
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>2</b>	<b>107</b>	<b>12,2</b>
<b>BRASIL</b>	<b>404</b>	<b>462</b>	<b>10</b>	<b>876</b>	<b>100,0</b>

Legenda: Número de médicos especialistas em Patologia ativos registrados no Conselho Federal de Medicina com inscrição principal (N).

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 7 refere-se à Região Norte quanto à relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, agrupadas por UF e Regiões brasileiras. Os dados coletados e apresentados foram da base de dados do CNE.

Foram encontrados 31 registros de médicos especialistas em Patologia concluintes do PRM, com 12 registros de concluintes no PRM em Anatomia Patológica e 19 registros de

concluintes no PRM em Patologia. Destes cinco (16,1%) concluintes na própria Região; três (9,7%) concluintes na Região Nordeste e Centro-Oeste respectivamente e predominantemente 20 (64,5%) concluintes da Região Sudeste. Quanto ao número de instituições dos PRM totalizaram 22 instituições e distribuídas da seguinte forma: 16 na Região Sudeste, três na Região Nordeste; duas na Região Centro-Oeste e uma na Região Norte. Não havendo dados disponíveis da Região Sul.

Quanto às características de cada Região relacionadas com a Região Norte, quanto ao número de concluintes dos PRM em Patologia ao longo das décadas e quanto às instituições formadoras que os médicos realizaram os PRM, são apresentadas a seguir.

A própria Região Norte se caracteriza por uma multiplicidade de instituições formadoras tanto do PRM em Anatomia Patológica quanto no PRM em Patologia procedentes de diferentes UF e Regiões. Além disso, não há continuidade de instituição formadora do PRM em Patologia ao longo das décadas, com exceção de apenas duas instituições: Hospital Universitário Getúlio Vargas Faculdade de Medicina UFAM, na UF do Amazonas (décadas de 2000 e 2010) e Hospital de Base do Distrito Federal, na UF do Distrito Federal (décadas de 1990 e 2000). Outra vertente faz referência às décadas de 2000 e 2010, há um crescimento de registros de médicos especialistas em Patologia concluintes do PRM em Patologia, observado na própria Região, sugerindo estar havendo uma retenção desses médicos concluintes do PRM de Patologia, na própria Região onde realizam a Residência Médica.

Quanto aos registros de concluintes oriundos de instituições dos PRM da Região Nordeste, nota-se um baixo número de registros de concluintes, além do que cada um em uma UF e décadas diferentes. Melhor dizendo, da UF Ceará (década de 1990); da UF do Rio Grande do Norte (década de 2000) e da UF do Maranhão (década de 2010). Sugerindo que o fluxo migratório de médicos-patologistas formados nas instituições da Região Nordeste para a Região Norte não é expressivo.

No tocante aos registros de concluintes originários de instituições dos PRM da Região Sudeste, também é observada uma multiplicidade de instituições formadoras tanto do PRM em Anatomia Patológica quanto no PRM em Patologia procedentes de diferentes UF e Regiões. Assim como não há continuidade de instituição formadora do PRM em Patologia ao longo das décadas. Porém, é expressivo o fluxo migratório de médicos-patologistas formados nas instituições da Região Sudeste para a Região Norte. Principalmente da UF de São Paulo que vem num crescimento em números absolutos ao longo das décadas. Diferentemente do que ocorre com as demais UF da Região como Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo com diminuição do crescimento de concluintes.

Quanto aos registros de concluintes oriundos de instituições dos PRM da Região Centro-Oeste, percebe-se um baixo número de registros de concluintes, além de ser apenas nas décadas de 1990 e 2000. Porém como diferencial o Hospital de Base do Distrito Federal, na UF do Distrito Federal, apresenta continuidade de registros de PRM (décadas de 1990 e 2000).

Tabela 7 – Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Norte, 2016

Instituição do Programa de Residência Médica /UF/década de conclusão	Número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa na Região Norte (1 especialidade médica)																Total	% Brasil
	UF	Anatomia Patologica					Patologia					Outros						
		A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010		
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS FACULDADE DE MEDICINA UFAM	AM	...	...	...	...	...	...	...	1	4	...	...	...	...	...	5	16,1	
<b>NORTE</b>		...	...	...	...	...	...	...	1	4	...	...	...	...	...	5	16,1	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO UFC	CE	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA HUUFMA	MA	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	3,2	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	RN	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
<b>NORDESTE</b>		...	...	1	...	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	3	9,7	
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES	ES	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA	MG	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - HU/UFJF	MG	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	MG	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO RJ	RJ	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE RJ	RJ	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE UNIRIO	RJ	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO UERJ	RJ	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	3,2	
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	2	6,5	
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL FRANCISCO MORATO OLIVEIRA SP	SP	...	...	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	2	6,5	
HOSPITAL E MATERNIDADE DR CELSO PIERRO PUC CAMPINAS SP	SP	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
HOSPITAL HELIOPOLIS SP	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	3,2	
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	SP	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	6,5	
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA	SP	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO UNESP FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU SP	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	2	6,5	
<b>SUDESTE</b>		...	1	4	5	...	...	...	4	6	...	...	...	...	...	20	64,5	
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	DF	...	...	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	6,5	
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFG GOIÂNIA GO	GO	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	3,2	
<b>CENTRO-OESTE</b>		...	...	1	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	3	9,7	
<b>TOTAL</b>		...	1	6	5	...	...	...	8	11	...	...	...	...	...	31	100,0	

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 8 refere-se à Região Nordeste quanto à relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, agrupadas por UF e Regiões brasileiras. Os dados coletados e apresentados foram da base de dados do CNE.

Foram encontrados 145 registros de médicos especialistas em Patologia concluintes do PRM, com 62 registros de concluintes no PRM em Anatomia Patológica; 82 registros de concluintes no PRM em Patologia e um registro de concluinte de “Outros” PRM (apenas na UF de Minas Gerais). Destes, 74 (51,0%) concluintes na própria Região; 65 (44,8%) concluintes na Região Sudeste; cinco (3,4%) concluintes na Região Centro-Oeste e um (0,7%) concluinte na Região Sul.

Quanto ao número de instituições dos PRM, totalizaram 27 e foram distribuídas da seguinte forma: 19 na Região Sudeste, cinco na Região Nordeste; duas na Região Centro-Oeste e uma na Região Sul. Não havendo dados disponíveis da Região Norte.

Em relação às características de cada Região e ao número de concluintes dos PRM em Patologia ao longo das décadas e das instituições formadoras que os médicos realizaram os PRM são apresentados a seguir.

A própria Região Nordeste apresenta o maior quantitativo de médicos concluintes dos PRM de Patologia (Anatomia Patológica e Patologia) ao longo das décadas (1980-2010). Constituída de cinco instituições formadoras do PRM em Patologia, com destaque para as instituições como o Hospital das Clínicas da UFPE em Pernambuco e o Hospital Prof. Edgard Santos/UFBA na Bahia, por apresentarem os números mais expressivos de concluintes, 25 (17,2%) e 16 (11,0%) respectivamente. Além do que apresentam continuidade como instituição formadora desde a década de 1980. As demais instituições também apresentam continuidade como centros formadores desde a década de 1990: Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes/UFAL (UF Alagoas); Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC (UF Ceará) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UF do Rio Grande do Norte). Suscitando que pode estar ocorrendo uma retenção desses médicos concluintes do PRM de Patologia, na própria Região onde realizam a Residência Médica.

Em relação aos registros de concluintes originários de instituições dos PRM da Região Sudeste, nota-se o segundo quantitativo mais expressivo de concluintes. E também, uma multiplicidade de instituições formadoras tanto do PRM em Anatomia Patológica quanto no PRM em Patologia. Totalizando 19 instituições, sendo nove da UF de São Paulo, seis da UF do Rio de Janeiro e quatro da UF de Minas Gerais. Com destaque para duas instituições como a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Hospital das Clínicas da Faculdade de



Medicina de Ribeirão Preto/USP, pelo quantitativo expressivo e continuidade como instituição formadora desde as décadas de 1980 e 1990.

No que diz respeito às Regiões Sul (1 instituição da UF do Paraná) e Centro-Oeste (2 instituições da UF do Distrito Federal), ambas possuem características semelhantes, apresentam os menores quantitativos de concluintes originários de instituições dos PRM dessas Regiões, concentrados na década de 2000.

Tabela 8 – Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Nordeste, 2016

Instituição do Programa de Residência Médica /UF/década de conclusão	Número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa na Região Nordeste (1 especialidade médica)																Total	% Brasil
	UF	Anatomia Patologica					Patologia					Outros						
		A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010		
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF ALBERTO ANTUNES UFAL	AL	...	...	1	7	...	...	...	1	3	...	...	...	...	...	12	8,3	
HOSPITAL PROF EDGARD SANTOS UFBA	BA	...	2	1	4	...	...	...	5	4	...	...	...	...	...	16	11,0	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO UFC	CE	...	...	2	3	...	...	...	4	2	...	...	...	...	...	11	7,6	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE	PE	...	2	4	3	...	...	1	8	7	...	...	...	...	...	25	17,2	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	RN	...	1	...	1	...	...	...	5	3	...	...	...	...	...	10	6,9	
<b>NORDESTE</b>		...	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	...	...	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	...	...	...	...	...	<b>74</b>	<b>51,0</b>	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	MG	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	0,7	
HOSPITAL SARAH KUBITSCHKE - MG	MG	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	1	0,7	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - HU/UFJF	MG	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	0,7	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	MG	...	...	...	1	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	3	2,1	
HOSPITAL GERAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA RJ	RJ	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,7	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE RJ	RJ	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	0,7	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO UFRJ	RJ	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,7	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO UERJ	RJ	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	1,4	
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	RJ	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,7	
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA RJ	RJ	...	...	...	1	...	...	1	...	2	...	...	...	...	...	4	2,8	
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	SP	...	1	3	4	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	10	6,9	
FACULDADE DE MEDICINA DA USP	SP	...	...	2	...	...	...	...	3	3	...	...	...	...	...	8	5,5	
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,7	
FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE HOSPITAL A C CAMARGO	SP	...	...	...	1	...	...	...	3	...	...	...	...	...	...	4	2,8	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO USP	SP	...	...	2	3	...	...	...	4	3	...	...	...	...	...	12	8,3	
HOSPITAL HELIOPOLIS SP	SP	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	0,7	
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	SP	...	...	1	1	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	4	2,8	
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO UNESP FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU SP	SP	...	...	1	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3	2,1	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	SP	...	...	1	...	...	...	...	2	3	...	...	...	...	...	6	4,1	
<b>SUDESTE</b>		...	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	...	...	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	...	...	<b>1</b>	...	...	<b>65</b>	<b>44,8</b>	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR	PR	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	0,7	
<b>SUL</b>		...	...	...	...	...	...	...	<b>1</b>	...	...	...	...	...	...	<b>1</b>	<b>0,7</b>	
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	DF	...	...	...	...	...	...	...	3	...	...	...	...	...	...	3	2,1	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA HUB \ UNB	DF	...	...	...	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	1,4	
<b>CENTRO-OESTE</b>		...	...	...	<b>1</b>	...	...	...	<b>4</b>	...	...	...	...	...	...	<b>5</b>	<b>3,4</b>	
<b>TOTAL</b>		...	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	...	...	<b>2</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	...	...	<b>1</b>	...	...	<b>145</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 9 faz referência à Região Sudeste quanto à relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, agrupadas por UF e Regiões brasileiras. Os dados coletados e apresentados foram da base de dados do CNE.

Foram encontrados 406 registros de médicos especialistas em Patologia concluintes do PRM, com 185 registros de concluintes no PRM em Anatomia Patológica; 216 registros de concluintes no PRM em Patologia e cinco registros de concluinte de “Outros” PRM. Destes 390 (96,1%) são concluintes nos PRM em Patologia na própria Região e restante perfazem 16 (3,9%) concluintes distribuídos em: sete (1,7%) concluintes na Região Centro-Oeste; seis (1,5%) concluintes na Região Sul e três (0,7%) concluintes na Região Nordeste.

Quanto ao número de instituições dos PRM, totalizaram 47 instituições e distribuídas da seguinte forma: 37 na própria Região Sudeste; cinco na Região Sul; três na Região Nordeste e duas na Região Centro-Oeste. Não havendo dados disponíveis da Região Norte. Quanto às características de cada Região e ao número de concluintes dos PRM em Patologia ao longo das décadas e das instituições formadoras que os médicos realizaram os PRM são apresentadas a seguir.

No tocante a “Outros” PRM, são referentes às UF do Rio de Janeiro (3 registros); da Bahia (1 registro) e de São Paulo (1 registro) com mais expressão nas décadas de 1980 e 1990.

Quanto às Regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste, são as de menor expressão em termos de número médicos concluintes nos PRM e de instituições formadoras. Na Região Sul somente registros nas décadas de 1990 e 2010; na Região Nordeste nas décadas de 1980, 1990 e 2000 e da Região Centro-Oeste entre as décadas de 1980 a 2010.

No que diz respeito à própria Região Sudeste, é a de maior representatividade em relação ao quantitativo de médicos concluintes dos PRM de Patologia (Anatomia Patológica e Patologia) ao longo das décadas (1980 a 2010). Sendo a UF de São Paulo a de maior expressão com 246 (63,1%) de médicos concluintes nos PRM em Patologia; seguida das UF de Minas Gerais e Rio de Janeiro, cada uma com 69 (17,7%) médicos concluintes nos PRM em Patologia, respectivamente; e a UF do Espírito Santo com seis (1,5%) médicos concluintes nos PRM.

Formada por 37 instituições formadoras do PRM em Patologia (Anatomia Patológica e Patologia), com destaque para as instituições mais expressivas em termos de quantitativo de médicos concluintes, como também apresentam continuidade como instituição formadora ao longo das décadas. São elas: Faculdade de Medicina da USP; Hospital das Clínicas da

UFMG; Universidade Federal de São Paulo; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Indicando que há uma retenção desses médicos concluintes do PRM de Patologia, na própria Região onde realizam a Residência Médica.

Tabela 9 – Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Sudeste, 2016

Instituição do Programa de Residência Médica /UF/década de conclusão	UF	Número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa na Região Sudeste (1 especialidade médica)															Total	% Brasil
		Anatomia Patológica					Patologia					Outros						
		A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010		
HOSPITAL PROF EDGARD SANTOS UFBA	BA	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	0,2	
HOSPITAL SANTO ANTONIO BA ASSOCIAÇÃO OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE	BA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	1	0,2	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE	PE	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
<b>NORDESTE</b>		...	...	<b>1</b>	...	...	...	...	...	<b>1</b>	...	...	<b>1</b>	...	...	<b>3</b>	<b>0,7</b>	
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES	ES	...	...	...	...	...	...	1	2	3	...	...	...	...	...	6	1,5	
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA	MG	...	...	2	1	...	...	...	...	5	...	...	...	...	...	8	2,0	
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ	MG	...	...	...	1	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	3	0,7	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	MG	...	3	10	5	...	...	...	8	5	...	...	...	...	...	31	7,6	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE MG	MG	...	...	1	2	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	5	1,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - HU/UFJF	MG	...	...	1	2	...	...	...	2	3	...	...	...	...	...	8	2,0	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG	MG	...	1	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3	0,7	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	MG	...	...	1	4	...	...	...	3	3	...	...	...	...	...	11	2,7	
HOSPITAL DA LAGOA	RJ	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
HOSPITAL GERAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA RJ	RJ	...	...	...	3	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	4	1,0	
HOSPITAL MUNICIPAL JESUS RJ	RJ	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	1	0,2	
HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR RJ	RJ	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE RJ	RJ	...	2	1	3	...	...	...	5	5	...	...	...	...	...	16	3,9	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO UFRJ	RJ	...	1	...	2	...	...	...	2	2	...	...	...	...	...	7	1,7	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUNLE UNIRIO	RJ	...	...	...	1	...	...	...	5	5	...	...	...	...	...	11	2,7	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO UERJ	RJ	...	1	...	1	...	...	...	2	...	...	...	...	1	...	5	1,2	
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	RJ	...	2	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	3	0,7	
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA RJ	RJ	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	1	0,2	
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA RJ	RJ	...	...	4	3	...	...	1	7	4	...	...	...	...	...	19	4,7	
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA	SP	...	5	3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8	2,0	
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	SP	...	2	8	4	...	...	...	4	6	...	...	...	...	...	24	5,9	
FACULDADE DE MEDICINA DA USP	SP	...	7	9	10	...	...	...	10	8	...	...	...	...	...	44	10,8	
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	...	2	...	1	...	...	...	1	2	...	...	...	...	...	6	1,5	
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC	SP	...	...	...	...	...	...	...	4	3	...	...	...	...	...	7	1,7	
FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE HOSPITAL A C CAMARGO	SP	...	2	2	5	...	...	...	1	7	...	...	...	...	...	17	4,2	
FUNDAÇÃO PIO XII HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	2	0,5	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO USP	SP	...	2	6	7	...	...	...	6	7	...	...	...	...	...	28	6,9	
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL FRANCISCO MORATO OLIVEIRA SP	SP	...	3	...	3	...	...	...	4	7	...	...	...	...	...	17	4,2	
HOSPITAL E MATERNIDADE DR CELSO PIERRO PUC CAMPINAS SP	SP	...	...	1	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	2	0,5	
HOSPITAL HELIOPOLIS SP	SP	...	...	...	1	...	...	...	3	3	...	...	...	...	...	7	1,7	
HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS SP	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	1	0,2	
INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO SP	SP	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	SP	...	6	2	4	...	...	...	7	8	...	...	...	...	...	27	6,7	
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA	SP	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO UNESP FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU SP	SP	...	2	3	1	...	...	...	12	5	...	...	...	...	...	23	5,7	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	SP	...	1	5	5	...	...	...	6	13	...	...	...	...	...	30	7,4	
ASSOCIAÇÃO LAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	SP	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
<b>SUDESTE</b>		...	<b>46</b>	<b>61</b>	<b>70</b>	...	...	<b>2</b>	<b>98</b>	<b>109</b>	...	<b>3</b>	...	<b>1</b>	...	<b>390</b>	<b>96,1</b>	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR	PR	...	...	...	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	0,5	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
ASSOCIAÇÃO ENCARNACION BLAYA - RS	RS	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO ALEGRE	RS	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROP <sup>o</sup> POLIDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UFSC	SC	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,2	
<b>SUL</b>		...	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	...	...	...	<b>2</b>	...	...	...	...	...	...	<b>6</b>	<b>1,5</b>	
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	DF	...	...	1	1	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	4	1,0	
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFG GOIÂNIA GO	GO	...	1	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	3	0,7	
<b>CENTRO-OESTE</b>		...	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	...	...	...	<b>1</b>	<b>3</b>	...	...	...	...	...	<b>7</b>	<b>1,7</b>	
<b>TOTAL</b>		...	<b>48</b>	<b>64</b>	<b>73</b>	...	...	<b>2</b>	<b>101</b>	<b>113</b>	...	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	...	<b>406</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 10 refere-se à Região Sul quanto à relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, agrupadas por UF e Regiões brasileiras. Os dados coletados e apresentados foram da base de dados do CNE.

Foram achados 187 registros de médicos especialistas em Patologia concluintes do PRM, com 93 registros de concluintes no PRM em Anatomia Patológica; 92 registros de concluintes no PRM em Patologia e dois registros de concluinte de “Outros” PRM. Destes 149 (79,7%) concluintes na própria Região; 37 (19,8%) concluintes na Região Sudeste; um (0,5%) concluintes na Região Sul.

Quanto ao número de instituições dos PRM, totalizaram 33 instituições e distribuídas da seguinte forma: 18 na Região Sudeste, 14 na Região Sul e uma na Região Nordeste. Não havendo dados disponíveis das Regiões Norte e Centro-Oeste.

A própria Região Sul apresenta o maior quantitativo de médicos concluintes dos PRM de Patologia (Anatomia Patológica e Patologia) ao longo das décadas (1980-2010). Composta de 14 instituições formadoras, com realce para as instituições como o Hospital das Clínicas de Porto Alegre com 45 (24,1%) médicos concluintes dos PRM e o Hospital das Clínicas da UFPR, com 29 (15,5%) médicos concluintes. Além da representatividade numérica, também apresentam continuidade como instituição formadora desde a década de 1980. Caracterizando que esteja ocorrendo uma retenção desses médicos concluintes do PRM de Patologia, na própria Região onde realizam a Residência Médica.

Em relação aos registros de concluintes originários de instituições dos PRM da Região Sudeste, nota-se o segundo quantitativo mais expressivo de concluintes. E também, uma multiplicidade de instituições formadoras tanto do PRM em Anatomia Patológica quanto no PRM em Patologia. Totalizando 18 instituições, sendo 12 da UF de São Paulo, três da UF do Rio de Janeiro e três da UF de Minas Gerais. Com destaque para duas instituições como a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e Faculdade de Medicina da USP, pelo quantitativo expressivo e continuidade como instituição formadora desde da década de 1980.

A Região Nordeste apresenta um único registro de médico concluinte do PRM em Anatomia Patológica na década de 1980.

Quanto à parte de “Outros” PRM, foram identificados dois registros de médicos concluintes, um na UF do Rio de Janeiro e o outro na UF do Rio Grande do Sul, ambos referentes à década de 1980.

Tabela 10 – Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Sul, 2016

Instituição do Programa de Residência Médica /UF/década de conclusão	UF	Número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa na Região Sul (1 especialidade médica)															Total	% Brasil
		Anatomia Patologica					Patologia					Outros						
		A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010		
FAACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PERNAMBUCO	PE	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
<b>NORDESTE</b>		...	<b>1</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	<b>1</b>	<b>0,5</b>
HOSPITAL SARAH KUBITSCHKE - MG	MG	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - HU/UFJF	MG	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	0,5
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	MG	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
HOSPITAL GERAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA RJ	RJ	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA UFRJ	RJ	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	1	0,5
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA RJ	RJ	...	...	...	...	...	...	...	1	2	...	...	...	...	...	...	3	1,6
FAACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	SP	...	...	2	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	4	2,1
FAACULDADE DE MEDICINA DA USP	SP	...	2	...	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	4	2,1
FAACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	...	...	...	1	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	3	1,6
FAACULDADE DE MEDICINA DO ABC	SP	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE HOSPITAL A C CAMARGO	SP	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO USP	SP	...	1	...	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	3	1,6
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL FRANCISCO MORATO OLIVEIRA SP	SP	...	...	1	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	3	1,6
HOSPITAL HELIOPOLIS SP	SP	...	...	1	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	3	1,6
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	SP	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA	SP	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO UNESP FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU SP	SP	...	...	3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3	1,6
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	SP	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	1,1
<b>SUDESTE</b>		...	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	...	...	...	<b>7</b>	<b>7</b>	...	<b>1</b>	...	...	...	...	<b>37</b>	<b>19,8</b>
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR	PR	...	4	4	6	...	...	...	6	9	...	...	...	...	...	...	29	15,5
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	...	...	...	3	...	...	...	3	2	...	...	...	...	...	...	8	4,3
LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER PR HOSPITAL ERASTO GAERTNER	PR	...	...	...	2	...	...	...	1	2	...	...	...	...	...	...	5	2,7
SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA	PR	...	...	3	...	...	...	...	1	4	...	...	...	...	...	...	8	4,3
FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO ALEGRE	RS	...	1	4	2	...	...	...	3	10	...	1	...	...	...	...	21	11,2
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	RS	...	3	10	11	...	...	...	12	9	...	...	...	...	...	...	45	24,1
HOSPITAL DR MIGUEL RIET CORREA JUNIOR DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE FURG	RS	...	...	...	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	2	1,1
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO RS	RS	...	...	2	2	...	...	...	5	1	...	...	...	...	...	...	10	5,3
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE RJ	RS	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	1,1
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM CCS SANTA MARIA RS	RS	...	...	1	3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4	2,1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - RS	RS	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	1,1
UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL ULBRA	RS	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	1	0,5
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE	SC	...	...	...	...	...	...	...	1	3	...	...	...	...	...	...	4	2,1
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFº POLIDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UFSC	SC	...	...	1	3	...	...	...	2	2	...	...	...	...	...	...	8	4,3
<b>SUL</b>		...	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	...	...	...	<b>36</b>	<b>42</b>	...	<b>1</b>	...	...	...	...	<b>149</b>	<b>79,7</b>
<b>TOTAL</b>		...	<b>14</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	...	...	...	<b>43</b>	<b>49</b>	...	<b>2</b>	...	...	...	...	<b>187</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 11 faz referência à Região Centro-Oeste quanto à relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, agrupadas por UF e Regiões brasileiras. Os dados coletados e apresentados foram da base de dados do CNE.

Foram encontrados 107 registros de médicos especialistas em Patologia concluintes do PRM, com 52 registros de concluintes no PRM em Anatomia Patológica; 53 registros de concluintes no PRM em Patologia e dois registros de concluinte de “Outros” PRM. Destes 55 (51,4%) concluintes na própria Região; 47 (43,9%) concluintes na Região Sudeste; cinco (4,7%) concluintes na Região Sul. Tal cenário a diferencia das demais Regiões, a maior representatividade de médicos concluintes dos PRM de Patologia (Anatomia Patológica e Patologia) ao longo das décadas, compõe-se de parte da própria Região e parte da Região Sudeste.

Quanto ao número de instituições dos PRM, totalizaram 28 instituições e distribuídas da seguinte forma: 21 na Região Sudeste, quatro na Região Sul e três na Região Centro-Oeste.

A própria Região Centro-Oeste é composta de três instituições formadoras que são elas: Hospital de Clínicas da UFG Goiânia/GO com 24 (22,4%) médicos concluintes dos PRM; Hospital de Base do Distrito Federal com 20 (18,7%) médicos concluintes dos PRM e Hospital Universitário de Brasília HUB\UNB com 11 (10,3%) médicos concluintes dos PRM. Além da representatividade numérica também apresentam continuidade como instituição formadora desde a década de 1980.

Em relação aos registros de concluintes originários de instituições dos PRM da Região Sudeste, nota-se o segundo quantitativo mais expressivo de concluintes. E também, uma multiplicidade de instituições formadoras tanto do PRM em Anatomia Patológica quanto no PRM em Patologia. Totalizando 21 instituições, sendo 14 da UF de São Paulo, cinco da UF do Rio de Janeiro e duas da UF de Minas Gerais. Com destaque para três instituições como Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato Oliveira/SP e Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, pelo quantitativo expressivo e a continuidade como instituição formadora ao longo das décadas. A Região Sul, a menos expressiva em números absolutos de médicos especialistas concluintes do PRM de Patologia (Anatomia Patológica e Patologia) no transcorrer das décadas. Quanto à parte de “Outros” PRM, foram identificados dois registros de médicos concluintes, um na UF de São Paulo na década 1990 e na UF de Goiás na década de 2000.



Tabela 11 – Relação do número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa, com uma especialidade médica, com as instituições dos PRM, por UF e Regiões brasileiras das instituições. Região Centro-Oeste, 2016

Instituição do Programa de Residência Médica /UF/década de conclusão	Número de médicos especialistas em Patologia com inscrição principal e ativa na Região Centro-Oeste (1 especialidade médica)																	
	UF	Anatomia Patológica					Patologia					Outros					Total	% Brasil
		A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010	A 1980	1980	1990	2000	2010		
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	MG	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	0,9	
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	MG	...	...	...	2	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	3	2,8	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE RJ	RJ	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO UFRJ	RJ	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE GUINLE UNIRIO	RJ	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO UERJ	RJ	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA RJ	RJ	...	...	1	...	...	...	...	2	1	...	...	...	...	...	4	3,7	
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	1	0,9	
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA	SP	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	SP	...	...	...	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	1,9	
FACULDADE DE MEDICINA DA USP	SP	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	1,9	
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	1,9	
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC	SP	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	1	0,9	
FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE HOSPITAL A C CAMARGO	SP	...	...	...	1	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	3	2,8	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO USP	SP	...	1	1	1	...	...	...	3	...	...	...	...	...	...	6	5,6	
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL FRANCISCO MORATO OLIVEIRA SP	SP	...	...	...	...	...	...	...	2	3	...	...	...	...	...	5	4,7	
HOSPITAL E MATERNIDADE DR CELSO PIERRO PUC CAMPINAS SP	SP	...	...	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	1,9	
HOSPITAL HELIOPOLIS SP	SP	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	SP	...	...	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	1,9	
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO UNESP FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU SP	SP	...	...	...	1	...	...	...	2	3	...	...	...	...	...	6	5,6	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO	SP	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
<b>SUDESTE</b>		...	3	5	12	...	...	...	15	11	...	...	1	...	...	47	43,9	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR	PR	...	...	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	1,9	
HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
FUNDAÇÃO FACULDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PORTO ALEGRE	RS	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFº POLIDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UFSC	SC	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	0,9	
<b>SUL</b>		...	...	1	2	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	5	4,7	
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	DF	...	2	3	6	...	...	...	5	4	...	...	...	...	...	20	18,7	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA HUB \ UNB	DF	...	...	...	4	...	...	...	3	4	...	...	...	...	...	11	10,3	
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFG GOIÂNIA GO	GO	1	7	3	3	...	...	...	...	9	...	...	...	1	...	24	22,4	
<b>CENTRO-OESTE</b>		1	9	6	13	...	...	...	8	17	...	...	1	...	...	55	51,4	
<b>TOTAL</b>		1	12	12	27	...	...	...	25	28	...	...	1	1	...	107	100,0	

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 12 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia), por décadas e segundo Regiões brasileiras no período de 1980-2015 (até outubro). Perfazendo uma trajetória de 35 anos de formação de médicos especialistas na referida especialidade médica. Os dados coletados foram da base de dados do SisCNRM.

Foram encontrados 1.765 médicos especialistas; destes, 1.006 (57,0%) do PRM em Anatomia Patológica; 14 (0,8%) do PRM em Citopatologia; 745 (42,2%) do PRM em Patologia. Na parte “Sem informação”, totalizam 26 médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM que não são conhecidos os anos de conclusão.

Quanto à Citopatologia, desde 2002, os dados encontrados são referentes apenas da década de 2010 e de duas instituições localizadas na Região Sudeste, o INCA, no Rio de Janeiro, e a Fundação Antonio Prudente/Hospital A. C. Camargo, em São Paulo.

Em relação às décadas, destaca-se a de 2000 com o maior número de médicos especialistas em Patologia, com certificados emitidos de conclusão dos PRM. Essa década foi um período de transição e de modificações dos PRM. Em 2002, ocorreu a transição da especialidade médica de Anatomia Patológica para Patologia, assim como a Citopatologia deixou de ser uma especialidade médica e passou a ser uma área de atuação. Foram encontrados 300 registros de médicos no PRM Anatomia Patológica e 335 registros no PRM em Patologia. E também, observado o surgimento de dados na Região Norte referentes ao PRM em Patologia. A Região Sudeste com predomínio do número de certificados emitidos de médicos concluintes dos PRM. A Região Centro-Oeste com discreta diminuição do número de médicos especialistas com certificados emitidos de conclusão do PRM de Anatomia Patológica (n=25) para o PRM em Patologia (n=17). A década de 2010, como representa a década atual, será apresentada detalhadamente na Tabela 13. As décadas de 1980 e 1990 são semelhantes entre as Regiões brasileiras, com uma discreta diferença na Região Sudeste que apresenta um leve aumento, mas que foi fruto das iniciativas de inclusão de PRM em Patologia diferenciando do PRM de Anatomia Patológica.

Na observação por Regiões brasileiras, é notório o predomínio da Região Sudeste (n=1.266) representando 71,7%, perfil este encontrado em todas as décadas analisadas. Na observação por UF da Região, destacou-se São Paulo com 767 (43,5%). Em seguida, a UF do Rio de Janeiro com 337 (19,1%) e de UF de Minas Gerais com 148 (8,4%). Em menor expressão, a UF do Espírito Santo com 14 (0,8%), esse perfil foi observado no decorrer das décadas. A Região demonstra ter a maior oferta de formação na especialidade médica em Patologia e que está concentrada no eixo São Paulo-Rio de Janeiro.

Em seguida, a Região Sul com 220 (12,5%) médicos especialistas em Patologia, com certificados emitidos de conclusão dos PRM. Na observação por UF, o Rio Grande do Sul é o mais expressivo com 108 (6,1%) médicos especialista com certificados independente das décadas.

A terceira Região é a Nordeste com 149 (8,4%) certificados emitidos no decorrer dos anos e a década de 2000 foi a de maior expressão. Na apreciação por UF, a Paraíba, o Piauí e o Sergipe não apresentaram dados sobre certificados emitidos no período analisado. A UF do Maranhão também não possui dados nas décadas de 1980, 1990 e 2000 e no ano de 2010 apresenta apenas um certificado emitido. A UF de Pernambuco com 41 (2,3%) dos certificados destacando-se nas décadas de 2000 e 2010. A UF do Ceará com 36 (2,0%) certificados emitidos sendo o seu maior destaque na década de 1980, a partir de então vem apresentando declínio no decorrer das décadas. Em relação à UF do Rio Grande do Norte que apresenta 27 certificados (1,5%) vem apresentando ao longo das décadas um crescente. De forma semelhante, a UF da Bahia com 25 certificados (1,4%), ao longo das décadas, vem em crescimento com o auge na década de 2000. A UF de Alagoas representa 19 (1,1%) dos certificados emitidos, inicia na década de 1990 com dados oscilantes no decorrer dos anos.

A quarta Região é a Centro-Oeste com 122 (6,9%) certificados emitidos no decorrer dos anos sendo a década de 2000 a de maior expressão. Em relação às UF, cabe destacar que o Mato Grosso não apresentou dados sobre certificados emitidos no período analisado. Assim como a UF do Mato Grosso do Sul apenas com um (0,1%) relativo à década de 1980. Em suma os dados concentram em duas UF, primeiramente o Distrito Federal com 73 (4,1%) certificados com destaque na década de 2000. Em seguida, a UF do Goiás com 48 (2,7%) certificados com um discreto crescimento a partir da década de 1990.

Por fim, a Região Norte é a de menor expressão com oito (0,5%) médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos. Os dados apresentados são apenas referentes à UF do Amazonas nas décadas de 2000 (n=3) e 2010 (n=5).

Pela observação dos aspectos analisados, há uma concentração na Região Sudeste, no eixo São Paulo-Rio de Janeiro, ao longo dos 35 anos analisados. Além disso, percebe-se um discreto aumento de certificados emitidos pelas diferentes Regiões, principalmente nas décadas de 2000 e 2010, que pode estar relacionado com iniciativas governamentais como o Programa Mais Médicos para o Brasil, Programa Nacional de Formação de Especialistas para o SUS (Pró-Residências), entre outros que enfatizam mudanças da formação médica e aumento de oportunidades de Residências Médicas.

Tabela 12 – Número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM, por décadas e segundo Regiões brasileiras no período de 1980-2015. Brasil, 2015

Década de Conclusão UF/Especialidade	Década 1980				Década 1990				Década 2000				Década 2010				Sem informação (S/I)				Total				% Brasil	
	AP	C	P	Total	AP	C	P	Total	AP	C	P	Total	AP	C	P	Total	AP	C	P	Total	AP	C	P	Total		
Acre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Amazonas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3	3	...	...	5	5	...	...	...	...	...	...	8	8	0,5	
Amapá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Pará	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Rondônia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Roraima	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Tocantins	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
<b>NORTE</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3	3	...	...	5	5	...	...	...	...	...	...	8	8	0,5	
Alagoas	...	...	...	...	5	...	...	5	7	...	2	9	...	...	5	5	...	...	...	...	12	...	7	19	1,1	
Bahia	2	...	...	2	3	...	...	3	4	...	9	13	...	...	7	7	...	...	...	...	9	...	16	25	1,4	
Ceará	11	...	...	11	5	...	...	5	10	...	6	16	...	...	4	4	...	...	...	...	26	...	10	36	2,0	
Maranhão	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	1	1	0,1	
Paraíba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Pernambuco	7	...	1	8	6	...	...	6	7	...	10	17	...	...	9	9	1	...	...	1	21	...	20	41	2,3	
Piauí	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Rio Grande de Norte	2	...	...	2	5	...	...	5	4	...	7	11	...	...	9	9	...	...	...	...	11	...	16	27	1,5	
Sergipe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
<b>NORDESTE</b>	22	...	1	23	24	...	...	24	32	...	34	66	...	...	35	35	1	...	...	1	79	...	70	149	8,4	
Espírito Santo	...	...	...	...	...	...	1	1	1	...	6	7	...	...	5	5	...	...	1	1	1	...	13	14	0,8	
Minas Gerais	22	...	...	22	39	...	1	40	26	...	26	52	...	...	33	33	1	...	...	1	88	...	60	148	8,4	
Rio de Janeiro	87	...	1	88	68	...	4	72	44	...	56	100	...	6	61	67	10	...	...	10	209	6	122	337	19,1	
São Paulo	125	...	...	125	170	...	1	171	128	...	144	272	...	8	185	193	6	...	...	6	429	8	330	767	43,5	
<b>SUDESTE</b>	234	...	1	235	277	...	7	284	199	...	232	431	...	14	284	298	17	...	1	18	727	14	525	1.266	71,7	
Paraná	10	...	...	10	18	...	...	18	17	...	18	35	...	...	22	22	2	...	...	2	47	...	40	87	4,9	
Rio Grande do Sul	11	...	...	11	29	...	...	29	23	...	25	48	...	...	17	17	3	...	...	3	66	...	42	108	6,1	
Santa Catarina	...	...	...	...	6	...	...	6	4	...	6	10	...	...	9	9	...	...	...	...	10	...	15	25	1,4	
<b>SUL</b>	21	...	...	21	53	...	...	53	44	...	49	93	...	...	48	48	5	...	...	5	123	...	97	220	12,5	
Distrito Federal	7	...	...	7	17	...	...	17	17	...	15	32	...	...	17	17	...	...	...	...	41	...	32	73	4,1	
Goiás	16	...	...	16	9	...	...	9	8	...	2	10	...	...	11	11	2	...	...	2	35	...	13	48	2,7	
Mato Grosso	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mato Grosso do Sul	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	1	0,1	
<b>CENTRO-OESTE</b>	24	...	...	24	26	...	...	26	25	...	17	42	...	...	28	28	2	...	...	2	77	...	45	122	6,9	
<b>BRASIL</b>	301	...	2	303	380	...	7	387	300	...	335	635	...	14	400	414	25	...	1	26	1.006	14	745	1.765	100,0	

Legenda: Anatomia Patológica (AP); Citopatologia (C); Patologia (P).

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados. Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

A Tabela 13 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia) no período de 2010 até 2015. O referido período foi selecionado com a finalidade de conhecer o seu contexto de forma mais detalhada em um momento que coincide com iniciativas governamentais que realçam mudanças da formação médica e no aumento de vagas de Residências Médicas. Os dados coletados foram da base de dados do SisCNRM.

Na observação dos dados por ano, ocorreu um discreto aumento de número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM, principalmente entre os anos de 2013 e 2014.

Em relação às Regiões brasileiras, manteve-se a predominância da Região Sudeste totalizando 298 médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos, com destaque no eixo São Paulo-Rio de Janeiro. Ao longo dos anos, vem apresentando um quadro semelhante sem um crescimento expressivo, inclusive a UF do Espírito Santo só apresentou dados nos anos de 2011, 2012 e 2014.

Em sequência, as Regiões Sul e Nordeste. Na Região Sul com 48 médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos, os anos de 2012 e 2013 são os mais expressivos. Entre as UF o comportamento difere, na UF do Paraná o ano de 2012 é o mais significativo, porém com declínio dos certificados emitidos nos anos seguintes. Na UF do Rio Grande do Sul, o ano de 2010 é o mais representativo e, posteriormente, há uma queda a cada ano seguinte. Inversamente a UF de Santa Catarina a partir do ano de 2012 vem apresentando um discreto crescimento de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos.

A Região Nordeste representou 35 médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos, em relação às UF da Paraíba, do Piauí e de Sergipe não apresentaram dados. Os anos de 2010 e 2013 são os mais expressivos e há uma discreta queda da participação das UF nos anos de 2014. A UF de Alagoas mantém apenas um certificado emitido a cada ano, por outro lado, as UF da Bahia, de Pernambuco e do Rio Grande do Norte são os mais expressivos na Região, mas com perfil oscilante ao longo dos anos. A UF do Maranhão apenas um certificado emitido em 2010 e a UF do Ceará com dados nos anos de 2013 e 2015.

Já a Região Centro-Oeste representou 28 médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos, em relação às UF de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul não apresentaram dados. A UF do Distrito Federal com um perfil mais oscilante entre os anos demonstrando um discreto aumento no ano de 2015. Por outro lado, a UF de Goiás sem alterações mantendo-se com o mesmo perfil ao longo dos anos.

Em relação à Região Norte, configura-se a de menor expressão com cinco médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos. Das sete UF que compõe essa Região, apenas a UF do Amazonas apresenta dados a partir de 2013.

Levando-se em consideração os aspectos apresentados nessa década que é a atual, percebeu-se que, no período de 2010 a 2015, não há um crescimento expressivo nas UF e Regiões brasileiras, mantendo-se o predomínio da Região Sudeste no eixo São Paulo-Rio de Janeiro.

Tabela 13 – Número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM, no período de 2010 a 2015, segundo Regiões brasileiras. Brasil, 2015

Ano de Conclusão UF/Especialidade	2010				2011				2012				2013				2014				2015				Total				
	AP	C	P	T	AP	C	P	T	AP	C	P	T	AP	C	P	T	AP	C	P	T	AP	C	P	T	AP	C	P	T	
Acre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Amazonas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	5	5	
Amapá	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pará	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rondônia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Roraima	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tocantins	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>NORTE</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	5	5	
Alagoas	...	...	1	1	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	1	1	...	...	1	1	...	...	1	1	...	...	5	5	
Bahia	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	1	1	...	...	7	7	
Ceará	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2	2	...	...	...	...	...	...	2	2	...	...	4	4	
Maranhão	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	1	
Paraíba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pernambuco	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	9	9	
Piauí	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Rio Grande de Norte	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	...	...	...	...	9	9	
Sergipe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>NORDESTE</b>	...	...	8	8	...	...	5	5	...	...	4	4	...	...	7	7	...	...	5	5	...	...	6	6	...	...	35	35	
Espírito Santo	...	...	...	...	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	2	2	...	...	...	...	...	...	5	5	
Minas Gerais	...	...	5	5	...	...	4	4	...	...	5	5	...	...	5	5	...	...	7	7	...	...	7	7	...	...	33	33	
Rio de Janeiro	...	...	11	11	...	...	1	9	10	...	2	9	11	...	1	10	11	...	2	16	18	...	...	6	6	...	6	61	67
São Paulo	...	...	30	30	...	...	34	34	...	2	26	28	...	2	33	35	...	2	31	33	...	2	31	33	...	8	185	193	
<b>SUDESTE</b>	...	...	46	46	...	...	1	49	50	...	4	41	45	...	3	48	51	...	4	56	60	...	2	44	46	...	14	284	298
Paraná	...	...	3	3	...	...	4	4	...	...	5	5	...	...	4	4	...	...	4	4	...	...	2	2	...	...	22	22	
Rio Grande do Sul	...	...	4	4	...	...	3	3	...	...	3	3	...	...	3	3	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	17	17	
Santa Catarina	...	...	...	...	...	...	1	1	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	3	3	...	...	9	9	
<b>SUL</b>	...	...	7	7	...	...	8	8	...	...	9	9	...	...	9	9	...	...	7	7	...	...	7	7	...	...	48	48	
Distrito Federal	...	...	4	4	...	...	3	3	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	5	5	...	...	17	17	
Goias	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	1	1	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	2	2	...	...	11	11	
Mato Grosso	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mato Grosso do Sul	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>CENTRO-OESTE</b>	...	...	6	6	...	...	5	5	...	...	3	3	...	...	3	3	...	...	4	4	...	...	7	7	...	...	28	28	
<b>BRASIL</b>	...	...	67	67	...	...	1	67	68	...	4	57	61	...	3	68	71	...	4	74	78	...	2	66	68	...	14	400	414

Legenda: Anatomia Patológica (AP); Citopatologia (C); Patologia (P).

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados. Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

O Gráfico 1 e a Tabela 14 referem-se ao número de instituições ofertantes do PRM em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia) que emitiram certificados de médicos especialistas em Patologia nas diferentes Regiões brasileiras, no período de 1980 a 2015. Os dados coletados foram da base de dados do SisCNRM.

Os números de instituições ofertantes do PRM em Patologia, no decorrer das décadas, apresentam um perfil semelhante com discretas alterações como pode-se observar: década de 1980 (n=48); década de 1990 (n=48); década de 2000 (n=50) e década de 2010 (n=45).

No tocante às Regiões, foram observadas variações que são apresentadas a seguir. A Região Sudeste, embora seja a de maior expressão tanto em relação às Regiões quanto no decorrer das décadas, apresenta uma diminuição do crescimento de instituições a cada década. Em relação às UF de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro, ao longo das décadas, vem ocorrendo uma redução do número de instituições. Destacando o Rio de Janeiro que, na década de 1980, com 13 instituições, passa a sete instituições nas décadas de 2000 e 2010, representando uma diminuição significativa; e a UF do Espírito Santo, que apresenta uma instituição desde a década de 1990 sem alterações.

Seguidamente, a Região Sul com 35 instituições ofertantes do PRM em Patologia tem um perfil oscilante, com seu ápice nas décadas de 1990 e 2000 e uma queda na última década.

O comportamento das UF difere no Paraná com um incremento de uma instituição na década de 1980 para quatro na década de 1990; porém, a partir de então uma estabilidade mantendo-se com o mesmo quantitativo de instituições até a década de 2010. Na UF do Rio Grande do Sul, observa-se que, na década de 1980, eram quatro instituições, passando para seis na década de 2000; entretanto, apresenta uma diminuição significativa na década de 2010, passando para duas instituições. A UF de Santa Catarina tem um discreto aumento na década de 2000 e mantém-se com o mesmo quantitativo na década de 2010.

A Região Nordeste, com 22 instituições, tem um perfil sem alterações nas décadas de 1980, 1990 e 2000, cada uma com cinco instituições e um discreto aumento na década 2010, passando para sete instituições; porém, apresenta variações entre as UF. As UF da Paraíba, do Piauí e de Sergipe não apresentaram dados. Em seguida, a UF do Rio Grande do Norte e a UF da Bahia sem alterações ao longo de todas as décadas mantendo-se cada UF com uma única instituição, assim como a UF de Alagoas que a partir da década de 1990 apresentou também uma única instituição ao longo dos anos. Na UF de Pernambuco, percebeu-se uma diminuição da década de 1980 para a década de 1990 de duas instituições para uma, e mantendo-se com uma única instituição ao longo das décadas seguintes. Por outro lado, inversamente a UF do Ceará com uma instituição nas décadas de 1980, 1990 e 2000 passa para duas instituições na

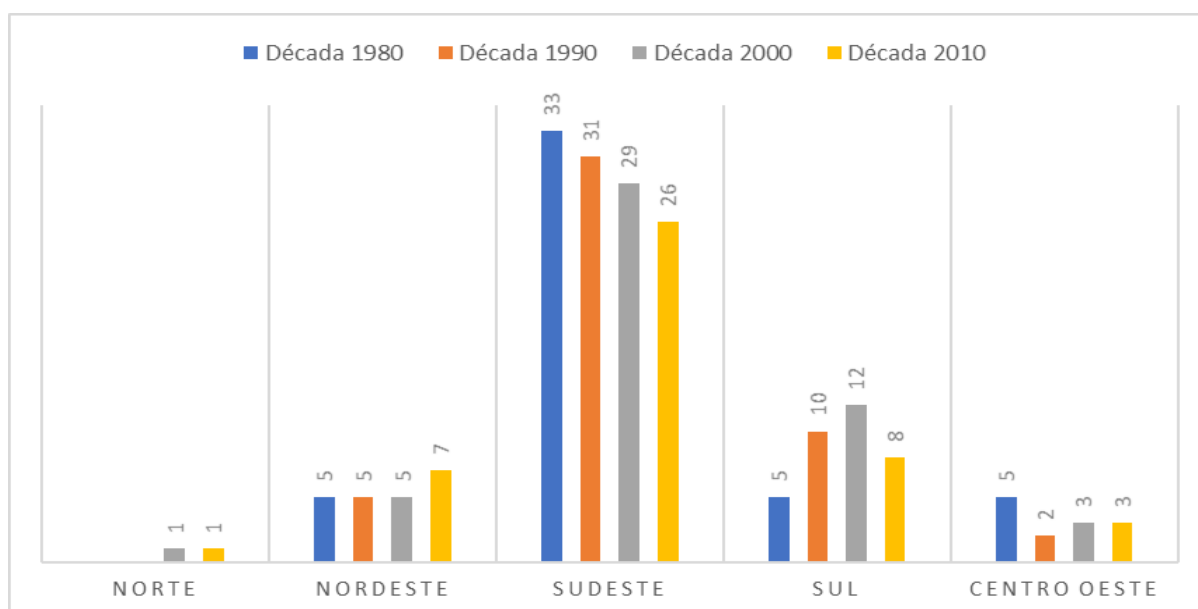


década de 2010. A UF do Maranhão não apresentava dados até 2010 quando foi incluída uma única instituição apenas no referido ano.

A Região Centro-Oeste apresenta uma diminuição de cinco instituições na década de 1980 passando para duas na década de 1990 e mantendo-se estável em três instituições nas décadas de 2000 e 2010. A UF de Mato Grosso não apresenta dados. A UF do Mato Grosso do Sul apresenta com uma instituição na década de 1980 e nas décadas posteriores sem dados. A UF de Goiás sem alterações ao longo de todas as décadas mantendo-se uma única instituição. A UF do Distrito Federal apresenta um perfil semelhante ao da Região; isto é, decréscimo de três instituições na década de 1980 passando para uma na década de 1990 e mantendo-se estável em duas instituições nas décadas de 2000 e 2010.

A Região Norte é a de menor expressão totalizando duas instituições ao longo das décadas, ressalta-se que os dados são incipientes, uma vez que não havia instituições em todas as sete UF da Região até a década de 2000. Daí em diante, uma única instituição ofertante do PRM em Patologia na UF do Amazonas.

Gráfico 1 – Número de instituições ofertantes do PRM em Patologia, por Regiões brasileiras e por décadas. Brasil, 2015.



Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados.  
Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

Tabela 14 – Número de instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e Regiões brasileiras. Brasil, 2015.

<b>UF/Número de Instituições ofertantes dos PRM em Patologia/Décadas</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Acre	...	...	...	...
Amapá	...	...	...	...
Amazonas	...	...	1	1
Pará	...	...	...	...
Rondônia	...	...	...	...
Roraima	...	...	...	...
Tocantins	...	...	...	...
<b>NORTE</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Alagoas	...	1	1	1
Bahia	1	1	1	1
Ceará	1	1	1	2
Maranhão	...	...	...	1
Paraíba	...	...	...	...
Pernambuco	2	1	1	1
Piauí	...	...	...	...
Rio Grande do Norte	1	1	1	1
Sergipe	...	...	...	...
<b>NORDESTE</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
Espírito Santo	...	1	1	1
Minas Gerais	5	8	7	5
Rio de Janeiro	13	8	8	7
São Paulo	15	14	13	13
<b>SUDESTE</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>26</b>
Paraná	1	4	4	4
Rio Grande do Sul	4	5	6	2
Santa Catarina	...	1	2	2
<b>SUL</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>8</b>
Distrito Federal	3	1	2	2
Goiás	1	1	1	1
Mato Grosso	...	...	...	...
Mato Grosso do Sul	1	...	...	...
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>BRASIL</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>45</b>

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados. Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

Outro aspecto a ser observado em relação às instituições ofertantes dos PRM em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia), foi a identificação dessas instituições e como estão distribuídas pelas UF e Regiões brasileiras, e os cenários encontrados são apresentados a seguir. Ressaltando que as instituições são descritas por UF do local da instituição ofertante do PRM em Patologia, assim como o número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos referidos programas por décadas. Os dados coletados foram da base de dados do SisCNRM.

Na Região Sudeste (Tabela 15), já citada anteriormente como a expoente em relação à formação da Residência Médica em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia), notou-se que, em todas as quatro UF da Região, há a presença de instituições ofertantes dos PRM na área da Patologia, sendo as de maior expressão as instituições de São Paulo, considerado como um grande centro formador no país, seguido do Rio de Janeiro na área da Patologia. O item “Sem Informação” refere-se a 18 registros que não foram identificados à década de conclusão de médicos-patologistas no PRM na área da Patologia.

Das instituições ofertantes dos PRM em Patologia ao longo das décadas, destacam-se 11 instituições; destas, oito de São Paulo, duas do Rio de Janeiro e uma de Minas Gerais que são: (1) Faculdade de Medicina da USP; (2) Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP; (3) Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp; (4) Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; (5) Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; (6) INCA/RJ; (7) Hospital Universitário Antonio Pedro Universidade Federal Fluminense RJ; (8) Universidade Federal de São Paulo; (9) Hospital das Clínicas da UFMG; (10) Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato Oliveira SP; (11) Fundação Antonio Prudente/Hospital A. C. Camargo, São Paulo.

Na década atual (2010), são 26 instituições ofertantes dos PRM em Patologia; destas, destacam-se: (1) Faculdade de Medicina da USP; (2) INCA/RJ e (3) Fundação Antonio Prudente/Hospital A. C. Camargo, São Paulo.

A Região Sul (Tabela 16) é reconhecida como a segunda Região mais expressiva em relação à formação da Residência Médica em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia), nas três UF da Região, todas têm a presença de instituições ofertantes dos PRM na área da Patologia, sendo as mais expressivas no Rio Grande do Sul e no Paraná. O item “Sem Informação” refere-se a cinco registros que não foram identificados na década de conclusão de médicos-patologistas no PRM na área da Patologia. Destacam-se, em toda a Região, duas instituições ao longo das décadas: Hospital das Clínicas de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e Hospital das Clínicas da UFPR (Paraná).

Na Região Nordeste (Tabela 17) identificada como a terceira Região em relação à formação da Residência Médica em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia), nas nove UF da Região, três UF não possuem informações (Paraíba, Piauí e Sergipe) e das seis UF com dados sobre instituições ofertantes dos PRM na área da Patologia, a UF do Maranhão possui dados incipientes. No item “Sem Informação” refere-se a um registro que não foi identificado na década de conclusão de médicos-patologistas no PRM na área da Patologia. Destacam-se, em toda a Região, cinco instituições ao longo das décadas

que são: (1) Hospital das Clínicas da UFPE; (2) Universidade Federal do Rio Grande do Norte; (3) Hospital Prof. Edgard Santos/UFBA; (4) Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC (Ceará) e (5) Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes/UFAL.

A Região Centro-Oeste (Tabela 18) é assinalada como a quarta Região em relação à formação da Residência Médica em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia), das quatro UF da Região, a UF do Mato Grosso não possui informações disponíveis, a UF do Mato Grosso do Sul possui dados incipientes somente na década de 1980, restando duas UF (Distrito Federal e Goiás) com instituições ofertantes dos PRM na área da Patologia. O item “Sem Informação” refere-se a dois registros que não foram identificados na década de conclusão de médicos-patologistas no PRM na área da Patologia. Destacam-se, em toda a Região, duas instituições ao longo das décadas que são: (1) Hospital de Base do Distrito Federal; e (2) Hospital de Clínicas da UFG Goiânia/GO.

A Região Norte (Tabela 19) é a de menor expressão em relação à formação da Residência Médica em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia), das sete UF da Região, apenas a UF do Amazonas apresenta uma instituição ofertante dos PRM na área da Patologia e as demais UF não possuem dados disponíveis. Refere-se ao Hospital Universitário Getúlio Vargas Faculdade de Medicina UFAM.

Tabela 15 – Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes dos PRM. Região Sudeste, 2015

Instituição ofertante do PRM em Patologia/Décadas	UF	1980	1990	2000	2010	S/I	Total
FACULDADE DE MEDICINA DA USP	SP	33	28	46	38	1	146
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO USP	SP	16	22	37	17	...	92
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO UNESP FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU SP	SP	13	21	25	17	3	79
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	SP	7	26	27	17	...	77
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	SP	15	12	28	17	1	73
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER INCA RJ	RJ	5	12	25	28	1	71
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE RJ	RJ	17	18	21	14	...	70
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO	SP	2	21	25	18	...	66
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	MG	9	17	18	11	...	55
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL FRANCISCO MORATO OLIVEIRA SP	SP	10	4	21	13	...	48
FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE HOSPITAL A C CAMARGO	SP	3	4	16	23	...	46
HOSPITAL GERAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA RJ	RJ	5	11	16	4	4	40
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO UFRJ	RJ	13	6	12	5	1	37
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	MG	4	5	16	8	...	33
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE UNIRIO	RJ	...	7	14	10	...	31
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	4	5	14	8	...	31
HOSPITAL HELIOPOLIS SP	SP	3	7	13	8	...	31
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO UERJ	RJ	4	6	9	4	3	26
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	RJ	15	7	2	...	...	24
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA	MG	4	6	3	6	...	19
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA	SP	9	10	...	...	...	19
HOSPITAL E MATERNIDADE DR CELSO PIERRO PUC CAMPINAS SP	SP	...	7	7	4	1	19
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC	SP	...	...	8	10	...	18
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - HU/UFJF	MG	2	3	5	6	...	16
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES	ES	...	1	7	5	1	14
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO RJ	RJ	9	5	...	...	...	14
HOSPITAL DA LAGOA	RJ	8	...	...	...	...	8
UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA	SP	5	3	...	...	...	8
HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE MG	MG	...	2	5	...	...	7
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ*	MG	...	...	3	2	...	5
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE FARIA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS HUCF MG	MG	...	2	2	...	1	5
HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA A GUIAR RJ	RJ	5	...	...	...	...	5
ASSOCIAÇÃO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	SP	...	...	5	...	...	5
HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO IPSEMG HGIP	MG	...	3	...	...	...	3
HOSPITAL SARAH KUBITSCHKE - MG	MG	3	...	...	...	...	3
HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE	RJ	3	...	...	...	...	3
FUNDAÇÃO PIO XII HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS	SP	...	...	...	3	...	3
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - SP	SP	2	1	...	...	...	3
FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS - FHSFA	MG	...	2	...	...	...	2
HOSPITAL GERAL DE JACAREPAGUA - RJ	RJ	2	...	...	...	...	2
HOSPITAL NAVAL MARCILIO DIAS RJ	RJ	...	...	...	2	...	2
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO	RJ	...	...	1	...	1	2
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA - SP	SP	2	...	...	...	...	2
HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO	RJ	1	...	...	...	...	1
HOSPITAL MUNICIPAL JESUS RJ	RJ	1	...	...	...	...	1
INSTITUTO DO CÂNCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO SP	SP	1	...	...	...	...	1
<b>SUDESTE</b>		<b>235</b>	<b>284</b>	<b>431</b>	<b>298</b>	<b>18</b>	<b>1.266</b>

Legenda: Sem Informação do ano/década de conclusão dos PRM (S/I).

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados.

Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

Tabela 16 – Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes dos PRM. Região Sul, 2015

Instituição ofertante do PRM em Patologia/Décadas	UF	1980	1990	2000	2010	S/I	Total
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	RS	7	21	27	15	3	73
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR	PR	10	11	16	12	2	51
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFº POLIDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UFSC	SC	...	6	7	5	...	18
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO RS	RS	...	3	10	2	...	15
SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA	PR	...	4	6	4	...	14
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	...	2	9	2	...	13
LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER PR HOSPITAL ERASTO GAERTNER	PR	...	...	4	4	...	8
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE	SC	...	...	3	4	...	7
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM CCS SANTA MARIA RS	RS	...	2	3	...	...	5
HOSPITAL DR MIGUEL RIET CORREA JUNIOR DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE FURG	RS	...	...	4	...	...	4
ASSOCIAÇÃO ENCARNACION BLAYA - RS	RS	1	2	...	...	...	3
FUNDAÇÃO SAINT PASTOUS - PORTO ALEGRE	RS	2	...	...	...	...	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - RS	RS	...	...	2	...	...	2
UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL ULBRA	RS	...	...	2	...	...	2
HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA	PR	...	1	...	...	...	1
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS PORTO ALEGRE	RS	...	1	...	...	...	1
UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE	RS	1	...	...	...	...	1
<b>SUL</b>		<b>21</b>	<b>53</b>	<b>93</b>	<b>48</b>	<b>5</b>	<b>220</b>

Legenda: Sem Informação do ano/década de conclusão dos PRM (S/I).

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados.

Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

Tabela 17 – Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes dos PRM. Região Nordeste, 2015

Instituição ofertante do PRM em Patologia/Décadas	UF	1980	1990	2000	2010	S/I	Total
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE	PE	6	6	17	9	1	39
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	RN	2	5	11	9	...	27
HOSPITAL PROF EDGARD SANTOS UFBA	BA	2	3	13	7	...	25
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO UFC	CE	...	5	16	2	...	23
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF ALBERTO ANTUNES UFAL	AL	...	5	9	5	...	19
INAMPS - CEARÁ•	CE	11	...	...	...	...	11
INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ•	CE	...	...	...	2	...	2
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PERNAMBUCO	PE	2	...	...	...	...	2
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA HUUFMA	MA	...	...	...	1	...	1
<b>NORDESTE</b>		<b>23</b>	<b>24</b>	<b>66</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>149</b>

Legenda: Sem Informação do ano/década de conclusão dos PRM (S/I).

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados.

Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

Tabela 18 – Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes dos PRM. Região Centro-Oeste, 2015

Instituição ofertante do PRM em Patologia/Décadas	UF	1980	1990	2000	2010	S/I	Total
HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	DF	5	17	22	8	...	52
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFG GOIÂNIA GO	GO	16	9	10	11	2	48
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA HUB \ UNB	DF	1	...	10	9	...	20
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS BRASÍLIA DF	DF	1	...	...	...	...	1
FUNDAÇÃO CENTRO DE ESTUDOS DA SANTA CASA DR WILLIAM MAKSÓUD	MS	1	...	...	...	...	1
<b>CENTRO-OESTE</b>		<b>24</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>122</b>

Legenda: Sem Informação do ano/década de conclusão dos PRM (S/I).

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados.

Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

Tabela 19 – Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por décadas, segundo UF e número de médicos concluintes dos PRM. Região Norte, 2015

Instituição ofertante do PRM em Patologia/Décadas	UF	1980	1990	2000	2010	S/I	Total
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS FACULDADE DE MEDICINA UFAM	AM	...	...	3	5	...	8
<b>NORTE</b>		...	...	<b>3</b>	<b>5</b>	...	<b>8</b>

Legenda: Sem Informação do ano/década de conclusão dos PRM (S/I).

Fonte: Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados.

Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>.

No intuito de melhor compreender as instituições ofertantes dos PRM em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia) a identificação dessas instituições e como estão distribuídas pelas UF e Regiões brasileiras na década atual, foi selecionado o ano de 2015, último ano de coleta de dados e o mais próximo ao cenário atual.

Na Tabela 20, das 32 instituições ofertantes dos referidos PRM em Patologia, a distribuição por Região se deu da seguinte forma: uma no Norte (Amazonas); quatro no Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará e Pernambuco, 1 instituição em cada uma das UF); 20 no Sudeste (12 em São Paulo, 4 no Rio de Janeiro, 4 em Minas Gerais); quatro no Sul (2 em Santa Catarina, 1 no Paraná e 1 no Rio Grande do Sul) e três no Centro-Oeste (2 no Distrito Federal e 1 em Goiás). Mantendo-se o mesmo perfil de predominância da Região Sudeste e na UF de São Paulo de instituições formadoras em PRM.

Quanto à natureza jurídica das instituições ofertantes dos PRM em Patologia, do total das 32 instituições, 24 são da Administração Pública; sete de Entidades Sem Fins Lucrativos e uma de Entidades Empresariais. Em relação ao tipo de estabelecimento, 27 são hospitais gerais, quatro são hospitais especializados em oncologia e um complexo hospitalar (Faculdade de Medicina do ABC) que para a Residência Médica em geral é composto de oito instituições, sendo seis hospitais gerais, um hospital especializado (maternidade) e um pronto-socorro.

Outro aspecto observado refere-se ao fato de que todas as 32 instituições ofertantes dos PRM em Patologia, estão relacionadas com a atenção oncológica. Destas, 29 são habilitadas na atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS e três delas possuem Serviço de Oncologia, mas ainda não são habilitadas no SUS. Das 29 instituições habilitadas: 14 são UNACON; 12 são CACON; um Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar e um Complexo Hospitalar da Faculdade de Medicina do ABC, das oito instituições que compõe o Complexo, cinco delas são instituições habilitadas na atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS e são elas: em Santo André: (1) Hospital Estadual Mário Covas de Santo André (UNACON) e (2) Centro Hospitalar do Município de Santo André em conjunto com o Instituto de Radioterapia do ABC (UNACON); em São Bernardo do Campo: (1) Hospital Anchieta São Bernardo do Campo/Fundação ABC (UNACON) e (2) Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo (Hospital Geral com Cirurgia Oncológica) e em São Caetano do Sul: Hospital Marcia Braido e Maria Braido (UNACON).



Tabela 20 – Instituições ofertantes do PRM em Patologia, por número de médicos concluintes dos PRM, segundo UF, tipo de estabelecimento de saúde, natureza jurídica e habilitação na atenção especializada em oncologia, no ano de 2015. Brasil, 2016

Instituições ofertantes do Programa de Residência Médica em Patologia/ano	UF	Ano 2015¹	Tipo de Estabelecimento²	Natureza Jurídica³	Habilitação na atenção especializada em oncologia⁴
Faculdade de Medicina da USP (Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP/Fundação Faculdade de Medicina)	SP	8	Hospital Geral	Administração Pública	CACON
Fundação Antonio Prudente Hospital A C Camargo (Hospital do Câncer A. C Camargo/Fundação Antônio Prudente)	SP	6	Hospital Especializado em Oncologia	Entidades Sem Fins Lucrativos	CACON
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo Hospital de Ensino da UNIFESP São Paulo (Hospital São Paulo Unidade I/Escola Paulista de Medicina/UNIFESP)	SP	3	Hospital Geral	Entidades Sem Fins Lucrativos	CACON
Hospital de Base do Distrito Federal	DF	3	Hospital Geral	Administração Pública	CACON
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Hospital Central da Santa Casa de São Paulo/Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo)	SP	3	Hospital Geral	Entidades Sem Fins Lucrativos	UNACON
Hospital Municipal São José de Joinville (Hospital Municipal São José)	SC	2	Hospital Geral	Administração Pública	CACON
Instituto Nacional do Câncer/INCA RJ (Instituto Nacional de Câncer/INCA: Hospital de Câncer I; Hospital de Câncer II; Hospital de Câncer III)	RJ	2	Hospital Especializado em Oncologia	Administração Pública	CACON
Hospital das Clínicas de Porto Alegre (Hospital de Clínicas de Porto Alegre)	RS	2	Hospital Geral	Entidades Empresariais	CACON
Instituto do Câncer do Ceará/Hospital Haroldo Juacaba	CE	2	Hospital Especializado em Oncologia	Entidades Sem Fins Lucrativos	CACON
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP (Hospital das Clínicas FAEPA/Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência/ HCFMRP)	SP	2	Hospital Geral	Entidades Sem Fins Lucrativos	CACON
Hospital Universitário Getúlio Vargas Faculdade de Medicina UFAM	AM	2	Hospital Geral	Administração Pública	Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar
Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato Oliveira SP	SP	2	Hospital Geral	Administração Pública	Serviço de Oncologia (Não Habilitado no SUS)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro/Universidade Federal do Triângulo Mineiro)	MG	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital das Clínicas da UFPE (Hospital de Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco)	PE	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital Heliópolis SP (Hospital Heliópolis)	SP	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital de Clínicas da UFG Goiânia/GO (Hospital das Clínicas da Universidade Federal Goiás)	GO	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital Universitário Antonio Pedro Universidade Federal Fluminense RJ (Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP/UFF)	RJ	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital Universitário de Brasília HUB/UNB (Hospital Universitário de Brasília/Fundação da Universidade de Brasília)	DF	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital das Clínicas da UFPR (Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná)	PR	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital das Clínicas da UFMG	MG	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (Hospital de Clínicas de Uberlândia -Universidade Federal de Uberlândia)	MG	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP Faculdade de Medicina de Botucatu SP (Hospital das Clínicas UNESP/Universidade Estadual Paulista)	SP	2	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Complexo Hospitalar⁵ - Faculdade de Medicina do ABC⁶	SP	2	Complexo Hospitalar⁴ (Hospital Geral)	Administração Pública	Instituições habilitadas do Complexo Hospitalar⁴
Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes UFAL (Hospital Universitário Alberto Antunes/ Universidade Federal de Alagoas)	AL	1	Hospital Geral	Administração Pública	CACON
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Hospital das Clínicas da UNICAMP/Universidade Estadual de Campinas)	SP	1	Hospital Geral	Administração Pública	CACON
Fundação Pio XII Hospital de Câncer de Barretos (Hospital São Judas Tadeu/Fundação Pio XII)	SP	1	Hospital Especializado em Oncologia	Entidades Sem Fins Lucrativos	CACON
Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz De Fora - HU/UFJF	MG	1	Hospital Geral	Administração Pública	Serviço de Oncologia (Não Habilitado no SUS)
Hospital Naval Marcílio Dias RJ	RJ	1	Hospital Geral	Administração Pública	Serviço de Oncologia (Não Habilitado no SUS)
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle UNIRIO (Hospital Universitário Gaffrée/UnRio)	RJ	1	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital Prof. Edgard Santos UFBA (Hospital Professor Edgard Santos/ Hospital Universitário MEC - Universidade Federal da Bahia/ FAPEX)	BA	1	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Hospital Universitário Prof. Polidoro Ernani de São Thiago UFSC (Hospital Universitário/Universidade Federal de Santa Catarina)	SC	1	Hospital Geral	Administração Pública	UNACON
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Hospital de Base de São José do Rio Preto/Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto)	SP	1	Hospital Geral	Entidades Sem Fins Lucrativos	UNACON
<b>Total</b>	...	<b>68</b>	...	...	...

Notas: (1) Número de médicos especialistas em Patologia concluintes dos PRM em Patologia, em 2015, das instituições ofertantes destes PRM por UF; (2) CNES; (3) CNES/Tabela de Natureza Jurídica e Qualificação do Representante da Entidade Jurídica do Ministério da Fazenda/Receita Federal do Brasil; (4) A classificação das instituições com base na Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014); (5) Complexo Hospitalar: A classificação das instituições com base na Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014); (6) Faculdade de Medicina do ABC (Complexo Hospitalar): é mantida pela Fundação o ABC, sua sede é na cidade de Santo André/São Paulo. As instituições de saúde são das três cidades circunvizinhas: Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. Para a Residência Médica as instituições selecionadas totalizam 08: Santo André: Centro Hospitalar de Santo André; Hospital Estadual Mário Covas e Hospital da Mulher Maria José Santos Stein; São Bernardo do Campo: Hospital de Ensino Padre Anchieta, Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo e Pronto-Socorro Central de São Bernardo do Campo; e São Caetano do Sul: Complexo Hospitalar Maria Braidó de São Caetano do Sul e Hospital Municipal de Emergências Albert Sabin.

Fontes: (1) Ministério de Educação/Comissão Nacional de Residência Médica/SisCNRM/Consulta de Certificados. Disponível em: <<http://siscnrm.mec.gov.br/certificados>>. (2) e (3) CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def>>. (4) e (5) Portaria Interministerial nº 285 de 24 de março de 2015 (BRASIL, 2015). Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2015/prt0285\\_24\\_03\\_2015.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html)>. (6) Faculdade de Medicina do ABC - Disponível em: <<http://www.fmabc.br/>>.

## 7.5 A escolha da especialidade médica em Patologia

Essa parte envolveu uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas com 15 médicos-residentes em Patologia. Envolveu duas partes de análise, a Parte I (Características Gerais) que incluiu: ano da Residência Médica que está cursando; idade; gênero; estado civil<sup>47</sup>; UF de naturalidade; UF do Curso de Graduação; ano de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina; familiar médico; grau de parentesco do familiar médico; e especialidade médica do grau de parentesco do familiar médico. A Parte II foi a análise temática das entrevistas.

### 7.5.1 Resultados e Discussão da Parte I (Características Gerais)

Na Tabela 21, observou-se que as idades dos médicos-residentes variaram entre 25 a 30 anos, com destaque para 26 e 29 anos representando 26,7% respectivamente. Os achados se aproximaram dos resultados do estudo do Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007) no qual apontou que uma nova tendência, dos médicos-residentes em formação na área da Patologia estava concentrada na faixa etária de 26 a 30 anos. Assim como também no estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al., 2015), no qual faixas etárias abaixo de 29 anos, podem estar em processo de formação na Residência Médica, o que é condizente com os achados da pesquisa. Assim como, os resultados encontrados nos estudos de Bellodi (2001, p.87) que variaram de 23 a 33 anos, com uma média de 25 anos.

Ainda em relação à idade, é interessante comentar que seis médicos-residentes, em sua maioria mais velhos de toda a amostra, antes de ingressarem no curso de Residência Médica em Patologia trabalharam como médicos generalistas na Estratégia Saúde da Família (ESF)

---

<sup>47</sup> Estado Civil: A classificação de estado civil foi baseada no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e adotados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2012. A classificação baseia-se em 5 tipos: (1) Solteiro ( pessoa que tinha o estado civil de solteira. Nunca se casou ou que teve casamento anulado); (2) Casado (pessoas que vivem em companhia de cônjuge ou companheiro (a) foi adotada a categorização da natureza da união) sendo: Casamento civil e religioso (pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro(a) com quem é casada no civil e no religioso, inclusive para a pessoa que, embora só tenha comparecido à cerimônia religiosa, regularizou o ato civil de acordo com a legislação vigente); Só casamento civil (pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro(a) com quem é casada somente no civil); Só casamento religioso ( pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro (a) com quem é casada somente no religioso, em qualquer religião ou culto); união consensual (pessoa que vive em companhia do cônjuge ou companheiro(a) com quem não contraiu casamento civil ou religioso, inclusive as que vivem em união estável (a união estável não gera um estado civil, como por exemplo, a pessoa continua sendo solteira, mas os companheiros ou conviventes têm sua relação regida pelo direito de família) com contrato registrado em cartório); (3) Desquitado (a) ou separado (a) judicialmente (estado civil de desquitado ou separado judicialmente, homologado por decisão judicial); (4) Divorciado (estado civil de divorciado, homologado por decisão judicial); (5) Viúvo (estado civil de viúvo. Pessoa cujo cônjuge faleceu) (PNAD, 2013).

(n=05) e em pronto-socorro (n=01). Dos que trabalharam na ESF (1 com 26 anos, 1 com 27 anos, 2 com 29 anos e 1 com 30 anos), e o que trabalhou no pronto-socorro com 28 anos.

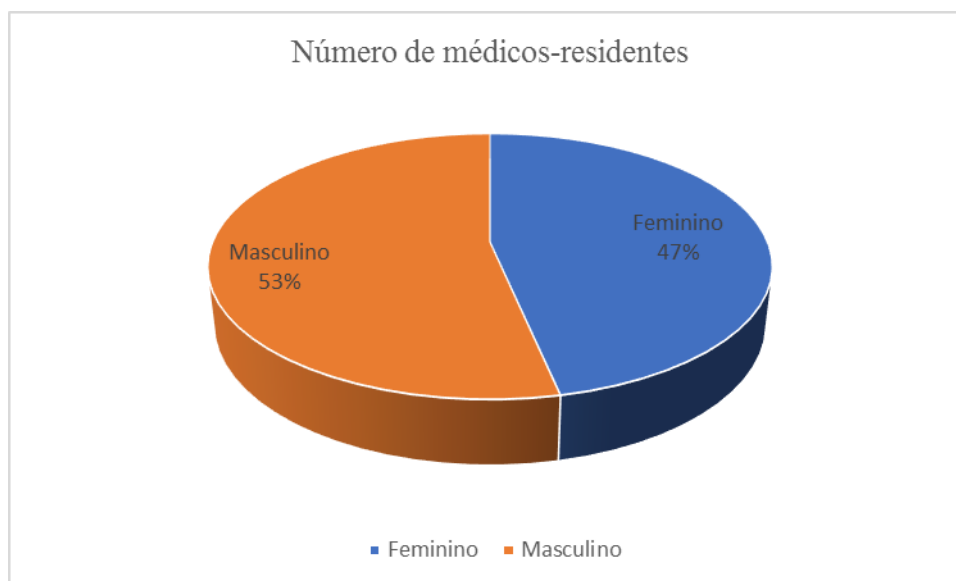
Tabela 21 – Distribuição dos entrevistados, segundo faixa etária. Rio de Janeiro, 2016

Idade (anos)	Número de médicos-residentes	%
25	2	13,3
26	4	26,7
27	3	20,0
28	1	6,7
29	4	26,7
30	1	6,7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Fonte: O autor, 2016. Com base nas entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

Em referência ao gênero dos entrevistados, observou-se que 53,0% (n=08) são masculinos e 47,0% (n=07) femininos (Gráfico 2). Perfil este que difere da tendência de predominância de mulheres; isto é, a feminização da profissão médica encontrada na especialidade em Patologia representando 54,5% no estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al., 2015). E também, no estudo norte-americano, de 2013, denominado *Pathologist Workforce in the United States* (ROBBOY et al., 2013) em que o percentual de mulheres nos PRM em Patologia no Estados Unidos vem aumentando ao longo dos anos. Porém, os achados da pesquisa têm semelhanças com estudo do Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007). Embora haja predomínio de mulheres (56,20%) na especialidade como um todo, por diferentes faixas etárias, foi observado que, entre 26 e 30 anos, há predomínio de homens, podendo refletir uma nova tendência de aumento do interesse dos homens pela especialidade em Patologia.

Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados, segundo gênero. Rio de Janeiro, 2016



Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

Quanto ao estado civil dos médicos-residentes (Tabela 22), notou-se o predomínio de solteiros com 86,7% (n=13) seguidos dos casados com 13,3% (n=02), não havendo as condições de divorciado, desquitado/separado judicialmente ou viúvo. Tal cenário acerca-se dos achados do estudo de Bellodi (2001, p.87) em que os médicos-residentes eram predominantemente solteiros variando entre 93,0% (n=30) clínicos e 97,0% (n=30) cirurgiões. Além do que, podem mostrar que o número predominante de solteiros tenha haver com esse período de formação da Residência Médica, mais dedicado à qualificação profissional e conseqüentemente a um maior número de solteiros. Assim como na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013 (PNAD, 2014), em que há o predomínio de solteiros na população. Estes representaram 49,2%; os casados (38,6%); desquitado/separado e divorciados (6,1%) e os viúvos (6,1%), mostrando que o número de brasileiros solteiros superou o de casados em todas as Regiões do país. O Brasil tinha 77 milhões de solteiros, ganhou 2,7 milhões a mais do que no ano anterior. O total de casados passou de 61,1 milhões para 60,4 milhões, com uma redução de 720 mil.

Tabela 22 – Distribuição dos entrevistados, segundo estado civil. Rio de Janeiro, 2016

<b>Estado Civil</b>	<b>Número de médicos-residentes</b>	<b>%</b>
Solteiro (a)	13	86,7
Casado (a)	2	13,3
Desquitado (a) ou separado (a) judicialmente	0	0,0
Divorciado (a)	0	0,0
Viúvo (a)	0	0,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

As Tabelas 23 e 24 referem-se à UF da naturalidade, do Curso de Graduação em Medicina e do Curso de Residência Médica dos médicos-residentes em Patologia entrevistados. A Tabela 23 mostra que o perfil das Regiões é semelhante em relação às UF de naturalidade e dos Cursos de Graduação em Medicina, com predomínio das Regiões Sudeste e Região Nordeste com seis (40,0%) de médicos-residentes naturais das respectivas Regiões. Quanto aos quantitativos de UF de naturalidade em relação às UF dos Cursos de Graduação são diferentes, o médico-residente natural da UF do Amapá cursou a Graduação de Medicina no Pará e os médicos-residentes naturais do Espírito Santo cursaram a Graduação em Medicina no Rio de Janeiro. Os demais médicos-residentes cursaram a Graduação em Medicina na mesma UF de nascimento.

Na Tabela 24, observou-se que 53,3% (n=08) cursaram a Graduação em Medicina na mesma UF de naturalidade. Outro ponto em destaque refere-se a 27,7% (n=04) dos médicos-residentes em Patologia que mantiveram na mesma UF de naturalidade, também onde foram realizados o Curso de Graduação em Medicina e o Curso de Residência Médica em Patologia, ressaltando que a UF de Residência Médica dos médicos-residentes em Patologia entrevistados foi na UF do Rio de Janeiro na Região Sudeste. Tais aspectos se aproximam dos achados da pesquisa referentes ao levantamento de dados secundários, utilizando as bases de dados do CNE e SisCNRM, assim como do estudo de Seixas; Corrêa; Moraes (2011, p. 133-150). As tendências observadas em relação aos fluxos migratórios dos médicos-residentes em Patologia assemelham-se com os achados de médicos-patologistas no Brasil, onde é notada a retenção dos médicos especialistas em Patologia. Caracterizados como “não migrante” e estáveis, do ponto de vista, da mesma UF e Região serem da naturalidade, do curso de Graduação em Medicina e do curso de Residência Médica em Patologia.

Tabela 23 – Distribuição dos entrevistados, segundo a UF de naturalidade e do Curso de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro, 2016

UF /Região	Naturalidade		Graduação em Medicina	
	N	%	N	%
Amapá	1	6,7	...	...
Pará	1	6,7	2	13,3
<b>NORTE</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>
Bahia	2	13,3	2	13,3
Paraíba	2	13,3	2	13,3
Piauí	1	6,7	1	6,7
Rio Grande do Norte	1	6,7	1	6,7
<b>NORDESTE</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>
Espírito Santo	2	13,3	...	...
Rio de Janeiro	4	26,7	6	40,0
<b>SUDESTE</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>	<b>6</b>	<b>40,0</b>
Santa Catarina	1	6,7	1	6,7
<b>SUL</b>	<b>1</b>	<b>6,7</b>	<b>1</b>	<b>6,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

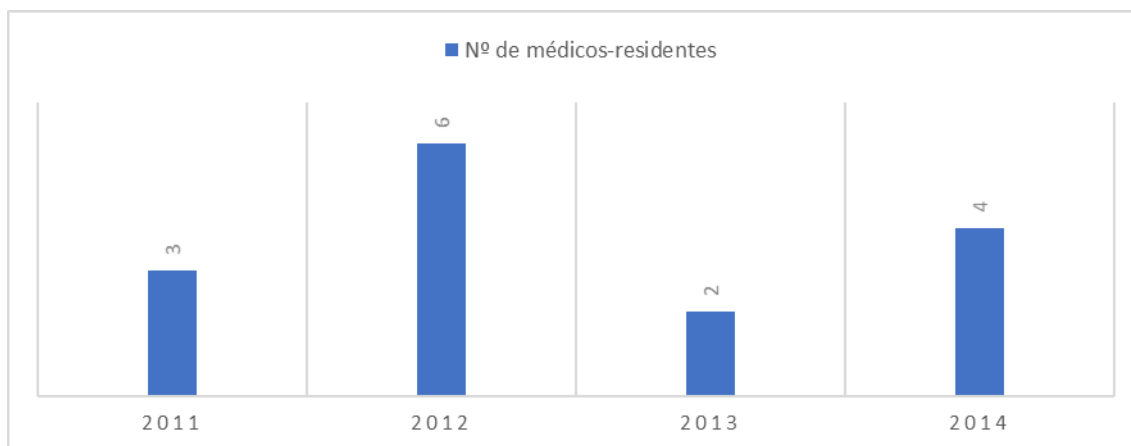
Tabela 24 – Relação das UF de naturalidade com a UF do Curso de Graduação em Medicina e com a UF do Curso de Residência Médica dos entrevistados. Rio de Janeiro, 2016

UF de origem	N	%
Mesma UF de naturalidade/Curso de Graduação/Curso de Residência Médica	4	26,7
Mesma UF de naturalidade e do Curso de Graduação	8	53,3
Mesma UF do Curso de Graduação e do Curso de Residência Médica	2	13,3
Diferentes UF (naturalidade/Curso de Graduação/Curso de Residência Médica)	1	6,7
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

O Gráfico 3 refere-se à distribuição dos entrevistados, segundo ano de conclusão do Curso de Graduação em Medicina. Notou-se que todos os entrevistados concluíram o Curso de Graduação em Medicina na década atual (2010), equivalendo ao momento da entrevista (ano de 2016) entre dois e cinco anos de formados. Entre os anos de conclusão, sobressaiu o ano de 2012 com 40,0%. Esses anos de conclusão são condizentes com o período dos mais jovens formados e estarem em processo de especialização, como por exemplo na Residência Médica em Patologia que tem três anos de formação.

Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados, segundo ano de conclusão do Cursos de Graduação em Medicina. Rio de Janeiro, 2016



Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

A Tabela 25 refere-se ao número de familiares médicos, segundo parentesco e especialidade médica dos médicos-residentes em Patologia entrevistados. Observou-se que 53,3% (n=8) disseram não haver familiar médico na família. Os que informaram que havia familiares representaram 46,7% (n=7). Destes, totalizaram 12 familiares sendo: quatro eram irmãos; três tios; dois cônjuges; e mãe, pai e avô com um familiar, respectivamente. Quanto às especialidades médicas foram diversificadas entre nove especialidades médicas, porém em relação à Patologia apenas dois familiares (irmão e cônjuge).

Na observação dos achados da pesquisa com o estudo do Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007), no que se refere às influências familiares na escolha da especialidade em Patologia, apontou uma aproximação em relação a não haver influência familiar, embora neste estudo, haja uma porcentagem elevada de 86,6% e o restante, que tem influência familiar, referiu-se: primeiro o pai e em segunda irmão, o que difere em parte dos achados da pesquisa na qual houve destaque de irmão e cônjuge. Todavia na pesquisa de Machado (1997, p. 34), metade dos médicos declarou ter familiar médico, destacando-se: primos (30,0%), irmãos (27,0%), tios (13,0%), pais (10,0%), e filhos (6,0%). Embora exista uma influência familiar na escolha da profissão médica, na especialidade médica em Patologia não foi tão acentuada.

Tabela 25 – Número de familiares médicos, segundo parentesco e especialidade médica dos médicos-residentes em Patologia entrevistados. Rio de Janeiro, 2016

Familiar Médico	N (Médico-residente)	%	Parentesco	N (Familiar médico)	Especialidade Médica
Não	8	53,3	...	...	...
Sim	7	46,7	Mãe	1	Dermatologia
			Pai	1	Radiologia e Diagnóstico por imagem
			Irmãos	4	Dermatologia, Hematologia e Hemoterapia, Patologia e Pneumologia
			Tios	3	Cirurgia Geral, Medicina do Trabalho e Psiquiatria
			Avô	1	Cirurgia Geral
			Cônjuge	2	Patologia e Radioterapia
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>		<b>12</b>	

Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

### 7.5.2 Resultados e Discussão Parte II (Análise temática das entrevistas)

Os resultados apresentados foram construídos a partir da análise das unidades de registro, obtidas por meio das entrevistas com 15 médicos-residentes em Patologia. Na Tabela 26, observa-se a repetição de frequência das unidades de registro de cada tema que se desprende espontaneamente dos textos analisados por entrevistado e no conjunto das entrevistas.

Segundo Bellodi (2001, p. 30-38), a escolha da Medicina não termina no momento da opção pela Medicina, mas tem implicações também na escolha por uma especialidade médica, a ser seguida na Residência Médica e, provavelmente, pelo restante da vida.

[...] uma boa escolha profissional é aquela que integra de forma satisfatória não só os determinantes externos, mas também aqueles de ordem interna: as habilidades, os interesses e, principalmente, as características de personalidade. É da congruência entre esses dois grupos de determinantes que se faz uma escolha madura, ajustada e, portanto, prazerosa para o indivíduo (BELLODI, 2001, p.32).

A escolha da especialidade médica não é um tema muito estudado no Brasil, há poucos trabalhos, diferente da Europa e Estados Unidos que utilizam dessa temática visando à formação, ao provimento, à fixação de especialistas, às previsões de escassez de especialistas para atender às necessidades de saúde da população e do sistema de saúde.

Para a escolha de uma especialidade médica, há uma multiplicidade de fatores, às vezes contraditórias entre pesquisadores; mas, entre eles, destacam-se: (1) os dados



sociodemográficos; (2) o momento e a estabilidade da escolha; (3) os aspectos acadêmicos; e (4) a personalidade (BELLODI, 2001, p.48-71).

Ao primeiro questionamento das entrevistas (Quais foram os motivos que levaram à sua escolha pela especialidade médica em Patologia?), surgiram quatro temas: (1) afinidade com a especialidade médica em Patologia (n=34) representando 57,6%; (2) trabalho (n=26) representando 22,0%; (3) qualidade de vida (n=07) com 11,9%; e (4) influência familiar ou profissional (n=05) expressando 8,5%. Na Tabela 26, são apresentadas a síntese da construção dos temas, das categorias e das unidades de registro na análise temática dos depoimentos dos entrevistados. Em seguida, cada uma dessas categorias é comentada e comparada à literatura.

Tabela 26 – Síntese da construção dos temas, das categorias e das unidades de registro na análise temática dos depoimentos dos entrevistados, Rio de Janeiro, 2016

Temática	Categoria	Unidade de Registro	
		N	%
Afinidade com a especialidade em Patologia	Gostar do conteúdo de histologia, patologia, anatomia na Graduação	9	26,5
	A Patologia é mais investigativa e permite mais pesquisa	9	26,5
	Interesse pessoal com a especialidade	6	17,6
	Monitor de Anatomia, histologia/iniciação científica e cursos na Patologia na Graduação	6	17,6
	Resolutividade no trabalho (dar o diagnóstico)	3	8,8
	Trabalhar com Tecnologia	1	2,9
<b>Subtotal</b>		<b>34</b>	<b>100,0</b>
Trabalho	Preferir uma relação médico-paciente indireta	6	46,2
	Decepção em trabalhar com a Medicina de Família/Estratégia de Saúde da Família	5	38,5
	Não querer trabalhar com Pronto Socorro /Emergência	2	15,4
<b>Subtotal</b>		<b>13</b>	<b>100,0</b>
Qualidade de vida	Horas previsíveis de trabalho, mais tempo de lazer e para família	3	42,9
	Estilo de vida medico	2	28,6
	Trabalhar com tranquilidade sem pressão	2	28,6
<b>Subtotal</b>		<b>7</b>	<b>100,0</b>
Influência familiar e/ou profissional	Influência de Professor de Patologia na Graduação	4	80,0
	Influência familiar (médico na família)	1	20,0
<b>Subtotal</b>		<b>5</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>		<b>59</b>	

Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

Em relação ao primeiro tema afinidade com a especialidade Patologia, emergiram seis categorias: (1) gostar do conteúdo de Histologia, Patologia, Anatomia na Graduação; (2) a Patologia é mais investigativa e permite mais pesquisa; (3) interesse pessoal com a especialidade; (4) monitor de Anatomia, Histologia/iniciação científica e cursos na área da

Patologia na Graduação; (5) resolutividade no trabalho (dar o diagnóstico); (6) trabalhar com tecnologia.

No conjunto dos temas, a afinidade com a especialidade em Patologia foi o de maior expressão com 34 unidades de registro (57,6%), mostrando que esse foi o fator mais significativo na escolha da especialidade médica em Patologia. Entretanto, observa-se que o tema afinidade é amplo na própria concepção da palavra, e o tipo de afinidade está relacionado às falas dos entrevistados. A partir das unidades de registro, foi possível identificar dois eixos de afinidades, um relacionado ao conteúdo intelectual da Patologia e o outro eixo de afinidade profissional. Pode-se compreender que tanto o conteúdo intelectual quanto à parte profissional (principalmente com sua característica investigativa) foram os fatores de forte atração dos médicos-residentes na escolha da especialidade médica em Patologia.

O estudo de Bellodi (2001, p. 54-58) aponta que há uma multiplicidade de fatores envolvidos na escolha de uma especialidade, entre eles, o que mais se aproxima desse tema foi o chamado aspectos acadêmicos. Está pautado em fatores como o desempenho do aluno durante o curso de Graduação em Medicina, em experiências positivas vivenciadas no internato, ou mesmo em monitoria ou iniciação científica, o currículo e o tipo de aprendizagem e esses fatores podem influenciar a escolha da especialidade médica. Aponta-se também que há fatores de atração que influenciam a escolha da especialidade, independente de uma área específica. Como fatores de atração de maior influência destacam-se: o tipo do problema do paciente; a coerência com a personalidade; a oportunidade de fazer a diferença na vida das pessoas; o interesse em ajudá-las; o conteúdo intelectual da especialidade; o desafio relativo aos problemas de diagnóstico e à diversidade no diagnóstico e na terapêutica.

E também, no estudo de Da Cruz et al. (2010), a afinidade com a especialidade foi considerada como um fator muito importante representando 91% de respostas dos 325 respondentes.

Todavia os achados diferem do estudo de Petta (2013), em que médicos recém-formados procuram as especialidades que agregam procedimentos, elevando, assim, a remuneração; que não necessitam de dedicação e envolvimento contínuo com os pacientes e têm maior prestígio social.

As falas que retratam a afinidade com a especialidade Patologia (no contexto do conteúdo intelectual da especialidade) são as seguintes:

[...] a afinidade, que eu sempre gostei muito. Tanto de equipamentos, por exemplo o microscópio, quanto à parte biológica, de estudo de células, tanto que desde o início da faculdade as matérias que eu mais gostava estavam envolvidas nisso. Histologia, Citologia e quando no segundo ano quando eu dei Patologia, para mim já conquistou minha preferência. E claro como a forma que a matéria foi passada ajudou muito, claro que pra maioria das pessoas a matéria é chata porque as pessoas não têm dimensão da real importância que é, mas pelo menos assim, na organização que eu tive na minha faculdade que a gente dá praticamente em paralelo a Patologia e a Fisiologia, que a gente entende o funcionamento da célula normal e a partir daí as alterações que ela sofre na patologia, nos processos patológicos, você vê que aquilo ali é um pilar fundamental de muita coisa, então como eu sempre achei isso muito bonito, foi o que me conquistou. Entrevistado ERm1.

[...] eu acho que foi a questão da Histologia mesmo assim, antes da Patologia, eu acho que foi a Histologia foi a disciplina que eu mais gostei, que eu achei mais interessante [...] agora assim, minha faculdade os demais professores tinham muito respeito pela Patologia, tem um patologista muito bom lá e isso ajuda muito porque em muitos locais o pessoal da cirurgia, até o pessoal da clínica não vê muito bem a Patologia, " o pessoal isolado, o pessoal que não tem contato com o paciente, é o pessoal esquisito" e lá não, lá eles têm um respeito muito bom pelo patologista tanto que nós temos da minha turma saíram dois patologistas, que é difícil sair um patologista em alguma turma, da minha turma saíram dois patologistas, então alguma coisa ela tem que influencia o aluno a fazer essa área. Entrevistado ERm4.

[...] durante a faculdade eu tinha mais afinidade com a Patologia, com a Histologia, com a Oncologia. Aí eu fui monitor, fiz os estágios, fiz bolsa em iniciação científica e acabei optando pela especialidade depois. Entrevistado ERm7.

[...] e a Patologia já é uma curiosidade minha da faculdade, tinha gostado muito da disciplina, fui monitor de histologia, gostava muito de morfologia e por me sentir curioso e gostar muito também da questão fisiopatológica da Medicina, eu achava que seria uma especialidade muito interessante que iria me afastar dos conflitos ideológicos porque eu iria estar numa área que seria totalmente técnica, vamos dizer assim e não ia ter esse contato com a pessoa e ao mesmo tempo ia me despertar a curiosidade dos processos fisiopatológicos, da questão do diagnóstico na morfologia e realmente me descobri na Patologia, aqui eu tenho o espaço que eu preciso pra mim, pessoal pra poder me desenvolver e ao mesmo tempo eu consigo me apaixonar e descobrir coisas novas e continuar interessado pela Medicina, que era isso que na Medicina de Família não estava mais acontecendo. Entrevistado ERm12.

[...] primeiro que foi uma identificação muito imediata assim, durante a faculdade. De cara eu já gostei do conteúdo. Histologia primeiro, depois Patologia, e durante a faculdade eu tive a oportunidade de fazer monitorias, trabalhos nessa área e eu sempre me identifiquei. Entrevistado ERf15.

Em relação às falas dos entrevistados que retratam a afinidade com a especialidade Patologia (no contexto da afinidade profissional) tem como destaque a característica investigativa e de pesquisa da Patologia.

Essas características se aproximam das implicações cognitivas do trabalho do patologista. Segundo Pena e Andrade-Filho (2006) a atividade do médico-patologista envolve processos mentais complexos incluindo percepção, atenção, memória, busca, planificação e linguagem. A atividade do patologista está intimamente ligada à percepção visual, ao examinar uma lâmina ao microscópio. Outro processo é a atenção, essa atividade mental que possui um grau de diretividade e seletividade, assim como de linguagem. Pode buscar um achado inicialmente não detectado e também é capaz de combinar outros achados relevantes na avaliação de um caso. A memória visual do patologista é de grande valor, a contraposição de imagens percebidas com as armazenadas mentalmente constitui apenas uma etapa inicial

requerendo confrontar essa experiência visual com traços e elementos mais característicos da lesão. O diagnóstico patológico resgata a prática da patologia como prática médica e, antes de tudo, humana. Várias regras devem ser respeitadas na condução do caso, não apenas regras técnicas (a descrição do laudo anatomopatológico) de como também valores éticos e de respeito ao ser humano.

Os resultados encontrados nas falas dos entrevistados que exprimem a afinidade com a especialidade Patologia (no contexto da afinidade profissional) são:

[...] eu queria uma especialidade que eu tivesse um outro tipo de compromisso, um outro tipo de relacionamento com outros profissionais médicos, com a busca de um diagnóstico assim, não de uma suspeita e tal, essa coisa mais investigativa que a patologia dá também, isso me atraía, apesar de que eu não tinha contato como eu falei, contato nenhum com nenhum patologista. Entrevistado ERm3.

[...] a tendência investigativa, o teu tempo para estudar os casos, isso é legal porque nas outras especialidades você tem uma rotina de muito atendimento, atendimento, atendimento e a nossa rotina é laudar, né? Verificar os casos, mas também estudar e aprofundar esses casos, então o patologista ele está sempre em construção, ele está sempre aprofundando todas as áreas da Medicina estudam muito, mas a gente, o nosso serviço é estudar, né? Nossa função é pegar um caso, um material biológico qualquer e gerar informações para o cliente, então esse fato de você ter que estudar, não ter emergência, isso contou muito para mim, para escolher, desde o início gostava muito de Histologia, de Patologia das áreas básicas da Medicina. Querer conhecer as doenças, conhecer as neoplasias e não necessariamente tratar. Eu achava tratar sem graça, que era receitinha de bolo. Eu acho o desafio do diagnóstico mais interessante do que os protocolos, mil e um protocolos a ser seguidos, tanto a clínica quanto a cirurgia seguem, né? Eu prefiro o raciocínio de diagnóstico. Isso aí. Entrevistado ERm4.

[...] eu falei vou conhecer a especialidade e se não der certo eu desisto. Mas aí eu fui acostumando, fui gostando. É uma especialidade que te dá muitos desafios, a gente tem que ver tudo do corpo humano né, da cabeça até o pé, todo o órgão a gente estuda e assim, força a estar estudando e eu acho também. [...] na Patologia eu consigo resolver tudo que está ao meu alcance, eu consigo porque eu pego aquela peça ali né, o paciente faz a cirurgia. Eu pego aquela peça, consigo clivar, consigo olhar depois a lâmina e desenvolver um laudo. Então assim, eu consigo ter todo um controle do processo que eu faço. Eu consigo dar o resultado final. Entrevistado ERm8.

[...] eu fui procurar a Patologia então, na verdade eu fui lembrar daquela época de faculdade que gostava de pesquisa e achar uma área que unisse as duas coisas, que eu não tivesse um envolvimento tão direto, imaginava eu na verdade quando você está no sistema você está e não tem jeito e que eu pudesse fazer pesquisa. Acho que foi basicamente isso. [...] o médico, eu costumo comparar um pouco o patologista está nos bastidores da Medicina então nem todo mundo eu acho que, tem essa vontade de fazer Medicina para ficar nos bastidores. Entrevistado ERf9.

[...] o patologista é o curioso né? Eu sempre gostei de ficar quietinha num canto investigando. Eu não tenho muito jeito com gente, eu sou uma pessoa mais quieta, é da minha personalidade mesmo. Sou mais tímida, gosto de trabalhar quietinha, trabalhar só então o patologista tem muito essa coisa do solitário né? E eu sempre achei muito interessante porque é um mundo, é o mundo da Medicina inteira está na patologia, você vai dar diagnóstico de tudo e é muito curioso, muito bonito. Então sempre me encantou. Entrevistado ERf10.

[...] aqui a gente meio que tem um começo e fim que é a gente escreve o que a gente vê, sabe? E também que é assim, o trabalho 100% feito, que é o de dar diagnóstico, enquanto tratar o paciente com câncer é complicado e não tem muito é incerto né. Entrevistado ERm13.

[...] eu sempre quis Patologia porque eu queria ser patologista forense. É uma especialidade que aqui no Brasil é ligado diretamente a polícia né, mas eu gostava muito do porquê das coisas. Eu sempre queria saber por quê? Por que da morte? E depois da faculdade o porquê da vida também? [...] acho que todo aluno de medicina depois que tem a matéria, ele quer ser daquela especialidade da matéria, assim. Então quando eu tive oftalmologia eu queria ser oftalmologista, quando eu tive gastro eu queria ser gastro. Mais por final da faculdade que a gente começa a não ter as aulas da especialidade né, e ter assim o rodízio das especialidades, e aquela vivência deu a certeza de que eu queria Patologia. Entrevistado ERf14.

No que concerne ao tema trabalho, emergiram três categorias: (1) preferir uma relação médico-paciente indireta; (2) decepção em trabalhar com a Medicina de Família/ESF; e (3) não querer trabalhar no pronto-socorro/emergência.

No conjunto dos temas, o trabalho foi o segundo mais expressivo com 13 unidades de registro (22,0%). Cabe destacar que as abordagens que envolvem a temática trabalho é vasta, porém a partir das unidades de registro pode-se identificar que os enfoques revelados nas falas dos entrevistados tinham basicamente dois aspectos: um referente à relação médico-paciente indireta e o outro a experiências profissionais vivenciadas de forma negativa antes da Residência Médica em Patologia.

Quanto à relação médico-paciente no qual é destacado “preferir uma relação médico-paciente indireta”, alguns aspectos podem ser estar relacionados com esse fator. Um pode ter relação com o modo de trabalho do médico-patologista, em que o contato direto com paciente, na maioria das vezes, não ocorre, o médico-patologista trabalha nos “bastidores” das equipes multiprofissionais. O envolvimento ocorre principalmente com outros médicos que baseiam suas condutas terapêuticas a partir dos laudos anatomopatológicos emitidos pelos patologistas (BERNARDI, 2012).

Outro aspecto pode estar relacionado a fatores intrínsecos dessa relação médico-paciente. O estudo de Rios e Schraiber (2011) mostrou que, embora a organização do trabalho médico seja um dos principais fatores responsáveis pelos problemas na relação médico-paciente, apesar das propostas de humanização na área da Saúde e na formação humanística durante a graduação, foi observado que modos de processamento das relações entre as pessoas, e, particularmente, entre professores e alunos, expressam dificuldades para a experiência intersubjetiva (possuir a capacidade de inter-relacionamento com seu semelhante), mostrando que fatores mais intrínsecos à constituição do eu-médico e dos relacionamentos interpessoais devem ser considerados.

As falas que retratam a relação-médico paciente indireta são as seguintes:

[...] por uma escolha de não querer ter paciente, assim, aí fui pesquisar um pouco e achei que teria uma qualidade vida melhor, assim como mulher, ter filho, família. Entrevistado ERf5.

[...] a questão do ambiente de trabalho eu acho muito boa. Não tem aquela pressão igual quando você está atendendo paciente. Entrevistado ERm8.

[...] vou fazer alguma coisa que assim, me envolva menos com o paciente. Entrevistado ERm13.

No tocante às falas dos entrevistados, referentes às experiências profissionais vivenciadas de forma negativa antes da Residência Médica em Patologia, sejam na Medicina de Família ou em pronto-socorro. Cabe destacar que seis médicos-residentes em Patologia trabalharam como médicos generalistas antes de ingressarem na Residência Médica em Patologia; destes, cinco na ESF, em diferentes Regiões, como: Região Nordeste (Bahia e Paraíba), Região Sul (Santa Catarina) e Região Sudeste (Rio de Janeiro). E outro em pronto-socorro na Região Sudeste (Rio de Janeiro).

Esse aspecto observado nos achados suscita algumas reflexões em relação à escolha de uma especialidade médica como a Patologia. A migração de uma especialidade médica com características distintas no modo de trabalho, como por exemplo, uma maior relação médico-paciente (p.ex. atividades na ESF) para uma especialidade oposta em que prevalece a técnica e habilidades, nas quais predomina o apoio diagnóstico que envolve tecnologia e uma relação médico-paciente indireta, como a Patologia.

No trabalho de Machado (1997, p. 25-30) e adotado também no trabalho de Bellodi (2001, p. 46-48) reclassificaram sociologicamente as especialidades médicas, considerando a natureza e o processo de trabalho médico. A Medicina de Família e Comunidade está classificada no grupo de especialidades cognitivas que lidam diretamente com o paciente, e sua relação profissional se baseia fundamentalmente no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada. A Patologia classificada como uma das especialidades tecnológicas e/ou burocráticas, que adotam a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico-paciente de natureza individual e intransferível, cede lugar à relação coletiva, na qual o objeto é quase sempre impessoal, referindo-se a populações, a coletividades ou até a um paciente de outro médico que necessite de algum exame específico. São especialidades tipicamente urbanas, fruto de processos sociais mais avançados e voltados à pesquisa, diagnósticos laboratoriais, entre outros.

Chama a atenção, nas falas dos entrevistados, o fato de inicialmente escolherem a Medicina de Família por gostarem; isto é, estar relacionada à afinidade com a especialidade. Mas o modo de organização do sistema de saúde e o mercado de trabalho precarizados nos vínculos de trabalho foram os fortes fatores que buscaram a mudança e a migração para outra área de especialidade oposta ao modo de trabalho, como é a Patologia, e que, também, está relacionada a problemas de organização dos sistemas de saúde e a vínculos precarizados de trabalho. Em suma, a escolha de uma especialidade médica está relacionada com variáveis complexas e inter-relacionadas, incluindo aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e

ideológicos. Que para a área da Patologia vão requer outros estudos futuros, até mesmo para uma melhor compreensão do quanto uma escolha de uma especialidade estará comprometida, pelo fato de sua opção ter derivado de experiências profissionais vivenciadas de forma negativa em outra especialidade médica.

Outros aspectos estão relacionados com outros desafios, entre eles: a formação da Patologia ainda fortemente centrada no modelo biomédico, voltadas para as doenças e utilização de tecnologias e tendo que conviver com os desafios impostos pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2014c), do Curso de Graduação em Medicina, uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. Com articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes nas áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Que acabam distanciando do olhar da Patologia como uma especialidade médica.

As falas que retratam as experiências profissionais vivenciadas de forma negativa são as seguintes:

[...] eu optei por não fazer prova no primeiro ano quando eu me formei e trabalhar durante um ano. E aí durante o trabalho, aí eu fui vendo que era o que eu queria assim para minha vida. Na faculdade a gente não tem muita experiência com Patologia, na faculdade então não foi algo “ eu me identifiquei com o professor”, para mim não foi isso foi mais por saber o dia a dia da profissão assim, é menos estresse, eu trabalhava no PSF durante um ano e meio então era dor de cabeça todos os dias, apesar de eu amar Medicina de Família, amar Medicina de Família. Só que a situação como um qual a Medicina de Família hoje está colocada, eu acho que ela não é atrativa. É a visão que eu tenho assim. Não é atrativa. [...] por exemplo, eu trabalhei um ano no PROVAB, que é o programa do governo e apesar de me estressar [...] tem uma estrutura muito organizada, mas a falta de perspectiva, de futuro na Medicina de Família, isso me desestimulou. Meu professor era louco que eu fizesse Medicina de Família. [...] Medicina de Família hoje com o advento do Programa Mais Médicos, do PROVAB, de tudo ficou uma coisa parece, a impressão que se tem é que ficou uma coisa para tapar buraco. Tipo assim, vamos pegar o médico recém-formado, vamos deixar ele por um ano, dois anos, três anos. Como eu e colegas meus que a gente queria ficar mais tempo, mas vai ficar mais tempo, recebendo bolsa por resto da sua vida, sabe? É uma coisa meio insegura, e quando eu saí de uma faculdade particular e abri um curso de Residência de Família aqui na federal e na particular, esse professor queria muito que eu ficasse lá, mas não essa falta de não consegui ver um futuro para a Medicina de Família, ainda não consigo ver do jeito que tá a situação hoje. Não consigo ver e isso me desestimulou e aí também por outro lado, já que tinha de trabalhar, tal ano que focar numa área que fosse mais tranquila, que não tivesse tanto estresse diário com o paciente porquê a gente fazia muitas coisas no PSF, é bom trabalhar direto com pessoas sempre não é do dia para a noite que você vai chegar na universidade e pá, não existe isso. Entrevistado ERm3.

[...] logo que me formei fui trabalhar num posto de saúde e daí eu fiquei Médica de Família, 6 meses e foi assim, a pior escolha e foi a melhor e a pior, melhor porque eu vi que não era o que eu queria para mim, e a pior porque eu passei assim, um período muito difícil, mas aí eu decidi largar, e estudar de volta para fazer Residência, é que eu não tinha feito, não tinha passado em nada. Tinha feito prova de Residência no final da faculdade, mas não tinha passado em nada. Então eu não sabia como o que eu queria e acabei, assim eu não vou fazer nada, vou trabalhar! Aí parei em setembro, trabalhei até setembro do outro ano, parei e fui estudar de volta para poder passar em alguma coisa, né? Mas também não sabia o que eu queria, e por incrível que pareça eu só fiz duas provas só, uma para patologia e uma para Clínica Médica e passei para Patologia no RJ, não tinha nenhuma ideia de como seria, e aqui estou assim também, por uma escolha de não querer ter paciente, assim, aí fui pesquisar um pouco e achei que teria uma qualidade vida melhor, assim como mulher, ter filho, família. Entrevistado ERf5.

[...] Médico de Família e plantonista do hospital, mas esse tem que fazer de tudo nesses hospitais. É atender criança, gestante, tem que fazer de tudo. Fazer parto. Aí assim, só que eu vi que as condições de trabalho eram muito ruins e porque a gente não tinha um contrato de trabalho, assim que desse algum respaldo para gente. Não tinha direito a férias, então assim. Tu corria risco de ter salário atrasado, se tivesse um vínculo empregatício, com direito a aposentadoria, carteira assinada, férias. Eu acho que eu teria ficado lá, teria ficado perto da minha família. Aí isso aí foi me desanimando, de continuar sem fazer a Residência. Aí eu pensei assim, como eu já tinha passado por Patologia e por ser uma área também que dá uma certa qualidade de vida, se quiser não precisa trabalhar a noite e nem final de semana, foi um dos fatores, foi a qualidade de vida que me levou a fazer a Patologia e a outra também pela questão de eu poder ter mais resolutividade para paciente, porque quando eu trabalhava diretamente com o paciente, eu só trabalhei através do SUS, você fica um pouco frustrado porque você não consegue. Às vezes você faz a sua parte, mas não consegue ver um resultado positivo para o paciente. Por exemplo, você pede um exame para ele fazer, um exame complementar e ele não consegue marcar o exame. Teve um paciente lá mesmo onde eu trabalhei que pedi uma tomografia, o paciente. Eu fiquei um ano lá, no município durante um ano e ele não conseguiu marcar. Aí às vezes você passa o remédio e ele não tem o dinheiro para comprar, o município às vezes não tem aquele medicamento e você fica meio desanimado. E na Patologia eu consigo resolver tudo que está ao meu alcance, eu consigo porque eu pego aquela peça ali né, o paciente faz a cirurgia[...] Então assim, eu consigo ter todo um “controle” do processo que eu faço, entendeu? Eu consigo dar o resultado final. Entrevistado ERm8.

[...] Fiz Medicina da Família, durante um ano, mas foi pós, não foi Residência, e nesse momento que eu fiz Medicina da Família que eu tive contato com o paciente e no sistema público, que é um sistema muito falho, principalmente no interior [...], que enfim, muito precário, uma série de dificuldades de rede mesmo, de assistência. Eu acabei decidindo que eu queria procurar uma área que eu não me envolvesse tão diretamente com o sistema, não era nem com o paciente. Era com esse sistema que você lá, três meses para agendar aquele exame. Na minha cidade, onde eu fiz a pós, tinham dois anos que biópsias tinham sido suspensas. Então assim, a gente não conseguia dar andamento e aí eu falei “eu não vou poder mudar isso” e eu resolvi não está diretamente envolvida nisso. E por isso eu fui procurar a Patologia. Entrevistado ERf9.

[...] quando eu me formei realmente eu queria fazer Medicina de Família, mas por ter um caminho atravessado eu saí e fiquei pensando “O que é que eu vou fazer agora já que meu sonho que era fazer Medicina de Família não deu certo?”, eu não tinha maturidade suficiente, eu não sei. E pela experiência que eu tive com Medicina de Família eu percebi que por questões ideológicas eu pensava em fazer algo que tivesse pouco contato com o paciente porque se eu fosse fazer qualquer outra área clínica, eu iria continuar tendo os mesmos problemas que tinha na Medicina de Família que me fizeram desistir. [...] acho que a sobrecarga que ia ter na minha vida, o papel de ser médico [...] iria ser médico porque o trabalho é muito extenuante na Medicina de Família [...] trabalhava para uma população de favela, eram cinco mil pessoas que tinham que tomar conta e eu me vi doente, mais adoecido que a população porque realmente era muito demanda, era muita sobrecarga. E eu falei “não, se eu continuar nesse ritmo daqui a vinte anos de trabalho vou ser hipertenso, diabético, vou estar com insônia, vou ter um infarto, eu que vou estar doente.” Então não quero essa rotina que me adocece. Entrevistado ERm12.

[...] quando eu terminei a faculdade eu não tinha convicção de que eu queria porque eu não tinha contato com a parte prática em si e eu achei que fosse sentir falta do contato com o paciente, mas durante um ano depois que eu me formei, eu resolvi ficar um ano trabalhando e aí eu vi que era um pouco. Absorvia muito sabe, essa coisa de emergência, de contato com o paciente. [...] e eu sentia falta de uma rotina mais tranquila. Entrevistado ERf15.



Em relação ao terceiro tema qualidade de vida, surgiram duas categorias: (1) estilos de vida tranquilo, e (2) horas previsíveis de trabalho, mais tempo de lazer e para família. O estilo de vida é um fator considerado de influência na escolha da especialidade médica, como observado em alguns estudos. Entretanto nos achados da pesquisa com os entrevistados, este não foi o principal fator de forte influência, embora notado em algumas falas dos entrevistados, levando à ideia de que esse fator seja um segundo fator mais importante.

No estudo de Schwartz et al. (1990), foi proposto o conceito denominado de Estilo de Vida Controlável (EVC); isto é, são as especialidades médicas que permitem ao médico controlar o número de horas dedicadas à prática da especialidade. E, classificou nove especialidades nesse grupo (Anestesiologia, Dermatologia, Medicina de Urgência, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, **Patologia**, Psiquiatria e Radiologia). Concluiu que os aspectos relacionados a esse fator são mais influentes na escolha da especialidade médica do que os aspectos relacionados a fatores como, por exemplo, remuneração, prestígio e duração da formação para concluir a especialidade.

E também foram observados no trabalho de Bellodi (2001, p. 50-51), sobre o estilo de vida, que, embora o conflito entre a família e a carreira possa ser comum as mulheres, há tendências de que isso está se tornando igualmente importante para os homens, influenciando ambos os sexos na seleção de especialidades médicas que permitam um estilo de vida mais flexível. Tais considerações foram observadas também nas falas dos entrevistados homens.

No estudo do Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007) com 904 médicos-patologistas, pôde-se observar que pouco mais de um terço dos patologistas não consegue férias, a cada ano, e um quinto só suspende as atividades profissionais a cada quatro anos. O lazer semanal é referenciado por 75,44% dos entrevistados. Entretanto, quase 80% se dedicam a algum tipo de *hobbie* não médico principalmente a algum tipo de esporte (30,86%). Outras atividades realizadas dessa natureza comuns dentro da categoria são: música, dança, fotografia, artes (pintura, desenho, teatro etc.).

O estilo de vida médico e qualidade de vida é um fator importante de influência na escolha da especialidade médica. No estudo Da Cruz et al. (2010), com 325 respondentes, estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), observou-se que o estilo de vida médico e a qualidade de vida representaram, como sendo muito importante (52,6%) e importante (42,1%), o segundo motivo de escolha da especialidade médica.

As falas que retratam esse cenário de qualidade de vida são as seguintes:

[...] e ter o conviver, família e profissão [...] conseguir não ter um horário, tipo, conseguir trabalhar menos tempo, mas hoje eu vejo que na verdade isso é meio fajuto, você conhece patologista que trabalha, até às 10 da noite, mas assim, mesmo assim, mas mesmo assim, é tu que faz seu horário [...]. ERf5.

[...] na Patologia, dá para dar uma respirada, você está com um caso difícil você para, respira um pouquinho, pesquisa num livro, pesquisa em outro, pode pedir a opinião do colega. Então assim, eu acho que assim, você tem mais tranquilidade para trabalhar, não tem aquela pressão. [...] aí eu pensei assim, como eu já tinha passado por Patologia e por ser uma área também que dá uma certa qualidade de vida, se quiser não precisa trabalhar a noite e nem final de semana, foi um dos fatores, foi a qualidade de vida que me levou a fazer a Patologia e a outra também pela questão. ERm8.

[...] seja mais intelectual, científica, que pegue nos livros e tal, sabe? E foi aí que eu vim para Patologia. ERm13.

[...] e eu sentia falta de uma rotina mais tranquila, uma coisa mais à parte assim, sabe? E aí eu falei, vou tentar a prova para ver se é o que eu gosto e na primeira semana de residência eu já vi que era isso, me senti muito feliz. ERf15.

No que diz respeito ao quarto e último tema influência familiar e/ou profissional, surgiram duas categorias: (1) influência de professor de Patologia no Curso de Graduação e (2) influência de familiar médico (especialidade Patologia). Cabe destacar que a influência do professor/docente foi predominante nas falas dos entrevistados. E apenas um entrevistado aponta a influência familiar como um fator de escolha pela especialidade. Pode-se considerar que a influência profissional (professor/docente) é um fator de influência na escolha da especialidade médica.

No tocante à influência familiar, foram percebidos dois aspectos referentes à herança familiar, um pode estar associado ao fato da identificação com a figura parental e repetir esse mesmo papel (no caso da irmã médica-patologista), o outro aspecto refere-se ao fato de continuidade de uma posição social de prestígio familiar e valor já conquistado, como por exemplo, o laboratório de Análises Clínicas e Patologia de propriedade paterna, tais pontos se aproximam dos achados do estudo de Bellodi (2001, p. 88). Do mesmo modo que se assemelham aos achados do estudo do Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007), em que 86,6% dos médicos-patologistas não têm nenhuma influência familiar na escolha da especialidade; assim como, foi observado, no estudo de Da Cruz et al. (2010), que a influência familiar não é um fator importante (49,2%) nessa escolha.

Entretanto, é bastante interessante ressaltar que, na década de 1990, a compreensão da herança familiar era um fator importante na escolha da especialidade médica, observado nos trabalhos de Schraiber (1993, p. 49-50), que mostrou como a escolha profissional na Medicina acompanha a herança familiar. Para a autora, a escolha profissional representa dois caminhos:

o da ascensão social ou da continuidade familiar. Semelhante a Machado (1997, p. 34), seguir a profissão de um membro da família também é uma situação em que quase metade dos médicos declarou ter parente médico, destacando-se: primos, irmãos, tios, pais e filhos.

A influência de médicos/professores como “modelos” de influência é considerada um dos principais fatores de escolha da especialidade médica na Europa e nos Estados Unidos. Entretanto, no Brasil, dois estudos diferem do perfil de escolha da especialidade. O estudo de Bellodi (2001, p. 112-116) destacou que tem sido pouco apontado pelos entrevistados esse fator de influência na escolha de uma especialidade. No trabalho de Da Cruz et al. (2010), a relação com profissional ou professor foi importante para 41,3% e pouco importante para 36,4%. Já a influência de médicos/professores como modelo foi importante para 39,1% e pouco importante para 38,0%.

Nos achados da presente pesquisa, embora o quantitativo encontrado nas unidades de registro não seja expressivo, é relevante nas falas dos entrevistados quando apontam a influência do professor-especialista na escolha da especialidade médica em Patologia.

Um dos fatores que pode justificar a minimização dessa influência por parte dos entrevistados pode estar relacionado com as próprias reflexões sobre a prática da docência médica no Brasil, conforme se observa em dois trabalhos.

O ambiente de ensino e a atitude dos alunos é professor-dependente. Não parece haver diretrizes pedagógicas criadas para nortear o trabalho de todos. Tampouco, no que se refere à atitude médica, os professores são modelos cuja escolha fica a critério dos alunos, sem uma diretriz clara da instituição sobre quais deles estariam adequados ao seu objetivo educacional na prática, e não somente no discurso. Assim, foram encontrados três modos de ser do professor: (1) o professor onipotente; (2) o que cria vínculos, e o que (3) desqualifica, anula o aluno como sujeito em sua relação. De um modo geral, nas aulas teóricas, reuniões e, nas visitas aos pacientes, os alunos, passivamente, assistem a longas exposições complexas sobre vários assuntos, frequentemente conduzidas por professores que pouco interagem com os alunos e, em geral, com os pacientes também. Transmitem informações tecnicamente corretas sobre temas médicos de forma centrada em si mesmos. Não perguntam e não oferecem tempo para o aluno pensar; ou seja, não estimulam a participação nem o desenvolvimento de raciocínio (RIOS; SCHRAIBER, 2011).

Como se pode observar no trabalho de Buchabqui (2015, 65-83), com relação às reflexões sobre a docência médica, o perfil docente se aproxima mais do médico-pesquisador-especialista do que do professor; isto é, um docente que continua tendo na anatomoclínica sua perspectiva médica e na tradição sua pedagogia. A Medicina e a didática possuem uma

dinâmica própria, tensionada pelo saber socialmente válido e reconhecido por tradição, e outro, também tradicional, mas de menor *status* social. Essa tensão faz com que se produza uma noção no professor-médico, na qual a Medicina é considerada suficiente para legitimar a docência. Por outro lado, a falta de uma prática docente de formação crítica, tanto em relação ao processo em si, ao curso, ao seu significado e comprometimento, quanto ao modo de efetivá-la pelos que devam levar adiante quaisquer novas propostas curriculares.

As falas que retratam essa temática influência familiar e/ou profissional são as seguintes:

[...] eu tinha um contato da especialidade na faculdade através de dois professores muito queridos. Eu achei interessante essa questão da profundidade de se estudar a doença e não o doente em si, eu achei muito interessante isso, associado ao fato de que eu acreditava que a especialidade pudesse me proporcionar uma satisfação profissional maior do que o contato direto com o paciente que durante a graduação, eu fui vendo que talvez não fosse o melhor caminho a se seguir. E aí eu pensei que eu poderia ajudar os pacientes de outra forma, que seria trabalhando com a Patologia. Então foi essa mistura, foi essa associação de eu achar a especialidade interessante, de ter um enfoque no estudo de doenças, óbvio na relação do paciente e tudo mais e poder ajudar o paciente de uma outra forma que não a assistência direta. Entrevistado ERm2.

[...] eu tive uma professora maravilhosa também que eu acho que contribuiu porque acaba inspirando né, e aí eu tomei um interesse assim, com a patologia. Aí posteriormente no quarto ano eu fiz um estágio de um mês em Patologia em SP, para ver como era a especialidade. Eu fiz durante as férias. Aí para ver como era a especialidade. Aí eu gostei, achei legal a rotina. Entrevistado ERf11.

[...] eu acho que a escolha da especialidade não vem só dá afinidade da gente com a especialidade, mas com afinidade da gente com os nossos professores dessa especialidade e o contato. Então se você tinha 60 horas de Patologia, Anatomia Patológica na faculdade e agora você não tem. Não sei, uma hora inserida em cada bloco daqueles que eles fazem por sistema, você acaba não tendo uma empatia com o professor e com a matéria. Entrevistado ERf14.

[...] a minha irmã já era patologista, né? E meu pai tem um laboratório de análises clínicas e montou um laboratório de Patologia para minha irmã e aí juntando o útil ao agradável eu achei que como eu já não gostava muito de dar plantão e que tinha isso tudo eu falei, acho que é Patologia mesmo que eu quero e tal, e foi isso. Gosto muito, não faria outra coisa. Entrevistado ERf6.

## 7.6 Síntese

Para uma melhor compreensão da formação do médico especialista em Patologia, ancorou-se em três eixos de análise que foram: o levantamento documental; o levantamento de dados secundários, utilizando as bases de dados do CNE, SisCNRN e as entrevistas.

Primeiramente, cabe destacar, em relação à especialidade médica em Patologia, o contexto histórico que a envolveu as áreas da Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia. No ano de 2002, ocorre a fusão dos conhecimentos das especialidades médicas da Anatomia Patologia com a Patologia e então passa a ser reconhecida como especialidade médica em

Patologia, não mais sendo reconhecida como especialidade a Anatomia Patológica. Ao mesmo tempo, a Citopatologia deixa de ser uma especialidade médica e passa a ser uma área de atuação médica da especialidade médica em Patologia. Diante este cenário optou-se para a pesquisa reconhecer que a especialidade médica em Patologia, é composta de um conjunto de dados e informações provenientes da Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia. Ressaltando que não foi incluída a Patologia Clínica por tratar-se de outra especialidade médica denominada de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (CFM, 2016a) com habilidades e competências diferenciadas da especialidade médica em Patologia.

No que diz respeito ao **levantamento documental**, este foi referente aos documentos normativos relacionados com a Residência Médica em Patologia. Esses documentos normativos refletem a regulamentação pela ação do Estado, segundo interesses de grupos/classes, no caso, de entidades médicas de classe, reforçando a concepção de que a Residência Médica seja importante para a organização do processo de trabalho da corporação médica. E essa vontade transformada em atos normativos (leis, decretos, resoluções etc.).

Quanto à clareza normativa, há uma perceptibilidade, do ponto de vista, de formatação da norma (ementas, os preâmbulos demonstrando o embasamento das considerações apresentadas, os enunciados, os objetivos e a indicação da aplicação da disposição normativa, as medidas necessárias para a implementação etc.). Por outro lado, principalmente nos documentos tipo resoluções, observou-se a presença de considerações padronizadas e de argumentações lineares no transcorrer dos anos, independentes dos fatos e acontecimentos que ocorriam.

Embora seja indiscutível o papel dessas normatizações no início da normatização da Residência Médica, pode-se perceber que atualmente mantém-se na condição de atualização de atos normativos, sem avançar em questões, por exemplo, da desarticulação entre as necessidades de saúde e a formação de especialistas para o sistema de saúde.

Inicialmente é importante destacar alguns momentos que foram significativos para a compreensão da especialidade médica em Patologia, que sobressaíram no levantamento documental. O contexto histórico que envolveu a Residência Médica em Patologia pode ser observado nos documentos normativos no decorrer das décadas, assim como as modificações que ocorreram e que impactaram nessa especialidade médica.

Nas décadas de 1970, 1980 e 1990, alguns aspectos chamaram a atenção, tais como: entre as especialidades médicas reconhecidas, constavam a Patologia e a Citopatologia (1978); ocorre o reconhecimento da validade dos Títulos de Especialistas em Patologia que a SBP concede aos associados (1979); a Anatomia Patológica passa a obter o Registro de

Qualificação de Especialista (1980); nas especialidades médicas credenciáveis com acesso direto aos PRM, está incluída a Anatomia Patológica, perfil que se manteve até o ano de 2002 (1981) e é reconhecido os Títulos de Especialistas conferidos pela AMB, no qual estão incluídas as especialidades médicas em Citopatologia e Patologia (1989).

Na década de 2000, pode-se considerar um decênio marcante para a área da Patologia (sejam a Anatomia Patológica, a Citopatologia e a Patologia), no ano de 2002 são reconhecidas 50 especialidades médicas entre elas a Patologia com áreas de atuação em Citopatologia e Histopatologia. Não sendo mais reconhecida a Anatomia Patologia como especialidade médica. No ano seguinte (2003) são reconhecidas 53 especialidades médicas, entre elas a Patologia. E também, 53 Áreas de Atuação, entre elas apenas a Citopatologia.

De 2003 até 2016, permanece o TE em Patologia com formação em três anos, conferido pela CNRM, por meio do PRM em Patologia e pela AMB, por intermédio, de Concurso do Convênio AMB/SBP. Em relação ao certificado de área de atuação, reconhece a Citopatologia, com formação em um ano conferida pela CNRM, opcional em PRM em Patologia e pela AMB/Concurso do Convênio AMB/SBC, com requisito TE/AMB em Patologia.

Outro aspecto a destacar refere-se à observação por décadas do processo evolutivo em relação à regulamentação da Residência Médica no país. Nas décadas de 1950 e 1960, os atos normativos eram mais gerais sobre a Medicina e as especialidades médicas, porém sem defini-las. Na década de 1970, destaque para o Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, que regulamentou a Residência Médica e criou a CNRM. Além disso, definiu a Residência Médica como “uma modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva”. Na década de 1980, outra referência regulatória, foi a Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981, que dispôs sobre as atividades do médico-residente. Sendo apresentado uma nova definição de Residência Médica que é muito semelhante à anterior (1977). Nessa década os outros atos normativos, principalmente as resoluções foram mais de detalhamento de normas orientadoras e reguladoras mais gerais das atividades dos médicos-residentes; definição de especialidades médicas e áreas de atuação; inicia-se o processo de requisitos mínimos para os PRM, entre outros.

Na década de 1990, em menores proporções de atos normativos do que na década anterior, os destaques dos documentos analisados, em forma de leis com premissas mais orientadoras e reguladoras referentes às remunerações dos médicos-residentes. Na década de 2000, outro ato normativo de realce foi a Resolução CFM nº 1.634 de 11 de abril de 2002 que

dispôs sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Apresenta a definição de especialidade (“Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade”) e a definição de área de atuação (“Modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”). Além do mais, apresenta os critérios de definição das especialidades médicas e das respectivas áreas de atuação. Assim como, estabelece os critérios de titulações e certificações de especialidade médica e áreas de atuação.

Além de outros atos normativos referentes às normas orientadoras e reguladoras mais gerais das atividades dos médicos-residentes; definição das especialidades médicas e das respectivas áreas de atuação; titulações e certificações de especialidade médica e áreas de atuação.

Na década de 2010 (2010 até 2016) com número expressivo de documentos normativos que caracterizaram por atualização, modificações, revogações e novas redações de documentos das décadas anteriores, assim como instituições de novas diretrizes de regência dos PRM. Destacando-se, em 2013, a Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Em 2016, destacam-se dois documentos normativos: (1) Resolução CFM nº 2.148 de 22 de julho de 2016 - que dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da CME, composta pelo CFM, pela AMB e pela CNRM, que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. Tendo com anexo a Portaria CME nº 01/2016 que regulamenta o funcionamento da CME, disciplinando o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina.

Apresenta a mesma definição de especialidade médica e área de atuação da Resolução CFM nº 1.634 de 11 de abril de 2002. Estabelece critérios para o reconhecimento das especialidades médicas, assim como os critérios de exclusão para reconhecimento de especialidades; (2) Resolução CFM nº 2.149 de 22 de julho de 2016 - que homologa a Portaria CME nº 02/2016, aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela CME. Definindo os critérios de Titulações e certificações de especialidades médicas e Certificados de áreas de atuação.

Por fim, os documentos oficiais normativos analisados se caracterizaram por um processo evolutivo, cíclico e variável no tempo. Ressaltando que documentos normativos estão conexos a fatos e acontecimentos, relacionados com a história, com o passado, com relações sociais, econômicas e políticas estabelecidas ao longo de um processo. Entre elas, o avanço no conhecimento; as inovações e incorporações tecnológicas; a complexidade das patologias; o impacto da transição demográfica e epidemiológica na saúde da população do Brasil; as transformações no processo de trabalho em saúde; o mercado de trabalho; entre outras. Essas dimensões não foram construídas ao mesmo tempo e nem de forma combinada, mas convivem atualmente de forma complexa e, às vezes, contraditórias no sistema de saúde no país.

Essas contradições da Residência Médica, observadas nos documentos normativos, se harmonizam com a discussão de Feuerwerker (2005), na qual aponta que a Residência Médica foi regulamentada para atender às demandas de trabalho e de formação. No que concerne à parte “trabalho”, tem um reconhecimento, mesmo que parcial, de direitos trabalhistas dos médicos-residentes, isso implica na consideração de que há trabalho, prestação de serviço e geração de valor nas atividades desenvolvidas. Por outro lado, na parte “formação”, são mais frágeis as questões da regulamentação, embora ela seja definida como uma modalidade de pós-graduação. O contexto de sua formação não aponta para as necessidades reais de formação da força de trabalho para o SUS. Todavia foram observadas, nos documentos normativos, principalmente na década atual (2010), iniciativas dos Ministérios da Saúde e da Educação, mas esse tempo ainda não foi suficiente para que já existam respostas, propostas, soluções, estratégias para atender às lacunas de formação para o SUS.

Às vezes em um mesmo documento normativo, deflagram-se nas considerações as necessidades; mas, por outro lado, ainda se mantém o conceito de que a Residência Médica é uma “modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço”. Mostrando as diferenças entre os documentos mais cartoriais e distantes das práticas.

No que concerne aos Requisitos Mínimos dos PRM em Anatomia Patológica e em Patologia, nos anos de 1983, 2002 e 2006, pode-se observar o distanciamento dos conteúdos expressos no Requisitos Mínimos, do momento atual da Patologia, que é um contexto voltado para Patologia ultracelular que está cada vez mais num crescente, envolvendo estudos e incorporações tecnológicas, exigindo cada vez mais do médico especialista em Patologia o acompanhamento dos avanços científicos e tecnológicos na área da Patologia, por outro lado,



as diretrizes e recomendações publicadas por meio dos documentos normativos para a formação desse especialista não expressam tais fatos.

Além disso, as recomendações expressas nos documentos normativos sobre os Requisitos Mínimos dos PRM em Patologia, suas características estão voltadas para o enfoque biomédico; isto é, um conhecimento fragmentado por especialidades e as atividades de ensino-aprendizagem utilizando o cenário de prática os ambientes hospitalares e o treinamento em serviço. Tais características estão mais próximas de um modelo flexneriano, e, com isso, mais distantes das necessidades de saúde. A mudança do perfil epidemiológico da população, as DCNT, entre elas o câncer, que são uma das principais prioridades na área da saúde no Brasil, o trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares se fazendo necessários, as práticas de saúde e as mudanças nos modelos organizacionais têm contribuído em muito para a necessidade de trazer mudanças na formação do médico especialista em Patologia para dar conta das demandas da saúde atuais.

Tal fato se aproxima de um estudo norte-americano (ALLEN, 2013), o qual aponta que atualmente existem lacunas na formação do médico-residente em Patologia, seja no domínio da anatomia básica, na Patologia cirúrgica, gestão do laboratório, na capacidade de tomar decisões clínicas relevantes, entre outras. Também é destacado neste estudo como a Residência Médica em diversas áreas (fora da Patologia) progride com um programa amplo e atualizado. Contrasta com a área da Patologia, com um estilo de aprendizagem passiva e com um treinamento não adequado para prepará-los para prática. Essa área da Patologia precisa preparar adequadamente os seus médicos-residentes, para fornecer uma base sólida em tecnologias emergentes, medidas de qualidade e preparar os patologistas para consultores credenciáveis em seus campos de atuação, não devendo ser compreendido como tempo de treinamento. O autor considera que as causas sejam multifatoriais, porém entre elas destacam-se duas delas, uma refere-se às deficiências nos currículos dos cursos de Graduação em Medicina, cada vez mais com menos ênfase na Histologia, Patologia e Anatomia. O outro fator, quase universalmente seguido, refere-se ao aumento de bolsas de estudos múltiplas de Patologia de subespecialidades (p.ex.: Moldes Fellow), seja um dos sintomas de deficiências na formação de médicos-residentes em Patologia. Existe reconhecimento de médicos-patologistas e dos médicos-residentes das lacunas na formação do patologista. O estudo aponta que se não houver mudanças reais sejam na Graduação, na formação do médico-patologista, na responsabilização dos patologistas na formação, o impacto é profundo e abrangente, com a percepção de perda de autoidentidade e respeito como médico, menos

dedicação aos padrões profissionais e menor sendo de dever com pacientes, outros colegas médicos e com outros profissionais.

Em relação ao **levantamento de dados secundários** de bases de dados oficiais de acesso livre, como o CNE, alguns pontos se destacam, entre eles, o perfil de egressos dos cursos de Graduação em Medicina, egressos dos PRM em Patologia (Anatomia Patológica, Citopatologia e Patologia) e a tendência de migração dos médicos especialistas em Patologia no Brasil.

Em relação ao número de médicos-patologistas concluintes dos cursos de Graduação em Medicina por Região, com inscrição principal, na situação de inscrição ativa, por número de especialidades médicas (1, 2 ou 3 e mais especialidades) com os locais das instituições do curso de Graduação em Medicina, agrupados por Regiões brasileiras, os achados mostraram a predominância da Região Sudeste, seguida da Região Nordeste, em terceiro a Região Sul e quarto a Região Centro-Oeste. Por fim a Região Norte como o menor número de concluintes.

Tal contexto se aproxima das conclusões sobre Graduação em Medicina em geral, do estudo sobre Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010, desenvolvido pela Estação de Trabalho do IMS-UERJ, da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH) (PIERANTONI, 2012, p. 83-90).

Dos médicos especialistas em Patologia, com uma especialidade, a década de 2000 (equivalendo ao tempo de conclusão entre 8 e 17 anos) é a mais expressiva, tanto em números de UF quanto em número de concluintes de Graduação em Medicina, seguida da década de 1990 (tempo de conclusão entre 18 e 27 anos). Dos médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas e com três ou mais especialidades, a década de 1970 (equivalendo ao tempo de conclusão de 38 a 47 anos) foi a mais expressiva, tanto em número de concluintes de Graduação em Medicina quanto em números de UF. Esses achados se aproximam dos resultados encontrados no estudo denominado o Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007), que a maioria dos médicos-patologistas tem mais de 20 anos de formados. Por outro lado, distinguem dos encontrados no estudo de Demografia Médica de 2015 (SCHEFFER et al., 2015) em que a média/anos de tempo de formado foi de 27,7 anos. Essa variação de resultados alcançados pelas diferentes investigações, podem estar relacionadas a múltiplos fatores, entre eles, o tamanho da amostra e o delineamento dos estudos.

Como destaque para relação do número de médicos especialistas em Patologia, com inscrição principal ativa, que independentemente do número de especialidades médicas (1, 2 ou 3 e mais) com as UF das Instituições do curso de Graduação em Medicina. Os dados em

todas as Regiões mostraram que o maior número de concluintes dos Cursos de Graduação em Medicina ocorreram na própria Região da inscrição principal. Tal cenário apontou para tendência de haver a retenção de médicos especialistas em Patologia na própria Região. Tal contexto se aproxima dos achados de Seixas; Corrêa; Moraes (2011, p. 133-150) quando denomina de “não migrante” e aponta que este perfil é bastante estável ao longo dos anos indicando haver retenção de graduados nas Regiões brasileiras.

Em relação aos achados dos médicos especialistas em Patologia concluintes dos PRM em Patologia, os dados foram encontrados tanto na base de dados do CNE quanto do SisCNRM. Em relação às Regiões brasileiras, os achados tanto no CNE quanto no SisCNRM, em relação ao número de concluintes dos PRM em Patologia, destacam o predomínio da Região Sudeste como um importante centro formador do país principalmente no eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Em segundo a Região Sul, em terceiro a Região Nordeste, em quarto a Região Centro-Oeste e, por fim, a Região Norte.

As Regiões Norte, Nordeste e Sudeste apresentam um discreto crescimento, ao longo dos anos de médicos-patologistas concluintes dos PRM. Diferentemente a Região Sul, caracteriza-se por uma diminuição de médicos-patologistas concluintes dos PRM. Por outro lado, a Região Centro-Oeste sem alterações expressivas no decorrer dos anos, mantendo o mesmo perfil.

Em síntese, na distribuição dos médicos-patologistas concluintes nos PRM, segundo as UF mostra que das 27 UF, 14 delas (aproximadamente 50%), tiveram um discreto crescimento em números absolutos de médicos concluintes dos PRM, as 13 UF restantes (aproximadamente 50,0%) tiveram em oito delas uma diminuição do crescimento e em cinco delas se mantiveram sem alterações ao longo dos anos. Os achados demonstram uma estabilização no crescimento de médicos concluintes dos PRM em Patologia. Além, do que se mantém a concentração na Região Sudeste em detrimento a outras Regiões, persistindo as desigualdades no país.

No tocante das décadas, também independente da base de dados e das Regiões destaca-se em maior expressão a década de 2000, que é uma década de transição dos PRM da Anatomia Patológica para a Patologia e de mudanças em relação às especialidades médicas. Seguida da década de 2010, porém não demonstrando um crescimento expressivo entre as referidas décadas. Assinalando para o mercado de trabalho, que o médico especialista em Patologia, em sua maioria, tem entre oito e 17 anos de formação na referida especialidade médica, com uma tendência de estagnação no crescimento do número de médicos-patologistas concluintes nos PRM em Patologia.

Da base de dados do CNE, foi possível observar a relação do número de médicos especialistas em Patologia concluintes dos PRM, com as instituições ofertantes dos PRM por UF e Regiões. Nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul, o maior número de médicos-patologistas concluintes dos PRM são oriundos das instituições ofertantes dos PRM na área da Patologia da própria Região. E a Região Sudeste é a segunda Região com instituições ofertantes dos referido PRM. Na Região Norte, os médicos-patologistas concluintes dos PRM são, em sua maioria, oriundos das instituições ofertantes dos PRM da Região Sudeste. Já na Região Centro-Oeste, a maior representatividade de médicos concluintes dos PRM de Patologia, constitui-se de parte da própria Região e parte da Região Sudeste.

Esse cenário é bastante interessante, embora haja o predomínio da Região Sudeste com instituições ofertantes dos PRM na área da Patologia, principalmente no eixo Rio de Janeiro-São Paulo, fato este historicamente conhecido, com os achados, pode-se constatar que, em todas as Regiões, existem potenciais instituições ofertantes dos PRM na área da Patologia.

Assim como ocorre na Graduação de Medicina, a Residência Médica também, em sua maioria, ocorre na própria Região de inscrição principal do médico especialista em Patologia, caracterizando que existe retenção de médicos-patologistas nas diferentes Regiões do país.

Em relação aos fluxos migratórios dos médicos-patologistas no Brasil, a tendência observada é de retenção dos médicos especialistas em Patologia. Isto é, “não migrante” e estáveis, do ponto de vista, do registro profissional ser da mesma Região da instituição do curso de Graduação em Medicina e da Residência Médica em Patologia. Caracterizando que grande parte dos médicos-patologistas permanecem nas UF e na Regiões onde realizaram a Residência Médica e a Graduação em Medicina. Além disso, notou-se que, nas Regiões Nordeste e Sul, observam-se migrações intrarregionais.

Tal contexto de formação de médicos especialistas em Patologia se aproxima dos achados da pesquisa realizada por Seixas; Corrêa; Moraes (2011, p. 133-150) no qual aproximadamente 80% dos médicos permanecem nas UF onde realizam a Residência Médica. Os destinos são semelhantes ao perfil da Graduação em Medicina, tendo a UF de São Paulo o destino final. No que concerne a procedência dos médicos-residentes formados em outras UF, São Paulo é considerado o principal centro formador para todas as UF, exceto Rio de Janeiro e Santa Catarina. O Rio de Janeiro também é um importante centro formador seguido de Minas Gerais. Em suma, São Paulo é um importante centro formador de especialidades e também de atração de mercado de trabalho. Em contraste UF como o Rio de Janeiro, Minas

Gerais, Rio Grande do Sul e Pernambuco, reconhecidos como importantes centros formadores de especialidades médicas, porém não de atração de mercado de trabalho.

Da base de dados do SisCNRM, que se refere ao número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM na área da Patologia por décadas e segundo Regiões brasileiras no período de 1980-2015 (até outubro), nas Regiões brasileiras, é notório o predomínio da Região Sudeste com certificados emitidos, principalmente no eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Em relação às décadas, sobressaiu a de 2000 com a maior representatividade do número de médicos especialistas em Patologia, com certificados emitidos de conclusão dos PRM na área da Patologia.

Outro ponto a ser ressaltado, em relação à década atual (2010-2015), nos dados observados por cada ano, notou-se um discreto aumento de número de médicos especialistas em Patologia com certificados emitidos de conclusão dos PRM, sobretudo entre os anos de 2013 e 2014 e com diminuição do crescimento no ano de 2015. Em suma, não há um crescimento expressivo nas UF na década atual, mantendo-se o predomínio da Região Sudeste no eixo São Paulo-Rio de Janeiro.

Em relação a esse mesmo período, os números de instituições ofertantes do PRM em Patologia, no decorrer dos anos apresenta oscilações, mas com uma diminuição do ano de 2014 para 2015. Mesmo sendo anos marcados com iniciativas governamentais de incentivo, como por exemplo, a parceria do Ministério da Educação com o Ministério da Saúde, criando o Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) cujo objetivo é apoiar a formação de especialistas em Regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da expansão de PRM e Programas de Residências Multiprofissionais (PRM). No qual a especialidade médica em Patologia era uma das áreas prioritárias. Esse contexto da formação dos médicos especialistas em Patologia no tocante à Residência Médica na década atual, se assemelha com os achados do estudo de Petta (2013), sabe-se que as especialidades médicas induzidas pelo Pró-Residência, não são atualmente as mais procuradas pelos médicos recém-formados. A maior parte procura as especialidades que agregam procedimentos, elevando, assim, a remuneração; que não necessitam de dedicação e envolvimento contínuo com os pacientes; e têm maior prestígio social. Exemplifica que as especialidades em Medicina de Família e Comunidade, e a Pediatria, possuem diversas vagas ociosas no país e foram uma das especialidades priorizadas pelo programa. Nas especialidades médicas englobadas na Atenção ao Câncer, entre elas a Patologia, notou-se um predomínio da Região Sudeste.

Na apreciação específica do ano de 2015, que é o mais próximo do cenário atual, pode-se observar que são 32 instituições ofertantes dos PRM em Patologia, a distribuição por 13 UF nas cinco Regiões, também evidenciou o predomínio da Região Sudeste, em especial na UF de São Paulo. Todavia mostrou nos achados que os médicos especialistas em Patologia concluíram os PRM em Patologia, na sua maioria, em instituições do tipo hospitais gerais, de natureza jurídica da Administração Pública, em todas as 32 instituições com habilitação na atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS, principalmente como UNACON ou CACON.

Quanto às características gerais dos médicos-residentes em Patologia, foram 15 os entrevistados. Observou-se que a idade variou entre 25 e 30 anos; 53,0% são masculinos, predominantemente solteiros; e 53,3% não têm familiares médicos. Em relação aos fluxos migratórios dos médicos-residentes em Patologia, assemelham-se com os achados de médicos-patologistas no Brasil. Quanto à escolha da especialidade, o fator preponderante foi a afinidade com a especialidade Patologia, seja pelo aspecto do conteúdo intelectual como pelas atividades desenvolvidas. Em seguida, no que diz respeito ao trabalho, há preferência pela relação médico-paciente indireta e as experiências profissionais são vivenciadas de forma negativa antes da Residência Médica em Patologia, ou da Medicina de Família, o que contribuiu para a escolha da especialidade. Assim como, o chamado EVC, que permite ao médico controlar o número de horas dedicadas à prática da especialidade, foi um fator de atração. Por fim, em menor importância, a influência familiar e/ou profissional principalmente de um professor.

Em suma, na análise da conjuntura da formação do médico especialista em Patologia, pôde-se concluir que, ao longo dos anos, vem apresentando um número menor de concluintes dos PRM em Patologia, assim como uma diminuição das instituições ofertantes dos PRM em Patologia no país, e os locais que tiveram aumento não foram expressivos.

O distanciamento do conteúdo da Patologia, que já teve destaque relevante no modelo biomédico, não avança na formação, tornando-a contraditória no próprio avanço tecnológico da área da Patologia.

A falta de visibilidade da Patologia na Graduação em Medicina a torna isolada do contexto contemporâneo e do mercado de trabalho. Mantendo-a cada vez mais nos bastidores e formando os “doutores invisíveis”, além de comprometer a capacidade de formação da especialidade médica em Patologia e, com isso, cada vez mais não havendo médicos especialistas em Patologia suficientes para atender às demandas futuras das ações de prevenção e controle do câncer no Brasil.

A privação dessa especialidade médica para o sistema de saúde brasileiro é considerada grave e catastrófica para as ações de prevenção e controle do câncer, afetando a capacidade de realização do diagnóstico anatomopatológico e repercutindo nos aspectos epidemiológicos, econômicos, sociais e políticos; na prestação de cuidados ao paciente; no acesso aos serviços; e na FTS para atender ao câncer.

Apesar da redução no número de instituições ofertantes, as existentes, no último ano de análise (2015), são estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em Oncologia para o SUS, isso favorece que haja pelo menos um conhecimento mínimo e necessários para as ações de prevenção e controle do câncer.

## 8 MERCADO DE TRABALHO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM PATOLOGIA

### 8.1 Contextualização

Este capítulo versa sobre o mercado de trabalho do médico especialista em Patologia (médico-patologista, médico-citopatologista e médico-anatomopatologista). Apresenta o mapeamento dos médicos-patologistas por Região e UF quanto à relação de ocupação (postos de trabalho) e profissionais (médicos especialistas). Além disso, a distribuição dos médicos-patologistas por tipo de estabelecimento, tipo de prestador, natureza jurídica, vínculos profissionais e por Regiões de Saúde. Com as entrevistas, apresentar quais são as expectativas para os próximos anos em relação ao mercado de trabalho para o médico especialista em Patologia. Todo esse contexto observado teve aproximação com o processo de desregulamentação do trabalho que atingiu a todos os trabalhadores (incluindo os médicos), mesmo respeitando as particularidades dos processos, das relações e da organização do trabalho específico de cada atividade. Conforme pode-se observar na revisão de literatura realizada (ver Capítulo 3 – Revisão da Literatura).

Pretende-se alcançar, como complementaridade, o objetivo de mapear os médicos-patologistas no Brasil (objetivo nº 2) e analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil (objetivo nº 4).

### 8.2 Estratégias Metodológicas (Métodos, Técnicas e Instrumentos)

As estratégias metodológicas (métodos, técnicas e instrumentos) utilizados no referido capítulo envolveu o levantamento de dados secundários e as entrevistas.

#### 8.2.1 Levantamento de dados secundários

Em relação ao levantamento de dados secundários foram utilizadas as bases de dados nacionais de acesso livre: CNES, CNE e SBP.

No CNES, foram utilizadas duas fontes de informações: CNES TabNet e Serviços especializados.

- a) **CNES TabNet** (Relatórios/Ocupações (CBO): Foram selecionados para a amostra, o médico-patologista (CBO nº 225.325); o médico-anatomopatologista (CBO nº 225.148); e o médico-citopatologista (CBO nº 225.305) com os respectivos códigos CBO atualizados. O período escolhido foi de 2012 a 2015, pelo fato de, a partir da competência agosto/2011, serem aceitos apenas os CBO novos para todos os Sistemas de Informações



no SUS. Como critério de seleção, optou-se pela escolha do mês de agosto de cada um dos anos selecionados, evitando comprometimentos na coleta dos dados, uma vez que é um mês com menos férias e feriados nacionais.

As variáveis selecionadas foram: (1) número de médicos (ocupações e profissionais), por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e Regiões; (2) número de médicos (profissionais), por natureza jurídica, por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e Regiões. A natureza jurídica englobou: Administração Pública; Entidades Empresariais; Entidades sem Fins Lucrativos; Pessoas Físicas; (3) número de médicos (profissionais), por tipo de estabelecimento, por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e Regiões. Em relação aos estabelecimentos foram selecionados: Hospital Especializado, Hospital Geral, SADT, LACEN e foram agrupados os demais estabelecimentos em “Outros” pelo fato de individualmente terem uma representatividade ínfima nas UF e Regiões como locais de atividades desenvolvidas pelo médico-patologista; (4) número de médicos (profissionais), por tipo de prestador (público, privado e filantrópico), por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e Regiões; (5) número de médicos (profissionais), por Região de Saúde, por ano/mês de competência das ocupações de nível superior: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista, por UF e grandes Regiões.

O número de médicos-patologistas (profissionais) encontrados no CNES foram: em 2012 (1.803); 2013 (1.861); 2014 (1.902) e 2015 (1.909).

- b) **Serviços Especializados:** A segunda forma foi pelo CNES/Relatórios/Serviços Especializados/Serviço de Oncologia por UF e Regiões (disponível em <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=132](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=132)>) que totalizaram 1.246 estabelecimentos (SUS e não SUS). Destes foram selecionados os que tinha habilitação, totalizando 318 estabelecimentos habilitados, de acordo com a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014e) que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de

recursos humanos para a habilitação desses estabelecimentos no âmbito do SUS. Identificando em cada uma das unidades habilitadas em Oncologia, os profissionais: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista e médico-patologista.

No **CNE**, o período de coleta dos dados foi de fevereiro a maio de 2016. Ressalta-se o fato de que *site* do CNE se encontra fora do ar desde agosto/setembro de 2016. As variáveis disponíveis dos dados no CNE utilizadas no Capítulo foram referentes:

- (1) Especialidade Registrada cujos critérios de inclusão foram de médicos registrados no CFM, na situação de ativos. Em relação à especialidade médica foram considerados: médico-patologista, médico-anatomopatologista e médico-citopatologista, conforme CBO 2002. A informação se referiu à especialidade médica registrada no CFM. O fato de não ter informação significou que o médico não tem TE ou Residência Médica registrada no Conselho de Medicina. Nos dados coletados, foram encontrados, segundo UF e Regiões, 2.295 registros de médicos; destes, 1.828 (79,7%) em Patologia e 467 (20,3%) em Citopatologia. No processamento e revisão dos dados, foram removidos elementos duplicados, totalizando 202 registros na parte de Citopatologia. Após essa etapa, finalizando com 2.093 registros médicos de especialistas em Patologia.
- (2) Informações sobre registro profissional que se refere ao tipo de inscrição no CFM, principal, secundária ou estudante estrangeiro.
- (3) Em relação à Titulação: refere aos títulos registrados na AMB, os dados não foram utilizados, uma vez que, dos 2.093 registros de médicos especialistas em Patologia, 64,4% (n=1.347) não apresentavam informações sobre titulação em todas as Regiões, tal ausência de informações poderia comprometer os resultados.

Na **SBP**, o período de coleta dos dados foi de janeiro de 2017. Foram selecionados para a amostra, os médicos associados à SBP. As variáveis disponíveis foram ano de e UF de associação à SBP.

### 8.2.2 Entrevistas

As entrevistas com médicos-residentes em Patologia, também foi outra estratégia metodológica utilizada neste Capítulo 8 (Mercado de Trabalho do Médico Especialista em Patologia) visa a analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil (objetivo nº 4).

A descrição do tamanho da amostra, o local selecionado, e as estratégias metodológicas gerais utilizadas nas entrevistas já foram apresentados anteriormente (ver

Capítulo 2 – Objetivos e Delineamento do Estudo). Não sendo apontados neste capítulo os resultados e discussão referentes à Parte I – Características Gerais do Roteiro de Entrevistas (ver Capítulo 7 – Formação do Médico Especialista em Patologia), é uma parte comum a ambos os capítulos. Diferentemente na Parte II – Questões Específicas, pela especificidade das questões, a parte inerente ao mercado e trabalho será apresentada no referido capítulo.

Foram duas as perguntas relativas ao mercado de trabalho (APÊNDICE B, fl. 356), entretanto, optou-se apenas em fazer a análise temática da pergunta “Quais são as suas expectativas para os próximos anos em relação ao mercado de trabalho para o médico especialista em Patologia? ”. A segunda pergunta não foi contemplada (“Na sua opinião, a especialidade médica em Patologia está sem visibilidade? ”), tendo em vista que, após sucessivas leituras da Etapa 1 (pré-análise), verificou-se que o conteúdo expresso das entrevistas estava mais voltado para o contexto do conteúdo curricular na Graduação em Medicina do que para o assunto mercado de trabalho.

O processamento, a análise e a interpretação de dados dessa parte das entrevistas também foram conduzidos pela análise de conteúdo (temática) de Laurence Bardin. Os resultados também foram comentados e baseados na revisão de literatura realizada. Assim como cada etapa da análise temática: Etapa 1 (pré-análise), Etapa 2 (exploração do material) e Etapa 3 (tratamento dos resultados obtidos e interpretação), seguiu o que foi descrito no capítulo anterior (ver Capítulo 7 - Formação do Médico Especialista em Patologia).

O ponto de corte para a pesquisa foi a pergunta “Quais são as suas expectativas para os próximos anos em relação ao mercado de trabalho para o médico especialista em Patologia? ”, apenas para os médicos-residentes, uma vez que, ao ingressarem no mercado de trabalho, a percepção desses futuros especialistas em Patologia, sobre o futuro da profissão: com otimismo? Ou incertezas? Ou pessimismo? E a opção de não fazer a entrevista com médicos-patologistas, já com tempo de profissão e no mercado de trabalho, baseou-se nos resultados do estudo denominado o Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007), em que a percepção sobre o futuro da profissão do médico especialista em Patologia foi de 28% com otimismo; 43% com incerteza; 12% com pessimismo; 15% com poucas mudanças para os próximos anos e 2% sem opinião formada; porém com variações por faixa etária. No grupo (23 a 30 anos), 34% de otimismo, a incerteza de 43% a 52%, e pessimismo de 4% a 8%.

Na faixa etária (31 anos a 55 anos), o otimismo entre 23% e 26%, a incerteza entre 45% e 48%, e aumenta o pessimismo de 10% a 12%. Na faixa (acima de 55 anos), o otimismo oscilando de 25% a 35%, a incerteza variando de 19% a 29%, e no pessimismo há um

aumento com variações de 10% a 35%. Os resultados mostraram que há um aumento do pessimismo com a idade.

### 8.3 Resultados e Discussão do Levantamento de Dados Secundários

A Tabela 24 refere-se à distribuição de médicos/ocupações e de médicos/profissionais da especialidade médica em Patologia (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista e médico-patologista) segundo UF, Regiões e ano no país. Os dados coletados foram da base de dados do CNES.

Inicialmente, os dados revelam que há um predomínio do médico-anatomopatologista, tanto em relação a médicos/ocupações e a médicos/profissionais em todas as Regiões e anos (2012 a 2015), com exceção da Região Sul em que predomina o médico-citopatologista. Por outro lado, o médico-patologista é o de menor expressão em todas as Regiões e no transcorrer dos anos.

Tal cenário chama a atenção, uma vez que a especialidade médica reconhecida no Brasil é a Patologia, historicamente, anterior a 2002, era denominada de Anatomia Patológica, e a Citopatologia, atualmente, é uma área de atuação da Patologia. Entretanto é a nomenclatura adotada pela CBO, inclusive com as alterações ocorridas em 2011. Ressaltando mais uma vez que se optou para a pesquisa reconhecer que a especialidade médica em Patologia, é composta de um conjunto de dados e informações provenientes da Anatomia Patológica, Citopatologia e da própria Patologia, portanto corresponderá ao somatório dessas três áreas (ver Capítulo 1 – Considerações Iniciais).

Um aspecto importante a destacar refere-se à distribuição de médicos-patologistas, tanto em relação a médicos/ocupações e a médicos/profissionais em todas as Regiões e no decorrer dos anos. Os achados se aproximam do estudo denominado *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al., 2015, p. 266), mesmo que numericamente não sejam iguais, mas assemelham sobressaindo o predomínio da Região Sudeste em 54,9%, seguido da Região Nordeste com 19,7%, a Região Sul com 13,8%. As de menor expressão são a Região Centro-Oeste com 8,7% e a Norte com 2,9%. Tais achados mostram as desigualdades entre as Regiões que se mantêm ao longo dos anos.

Tabela 27 – Número de Médicos/Ocupações e Médicos/Profissionais, por especialidade, segundo ano e Regiões. Brasil, 2016

Especialidade Médica¹/ Região	Médicos/Ocupações²/Ano³				Médicos/Profissionais⁴/Ano³			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Médico-anatomopatologista	100	103	108	113	41	46	46	53
Médico-citopatologista	61	64	70	54	12	11	10	8
Médico-patologista	1	8	14	14	0	1	6	5
<b>NORTE</b>	<b>162</b>	<b>175</b>	<b>192</b>	<b>181</b>	<b>53</b>	<b>58</b>	<b>62</b>	<b>66</b>
Médico-anatomopatologista	533	547	581	581	267	276	278	280
Médico-citopatologista	817	820	780	734	98	103	98	93
Médico-patologista	20	46	65	81	6	13	21	26
<b>NORDESTE</b>	<b>1.370</b>	<b>1.413</b>	<b>1.426</b>	<b>1.396</b>	<b>371</b>	<b>392</b>	<b>397</b>	<b>399</b>
Médico-anatomopatologista	1.930	1.956	2.010	1.964	873	886	900	879
Médico-citopatologista	575	559	563	529	71	69	67	55
Médico-patologista	101	156	182	245	28	38	53	79
<b>SUDESTE</b>	<b>2.606</b>	<b>2.671</b>	<b>2.755</b>	<b>2.738</b>	<b>972</b>	<b>993</b>	<b>1.020</b>	<b>1.013</b>
Médico-anatomopatologista	598	596	566	550	57	58	59	57
Médico-citopatologista	226	238	243	242	122	122	119	118
Médico-patologista	35	54	73	102	54	56	56	65
<b>SUL</b>	<b>859</b>	<b>888</b>	<b>882</b>	<b>894</b>	<b>233</b>	<b>236</b>	<b>234</b>	<b>240</b>
Médico-anatomopatologista	307	310	307	293	147	152	150	145
Médico-citopatologista	135	135	130	128	25	25	24	26
Médico-patologista	3	9	37	59	2	5	15	20
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>445</b>	<b>454</b>	<b>474</b>	<b>480</b>	<b>174</b>	<b>182</b>	<b>189</b>	<b>191</b>
Médico-anatomopatologista	3.468	3.512	3.572	3.501	1.385	1.418	1.433	1.414
Médico-citopatologista	1.814	1.816	1.786	1.687	328	330	318	300
Médico-patologista	160	273	371	501	90	113	151	195
<b>BRASIL</b>	<b>5.442</b>	<b>5.601</b>	<b>5.729</b>	<b>5.689</b>	<b>1.803</b>	<b>1.861</b>	<b>1.902</b>	<b>1.909</b>

Nota:

(1) Especialidades Médicas: médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista.

(2) Ocupações: Quantitativo de vínculos cadastrados no CNES. Se um mesmo profissional possuir dois ou mais vínculos, seja em uma mesma instituição ou em estabelecimentos distintos, é contabilizado mais de uma vez (CNES - Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def>>).

(3) Ano e mês de competência dos dados: selecionado o mês de competência (agosto) em cada um dos seguintes anos: 2012,2013,2014 e 2015.

(4) Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES (CNES - Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def>>).

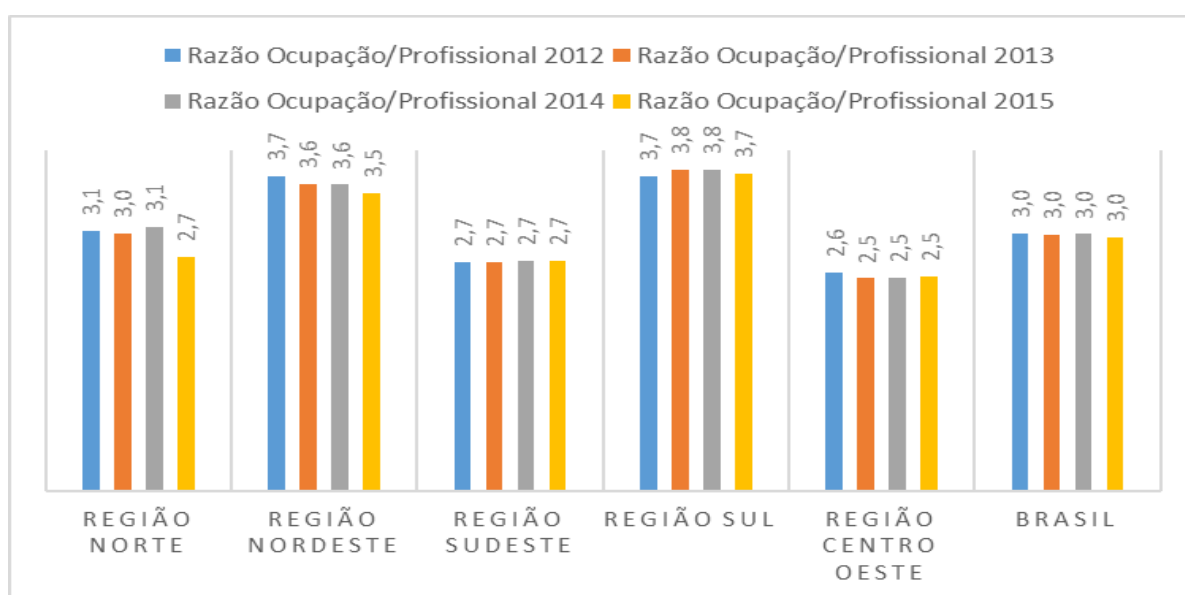
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

O Gráfico 4 e a Tabela 28 fazem referência à razão ocupação/profissional do médico especialista em Patologia, segundo UF, Regiões e nos períodos de 2012 a 2015. Os dados coletados foram da base de dados do CNES.

O perfil encontrado, entre 2012 e 2015, foi de 3,0 ocupações (postos de trabalho) por cada médico especialista em Patologia. Entre as Regiões ocorreram variações. A Região Norte, entre os anos de 2012 a 2014, com 3,1; e, em 2015, uma discreta queda para 2,7. Nas sete UF do Norte, oscilaram de 5,0 a 1,5, sendo o Amapá com a menor razão de ocupações por médico-patologista. A Região Nordeste foi a segunda mais expressiva com 3,6 no decorrer dos anos e as UF dessa Região variaram de 4,9 a 2,0.

A Região Sudeste com 2,7 apresentou uma razão ocupação/profissional das menos expressivas. Nas quatro UF, poucas variações em torno de 2,9 e 2,1. Quanto à Região Sul, foi a de maior expressão no país, com 3,8 da razão ocupação/profissional. No tocante às três UF, destaca-se o Paraná com 5,0 ocupações por médico-patologista, sendo a maior do país. A Região Centro-Oeste é a de menor expressão no país com 2,5 ocupações por médico-patologista. Entre as quatro UF da Região, há considerável diferença no padrão de distribuição desses especialistas. No Distrito Federal, 1,9; e, nas demais, em torno de 3,0.

Gráfico 4 – Razão Ocupação/Profissional médico especialista em Patologia, segundo ano e Regiões. Brasil 2016



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def>>.

Tabela 28 – Razão Ocupação/Profissional médico especialista em Patologia, segundo ano, Regiões e UF. Brasil 2016

Região/UF	Razão Ocupação <sup>1</sup> /Profissional <sup>2</sup> /Ano <sup>3</sup>			
	2012	2013	2014	2015
Acre	3,3	2,7	3,5	3,5
Amapá	1,5	2,0	1,7	1,5
Amazonas	1,9	1,9	2,3	2,3
Pará	4,0	4,0	4,0	3,4
Rondônia	2,0	1,8	1,9	1,9
Roraima	2,3	4,5	5,0	2,0
Tocantins	3,5	3,8	3,0	3,2
<b>NORTE</b>	<b>3,1</b>	<b>3,0</b>	<b>3,1</b>	<b>2,7</b>
Alagoas	3,4	3,5	3,7	3,1
Bahia	4,4	4,3	4,2	4,2
Ceará	3,6	3,6	3,8	3,8
Maranhão	2,3	2,1	2,1	2,0
Paraíba	2,4	2,5	2,5	2,5
Pernambuco	3,4	3,4	3,3	3,1
Piauí	3,8	3,3	3,6	3,8
Rio Grande do Norte	4,9	4,3	3,8	3,8
Sergipe	4,6	4,4	4,3	4,0
<b>NORDESTE</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>
Espírito Santo	2,8	2,9	2,8	2,5
Minas Gerais	3,1	3,2	3,1	3,2
Rio de Janeiro	2,1	2,1	2,1	2,1
São Paulo	2,9	2,9	2,9	2,9
<b>SUDESTE</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>
Paraná	5,0	5,2	4,6	5,1
Rio Grande do Sul	3,2	3,4	3,6	3,5
Santa Catarina	3,3	3,2	3,3	3,0
<b>SUL</b>	<b>3,7</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>3,7</b>
Distrito Federal	1,9	1,9	1,8	1,7
Goiás	3,2	3,1	3,3	3,4
Mato Grosso	3,6	2,8	3,0	2,7
Mato Grosso do Sul	3,2	3,2	3,0	3,1
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>
<b>BRASIL</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>

Nota: (1) Ocupações: Quantitativo de vínculos cadastrados no CNES. Se um mesmo profissional possuir dois ou mais vínculos, seja em uma mesma instituição ou em estabelecimentos distintos, é contabilizado mais de uma vez. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def.](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def.;)>; (2) profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Somatório do quantitativo de médico-anatomopatologista; médico-citopatologista; médico-patologista. (CNES - Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def.](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def.;)>; (3) Ano e mês de competência dos dados: selecionado o mês de competência (agosto) em cada um dos seguintes anos: 2012,2013,2014 e 2015.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

A Tabela 29 representa o número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialidade por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNES. No Brasil, em números absolutos, ocorreu um discreto aumento do quantitativo de médicos-patologistas, passando de 1.803 em 2012 para 1.909 em 2015. Porém, quando se observa a densidade, não foram identificadas variações nos anos, expressando continuidade de 0,9 médicos-patologistas por 100 mil habitantes. No tocante às Regiões, a Sudeste representou cerca 53,0% no decorrer dos anos: 2012 (n=972); 2013 (n=993); 2014(n=1020) e 2015 (n=1013). Sobressaindo a preponderância dessa Região em relação às demais no que concerne ao quantitativo de médicos-patologistas. Por outro lado, a densidade se mostrou sem alterações no decorrer dos anos, representando 1,19:100 mil habitantes, caracterizando como a segunda maior densidade no país. Em seguida, a Região Nordeste, em termos de número absoluto, representou um aumento crescente, embora discreto, variando de 2012 (n=371) para 2015 (n=399). No entanto, em relação à densidade, também não foram observadas alterações, mantendo-se em 0,71:100 mil habitantes, caracterizando uma das menores densidades do país. A Região Sul representa a terceira Região em quantitativos de médicos-patologistas, com variações de 2012 (n=233) para 2015 (n=240). Quanto à densidade, 0,84:100 mil habitantes ao longo dos anos. No que diz respeito à Região Centro-Oeste, houve um aumento contínuo do número de patologistas de 2012 (n=174) para 2015 (n=191). Referente à densidade, sem variações, com 1,24:100 mil habitantes. Por fim, a Região Norte, que é a de menor expressão tanto em quantitativo de médicos como em relação à densidade de patologista por habitante. Variando em torno de 0,32: 100 mil habitantes. Levando-se em consideração os aspectos observados, em números absolutos, em algumas Regiões pode-se observar um discreto aumento do número de médicos-patologistas, contudo, ao destacar a densidade caracteriza-se por um perfil linear sem alterações ao longo dos anos. Em relação à razão especialista por 100 mil habitantes variaram de 0,3 a 0,9:100 mil habitantes, com exceção das UF do Rio de Janeiro nos anos de 2012 e 2013 foi 1,8 e do Distrito Federal com variação de 3,0 a 3,2. Demonstrando haver uma menor proporção de médicos-patologistas/habitantes e um desequilíbrio entre as Regiões brasileiras.

Além disso são valores abaixo do encontrado nos estudos da *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015, p. 266) no qual a razão especialista 1,57:100 mil habitantes.



Tabela 29 – Número de médicos especialistas em Patologia e razão especialidade por 100 mil habitantes, segundo UF e Regiões, Período 2012 a 2015. Brasil, 2016

Região/Unidade da Federação/População/Médicos especialistas	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/100.000 Habitantes	População	N	Médicos/100.000 Habitantes	População	N	Médicos/100.000 Habitantes	População	N	Médicos/100.000 Habitantes
Acre	758.786	3	0,4	776.463	3	0,4	790.101	2	0,3	803.513	2	0,2
Amapá	698.602	2	0,3	734.996	2	0,3	750.912	3	0,4	766.679	4	0,5
Amazonas	3.590.985	12	0,3	3.807.921	15	0,4	3.873.743	13	0,3	3.938.336	13	0,3
Pará	7.822.205	23	0,3	7.999.729	24	0,3	8.104.880	26	0,3	8.206.923	27	0,3
Rondônia	1.590.011	6	0,4	1.728.214	8	0,5	1.748.531	10	0,6	1.768.204	9	0,5
Roraima	469.524	3	0,6	488.072	2	0,4	496.936	2	0,4	505.665	6	1,2
Tocantins	1.417.694	4	0,3	1.478.164	4	0,3	1.496.880	6	0,4	1.515.126	5	0,3
<b>NORTE</b>	<b>16.347.807</b>	<b>53</b>	<b>0,3</b>	<b>17.013.559</b>	<b>58</b>	<b>0,3</b>	<b>17.261.983</b>	<b>62</b>	<b>0,4</b>	<b>17.504.446</b>	<b>66</b>	<b>0,4</b>
Alagoas	3.165.472	25	0,8	3.300.935	26	0,8	3.321.730	25	0,8	3.340.932	26	0,8
Bahia	14.175.341	94	0,7	15.044.137	96	0,6	15.126.371	96	0,6	15.203.934	94	0,6
Ceará	8.606.005	54	0,6	8.778.576	59	0,7	8.842.791	56	0,6	8.904.459	58	0,7
Maranhão	6.714.314	21	0,3	6.794.301	25	0,4	6.850.884	23	0,3	6.904.241	21	0,3
Paraíba	3.815.171	29	0,8	3.914.421	29	0,7	3.943.885	30	0,8	3.972.202	28	0,7
Pernambuco	8.931.028	92	1,0	9.208.550	95	1,0	9.277.727	104	1,1	9.345.173	106	1,1
Piauí	3.160.748	18	0,6	3.184.166	21	0,7	3.194.718	20	0,6	3.204.028	21	0,7
Rio Grande do Norte	3.228.198	22	0,7	3.373.959	24	0,7	3.408.510	24	0,7	3.442.175	25	0,7
Sergipe	2.110.867	16	0,8	2.195.662	17	0,8	2.219.574	19	0,9	2.242.937	20	0,9
<b>NORDESTE</b>	<b>53.907.144</b>	<b>371</b>	<b>0,7</b>	<b>55.794.707</b>	<b>392</b>	<b>0,7</b>	<b>56.186.190</b>	<b>397</b>	<b>0,7</b>	<b>56.560.081</b>	<b>399</b>	<b>0,7</b>
Espírito Santo	3.578.067	34	1,0	3.839.366	35	0,9	3.885.049	36	0,9	3.929.911	36	0,9
Minas Gerais	19.855.332	185	0,9	20.593.356	191	0,9	20.734.097	199	1,0	20.869.101	202	1,0
Rio de Janeiro	16.231.365	294	1,8	16.369.179	300	1,8	16.461.173	284	1,7	16.550.024	259	1,6
São Paulo	41.901.219	459	1,1	43.663.669	467	1,1	44.035.304	501	1,1	44.396.484	516	1,2
<b>SUDESTE</b>	<b>81.565.983</b>	<b>972</b>	<b>1,2</b>	<b>84.465.570</b>	<b>993</b>	<b>1,2</b>	<b>85.115.623</b>	<b>1.020</b>	<b>1,2</b>	<b>85.745.520</b>	<b>1.013</b>	<b>1,2</b>
Paraná	10.577.755	57	0,5	10.997.465	58	0,5	11.081.692	59	0,5	11.163.018	57	0,5
Rio Grande do Sul	10.770.603	122	1,1	11.164.043	122	1,1	11.207.274	119	1,1	11.247.972	118	1,0
Santa Catarina	6.383.286	54	0,8	6.634.254	56	0,8	6.727.148	56	0,8	6.819.190	65	1,0
<b>SUL</b>	<b>27.731.644</b>	<b>233</b>	<b>0,8</b>	<b>28.795.762</b>	<b>236</b>	<b>0,8</b>	<b>29.016.114</b>	<b>234</b>	<b>0,8</b>	<b>29.230.180</b>	<b>240</b>	<b>0,8</b>
Distrito Federal	2.648.532	86	3,2	2.789.761	90	3,2	2.852.372	91	3,2	2.914.830	88	3,0
Goiás	6.154.996	48	0,8	6.434.048	48	0,7	6.523.222	52	0,8	6.610.681	56	0,8
Mato Grosso	3.115.336	16	0,5	3.182.113	19	0,6	3.224.357	19	0,6	3.265.486	21	0,6
Mato Grosso do Sul	2.505.088	24	1,0	2.587.269	25	1,0	2.619.657	27	1,0	2.651.235	26	1,0
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>14.423.952</b>	<b>174</b>	<b>1,2</b>	<b>14.993.191</b>	<b>182</b>	<b>1,2</b>	<b>15.219.608</b>	<b>189</b>	<b>1,2</b>	<b>15.442.232</b>	<b>191</b>	<b>1,2</b>
<b>Total</b>	<b>193.976.530</b>	<b>1.803</b>	<b>0,9</b>	<b>201.062.789</b>	<b>1.861</b>	<b>0,9</b>	<b>202.799.518</b>	<b>1.902</b>	<b>0,9</b>	<b>204.482.459</b>	<b>1.909</b>	<b>0,9</b>

Legenda: (1) Especialidades Médicas: médico-patologista (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista); 2. (N): Profissionais (Médicas-patologista): quantitativo de profissionais (Indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES; (3) Ano e mês de competência dos dados: selecionado o mês de competência (agosto) em cada um dos seguintes anos: 2012,2013,2014 e 2015.

Fonte: CNES – Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def/>

População: IBGE – Estimativa de população. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>.

A Tabela 30 diz respeito à relação do número de Regiões de Saúde com o número de Regiões de Saúde com médicos-patologistas (profissionais), segundo UF e Regiões, no período de 2012 a 2015. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais.

O cenário encontrado no Brasil foi de 437 Regiões de Saúde; destas, 263 (60,2%) com médicos-patologistas. Entre as Regiões geográficas, houve variações significativas, sobressaindo as Regiões Sul com 52 (76,5%) Regiões de Saúde com médicos-patologistas e a Sudeste com 114 (74,5%) Regiões de Saúde com médicos-patologistas. Opostamente, o Nordeste com 59 (44,4%) e o Norte com 17 (38,6%) Regiões de Saúde com médicos-patologistas.

No tocante à relação do número de médicos-patologistas por Regiões da Saúde com o número de médicos-patologistas por Regiões da Saúde (capital) por ano mostrou variações. Os números do Brasil das capitais e os do Brasil do interior revelam dos cenários distintos, as capitais das 27 UF reúnem 59,0% (2012), 59,0% (2013), 57,6% (2014) e 56,6% (2015) mostrando uma tendência discreta de expansão de médicos-patologistas para o interior de 2014 para 2015.

Na Região Norte, é evidente o predomínio de médicos-patologistas nas Regiões de Saúde onde estão incluídas as capitais. Na Região Nordeste, destacam-se um crescente de concentração de médicos-patologistas nas Regiões de Saúde onde estão incluídas as capitais ao longo dos anos.

Nas Regiões Sudeste, de 75,5% (2012) para 47,6% (2015); e Sul de 76,5% (2012) para 37,1% (2015), foi observada uma diminuição contínua, no decorrer dos anos, de médicos-patologistas nas Regiões de Saúde onde estão incluídas as capitais, sugerindo uma tendência de expansão para Regiões do interior.

A Região Centro-Oeste tem um perfil semelhante ao da Região Nordeste um crescente de concentração de médicos-patologistas nas Regiões de Saúde onde estão incluídas as capitais do ano de 2012 para 2013 e mantendo-se com o mesmo perfil nos demais anos.

Dado o exposto, a proporção de médicos-patologistas segundo grandes Regiões, capital e interior é ainda concentrada nas Regiões de Saúde onde estão incluídas as capitais.

Tabela 30 – Relação do número de Regiões de Saúde com o número de Regiões de Saúde com médicos-patologistas (profissionais), segundo UF e Regiões, no período de 2012 a 2015. Brasil, 2016

Grandes Regiões/UFs	Número de Regiões da Saúde	Número de Regiões da Saúde com médicos patologistas	% Regiões da Saúde/Regiões com médicos patologistas	2012			2013			2014			2015		
				Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde	Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde (capital)	%	Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde	Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde da capital	%	Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde	Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde da capital	%	Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde	Número de médicos patologistas por Regiões da Saúde da capital	%
Acre	3	1	33,3	3	3	100,0	3	3	100,0	2	2	100,0	2	2	100,0
Amapá	3	1	33,3	2	2	100,0	2	2	100,0	3	3	100,0	4	4	100,0
Amazonas	8	1	12,5	12	12	100,0	15	15	100,0	13	13	100,0	13	13	100,0
Pará	13	8	61,5	23	18	78,3	24	18	75,0	26	19	73,1	27	20	74,1
Rondônia	7	3	42,9	6	5	83,3	8	6	75,0	10	8	80,0	9	6	66,7
Roraima	2	1	50,0	3	3	100,0	2	2	100,0	2	2	100,0	6	6	100,0
Tocantins	8	2	25,0	4	2	50,0	4	2	50,0	6	2	33,3	5	2	40,0
<b>NORTE</b>	<b>44</b>	<b>17</b>	<b>38,6</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>84,9</b>	<b>58</b>	<b>48</b>	<b>82,8</b>	<b>62</b>	<b>49</b>	<b>79,0</b>	<b>66</b>	<b>53</b>	<b>80,3</b>
Alagoas	10	6	60,0	25	17	68,0	26	16	61,5	25	16	64,0	26	17	65,4
Bahia	28	15	53,6	94	68	72,3	96	69	71,9	96	65	67,7	94	65	69,1
Ceará	22	7	31,8	54	46	85,2	59	50	84,7	56	47	83,9	58	49	84,5
Maranhão	19	8	42,1	21	12	57,1	25	15	60,0	23	14	60,9	21	14	66,7
Paraíba	16	3	18,8	29	19	65,5	29	18	62,1	30	17	56,7	28	17	60,7
Pernambuco	12	8	66,7	92	77	83,7	95	79	83,2	104	89	85,6	106	92	86,8
Piauí	11	5	45,5	18	13	72,2	21	16	76,2	20	15	75,0	21	16	76,2
Rio Grande do Norte	8	4	50,0	22	15	68,2	24	16	66,7	24	15	62,5	25	18	72,0
Sergipe	7	3	42,9	16	15	93,8	17	16	94,1	19	18	94,7	20	19	95,0
<b>NORDESTE</b>	<b>133</b>	<b>59</b>	<b>44,4</b>	<b>371</b>	<b>282</b>	<b>76,0</b>	<b>392</b>	<b>295</b>	<b>75,3</b>	<b>397</b>	<b>296</b>	<b>74,6</b>	<b>399</b>	<b>307</b>	<b>76,9</b>
Espírito Santo	4	4	100,0	34	28	82,4	35	28	80,0	36	29	80,6	36	27	75,0
Minas Gerais	77	51	66,2	185	69	37,3	191	72	37,7	199	75	37,7	202	78	38,6
Rio de Janeiro	9	9	100,0	294	223	75,9	300	228	76,0	284	207	72,9	259	179	69,1
São Paulo	63	50	79,4	459	174	37,9	467	178	38,1	501	193	38,5	516	198	38,4
<b>SUDESTE</b>	<b>153</b>	<b>114</b>	<b>74,5</b>	<b>972</b>	<b>494</b>	<b>50,8</b>	<b>993</b>	<b>506</b>	<b>51,0</b>	<b>1020</b>	<b>504</b>	<b>49,4</b>	<b>1013</b>	<b>482</b>	<b>47,6</b>
Paraná	22	16	72,7	57	39	68,4	58	39	67,2	59	35	59,3	57	30	52,6
Rio Grande do Sul	30	23	76,7	122	47	38,5	122	47	38,5	119	45	37,8	118	41	34,7
Santa Catarina	16	13	81,3	54	12	22,2	56	13	23,2	56	14	25,0	65	18	27,7
<b>SUL</b>	<b>68</b>	<b>52</b>	<b>76,5</b>	<b>233</b>	<b>98</b>	<b>42,1</b>	<b>236</b>	<b>99</b>	<b>41,9</b>	<b>234</b>	<b>94</b>	<b>40,2</b>	<b>240</b>	<b>89</b>	<b>37,1</b>
Distrito Federal	1	1	100,0	86	86	100,0	90	90	100,0	91	91	100,0	88	88	100,0
Goiás	18	10	55,6	48	29	60,4	48	28	58,3	52	29	55,8	56	30	53,6
Mato Grosso	16	6	37,5	16	12	75,0	19	15	78,9	19	14	73,7	21	15	71,4
Mato Grosso do Sul	4	4	100,0	24	17	70,8	25	17	68,0	27	18	66,7	26	17	65,4
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>53,8</b>	<b>174</b>	<b>144</b>	<b>82,8</b>	<b>182</b>	<b>150</b>	<b>82,4</b>	<b>189</b>	<b>152</b>	<b>80,4</b>	<b>191</b>	<b>150</b>	<b>78,5</b>
<b>Brasil</b>	<b>437</b>	<b>263</b>	<b>60,2</b>	<b>1.803</b>	<b>1.063</b>	<b>59,0</b>	<b>1.861</b>	<b>1.098</b>	<b>59,0</b>	<b>1.902</b>	<b>1.095</b>	<b>57,6</b>	<b>1.909</b>	<b>1.081</b>	<b>56,6</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

A Tabela 31 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia e à densidade por habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde do Rio de Janeiro e Espírito Santo. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais.

A UF do Rio de Janeiro possui médico-patologista em todas as Regiões de Saúde, embora apresente uma maior densidade na Região Metropolitana I (onde está inserida a capital) com variação entre 76,0% e 69,1% de médicos-patologistas concentrados nessa Região. Entretanto apresenta uma discreta diminuição em relação aos anos, em 2012 com de 2,2 médicos-patologistas por 100 mil habitantes para em 2015 com 1,8 por 100 mil habitantes em 2015. Quanto às nove Regiões de Saúde apresentam variações entre 2012 e 2015; destas, cinco apresentaram um aumento na densidade de médicos-patologistas/habitantes, três apresentaram uma diminuição na densidade de médicos-patologistas/habitantes e uma foi oscilante ao longo dos anos.

A UF do Espírito Santo possui médico-patologista em todas as Regiões de Saúde, desde 2013 a despeito apresente uma maior densidade na Região Metropolitana (onde está inserida a capital) com variação entre 82,3% e 75,0% de médicos-patologistas concentrados nessa Região. Entretanto apresenta uma discreta diminuição em relação aos anos, em 2012 com de 1,4 médicos-patologistas:100 mil habitantes para em 2015 com 1,2:100 mil habitantes em 2015. Quanto ao conjunto das quatro Regiões de Saúde apresenta um perfil linear sem alterações ao longo dos anos. Entretanto, por Regiões, ocorrem variações a saber, duas Regiões mantêm o mesmo perfil da UF, uma apresenta um aumento discreto na densidade de médicos-patologistas/habitantes; outra, uma diminuição na densidade de médicos-patologistas/habitantes. Logo então, tanto na UF do Rio de Janeiro quanto na UF do Espírito Santo a proporção de médicos-patologistas segundo Regiões (capital e interior) é ainda concentrado nas Regiões de Saúde onde estão incluídas as capitais. Em comparação no ano de 2015 com duas UF da Região Sudeste (Rio de Janeiro e Espírito Santo), com os achados do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015, p. 266) no qual a razão especialista é 1,57:100 mil habitantes. O cenário encontrado foi o seguinte: Na UF do Rio de Janeiro, já foi observado que duas Regiões de Saúde apresentam a razão maior do que a encontrada no estudo: Metropolitana I (Região da capital) e Metropolitana II, demonstrando haver uma concentração desses médicos nas grande Região Metropolitana. Na UF do Espírito Santo, não foi observada nenhuma Região igual ou acima desse valor; dessa forma, todos estão abaixo dessa razão especialista por 100 mil habitantes.

É um cenário de carência de médicos especialistas em Patologia.

Tabela 31 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF do Rio de Janeiro e Espírito Santo. Brasil, 2016

Região de Saúde (CIR) - Rio de Janeiro	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>33005 Metropolitana I ( região da capital)</b>	<b>9.982.883</b>	<b>223</b>	<b>2,2</b>	<b>10.044.881</b>	<b>228</b>	<b>2,3</b>	<b>10.082.078</b>	<b>207</b>	<b>2,1</b>	<b>10.118.003</b>	<b>179</b>	<b>1,8</b>
33006 Metropolitana II	1.974.910	32	1,6	1.994.674	32	1,6	2.008.412	36	1,8	2.021.681	37	1,8
33008 Norte	859.677	12	1,4	872.773	12	1,4	882.578	12	1,4	892.046	12	1,3
33009 Serrana	922.396	8	0,9	928.643	9	1,0	932.530	10	1,1	936.284	11	1,2
33004 Médio Paraíba	865.769	7	0,8	871.775	7	0,8	875.542	8	0,9	879.181	9	1,0
33001 Baía da Ilha Grande	254.042	4	1,6	260.130	4	1,5	264.913	5	1,9	269.533	5	1,9
33002 Baixada Litorânea	715.500	3	0,4	736.317	2	0,3	752.911	2	0,3	768.941	2	0,3
33003 Centro-Sul	323.097	2	0,6	325.218	3	0,9	326.523	1	0,3	327.784	2	0,6
33007 Noroeste	333.091	3	0,9	334.768	3	0,9	335.686	3	0,9	336.571	2	0,6
<b>Total</b>	<b>16.231.365</b>	<b>294</b>	<b>1,8</b>	<b>16.369.179</b>	<b>300</b>	<b>1,8</b>	<b>16.461.173</b>	<b>284</b>	<b>1,7</b>	<b>16.550.024</b>	<b>259</b>	<b>1,6</b>
Região de Saúde (CIR) -Espírito Santo	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>32002 Metropolitana ( região da capital)</b>	<b>1.975.438</b>	<b>28</b>	<b>1,4</b>	<b>2.124.258</b>	<b>28</b>	<b>1,3</b>	<b>2.152.699</b>	<b>29</b>	<b>1,3</b>	<b>2.180.633</b>	<b>27</b>	<b>1,2</b>
32004 Sul	629.492	5	0,8	671.085	4	0,6	676.024	4	0,6	680.871	5	0,7
32001 Central	582.786	...	...	626.391	2	0,3	634.574	2	0,3	642.611	3	0,5
32003 Norte	390.351	1	0,3	417.632	1	0,2	421.752	1	0,2	425.796	1	0,2
<b>Total</b>	<b>3.578.067</b>	<b>34</b>	<b>1,0</b>	<b>3.839.366</b>	<b>35</b>	<b>0,9</b>	<b>3.885.049</b>	<b>36</b>	<b>0,9</b>	<b>3.929.911</b>	<b>36</b>	<b>0,9</b>

Legenda: (N): Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Especialidade Médica em Patologia (médico-anatomopatologista, Médico-citopatologista, médico-patologista).

Fonte: (1) Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; (2) População: IBGE – Estimativa de população. Disponível em: <  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>.

A Tabela 32 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia e à densidade por habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Região de Saúde da UF de Minas Gerais. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais.

A referida UF tem 77 Regiões de Saúde; destas, 51 Regiões (66,2%) possuem médicos-patologistas e 26 Regiões (38,8%) não possuem médicos-patologistas. Ressaltando que em 2012 uma população de 5.285.906 (26,6%) estava com falta de médicos-patologistas e em 2015 com 3.843.242 (18,4%) habitantes desprovidos de médicos-patologistas.

No conjunto das Regiões de Saúde, observou-se um discreto aumento em relação aos anos, em 2012 com de 0,9 médicos-patologistas:100 mil habitantes para em 2015 com 1,0:100 mil habitantes em 2015. A Região de Saúde de Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté (onde está inserida a capital) apresenta uma variação de 37,3% a 38,6% de médicos-patologistas concentrados nessa Região, com uma variação de 2,2 médicos patologista:100 mil habitantes em 2012 para 2,3:100 mil em 2015.

Entretanto na UF de Minas Gerais notou-se que as maiores densidades inclusive acima da Região da capital estão concentradas em 2012 nas Regiões de Além Paraíba (3,6:100 mil); Uberaba (3,2:100 mil); Muriaé (3,0:100 mil); Francisco Sá (2,8:100 mil) e Alfenas Machado (2,3:100 mil). Já em 2015 o cenário foi o seguinte Uberaba (4,2:100 mil); Francisco Sá (2,7:100 mil) e Muriaé (2,3:100 mil).

Embora perceba-se na UF de Minas Gerais que há desconcentração de médicos-patologistas para o interior, ela não se deu de forma expansiva concentrando-se em algumas Regiões, porém ainda persiste Regiões desprovidas desse especialista.

Em comparação no ano de 2015 entre os achados da UF de Minas Gerais, com os achados do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015, p. 266) no qual a razão especialista é 1,57:100 mil habitantes. O cenário encontrado foi o seguinte: das 48 Regiões de Saúde com médicos-patologistas em 20015, nove delas estão acima dos valores encontrados no estudo, as demais estão abaixo com valores bem menores mostrando a carência de médicos-patologistas. As Regiões de Saúde são: Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté (Região da capital); Uberaba; Uberlândia Araguari; Alfenas Machado; Muriaé; Araxá; Francisco Sá; Além Paraíba e Santos Dumont.

Tabela 32 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, da UF de Minas Gerais. Brasil, 2016

Região de Saúde (CIR) - Minas Gerais	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>31008 B.Horizonte/N.Lima/Caeté ( região da capital)</b>	<b>3.221.486</b>	<b>69</b>	<b>2,1</b>	<b>3.338.063</b>	<b>72</b>	<b>2,2</b>	<b>3.358.067</b>	<b>75</b>	<b>2,2</b>	<b>3.377.244</b>	<b>78</b>	<b>2,3</b>
31072 Uberaba	378.668	12	3,2	394.848	11	2,8	399.383	14	3,5	403.733	17	4,2
31073 Uberlândia Araguari	829.661	12	1,4	864.599	12	1,4	874.087	12	1,4	883.188	16	1,8
31037 J.Forá/L.Duarte/B.Jardim	646.855	9	1,4	671.309	8	1,2	676.250	8	1,2	680.992	8	1,2
31003 Alfenas Machado	308.121	7	2,3	318.884	7	2,2	320.458	6	1,9	321.972	6	1,9
31024 Governador Valadares	413.057	6	1,5	427.105	6	1,4	428.882	6	1,4	430.589	6	1,4
31020 Divinópolis/S.Antº.Monte	438.297	2	0,5	456.263	2	0,4	460.847	2	0,4	465.247	4	0,9
31027 Ipatinga	380.262	2	0,5	394.900	2	0,5	398.038	3	0,8	401.050	4	1,0
31044 Montes Claros Bocaiúva	463.946	4	0,9	482.966	4	0,8	487.819	4	0,8	492.476	4	0,8
31045 Muriaé	165.647	5	3,0	171.528	5	2,9	172.460	4	2,3	173.352	4	2,3
31051 Patos de Minas	336.406	4	1,2	348.643	4	1,1	350.796	4	1,1	352.865	4	1,1
31057 Pouso Alegre	505.625	5	1,0	526.113	7	1,3	531.188	7	1,3	536.061	4	0,7
31006 Araxá	171.458	3	1,7	178.667	3	1,7	180.620	3	1,7	182.493	3	1,6
31007 Barbacena	227.253	3	1,3	235.213	2	0,9	236.393	2	0,8	237.526	2	0,8
31009 Betim	642.750	2	0,3	672.306	2	0,3	681.860	2	0,3	691.024	2	0,3
31022 Francisco Sá	71.481	2	2,8	73.910	2	2,7	74.215	2	2,7	74.510	2	2,7
31029 Itajubá	197.335	2	1,0	203.971	3	1,5	204.767	3	1,5	205.521	2	1,0
31032 Ituiutaba	186.008	2	1,1	192.533	2	1,0	193.506	2	1,0	194.442	2	1,0
31038 Lavras	172.229	1	0,6	178.756	1	0,6	180.091	1	0,6	181.371	2	1,1
31050 Passos Piumhi	276.730	3	1,1	286.724	3	1,0	288.434	3	1,0	290.076	2	0,7
31055 Poços de Caldas	219.043	4	1,8	227.433	3	1,3	229.205	3	1,3	230.903	2	0,9
31068 T.Otoni/Malacac/Itambac.	317.395	1	0,3	327.473	2	0,6	328.207	2	0,6	328.909	2	0,6
31002 Além Paraíba	55.950	2	3,6	57.717	2	3,5	57.840	2	3,5	57.956	1	1,7
31004 Almenara	176.035	...	...	181.886	...	...	182.523	...	...	183.136	1	0,5
31011 Brasília MG/S.Francisco	236.630	1	0,4	244.861	1	0,4	246.040	1	0,4	247.171	1	0,4
31013 Caratinga	193.874	1	0,5	200.630	1	0,5	201.608	1	0,5	202.546	1	0,5
31014 Cons.Lafaiete/Congonhas	292.208	1	0,3	303.085	1	0,3	305.174	1	0,3	307.179	1	0,3
31015 Contagem	803.786	...	...	836.494	1	0,1	844.678	1	0,1	852.528	1	0,1
31021 Formiga	127.301	1	0,8	131.487	1	0,8	131.907	1	0,8	132.315	1	0,8
31023 Frutal Iturama	163.980	2	1,2	170.982	2	1,2	172.945	2	1,2	174.829	1	0,6
31026 Guaxupé	155.570	1	0,6	160.768	1	0,6	161.354	1	0,6	161.916	1	0,6
31028 Itabira	221.542	1	0,5	229.895	1	0,4	231.571	1	0,4	233.179	1	0,4
31033 Janaúba Monte Azul	267.611	1	0,4	276.636	1	0,4	277.722	1	0,4	278.762	1	0,4
31036 João Pinheiro	69.276	...	...	71.993	...	...	72.608	1	1,4	73.200	1	1,4
31039 Leopoldina Cataguases	175.272	...	...	181.319	...	...	182.150	...	...	182.944	1	0,5
31041 Manhuaçu	326.942	...	...	338.735	...	...	340.735	1	0,3	342.654	1	0,3
31047 Ouro Preto	172.828	...	...	179.602	...	...	181.136	...	...	182.606	1	0,5
31049 Pará de Minas	216.233	1	0,5	227.178	1	0,4	231.278	1	0,4	235.215	1	0,4
31052 Patrocínio Monte Carmelo	185.125	1	0,5	191.731	...	...	192.805	1	0,5	193.832	1	0,5
31062 Santos Dumont	50.382	1	2,0	51.851	1	1,9	51.852	1	1,9	51.853	1	1,9
31063 São João del Rei	229.245	1	0,4	237.262	1	0,4	238.444	1	0,4	239.578	1	0,4
31064 S.João Nepomuceno/Bicas	69.799	1	1,4	72.213	1	1,4	72.551	1	1,4	72.877	1	1,4
31065 São Lourenço	252.348	1	0,4	260.960	2	0,8	262.077	2	0,8	263.150	1	0,4
31069 Três Corações	125.441	...	...	130.072	2	1,5	130.935	2	1,5	131.760	1	0,8
31071 Ubá	295.924	1	0,3	307.081	1	0,3	309.322	1	0,3	311.470	1	0,3
31074 Unaí	255.995	2	0,8	265.698	2	0,8	267.676	2	0,7	269.573	1	0,4
31075 Varginha	186.762	...	...	193.998	1	0,5	195.579	1	0,5	197.096	1	0,5
31076 Vespasiano	288.464	2	0,7	302.045	2	0,7	306.612	2	0,7	310.990	1	0,3
31012 Carangola	124.509	1	0,8	128.601	1	0,8	129.008	1	0,8	129.400	...	...
31061 S.Antôn.Amparo/Cpo.Belo	195.938	1	0,5	202.724	1	0,5	203.674	1	0,5	204.587	...	...
31070 Três Pontas	121.085	1	0,8	125.106	...	...	125.544	...	...	125.963	...	...
31001 Águas Formosas	58.206	...	...	60.045	...	...	60.173	...	...	60.297	...	...
31005 Anapuá	88.433	...	...	91.101	...	...	91.183	...	...	91.261	...	...
31010 Bom Despacho	101.901	...	...	105.536	...	...	106.121	...	...	106.685	...	...
31016 Coração de Jesus	46.978	...	...	48.390	...	...	48.427	...	...	48.462	...	...
31017 Cel.Fabriciano/Timóteo	219.948	...	...	227.744	...	...	228.964	...	...	230.137	...	...
31018 Curvelo	176.426	...	...	182.668	...	...	183.638	...	...	184.568	...	...
31019 Diamantina	166.961	...	...	172.218	...	...	172.567	...	...	172.905	...	...
31025 Guanhães	113.651	...	...	117.085	...	...	117.198	...	...	117.305	...	...
31030 Itaobim	80.553	...	...	82.875	...	...	82.851	...	...	82.830	...	...
31031 Itaúna	115.829	...	...	120.221	...	...	121.117	...	...	121.976	...	...
31034 Januária	111.182	...	...	115.020	...	...	115.549	...	...	116.056	...	...
31035 João Monlevade	133.642	...	...	138.207	...	...	138.797	...	...	139.362	...	...
31040 Manga	57.361	...	...	58.928	...	...	58.836	...	...	58.746	...	...
31042 Mantena	68.347	...	...	70.506	...	...	70.657	...	...	70.802	...	...
31043 M.Novas/Turmalim/Capelin	119.551	...	...	123.706	...	...	124.303	...	...	124.873	...	...
31046 Nanuque	68.942	...	...	70.810	...	...	70.686	...	...	70.567	...	...
31048 Padre Paraíso	60.177	...	...	62.248	...	...	62.527	...	...	62.797	...	...
31053 Pedra Azul	51.795	...	...	53.566	...	...	53.796	...	...	54.018	...	...
31054 Pirapora	139.698	...	...	144.630	...	...	145.391	...	...	146.122	...	...
31056 Ponte Nova	211.513	...	...	217.496	...	...	217.343	...	...	217.197	...	...
31058 Resplendor	88.027	...	...	90.687	...	...	90.773	...	...	90.854	...	...
31059 Salinas Taiboeiras	199.466	...	...	206.260	...	...	207.131	...	...	207.963	...	...
31060 S.Maria Suaçuí/S.João Ev	101.524	...	...	104.317	...	...	104.173	...	...	104.035	...	...
31066 São Sebastião do Paraíso	120.843	...	...	124.955	...	...	125.477	...	...	125.975	...	...
31067 Sete Lagoas	417.066	...	...	433.145	...	...	436.612	...	...	439.934	...	...
31077 Viçosa	131.544	...	...	136.175	...	...	136.886	...	...	137.565	...	...
<b>Total</b>	<b>19.855.332</b>	<b>185</b>	<b>0,9</b>	<b>20.593.356</b>	<b>191</b>	<b>0,9</b>	<b>20.734.097</b>	<b>199</b>	<b>1,0</b>	<b>20.869.101</b>	<b>202</b>	<b>1,0</b>

Legenda: (N): Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Especialidade Médica em Patologia (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista). Fonte: (1) Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES; (2) População: IBGE - Estimativa de população. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?fbge/cnv/popuf.def>. Acesso em: 27 nov. 2016.

A Tabela 33 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia e à densidade por habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Região de Saúde da UF de São Paulo. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais. A citada UF tem 63 Regiões de Saúde; destas, 50 Regiões (79,4%) possuem médicos-patologistas e 13 Regiões (20,6%) não possuem médicos-patologistas. Ressaltando que, em 2012, uma população de 3.611.405 (8,6%) estava com falta de médicos-patologistas e em 2015, com 2.923.119 (6,6%) habitantes desprovidos de médicos-patologistas. No conjunto das Regiões de Saúde, observou-se um quadro inalterado ao longo dos anos, em 2012 (1,1:100 mil); 2013 (1,1:100 mil); 2014 (1,1:100 mil) e 2015 (1,2:100 mil). Porém, a Região de Saúde São Paulo (onde está inserida a capital) apresenta um discreto aumento de 2012 com de 1,5 médicos-patologistas:100 mil habitantes para 2015 com 1,7:100 mil habitantes em 2015. Além disso, os médicos-patologistas, concentrados na Região São Paulo onde está a capital nessa Região, representaram em 2012 (37,9%) e em 2015 (38,4%).

Todavia, na UF de São Paulo, observou-se que há maiores densidades inclusive acima da Região da capital e estão concentradas nas seguintes Regiões em 2012: Polo Cuesta (5,6:100 mil); Barretos (4,8:100 mil); Aquífero Guarani (2,5:100 mil); Coração do DRS III (2,2:100 mil); Jales (2,0:100 mil); São José do Rio Preto (2,0:100 mil); Fernandópolis (1,8:100 mil); Campinas (1,8:100 mil) e Catanduva (1,7:100 mil). Já em 2015 o cenário foi o seguinte: Polo Cuesta (6,3:100 mil); Barretos (5,9:100 mil); Aquífero Guarani (2,6:100 mil); Coração do DRS III (2,1:100 mil); Catanduva (1,9:100 mil) e São José do Rio Preto (1,8:100 mil). Embora perceba-se na UF de São Paulo em relação à expansão de médicos-patologistas para o interior, ela não se deu de forma expansiva concentrando-se em algumas Regiões, e ainda persiste Regiões desprovidas desse especialista. Em comparação no ano de 2015 com UF da Região Sudeste (UF de São Paulo) com os achados do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015, p. 266) no qual a razão especialista é 1,57:100 mil habitantes. O cenário encontrado foi o seguinte: das 46 Regiões de Saúde com médicos-patologistas em 2015, 12 delas estão acima dos valores encontrados no estudo. As Regiões de Saúde são: São Paulo (Região da capital); Região Metro Campinas; Aquífero Guarani; Polo Cuesta; Norte – Barretos; São José do Rio Preto; Bauru; Catanduva; Central do DRS II; Central do DRS III e Fernandópolis.

Em relação à Região Sudeste como um todo, em 2012, com uma população de 9.480.097 (11,6%), que estava sem médicos-patologistas, e em 2015, observa-se uma queda para 6.766.361 (7,9%) desprovidos de médicos-patologistas.



Tabela 33 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, da UF de São Paulo. Brasil, 2016

Região de Saúde (CIR) - São Paulo	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>35016 São Paulo ( região da capital)</b>	<b>11.376.685</b>	<b>174</b>	<b>1,5</b>	<b>11.821.873</b>	<b>178</b>	<b>1,5</b>	<b>11.895.893</b>	<b>193</b>	<b>1,6</b>	<b>11.967.825</b>	<b>198</b>	<b>1,7</b>
35072 Reg Metro Campinas	2.861.923	51	1,8	2.999.023	45	1,5	3.037.843	50	1,6	3.075.570	53	1,7
35015 Grande ABC	2.581.544	21	0,8	2.684.066	19	0,7	2.702.071	25	0,9	2.719.571	26	1,0
35132 Aquifero Guarani	826.472	21	2,5	865.737	23	2,7	876.687	25	2,9	887.328	23	2,6
35063 Polo Cuesta	284.781	16	5,6	297.493	17	5,7	300.612	16	5,3	303.643	19	6,3
35011 Alto do Tietê	2.717.672	14	0,5	2.840.318	15	0,5	2.871.113	14	0,5	2.901.043	17	0,6
35041 Baixada Santista	1.692.425	14	0,8	1.765.277	16	0,9	1.781.620	18	1,0	1.797.500	17	0,9
35051 Norte - Barretos	271.543	13	4,8	282.200	13	4,6	283.993	15	5,3	285.739	17	5,9
35155 São José do Rio Preto	661.683	13	2,0	690.701	13	1,9	697.532	14	2,0	704.170	13	1,8
35062 Bauru	601.360	5	0,8	625.898	9	1,4	630.625	9	1,4	635.218	11	1,7
35163 Sorocaba	1.552.118	12	0,8	1.623.736	11	0,7	1.642.592	10	0,6	1.660.922	11	0,7
35014 Rota dos Bandeirantes	1.735.470	10	0,6	1.807.331	8	0,4	1.821.803	12	0,7	1.835.869	10	0,5
35034 Coração do DRS III	361.960	8	2,2	377.552	9	2,4	381.060	9	2,4	384.471	8	2,1
35073 Jundiá	716.635	5	0,7	751.428	7	0,9	761.524	7	0,9	771.335	8	1,0
35174 V. Paraíba-Reg. Serrana	566.997	8	1,4	591.609	9	1,5	597.255	7	1,2	602.741	8	1,3
35071 Bragança	425.360	5	1,2	444.725	5	1,1	449.683	6	1,3	454.503	6	1,3
35103 Piracicaba	541.213	6	1,1	564.460	6	1,1	569.652	6	1,1	574.696	6	1,0
35151 Catanduva	295.372	5	1,7	307.310	5	1,6	309.546	6	1,9	311.719	6	1,9
35021 Central do DRS II	281.738	4	1,4	292.974	5	1,7	294.982	5	1,7	296.933	5	1,7
35031 Central do DRS III	290.959	4	1,4	303.742	4	1,3	306.763	4	1,3	309.698	5	1,6
35093 Marília	364.902	3	0,8	378.790	4	1,1	380.860	4	1,1	382.871	4	1,0
35141 Baixa Mogiana	306.018	3	1,0	318.238	3	0,9	320.427	4	1,2	322.556	4	1,2
35013 Mananciais	1.013.390	...	...	1.063.302	1	0,1	1.078.149	2	0,2	1.092.577	3	0,3
35102 Limeira	338.988	3	0,9	353.892	3	0,8	357.417	3	0,8	360.842	3	0,8
35112 Alta Sorocabana	384.186	3	0,8	399.170	3	0,8	401.639	3	0,7	404.036	3	0,7
35142 Mantiqueira	265.753	4	1,5	276.178	4	1,4	277.930	3	1,1	279.635	3	1,1
35161 Itapetininga	459.906	3	0,7	480.236	3	0,6	485.115	3	0,6	489.852	3	0,6
35171 Alto Vale do Paraíba	993.867	3	0,3	1.037.922	3	0,3	1.048.542	3	0,3	1.058.865	3	0,3
35061 Vale do Jurumirim	280.780	1	0,4	291.989	1	0,3	294.002	2	0,7	295.957	2	0,7
35064 Jaú	324.517	3	0,9	338.210	3	0,9	341.125	3	0,9	343.960	2	0,6
35094 Ourinhos	227.008	1	0,4	235.851	1	0,4	237.300	1	0,4	238.706	2	0,8
35101 Araras	315.030	3	1,0	328.492	2	0,6	331.455	2	0,6	334.334	2	0,6
35154 Fernandópolis	111.252	2	1,8	115.210	2	1,7	115.620	2	1,7	116.019	2	1,7
35022 Lagos do DRS II	192.212	1	0,5	199.484	1	0,5	200.540	1	0,5	201.566	1	0,5
35023 Consórcios do DRS II	254.793	1	0,4	265.783	1	0,4	268.264	1	0,4	270.675	1	0,4
35052 Sul - Barretos	141.335	...	...	146.248	...	...	146.675	1	0,7	147.091	1	0,7
35074 Circuito das Águas	125.047	1	0,8	130.167	1	0,8	131.165	1	0,8	132.135	1	0,8
35081 Três Colinas	392.208	3	0,8	408.385	3	0,7	411.607	2	0,5	414.741	1	0,2
35083 Alta Mogiana	117.312	...	...	121.816	...	...	122.514	1	0,8	123.191	1	0,8
35091 Adamantina	129.464	1	0,8	134.370	1	0,7	135.088	1	0,7	135.788	1	0,7
35092 Assis	231.540	1	0,4	240.304	1	0,4	241.574	1	0,4	242.812	1	0,4
35121 Vale do Ribeira	274.064	1	0,4	283.133	1	0,4	283.588	1	0,4	284.031	1	0,4
35131 Horizonte Verde	401.348	2	0,5	419.426	1	0,2	423.944	2	0,5	428.338	1	0,2
35156 José Bonifácio	93.807	1	1,1	98.182	1	1,0	99.363	1	1,0	100.512	1	1,0
35172 Circ. da Fé/V.Histórico	454.488	...	...	471.787	...	...	474.355	...	...	476.855	1	0,2
35173 Litoral Norte	290.406	1	0,3	305.417	1	0,3	310.240	1	0,3	314.926	1	0,3
35012 Franco da Rocha	531.829	1	0,2	558.224	1	0,2	566.175	...	...	573.906	...	...
35111 Alta Paulista	126.906	1	0,8	131.756	1	0,8	132.492	...	...	133.210	...	...
35133 Vale das Cachoeiras	129.345	1	0,8	134.728	1	0,7	135.832	1	0,7	136.904	...	...
35153 Jales	100.728	2	2,0	103.948	2	1,9	104.030	...	...	104.107	...	...
35032 Centro Oeste do DRS III	133.820	...	...	139.484	...	...	140.701	...	...	141.881	...	...
35033 Norte do DRS III	148.124	...	...	153.632	...	...	154.365	...	...	155.079	...	...
35065 Lins	157.005	...	...	163.283	...	...	164.416	...	...	165.514	...	...
35082 Alta Anhanguera	149.423	...	...	155.843	...	...	157.275	...	...	158.668	...	...
35095 Tupã	124.577	...	...	128.564	...	...	128.665	...	...	128.764	...	...
35104 Rio Claro	241.964	...	...	252.591	...	...	255.100	...	...	257.539	...	...
35113 Alto Capivari	56.437	...	...	58.465	...	...	58.692	...	...	58.911	...	...
35114 Extremo Oeste Paulista	93.314	...	...	96.754	...	...	97.192	...	...	97.616	...	...
35115 Pontal do Paranapanema	67.279	...	...	69.129	...	...	68.940	...	...	68.755	...	...
35143 Rio Pardo	209.071	...	...	216.033	...	...	216.419	...	...	216.792	...	...
35152 Santa Fé do Sul	44.678	...	...	46.371	...	...	46.618	...	...	46.860	...	...
35157 Votuporanga	186.315	...	...	193.727	...	...	195.047	...	...	196.328	...	...
35162 Itapeva	272.873	...	...	281.702	...	...	281.998	...	...	282.285	...	...
<b>Total</b>	<b>41.901.219</b>	<b>459</b>	<b>1,1</b>	<b>43.663.669</b>	<b>467</b>	<b>1,1</b>	<b>44.035.304</b>	<b>501</b>	<b>1,1</b>	<b>44.396.484</b>	<b>516</b>	<b>1,2</b>

Nota: (N): Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Especialidade Médica em Patologia (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista).

Fonte: (1) Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; (2) População: IBGE – Estimativa de população. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defothm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>.

A Tabela 34 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia e à densidade por habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Região Sul. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais. Em relação à Região Sul como um todo, em 2012, com uma população de 5.099.110 (18,4%), que estava sem médicos-patologistas e diminuiu, em 2015, para 3.785.338 (13,0%) população desprovida de médicos-patologistas.

Na UF do Paraná são 21 Regiões de Saúde; destas, 15 Regiões (71,4%) possuem médicos-patologistas e seis (28,6%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, tinha uma população de 2.890.676 (27,3%) que estava sem médicos-patologistas e que diminuiu, em 2015, com 1.793.407 (16,1%) desprovidos de médicos-patologistas.

O conjunto das Regiões de Saúde da UF do Paraná se manteve igual sem alterações em todos os anos (2012 a 2015) e representa 0,5 médicos-patologistas por 100 mil habitantes em cada um dos anos. A 2ª Região de Saúde Metropolitana (Região da capital) apresenta uma diminuição discreta e contínua em cada um dos anos, caracterizando-se da seguinte forma: 2012 (1,2:100 mil); 2013 (1,1:100 mil); 2014 (1,0:100 mil) e 2015 (0,9:100 mil). Os médicos-patologistas concentrados na Região onde está a capital representaram em 2012 (68,4%) e em 2015 (52,6%). Observou-se que Regiões de Saúde do interior apresentaram densidades abaixo da encontrada na Região da capital, em 2012 com dez Regiões apresentaram variações de 0,1 a 0,9 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e em 2015 com 14 Regiões expressaram de 0,2 a 1,3 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na UF do Rio Grande do Sul são 30 Regiões de Saúde; destas, 23 Regiões (76,7%) possuem médicos-patologistas e sete (23,3%) não possuem. Em 2012, tinha uma população de 1.609.236 (14,9%) desprovida de médicos-patologistas, e em 2015, uma diminuição para 1.081.232 (9,6%).

Nas Regiões de Saúde da UF do Rio Grande do Sul, notou-se um perfil inalterado ao longo dos anos, representando 1,1 médicos-patologistas por 100 mil habitantes em cada um dos anos. Contudo, na Região de Saúde Capital/Vale Gravataí (Região da capital), observou-se um discreto declínio a cada ano: em 2012 (2,1:100 mil); 2013 (2,0:100 mil); 2014 (1,9:100 mil) e 2015 (1,8:100 mil). Os médicos-patologistas concentrados na Região onde está a capital representaram, em 2012, 38,5%; e, em 2015, 34,7%. Notou-se que grande parte das Regiões do interior apresentou densidades abaixo da encontrada na Região da capital. Em 2012, com a Região de Vinhedos e Basalto (3,2:100 mil) e, em 2015, com também Vinhedos e Basalto (3,3:100 mil); Portal das Missões (2,6:100 mil); e Campos de Cima Serra (2,0:100 mil).

A UF de Santa Catarina possui 16 Regiões de Saúde; destas, 13 Regiões (81,3%) possuem médicos-patologistas e três (18,8%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, tinha uma população de 599.198 (9,4%) desprovida de médicos-patologistas, o que aumentou, em 2015, para 910.699 (13,4%) habitantes com a falta desses médicos.

Nas Regiões de Saúde da UF de Santa Catarina, notou-se um perfil inalterado de 2012 a 2014, representando, em cada ano, 0,8 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e, em 2015, um discreto aumento passando para 1,0:100 mil. Assim como, na Região de Saúde Grande Florianópolis (Região da capital), observou-se um perfil inalterado em 2012 (1,2:100 mil); 2013 (1,2:100 mil); 2014 (1,3:100 mil); e, em 2015, um discreto aumento passando para 1,6:100 mil. Os médicos-patologistas concentrados na Região onde está a capital representaram, em 2012, 22,2% e, em 2015, 27,7%.

As Regiões do interior apresentaram, em sua maioria, densidades abaixo da encontrada na Região da capital, com exceção das Regiões, em 2012: Região Meio-Oeste (2,2:100 mil) e Região Nordeste (1,3:100 mil). Já em 2015, as Regiões Meio-oeste e Região Nordeste apresentaram a mesma densidade encontrada para a Região da capital (1,6:100 mil).

Embora perceba-se, nas UF do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, uma tendência, ainda que, discreta de expansão de médicos-patologistas para o interior, ela não se deu de forma expressiva, concentrando-se em algumas Regiões, e ainda prossegue Regiões carentes de médicos-patologistas.

Em comparação ao ano de 2015 das três UF da Região Sul, com os achados do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al., 2015, p. 266), no qual a razão especialista é 1,57:100 mil habitantes, o cenário encontrado foi o seguinte: na UF do Paraná, não foi observada nenhuma Região igual ou acima desse valor; dessa forma, o panorama não é favorecedor, uma vez que todos estão abaixo dessa razão especialista por 100 mil habitantes. Na UF do Rio Grande do Sul, foi observado que três Regiões de Saúde apresentam a razão maior do que a encontrada no estudo: Vinhedos e Basalto (3,3:100 mil); Portal das Missões (2,6:100 mil) e Campos de Cima Serra (2,0:100 mil). E também, duas Regiões de Saúde apresentam a mesma razão encontrada no estudo: Verdes Campos e Capital/Vale Gravataí (Região da capital) cada uma com 1,6:100 mil. Na UF de Santa Catarina, notou-se que três Regiões de Saúde apresentam a mesma razão encontrada no estudo: Grande Florianópolis (Região da capital); Nordeste; e Meio-Oeste, cada uma com a razão especialista por 100 mil habitantes (1,6:100 mil).

Tabela 34 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Sul. Brasil, 2016

Região de Saúde (CIR) - SUL	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>41002 2ª RS Metropolitana (região da capital)</b>	<b>3.285.851</b>	<b>39</b>	<b>1,2</b>	<b>3.429.888</b>	<b>39</b>	<b>1,1</b>	<b>3.466.981</b>	<b>35</b>	<b>1,0</b>	<b>3.502.790</b>	<b>30</b>	<b>0,9</b>
41017 17ª RS Londrina	884.039	1	0,1	920.266	1	0,1	928.224	1	0,1	935.904	2	0,2
41003 3ª RS Ponta Grossa	584.017	1	0,2	607.984	1	0,2	613.271	1	0,2	618.376	1	0,2
41010 10ª RS Cascavel	513.071	2	0,4	532.909	3	0,6	536.580	4	0,7	540.131	5	0,9
41018 18ª RS Comélio Procópio	224.721	1	0,4	230.949	1	0,4	230.583	1	0,4	230.231	1	0,4
41005 5ª RS Guarapuava	442.299	2	0,5	456.989	2	0,4	458.214	3	0,7	459.398	3	0,7
41015 15ª RS Maringá	748.686	4	0,5	782.186	3	0,4	791.192	3	0,4	799.890	4	0,5
41021 21ª RS Telêmaco Borba	174.986	1	0,6	181.838	1	0,5	183.164	1	0,5	184.436	1	0,5
41011 11ª RS Campo Mourão	332.246	2	0,6	341.425	2	0,6	340.863	2	0,6	340.320	2	0,6
41013 13ª RS Cianorte	145.037	1	0,7	151.299	1	0,7	152.865	1	0,7	154.374	2	1,3
41016 16ª RS Apucarana	352.126	3	0,9	366.566	2	0,5	369.748	2	0,5	372.823	1	0,3
41008 8ª RS Francisco Beltrão	340.093	...	...	352.333	1	0,3	354.034	1	0,3	355.682	...	...
41004 4ª RS Iriti	162.804	...	...	169.125	...	...	170.310	...	...	171.453	...	...
41006 6ª RS União da Vitória	166.788	...	...	172.998	...	...	174.002	...	...	174.970	...	...
41012 12ª RS Umuarama	266.174	...	...	275.238	...	...	276.155	...	...	277.040	...	...
41019 19ª RS Jacarezinho	279.093	...	...	288.487	...	...	289.365	...	...	290.216	...	...
41020 20ª RS Toledo	364.184	...	...	379.246	...	...	382.642	...	...	385.916	...	...
41022 22ª RS Ivaiporã	137.169	...	...	140.037	...	...	139.066	...	...	138.130	...	...
41007 7ª RS Pato Branco	251.960	...	...	261.289	...	...	262.762	1	0,4	264.185	2	0,8
41014 14ª RS Paranavaí	262.333	...	...	271.732	1	0,4	273.016	1	0,4	274.257	1	0,4
41001 1ª RS Paranaíba	269.858	...	...	281.270	...	...	283.981	1	0,4	286.602	1	0,3
41009 9ª RS Foz do Iguaçu	390.220	...	...	403.411	...	...	404.674	1	0,2	405.894	1	0,2
<b>PARANÁ</b>	<b>10.577.755</b>	<b>57</b>	<b>0,5</b>	<b>10.997.465</b>	<b>58</b>	<b>0,5</b>	<b>11.081.692</b>	<b>59</b>	<b>0,5</b>	<b>11.163.018</b>	<b>57</b>	<b>0,5</b>
<b>43010 10 Capital/Vale Gravatá (região da capital)</b>	<b>2.241.453</b>	<b>47</b>	<b>2,1</b>	<b>2.323.452</b>	<b>47</b>	<b>2,0</b>	<b>2.332.576</b>	<b>45</b>	<b>1,9</b>	<b>2.341.156</b>	<b>41</b>	<b>1,8</b>
43021 21 Sul	847.689	10	1,2	877.789	10	1,1	879.864	13	1,5	881.817	13	1,5
43007 07 Vale dos Sinos	765.656	14	1,8	794.758	13	1,6	799.530	10	1,3	804.023	11	1,4
43025 25 Vinhedos e Basalto	284.822	9	3,2	296.102	9	3,0	298.581	9	3,0	300.920	10	3,3
43001 01 Verdes Campos	418.790	8	1,9	433.789	8	1,8	435.021	8	1,8	436.180	8	1,8
43017 17 Planalto	386.836	5	1,3	401.376	5	1,2	403.557	5	1,2	405.611	5	1,2
43012 12 Portal das Missões	151.442	3	2,0	156.540	3	1,9	156.494	3	1,9	156.450	4	2,6
43008 08 Vale Caí/Metropolitan	725.660	3	0,4	752.830	2	0,3	756.735	3	0,4	760.409	3	0,4
43011 11 Sete Povos Missões	283.995	1	0,4	293.285	2	0,7	292.789	2	0,7	292.322	3	1,0
43029 29 Vales e Montanhas	210.271	3	1,4	218.146	2	0,9	219.296	2	0,9	220.378	3	1,4
43013 13 Diversidade	223.034	1	0,4	230.840	2	0,9	231.229	2	0,9	231.593	2	0,9
43023 23 Caxias e Hortênsias	546.080	5	0,9	568.376	5	0,9	574.115	4	0,7	579.520	2	0,3
43024 24 Campos de Cima Serra	95.435	2	2,1	98.865	2	2,0	99.168	2	2,0	99.454	2	2,0
43028 28 Vinte e Oito	330.098	1	0,3	342.307	2	0,6	343.858	2	0,6	345.317	2	0,6
43003 03 Fronteira Oeste	462.011	2	0,4	477.306	2	0,4	476.748	2	0,4	476.223	1	0,2
43004 04 Belas Praias	141.500	1	0,7	147.271	1	0,7	148.751	1	0,7	150.143	1	0,7
43005 05 Bons Ventos	207.987	1	0,5	216.458	...	...	218.625	...	...	220.667	1	0,5
43009 09 Carbonífera/Costa Doc	387.704	...	...	402.057	...	...	403.907	...	...	405.650	1	0,2
43014 14 Fronteira Noroeste	225.530	1	0,4	233.002	1	0,4	232.754	1	0,4	232.523	1	0,4
43015 15 Caminho das Águas	185.592	...	...	191.660	1	0,5	191.333	1	0,5	191.024	1	0,5
43016 16 Alto Uruguai Gaúcho	230.291	3	1,3	238.142	3	1,3	238.237	2	0,8	238.325	1	0,4
43022 22 Pampa	182.865	1	0,5	189.292	1	0,5	189.638	1	0,5	189.963	1	0,5
43027 27 Jacuí Centro	199.922	1	0,5	206.790	1	0,5	206.937	1	0,5	207.072	1	0,5
43002 02 Entre Rios	123.567	...	...	127.681	...	...	127.574	...	...	127.473	...	...
43006 06 V. Paranhana/C. Serra	215.611	...	...	223.871	...	...	225.321	...	...	226.686	...	...
43018 18 Araucárias	128.494	...	...	133.049	...	...	133.367	...	...	133.668	...	...
43019 19 Botucará	115.495	...	...	119.460	...	...	119.545	...	...	119.626	...	...
43020 20 Rota da Produção	161.176	...	...	166.690	...	...	166.764	...	...	166.837	...	...
43026 26 Uva Vale	172.390	...	...	179.070	...	...	180.346	...	...	181.549	...	...
43030 30 Vale da Luz	119.207	...	...	123.789	...	...	124.614	...	...	125.393	...	...
<b>RIO GRANDE DO SUL</b>	<b>10.770.603</b>	<b>122</b>	<b>1,1</b>	<b>11.164.043</b>	<b>122</b>	<b>1,1</b>	<b>11.207.274</b>	<b>119</b>	<b>1,1</b>	<b>11.247.972</b>	<b>118</b>	<b>1,0</b>
<b>42007 Grande Florianópolis (região da capital)</b>	<b>1.041.828</b>	<b>12</b>	<b>1,2</b>	<b>1.091.242</b>	<b>13</b>	<b>1,2</b>	<b>1.111.702</b>	<b>14</b>	<b>1,3</b>	<b>1.131.981</b>	<b>18</b>	<b>1,6</b>
42011 Nordeste	894.286	12	1,3	937.092	13	1,4	954.911	13	1,4	972.566	16	1,6
42006 Médio Vale do Itajaí	686.179	8	1,2	718.440	8	1,1	731.745	10	1,4	744.928	9	1,2
42005 Foz do Rio Itajaí	579.946	4	0,7	616.224	5	0,8	633.139	4	0,6	649.898	6	0,9
42002 Oeste	329.680	3	0,9	341.549	3	0,9	345.668	3	0,9	349.746	3	0,9
42008 Meio Oeste	181.521	4	2,2	186.274	3	1,6	187.422	3	1,6	188.555	3	1,6
42013 Serra Catarinense	286.089	2	0,7	290.460	2	0,7	290.298	2	0,7	290.137	3	1,0
42012 Planalto Norte	357.565	2	0,6	366.982	2	0,5	369.262	2	0,5	371.525	2	0,5
42015 Carbonífera	397.652	3	0,8	411.584	3	0,7	416.299	2	0,5	420.968	2	0,5
42009 Alto Vale do R. do Peixe	277.125	1	0,4	284.647	1	0,4	286.559	1	0,3	288.455	1	0,3
42010 Alto Uruguai Catarinense	138.660	1	0,7	141.623	1	0,7	142.075	1	0,7	142.528	1	0,7
42016 Laguna	340.078	1	0,3	350.739	1	0,3	353.989	1	0,3	357.204	1	0,3
42004 Alto Vale do Itajaí	273.479	1	0,4	282.303	1	0,4	285.075	...	...	287.821	...	...
42001 Extremo Oeste	224.607	...	...	229.324	...	...	230.009	...	...	230.692	...	...
42003 Xanxerê	190.660	...	...	195.459	...	...	196.540	...	...	197.608	...	...
42014 Extremo Sul Catarinense	183.931	...	...	190.312	...	...	192.455	...	...	194.578	...	...
<b>SANTA CATARINA</b>	<b>6.383.286</b>	<b>54</b>	<b>0,8</b>	<b>6.634.254</b>	<b>56</b>	<b>0,8</b>	<b>6.727.148</b>	<b>56</b>	<b>0,8</b>	<b>6.819.190</b>	<b>65</b>	<b>1,0</b>

Nota: (N): Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Especialidade Médica em Patologia (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista).

Fonte: (1) Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES; (2) População: IBGE - Estimativa de população. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>.

A Tabela 35 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia e à densidade por habitantes, no período de 2012 a 2015, da Região Centro-Oeste. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais. Em relação à Região Centro-Oeste como um todo, em 2012 com uma população de 3.165.854 (21,9%) que estava sem médicos-patologistas e houve uma diminuição em 2015 para 2.600.668 (16,8%) habitantes desprovidos de médicos-patologistas.

Na UF do Distrito Federal, uma única Região de Saúde se mantém igual sem alterações em todos os anos (2012 a 2015) e representa 3,2 médicos-patologistas por 100 mil habitantes nos anos de 2012 a 2014 e no ano de 2015 com 3,0:100 mil. Sendo a razão especialista por 100 mil mais elevada da Região Centro-Oeste em todos os anos de análise.

Na UF de Goiás, existem 18 Regiões de Saúde; destas, dez (55,6%) possuem médicos-patologistas e oito (44,4%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, Goiás tinha uma população de 1.724.745 (28,0%) habitantes sem médicos-patologistas, apresentando uma diminuição em 2015, com 1.716.852 (26,0%) desprovidos desses médicos.

No conjunto das Regiões de Saúde da UF de Goiás, observou-se que, nos anos de 2012, 2014 e 2015, manteve-se a mesma razão (0,8:100 mil); e no ano de 2013 com 0,7:100 mil. A Região de Saúde Central (Região da capital) mantém o mesmo perfil com uma razão de 1,7:100 mil (2012 e 2015) e 1,6:100 mil (2013 e 2014). Na distribuição de médicos-patologistas na capital e interior, pode-se observar que representaram, em 2012, 60,4%; e em 2015, 53,6%. Observou-se que as Regiões de Saúde do interior apresentaram densidades abaixo das encontradas na Região da capital. Em 2012, com nove Regiões, apresentaram variações entre 0,3 e 0,9 médicos-patologistas por 100 mil habitantes; e, em 2015, com dez Regiões, expressaram entre 0,2 e 1,3 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na UF do Mato Grosso, há 16 Regiões de Saúde; destas, seis (37,5%) possuem médicos-patologistas e dez (62,5%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, havia uma população de 1.315.930 (42,2%) que estava sem médicos-patologistas, com uma diminuição em 2015 para 883.816 (27,1%) habitantes desprovidos de médicos-patologistas.

O conjunto das Regiões de Saúde da UF de Mato Grosso se mantém igual sem alterações em todos os anos (2012 a 2015) e representa uma razão especialista por 100 mil (0,6:100 mil). A Região de Saúde Baixada Cuiabana (Região da capital) tem um perfil oscilante, caracterizando-se da seguinte forma: 2012 (1,3:100 mil); 2013 (1,6:100 mil); 2014 (1,5:100 mil) e 2015 (1,6:100 mil). Os médicos-patologistas concentrados na Região onde está a capital representaram em 2012 (75,0%) e em 2015 (71,4%). Observou-se que Regiões de Saúde do interior apresentaram razão especialista por 100 mil habitantes abaixo encontrada

na Região da capital, em 2012 com quatro Regiões apresentaram variações entre 0,3 e 0,9 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e em 2015 com cinco Regiões expressaram entre 0,2 e 1,0 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

A UF do Mato Grosso do Sul possui quatro Regiões de Saúde, todas, em 2015, com médicos-patologistas. Somente a Região de Saúde de Corumbá, em 2015, apresentou um médico-patologista. No conjunto das Regiões de Saúde da UF de Mato Grosso do Sul, Goiás permaneceu sem alterações em todos os anos (2012 a 2015) representando 0,1 médico-patologista:100 mil habitantes em cada um dos anos. Na Região de Saúde Campo Grande (Região da capital), também sem alterações no decorrer dos anos com uma razão especialistas por 100 mil de 1,2:100 mil. Os médicos-patologistas concentrados na Região onde está a capital representaram em 2012 (70,8%) e em 2015 (65,4%). Observou-se que Regiões de Saúde do interior apresentaram densidades abaixo da encontrada na Região da capital, em 2012 com duas Regiões apresentaram variações entre 0,7 e 0,8 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e em 2015 com três Regiões expressaram entre 0,7 e 0,8 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na comparação do ano de 2015, das quatro UF da Região Centro-Oeste, com os achados do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015, p. 266), no qual a razão especialista é 1,57:100 mil habitantes. O cenário encontrado foi o seguinte. O Distrito Federal apresentou valores de razão especialista por 100 mil acima da média do estudo (3,0:100 mil). A UF de Goiás na Região de Saúde Central (Região da capital) exibiu 1,7 médicos especialista:100 mil. Já a UF do Mato Grosso na Região de Saúde da Baixada Cuiabana (Região da capital) apresentou o mesmo perfil do estudo. Na UF do Mato Grosso do Sul, não foi observada nenhuma Região igual ou acima desse valor, todas as Regiões estão abaixo dessa razão especialista por 100 mil habitantes.

Tabela 35 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Centro-Oeste. Brasil, 2016

Região de Saúde (CIR) - Centro-Oeste	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
53001 Distrito Federal	2.648.532	86	3,2	2.789.761	90	3,2	2.852.372	91	3,2	2.914.830	88	3,0
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	<b>2.648.532</b>	<b>86</b>	<b>3,2</b>	<b>2.789.761</b>	<b>90</b>	<b>3,2</b>	<b>2.852.372</b>	<b>91</b>	<b>3,2</b>	<b>2.914.830</b>	<b>88</b>	<b>3,0</b>
<b>52001 Central ( região da capital)</b>	<b>1.682.850</b>	<b>29</b>	<b>1,7</b>	<b>1.758.031</b>	<b>28</b>	<b>1,6</b>	<b>1.781.530</b>	<b>29</b>	<b>1,6</b>	<b>1.804.483</b>	<b>30</b>	<b>1,7</b>
52002 Centro Sul	792.519	7	0,9	833.771	8	1,0	849.421	8	0,9	864.857	11	1,3
52011 Pirineus	462.039	4	0,9	482.258	5	1,0	488.380	5	1,0	494.382	5	1,0
52005 Estrada de Ferro	268.517	2	0,7	281.729	1	0,4	286.433	2	0,7	291.048	2	0,7
52013 São Patrício I	161.827	1	0,6	166.722	1	0,6	167.159	2	1,2	167.586	2	1,2
52016 Sudoeste II	202.826	2	1,0	212.201	2	0,9	215.282	2	0,9	218.301	2	0,9
52003 Entomo Norte	234.286	1	0,4	245.200	1	0,4	248.821	1	0,4	252.374	1	0,4
52014 Serra da Mesa	120.738	...	...	125.083	...	...	125.947	1	0,8	126.794	1	0,8
52015 Sudoeste I	392.516	1	0,3	412.793	1	0,2	420.427	1	0,2	427.917	1	0,2
52017 Sul	232.871	1	0,4	241.853	1	0,4	243.991	1	0,4	246.087	1	0,4
52004 Entomo Sul	755.622	...	...	796.544	...	...	812.707	...	...	828.560	...	...
52006 Nordeste I	43.915	...	...	45.426	...	...	45.686	...	...	45.944	...	...
52007 Nordeste II	95.382	...	...	99.195	...	...	100.179	...	...	101.144	...	...
52008 Norte	136.710	...	...	140.346	...	...	140.321	...	...	140.298	...	...
52009 Oeste I	113.710	...	...	116.779	...	...	116.791	...	...	116.805	...	...
52010 Oeste II	107.577	...	...	111.561	...	...	112.423	...	...	113.270	...	...
52012 Rio Vermelho	192.610	...	...	198.650	...	...	199.333	...	...	200.002	...	...
52018 São Patrício II	158.481	...	...	165.906	...	...	168.391	...	...	170.829	...	...
<b>GOIÁS</b>	<b>6.154.996</b>	<b>48</b>	<b>0,8</b>	<b>6.434.048</b>	<b>48</b>	<b>0,7</b>	<b>6.523.222</b>	<b>52</b>	<b>0,8</b>	<b>6.610.681</b>	<b>56</b>	<b>0,8</b>
<b>51002 Baixada Cuiabana ( região da capital)</b>	<b>928.011</b>	<b>12</b>	<b>1,3</b>	<b>941.737</b>	<b>15</b>	<b>1,6</b>	<b>950.003</b>	<b>14</b>	<b>1,5</b>	<b>958.052</b>	<b>15</b>	<b>1,6</b>
51011 Oeste Matogrossense	187.714	1	0,5	189.118	1	0,5	189.837	1	0,5	190.535	2	1,0
51005 Garças Araguaia	119.401	1	0,8	120.372	1	0,8	120.884	1	0,8	121.382	1	0,8
51007 Médio N. Matogrossense	214.657	1	0,5	221.182	1	0,5	225.438	1	0,4	229.581	1	0,4
51013 Sul Matogrossense	466.567	...	...	478.281	...	...	485.804	1	0,2	493.128	1	0,2
51014 Teles Pires	349.623	1	0,3	366.588	1	0,3	377.939	1	0,3	388.992	1	0,3
51001 Alto Tapajós	100.528	...	...	101.672	...	...	102.328	...	...	102.968	...	...
51003 Araguaia Xingu	79.197	...	...	81.379	...	...	82.794	...	...	84.170	...	...
51004 Centro Norte	94.514	...	...	95.564	...	...	96.167	...	...	96.752	...	...
51006 Médio Araguaia	84.859	...	...	87.537	...	...	89.288	...	...	90.993	...	...
51008 Noroeste Matogrossense	140.125	...	...	145.196	...	...	148.536	...	...	151.789	...	...
51009 Norte Araguaia Karajá	22.089	...	...	22.603	...	...	22.933	...	...	23.254	...	...
51010 Norte Matogrossense	67.756	...	...	67.637	...	...	67.461	...	...	67.290	...	...
51012 Sudoeste Matogrossense	110.635	...	...	112.013	...	...	112.822	...	...	113.611	...	...
51015 Vale do Peixoto	97.563	...	...	98.999	...	...	99.867	...	...	100.711	...	...
51016 Vale dos Arinos	52.097	...	...	52.235	...	...	52.256	...	...	52.278	...	...
<b>MATO GROSSO</b>	<b>3.115.336</b>	<b>16</b>	<b>0,5</b>	<b>3.182.113</b>	<b>19</b>	<b>0,6</b>	<b>3.224.357</b>	<b>19</b>	<b>0,6</b>	<b>3.265.486</b>	<b>21</b>	<b>0,6</b>
<b>50001 Campo Grande ( região da capital)</b>	<b>1.364.668</b>	<b>17</b>	<b>1,2</b>	<b>1.410.696</b>	<b>17</b>	<b>1,2</b>	<b>1.429.202</b>	<b>18</b>	<b>1,3</b>	<b>1.447.248</b>	<b>17</b>	<b>1,2</b>
50003 Dourados	758.680	5	0,7	783.345	6	0,8	793.001	7	0,9	802.417	6	0,7
50004 Três Lagoas	256.561	2	0,8	264.775	2	0,8	267.956	2	0,7	271.054	2	0,7
50002 Corumbá	125.179	...	...	128.453	...	...	129.498	...	...	130.516	1	0,8
<b>MATO GROSSO DO SUL</b>	<b>2.505.088</b>	<b>24</b>	<b>1,0</b>	<b>2.587.269</b>	<b>25</b>	<b>1,0</b>	<b>2.619.657</b>	<b>27</b>	<b>1,0</b>	<b>2.651.235</b>	<b>26</b>	<b>1,0</b>

Legenda: (N): Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES.

Especialidade Médica em Patologia (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista).

Fonte: (1) Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; (2)

População: IBGE – Estimativa de população. Disponível em: <  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtn.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>.

A Tabela 36 mostra o número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialidade por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, de todas as nove UF da Região Nordeste. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais. Em relação à Região Nordeste como um todo, em 2012 com uma

população de 19.776.727 (36,7%) que estava sem médicos-patologistas e apresentou uma discreta diminuição para 2015 para 19.092.734 (33,8%) desprovida de médicos-patologistas.

A UF de Alagoas possui dez Regiões de Saúde; destas, seis (60,0%) possuem médicos-patologistas e quatro (40,0%) não possuem. Em 2012, tinha uma população de 979.218 (30,9%) habitantes que estava sem médicos-patologistas, e diminuiu em 2015 para 791.504 (23,7%) pessoas desprovidas de médicos-patologistas.

O conjunto das Regiões de Saúde da UF de Alagoas, nos anos de 2012, 2013 e 2014, manteve a mesma razão (0,8:100 mil) e, no ano de 2015, 0,7:100 mil. A primeira Região de Saúde (Região da capital) mantém o perfil com uma razão de 1,4:100 mil (2012) e 1,3:100 mil (2013 a 2015). Na distribuição de médico-patologista na capital, pode-se observar que representaram em 2012 (68,0%) e em 2015 (64,0%). Observou-se que Regiões de Saúde do interior apresentaram razão abaixo da encontrada na Região da capital, em 2012 com quatro Regiões apresentaram variações entre 0,1 a 0,8 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e em 2015 com uma Região foi acima com uma razão de 1,4 médico-patologista por 100 mil habitantes.

Na UF da Bahia, são 28 Regiões de Saúde; destas, 15 Regiões (53,6%) possuem médicos-patologistas e 13 Regiões (46,4%) não possuem. Em 2012, tinha uma população de 5.595.259 (39,5%) que estava sem médicos-patologistas e em 2015 com 4.474.506 (29,4%) desprovida de médicos-patologistas sem alterações.

O conjunto das Regiões de Saúde da UF da Bahia manteve a mesma razão especialista por 100 mil, nos anos de 2012 (0,6:100 mil), 2013 e 2015 (0,7:100 mil). Na Região de Saúde de Salvador (Região da capital) apresentou uma discreta queda a cada ano; isto é, 2012 (2,1:100 mil); 2013 (2,0:100 mil); 2014 (1,9:100 mil) e 2015 (1,8:100 mil). Na distribuição de médico-patologista na capital, pode-se observar que representaram, em 2012, (72,3%) e, em 2015, (67,0%). Observou-se que Regiões de Saúde do interior apresentaram razão abaixo da encontrada na Região da capital, em todos os anos, já em 2012 com dez Regiões apresentaram variações entre 0,2 a 1,2 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e, em 2015, com 13 Regiões expressaram entre 0,1 a 0,9 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na UF do Ceará, são 22 Regiões de Saúde; destas, sete Regiões (31,8%) possuem médicos-patologistas e 15 Regiões (68,2%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, tinha uma população de 3.794.383 (44,1%) que estava sem médicos-patologistas e mantém-se em 2015 com 3.925.345 (44,1%) a deficiência de médicos-patologistas.



No conjunto das Regiões de Saúde da UF do Ceará, observaram-se oscilações entre os anos, uma razão de médicos especialistas por 100 mil, nos anos de 2012 e 2014 (0,6:100 mil) nos anos de 2013 e 2015 (0,7:100 mil). Na primeira Região Fortaleza (Região da capital), mantém o mesmo perfil da UF, nos anos de 2012 e 2014 (1,7:100 mil) nos anos de 2013 e 2015 (1,8:100 mil). Na distribuição de médico-patologista na capital pode-se observar que representaram em 2012 (85,2%) e em 2015 (84,5%). Observou-se uma concentração de médicos-patologistas na Região da capital. Regiões de Saúde do interior apresentaram razão abaixo da encontrada na Região da capital, em 2012 com seis Regiões apresentaram variações entre 0,3 a 0,5 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e em 2015 com seis Regiões expressaram entre 0,3 a 0,6 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na UF do Maranhão, são 19 Regiões de Saúde; destas, 11 Regiões (57,9%) possuem médicos-patologistas e oito (42,1%) não possuem. Em 2012, tinha uma população de 3.025.960 (45,1%) habitantes que estava sem médicos-patologistas, e aumentou em 2015 para 4.061.284 (58,8%) habitantes desprovidos de médicos-patologistas.

O conjunto das Regiões de Saúde da UF do Maranhão manteve a mesma razão nos anos de 2012, 2014 e 2015 (0,3:100 mil) e, no ano de 2013, 0,4:100 mil. Na Região São Luís (Região da capital), o perfil encontrado da razão especialista por 100 mil por ano foi o seguinte: 2012 (0,9:100 mil); 2013 (1,1:100 mil); 2014 (1,0:100 mil) e 2014 (1,0:100 mil). Na distribuição de médico-patologista na capital, pode-se observar que representaram em 2012 (57,1%) e em 2015 (66,7%). Observou-se que Regiões de Saúde do interior apresentaram densidades abaixo das encontradas na Região da capital. Em 2012, com sete Regiões, apresentaram variações entre 0,2 a 0,8 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e, em 2015, com quatro Regiões, expressaram entre 0,4 a 0,7 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na UF da Paraíba, são 16 Regiões de Saúde; destas, 13 Regiões (81,3%) possuem médicos-patologistas e três Regiões (18,8%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, tinha uma população de 1.855.707 (48,6%) que estava sem médicos-patologistas e apresentou um discreto aumento da população em 2015 com 1.912.181 (48,1%) carente de médicos-patologistas. No conjunto das Regiões de Saúde da UF da Paraíba observaram-se oscilações no decorrer dos anos: 2012 e 2014 (0,8:100 mil); 2013 e 2015 (0,7:100 mil). Na primeira Região Mata Atlântica (Região da capital) apresentam uma diminuição na razão especialista por 100 mil habitantes por ano: 2012 (1,6:100 mil); 2013 (1,4:100 mil); 2014 (1,3:100 mil) e 2015 (1,3:100 mil). Na distribuição de médico-patologista na capital pode-se notar que retrataram em 2012 (65,5%) e em 2015 (60,7%). Observou-se que Regiões de Saúde do

interior uma Região de Saúde (6ª Região) tem uma razão especialista maior do que a encontrada na Região da capital em todos os anos: 2012 (1,7:100 mil); 2013 (1,7:100 mil); 2014 (2,1:100 mil) e 2015 (1,9:100 mil).

Na UF de Pernambuco são 12 Regiões de Saúde; destas, nove Regiões (75,0%) com médicos-patologistas e 03 Regiões (25,0%) sem médicos-patologistas. Em 2012, com uma população de 1.017.309 (11,4%) que estava sem médicos-patologistas e mantém-se em 2015 com 1.058.850 (11,3%) desprovida de médicos-patologistas.

No conjunto das Regiões de Saúde da UF de Pernambuco, observou-se que os anos de 2012 e 2013 (1,0:100 mil) e 2014 e 2015 (1,1:100 mil) mantiveram-se sem alterações. Na Região Recife (Região da capital), a razão especialista por 100 mil caracterizou-se da seguinte forma: 2012 e 2013 (1,9:100 mil) e 2014 e 2015 (2,2:100 mil). Na distribuição de médico-patologista na capital pode-se observar que representaram em 2012 (83,7%) e em 2015 (86,8%). Observou-se que Regiões de Saúde do interior apresentaram razão abaixo da encontrada na Região da capital, em 2012 com sete Regiões apresentaram variações entre 0,2 a 0,7 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e em 2015 com sete Regiões expressaram entre 0,2 a 0,6 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na UF do Piauí, 11 Regiões de Saúde; destas, cinco Regiões (45,5%) possuem médicos-patologistas e seis Regiões (54,5%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, tinha uma população de 1.136.397 (36,0%) sem médicos-patologistas e diminuiu em 2015 para 756.981 (23,6%) com falta de médicos-patologistas.

No conjunto das Regiões de Saúde da UF do Piauí, observaram-se oscilações nos anos de 2012 e 2014 (0,6:100 mil) e 2013 e 2015 (0,8:100 mil). Na Região Entre Rios (Região da capital), apresentando variações entre os anos: 2012 (1,1:100 mil); 2013 (1,3:100 mil); 2014 (1,2:100 mil) e 2015 (1,3:100 mil). Na distribuição de médico-patologista na capital representaram em 2012 (72,2%) e em 2015 (76,6%). No tocante às Regiões de Saúde do interior, em comparação à Região da capital, o cenário encontrado foi o seguinte: em 2012 com três Regiões variando entre 0,4 a 1,0 médicos-patologistas por 100 mil habitantes e em 2015 com quatro Regiões variação entre 0,3 a 0,5 médicos-patologistas por 100 mil habitantes.

Na UF do Rio Grande do Norte, são oito Regiões de Saúde; destas, cinco Regiões (62,5%) possuem médicos-patologistas e três Regiões (37,5%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, havia uma população de 1.264.881 (39,2%) que estava sem médicos-patologistas e diminuiu em 2015 com 956.462 (27,8%) desprovida de médicos-patologistas.

No conjunto das Regiões de Saúde da UF do Rio Grande do Norte, observou-se que independente dos anos, a razão é a mesma (0,7:100 mil), sem haver alterações. Na Região Metropolitana (Região da capital), também o mesmo perfil é mantido independente dos anos com a mesma razão especialista por 100 mil habitantes (1,2: 100 mil). Na distribuição de médico-patologista na capital, pôde-se observar que representaram em 2012 (68,2%) e em 2015 (64,0%). Observou-se que nas Regiões de Saúde do interior a Região do Caicó tem uma razão especialista maior do que a encontrada na Região da capital em todos os anos: 2012 (2,0:100 mil); 2013 (1,6:100 mil); 2014 (1,3:100 mil) e 2015 (1,6:100 mil).

Na UF de Sergipe são sete Regiões de Saúde; destas, três Regiões (42,9%) possuem médicos-patologistas e quatro Regiões (57,1%) não possuem médicos-patologistas. Em 2012, havia uma população de 1.107.613 (52,5%) que estava sem médicos-patologistas e apresentou um discreto aumento da população em 2015 para 1.155.621 (51,5%) desprovida de médicos-patologistas.

No conjunto das Regiões de Saúde da UF de Sergipe, observaram-se variações: 2012 e 2013 (0,8:100 mil); 2014 e 2015 (0,9:100 mil). A Região de Aracaju (Região da capital) apresentou um discreto aumento crescente ao longo dos anos: 2012 (1,9:100 mil); 2013 (2,0:100 mil); 2014 (2,2:100 mil) e 2015 (2,3:100 mil). Na distribuição de médicos-patologistas, há uma concentração dessa classe de médicos, na capital, de 95%, independentemente dos anos.

Na comparação com o ano de 2015, das nove UF da Região Nordeste, com os achados do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015, p. 266), no qual a razão especialista é 1,57:100 mil habitantes, o cenário encontrado foi o seguinte:

Do total de 133 Regiões de Saúde, apenas seis estão acima desses valores. São elas: Salvador (Região da capital) na UF Bahia; 1ª Região de Fortaleza (Região da capital) na UF do Ceará; 16ª Região na UF Maranhão; Recife (Região da capital) na UF de Pernambuco; Região de Caicó na UF do Rio Grande do Norte; e Região de Aracaju (Região da capital) na UF de Sergipe. As demais Regiões estão abaixo dessa razão especialista por 100 mil habitantes. Outro aspecto refere-se ao fato de que, em 2015, havia uma população de 16.930.171 habitantes desprovida de médicos-patologistas.

Tabela 36 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Nordeste. Brasil, 2016 (continua)

Região de Saúde (CIR) - Nordeste (Alagoas, Bahia e Ceará)	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>27001 1ª Região de Saúde (região da capital)</b>	<b>1.193.980</b>	<b>17</b>	<b>1,4</b>	<b>1.248.169</b>	<b>16</b>	<b>1,3</b>	<b>1.259.311</b>	<b>16</b>	<b>1,3</b>	<b>1.269.809</b>	<b>16</b>	<b>1,3</b>
27006 6ª Região de Saúde	197.353	2	1,0	205.231	2	1,0	206.217	1	0,5	207.145	3	1,4
27007 7ª Região de Saúde	501.927	4	0,8	523.363	4	0,8	526.523	5	0,9	529.521	3	0,6
27004 4ª Região de Saúde	139.963	1	0,7	145.279	1	0,7	145.529	1	0,7	145.645	1	0,7
27005 5ª Região de Saúde	224.593	...	...	234.815	1	0,4	236.593	...	...	238.271	1	0,4
27008 8ª Região de Saúde	153.031	1	0,7	158.792	2	1,3	158.914	2	1,3	159.037	1	0,6
27002 2ª Região de Saúde	157.520	...	...	164.460	...	...	165.276	...	...	166.048	...	...
27003 3ª Região de Saúde	215.656	...	...	224.018	...	...	224.757	...	...	225.544	...	...
27009 9ª Região de Saúde	228.028	...	...	237.055	...	...	237.810	...	...	238.421	...	...
27010 10ª Região de Saúde	153.421	...	...	159.753	...	...	160.800	...	...	161.491	...	...
<b>ALAGOAS</b>	<b>3.165.472</b>	<b>25</b>	<b>0,8</b>	<b>3.300.935</b>	<b>26</b>	<b>0,8</b>	<b>3.321.730</b>	<b>25</b>	<b>0,8</b>	<b>3.340.932</b>	<b>25</b>	<b>0,7</b>
<b>29020 Salvador (região da capital)</b>	<b>3.190.099</b>	<b>68</b>	<b>2,1</b>	<b>3.396.189</b>	<b>69</b>	<b>2,0</b>	<b>3.421.662</b>	<b>65</b>	<b>1,9</b>	<b>3.445.693</b>	<b>63</b>	<b>1,8</b>
29006 Feira de Santana	1.087.975	4	0,4	1.156.963	4	0,3	1.164.564	7	0,6	1.171.570	7	0,6
29012 Itabuna	508.632	5	1,0	537.165	5	0,9	535.458	5	0,9	534.585	5	0,9
29001 Alagoinhas	513.366	6	1,2	546.171	6	1,1	549.927	6	1,1	553.470	3	0,5
29009 Ilhéus	324.694	2	0,6	330.685	2	0,6	327.911	2	0,6	325.294	3	0,9
29016 Juazeiro	501.397	3	0,6	533.527	3	0,6	537.115	3	0,6	540.656	3	0,6
29004 Camaçari	546.018	...	...	587.445	...	...	597.883	1	0,2	607.729	2	0,3
29015 Jequié	488.432	...	...	512.833	...	...	512.755	1	0,2	511.221	2	0,4
29002 Barreiras	413.546	1	0,2	442.974	1	0,2	449.145	1	0,2	454.966	1	0,2
29014 Jacobina	379.572	...	...	402.332	...	...	403.176	...	...	404.406	1	0,2
29018 Porto Seguro	351.001	2	0,6	374.715	2	0,5	378.590	2	0,5	382.250	1	0,3
29022 Santo Antônio de Jesus	442.939	1	0,2	470.949	1	0,2	473.695	1	0,2	476.542	1	0,2
29025 Seminha	609.019	1	0,2	646.717	1	0,2	649.967	1	0,2	651.343	1	0,2
29028 Vitória da Conquista	637.414	1	0,2	669.073	1	0,1	669.396	1	0,1	669.703	1	0,1
29005 Cruz das Almas	252.910	...	...	268.580	1	0,4	269.949	...	...	271.237	...	...
29003 Brumado	400.877	...	...	419.866	...	...	420.990	...	...	421.748	...	...
29007 Guanambi	434.037	...	...	464.429	...	...	466.468	...	...	468.394	...	...
29008 Ibotirama	185.813	...	...	198.502	...	...	199.558	...	...	200.447	...	...
29010 Irecê	396.556	...	...	420.570	...	...	422.923	...	...	424.670	...	...
29011 Itaberaba	245.203	...	...	259.595	...	...	260.323	...	...	260.769	...	...
29013 Itapetinga	240.754	...	...	254.957	...	...	255.562	...	...	256.134	...	...
29017 Paulo Afonso	239.729	...	...	254.881	...	...	256.471	...	...	257.969	...	...
29019 Ribeira do Pombal	307.468	...	...	325.499	...	...	326.158	...	...	328.464	...	...
29021 Santa Maria da Vitória	292.926	...	...	309.976	...	...	310.907	...	...	311.784	...	...
29023 Seabra	177.236	...	...	188.438	...	...	188.772	...	...	189.580	...	...
29024 Senhor do Bonfim	287.354	...	...	304.781	...	...	305.959	...	...	307.070	...	...
29026 Teixeira de Freitas	423.613	...	...	451.155	...	...	454.717	...	...	458.075	...	...
29027 Valença	296.761	...	...	315.170	...	...	316.370	...	...	318.165	...	...
<b>BAHIA</b>	<b>14.175.341</b>	<b>94</b>	<b>0,7</b>	<b>15.044.137</b>	<b>96</b>	<b>0,6</b>	<b>15.126.371</b>	<b>96</b>	<b>0,6</b>	<b>15.203.934</b>	<b>94</b>	<b>0,6</b>
<b>23001 1ª Região Fortaleza (região da capital)</b>	<b>2.659.466</b>	<b>46</b>	<b>1,7</b>	<b>2.715.152</b>	<b>50</b>	<b>1,8</b>	<b>2.737.302</b>	<b>47</b>	<b>1,7</b>	<b>2.758.572</b>	<b>49</b>	<b>1,8</b>
23011 11ª Região Sobral	618.044	2	0,3	629.957	2	0,3	634.088	2	0,3	638.065	2	0,3
23020 20ª Região Crato	332.794	1	0,3	338.742	2	0,6	340.511	2	0,6	342.211	2	0,6
23021 21ª Região Juazeiro Nort	404.505	2	0,5	412.620	2	0,5	415.641	2	0,5	418.541	2	0,5
23006 6ª Região Itapipoca	279.227	1	0,4	285.608	1	0,4	288.469	1	0,3	291.215	1	0,3
23018 18ª Região Iguatú	310.211	1	0,3	315.459	1	0,3	316.816	1	0,3	318.115	1	0,3
23019 19ª Região Brejo Santo	207.375	1	0,5	210.792	1	0,5	211.608	1	0,5	212.395	1	0,5
23002 2ª Região Caucaia	579.833	...	...	593.902	...	...	600.650	...	...	607.125	...	...
23003 3ª Região Maracanaú	505.469	...	...	517.454	...	...	523.056	...	...	528.435	...	...
23004 4ª Região Baturité	134.586	...	...	136.823	...	...	137.369	...	...	137.894	...	...
23005 5ª Região Canindé	198.061	...	...	201.678	...	...	202.808	...	...	203.895	...	...
23007 7ª Região Aracati	111.770	...	...	114.048	...	...	114.917	...	...	115.752	...	...
23008 8ª Região Quixadá	310.415	...	...	316.101	...	...	317.886	...	...	319.600	...	...
23009 9ª Região Russas	192.861	...	...	196.063	...	...	196.845	...	...	197.596	...	...
23010 10ª Região Limoeiro Nort	218.598	...	...	222.195	...	...	223.055	...	...	223.878	...	...
23012 12ª Região Acaraú	215.753	...	...	220.576	...	...	222.681	...	...	224.703	...	...
23013 13ª Região Tianguá	300.736	...	...	306.828	...	...	309.131	...	...	311.344	...	...
23014 14ª Região Tauá	111.602	...	...	113.258	...	...	113.515	...	...	113.762	...	...
23015 15ª Região Crateús	291.623	...	...	295.565	...	...	295.858	...	...	296.137	...	...
23016 16ª Região Camocim	151.100	...	...	153.682	...	...	154.367	...	...	155.024	...	...
23017 17ª Região Icó	168.603	...	...	170.862	...	...	171.012	...	...	171.156	...	...
23022 22ª Região Cascavel	303.373	...	...	311.211	...	...	315.206	...	...	319.044	...	...
<b>CEARÁ</b>	<b>8.606.005</b>	<b>54</b>	<b>0,6</b>	<b>8.778.576</b>	<b>59</b>	<b>0,7</b>	<b>8.842.791</b>	<b>56</b>	<b>0,6</b>	<b>8.904.459</b>	<b>58</b>	<b>0,7</b>

Tabela 36 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Nordeste. Brasil, 2016 (conclusão)

Região de Saúde (CIR) - Nordeste (Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe)	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>21016 São Luís (região da capital)</b>	<b>1.366.973</b>	<b>12</b>	<b>0,9</b>	<b>1.387.910</b>	<b>15</b>	<b>1,1</b>	<b>1.403.111</b>	<b>14</b>	<b>1,0</b>	<b>1.417.451</b>	<b>14</b>	<b>1,0</b>
21005 Caxias	292.197	2	0,7	295.039	2	0,7	296.990	2	0,7	298.832	2	0,7
21008 Imperatriz	496.894	1	0,2	501.190	1	0,2	504.088	2	0,4	506.820	2	0,4
21009 Itaipuru Mirim	355.334	1	0,3	366.917	2	0,5	371.529	2	0,5	375.885	2	0,5
21017 Timon	237.288	2	0,8	240.104	2	0,8	242.094	1	0,4	243.969	1	0,4
21014 Santa Inês	379.075	1	0,3	382.911	1	0,3	384.955	1	0,3	381.886	...	...
21019 Zé Doca	282.560	1	0,4	286.645	1	0,3	290.700	1	0,3	293.495	...	...
21001 Açailândia	278.033	1	0,4	282.796	1	0,4	286.293	...	...	289.593	...	...
21002 Bacabal	261.953	...	...	262.303	...	...	262.265	...	...	267.842	...	...
21003 Balsas	237.382	...	...	240.381	...	...	242.522	...	...	244.539	...	...
21004 Bara do Corda	218.839	...	...	221.733	...	...	223.805	...	...	227.598	...	...
21006 Chapadinha	359.309	...	...	360.534	...	...	364.678	...	...	368.588	...	...
21007 Codó	296.800	...	...	299.129	...	...	300.667	...	...	302.121	...	...
21010 Pedreiras	214.893	...	...	215.396	...	...	216.225	...	...	214.549	...	...
21011 Pinheiro	380.642	...	...	384.364	...	...	385.833	...	...	388.240	...	...
21012 Presidente Dutra	280.838	...	...	282.489	...	...	283.514	...	...	284.478	...	...
21013 Rosário	279.796	...	...	284.119	...	...	287.943	...	...	291.544	...	...
21015 São João dos Patos	236.199	...	...	238.098	...	...	239.365	...	...	240.560	...	...
21018 Viana	259.309	...	...	262.243	...	...	264.307	...	...	266.251	...	...
<b>MARANHÃO</b>	<b>6.714.314</b>	<b>21</b>	<b>0,3</b>	<b>6.794.301</b>	<b>25</b>	<b>0,4</b>	<b>6.850.884</b>	<b>23</b>	<b>0,3</b>	<b>6.904.241</b>	<b>21</b>	<b>0,3</b>
<b>25001 1ª Região Mata Atlântica (região da capital)</b>	<b>1.215.711</b>	<b>19</b>	<b>1,6</b>	<b>1.256.678</b>	<b>18</b>	<b>1,4</b>	<b>1.272.522</b>	<b>17</b>	<b>1,3</b>	<b>1.287.748</b>	<b>17</b>	<b>1,3</b>
25016 16ª Região	516.861	9	1,7	530.152	9	1,7	534.032	11	2,1	537.124	10	1,9
25006 6ª Região	226.892	1	0,4	232.331	1	0,4	233.768	2	0,9	235.149	1	0,4
25008 8ª Região	112.731	...	...	115.596	1	0,9	116.418	...	...	117.212	...	...
25002 2ª Região	299.313	...	...	304.697	...	...	305.341	...	...	305.965	...	...
25003 3ª Região	189.835	...	...	193.958	...	...	194.861	...	...	195.869	...	...
25004 4ª Região	108.166	...	...	110.764	...	...	111.452	...	...	112.114	...	...
25005 5ª Região	115.884	...	...	118.570	...	...	119.240	...	...	119.882	...	...
25007 7ª Região	146.516	...	...	148.716	...	...	148.739	...	...	148.758	...	...
25009 9ª Região	169.640	...	...	173.641	...	...	174.671	...	...	175.657	...	...
25010 10ª Região	113.080	...	...	113.549	...	...	116.093	...	...	116.616	...	...
25011 11ª Região	81.662	...	...	83.483	...	...	83.905	...	...	84.308	...	...
25012 12ª Região	170.371	...	...	173.744	...	...	174.327	...	...	174.885	...	...
25013 13ª Região	58.849	...	...	59.966	...	...	60.132	...	...	60.292	...	...
25014 14ª Região	144.065	...	...	147.982	...	...	149.210	...	...	150.391	...	...
25015 15ª Região	145.595	...	...	148.594	...	...	149.174	...	...	150.232	...	...
<b>PARAÍBA</b>	<b>3.815.171</b>	<b>29</b>	<b>0,8</b>	<b>3.914.421</b>	<b>29</b>	<b>0,7</b>	<b>3.943.885</b>	<b>30</b>	<b>0,8</b>	<b>3.972.202</b>	<b>28</b>	<b>0,7</b>
<b>26010 Recife (região da capital)</b>	<b>3.964.806</b>	<b>77</b>	<b>1,9</b>	<b>4.086.807</b>	<b>79</b>	<b>1,9</b>	<b>4.116.153</b>	<b>89</b>	<b>2,2</b>	<b>4.144.593</b>	<b>92</b>	<b>2,2</b>
26003 Caruaru	1.266.476	4	0,3	1.310.903	4	0,3	1.324.382	5	0,4	1.337.445	5	0,4
26009 Petrolina	448.780	3	0,7	468.201	3	0,6	475.740	3	0,6	483.045	3	0,6
26004 Garanhuns	518.427	4	0,8	532.497	3	0,6	534.793	3	0,6	537.011	2	0,4
26006 Limoeiro	573.337	1	0,2	586.944	1	0,2	589.573	1	0,2	592.127	1	0,2
26007 Ouricuri	332.530	1	0,3	342.809	1	0,3	345.311	1	0,3	347.733	1	0,3
26008 Palmares	582.870	1	0,2	600.546	2	0,3	604.678	1	0,2	608.677	1	0,2
26012 Serra Talhada	226.493	1	0,4	233.027	1	0,4	234.379	1	0,4	235.692	1	0,4
26005 Goiana	304.086	...	...	311.268	1	0,3	311.887	...	...	312.489	...	...
26001 Afogados da Ingazeira	182.015	...	...	186.629	...	...	187.244	...	...	187.835	...	...
26002 Arcoverde	390.913	...	...	404.689	...	...	408.604	...	...	412.817	...	...
26011 Salgueiro	140.295	...	...	144.230	...	...	144.983	...	...	145.709	...	...
<b>PERNAMBUCO</b>	<b>8.931.028</b>	<b>92</b>	<b>1,0</b>	<b>9.208.550</b>	<b>95</b>	<b>1,0</b>	<b>9.277.727</b>	<b>104</b>	<b>1,1</b>	<b>9.345.173</b>	<b>106</b>	<b>1,1</b>
<b>22004 Entre Rios (região da capital)</b>	<b>1.186.450</b>	<b>13</b>	<b>1,1</b>	<b>1.195.316</b>	<b>16</b>	<b>1,3</b>	<b>1.200.393</b>	<b>15</b>	<b>1,2</b>	<b>1.204.881</b>	<b>16</b>	<b>1,3</b>
22009 Vale do Rio Guaribas	364.253	2	0,5	366.939	2	0,5	368.046	2	0,5	369.011	2	0,5
22005 Planície Litorânea	269.999	1	0,4	272.015	1	0,4	273.189	1	0,4	274.103	1	0,4
22011 Vale Rio Piauí/Itaueiras	203.649	2	1,0	205.124	2	1,0	205.270	2	1,0	205.400	1	0,5
22003 Cocais	389.224	...	...	392.097	...	...	393.005	...	...	393.652	1	0,3
22001 Carnaubais	158.273	...	...	159.433	...	...	159.727	...	...	160.251	...	...
22002 Chapada das Mangabeiras	190.276	...	...	191.684	...	...	192.400	...	...	193.033	...	...
22006 Serra da Capivara	142.986	...	...	144.050	...	...	144.622	...	...	145.136	...	...
22007 Tabuleiros Alto Parnaíba	45.795	...	...	46.140	...	...	46.433	...	...	46.692	...	...
22008 Vale do Canindé	105.520	...	...	106.294	...	...	106.548	...	...	106.770	...	...
22010 Vale do Sombrio	104.323	...	...	105.074	...	...	105.085	...	...	105.099	...	...
<b>PIAÚ</b>	<b>3.160.748</b>	<b>18</b>	<b>0,6</b>	<b>3.184.166</b>	<b>21</b>	<b>0,7</b>	<b>3.194.718</b>	<b>20</b>	<b>0,6</b>	<b>3.204.028</b>	<b>21</b>	<b>0,7</b>
<b>24007 Metropolitana (região da capital)</b>	<b>1.219.159</b>	<b>15</b>	<b>1,2</b>	<b>1.280.785</b>	<b>16</b>	<b>1,2</b>	<b>1.298.694</b>	<b>15</b>	<b>1,2</b>	<b>1.316.144</b>	<b>16</b>	<b>1,2</b>
24004 Caicó	297.798	6	2,0	308.929	5	1,6	310.247	4	1,3	311.531	5	1,6
24002 Mossoró	446.360	1	0,2	467.491	3	0,6	472.937	3	0,6	478.240	3	0,6
24001 São José de Mipibu	357.337	...	...	373.047	...	...	376.464	1	0,3	379.798	1	0,3
24006 Pau dos Fumos	243.910	...	...	251.728	...	...	252.468	1	0,4	253.192	...	...
24003 João Câmara	328.607	...	...	342.679	...	...	345.540	...	...	348.326	...	...
24005 Santa Cruz	188.280	...	...	196.188	...	...	197.709	...	...	199.190	...	...
24008 Açú	146.747	...	...	153.112	...	...	154.451	...	...	155.754	...	...
<b>RIO GRANDE DO NORTE</b>	<b>3.228.198</b>	<b>22</b>	<b>0,7</b>	<b>3.373.959</b>	<b>24</b>	<b>0,7</b>	<b>3.408.510</b>	<b>24</b>	<b>0,7</b>	<b>3.442.175</b>	<b>25</b>	<b>0,7</b>
<b>28001 Aracaju (região da capital)</b>	<b>771.147</b>	<b>15</b>	<b>1,9</b>	<b>806.185</b>	<b>16</b>	<b>2,0</b>	<b>818.071</b>	<b>18</b>	<b>2,2</b>	<b>829.683</b>	<b>19</b>	<b>2,3</b>
28002 Estância	232.107	1	0,4	240.181	1	0,4	241.838	1	0,4	243.459	...	...
28004 Lagarto	245.506	...	...	254.095	...	...	255.885	...	...	257.633	1	0,4
28003 Itabaiana	236.064	...	...	244.683	...	...	246.685	...	...	248.646	...	...
28005 Nossa Senhora da Glória	159.376	...	...	165.747	...	...	167.528	...	...	169.269	...	...
28006 Nossa Senhora do Socorro	313.976	...	...	327.273	...	...	331.368	...	...	335.364	...	...
28007 Propriá	152.691	...	...	157.498	...	...	158.199	...	...	158.883	...	...
<b>SERGIPE</b>	<b>2.110.867</b>	<b>16</b>	<b>0,8</b>	<b>2.195.662</b>	<b>17</b>	<b>0,8</b>	<b>2.219.574</b>	<b>19</b>	<b>0,9</b>	<b>2.242.937</b>	<b>20</b>	<b>0,9</b>

Legenda: (N): Profissional: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Especialidade Médica em Patologia (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista).

Fonte: (1) Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; (2) População: IBGE – Estimativa de população. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>.

A Tabela 37 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia e à razão especialidade por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, de todas as sete UF da Região Norte. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais. A Região Norte com 45 Regiões de Saúde, tem peculiaridades que levaram a fazer a descrição e análise dos dados em dois grupos a saber: quatro UF (Acre, Amapá, Amazonas e Roraima) tem médico-patologista exclusivamente nas capitais e três UF (Pará, Rondônia e Tocantins) tem médicos-patologistas nas capitais e no interior. No tocante à Região Norte como um todo, havia, em 2012, uma população de 6.368.056 (39,0%) que estava sem médicos-patologistas e diminuiu em 2015 para 6.235.108 (35,6%) habitantes desprovidos de médicos-patologistas. No tocante às UF ocorreram variações, houve um aumento de 2012 para 2015 de população desprovida de médicos-patologistas no Acre, Amapá, Amazonas, Roraima e Tocantins. No conjunto, representaram, em 2012, uma população de 2.807.297 (17,2%); e em 2015, de 3.006.309 (17,2%). Opostamente, as UF do Pará e Rondônia apresentaram diminuição da população desprovida de médicos-patologistas.

Nas quatro UF, totalizam 17 Regiões de Saúde sendo: Acre (n=3); Amapá (n=3); Amazonas (n=9); Roraima (n=2). No conjunto das UF em relação aos anos (2012 a 2015), o perfil encontrado foi o seguinte: Acre (em 2012 com 0,6:100 mil para 2015 com 0,4:100 mil); Amapá (em 2012 com 0,4:100 mil para 2015 com 0,8:100 mil); Amazonas (em 2012 com 0,5:100 mil para 2015 com 0,5:100 mil) e Roraima (em 2012 com 0,8:100 mil para 2015 com 1,4:100 mil). Perfil de variações com discreto aumento da razão em duas UF, uma sem alterações e a outra em discreta diminuição. Essas UF mostram a dificuldade de expansão de força de trabalho especializada como é o médico especialista em Patologia para cidades do interior e com características regionais muito específicas dessa Região como acesso geográfico, a dificuldade dos municípios em alocação de estabelecimentos com complexidade que incluam equipamentos e insumos com é o caso da Patologia. São Regiões que a concentração de recursos e a economia de escala prevalecem em municípios como as capitais.

O outro grupo das três UF totalizam 28 Regiões de Saúde sendo: Pará (n=13); Rondônia (n=7) e Tocantins (n=8). No conjunto das UF em relação aos anos (2012 a 2015) o perfil encontrado foi o seguinte: Pará (em 2012 com 0,3:100 mil para 2015 com 0,3:100 mil); Rondônia (em 2012 com 0,4:100 mil para 2015 com 0,5:100 mil) e Tocantins (em 2012 com 0,3:100 mil para 2015 com 0,3:100 mil). Demonstrando um perfil muito linear sem alterações.

Na UF do Pará com 13 Regiões de Saúde, oito Regiões (61,5%) com médicos-patologistas e cinco Regiões (38,5%) desprovidas desses médicos-patologistas. Em Rondônia

com sete Regiões de Saúde; destas, três Regiões (42,9%) possuem médicos-patologistas e quatro Regiões (57,1%) sem médicos-patologistas. Na UF de Tocantins com oito Regiões de Saúde, duas Regiões (25,0%) com médicos-patologistas e seis Regiões (75,0%) sem médicos-patologistas. Mesmo com as tentativas de expansão de médicos-patologistas para o interior dos municípios, há grande concentração dos mesmos nas respectivas Regiões da capital.

Na distribuição de médico-patologista na capital pode-se observar que representaram n UF do Pará (em 2012 (78,3%) e em 2015 (74,1%)); na UF de Rondônia (em 2012 (83,3%) e em 2015 (66,7%)); na UF do Tocantins (em 2012 (50,0%) e em 2015 (40,0%)). Destacando-se que no Tocantins a Região do Médio Norte Araguaia é mais expressiva do que a Região que está incluída a capital. Pode ser o fato de que no município de Araguaína tem um estabelecimento da saúde habilitado como UNACON.

Na comparação do ano de 2015 das sete UF da Região Norte, com os achados do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al.,2015, p. 266) no qual a razão especialista é 1,57:100 mil habitantes. O cenário encontrado foi o seguinte. Em todas as Regiões de Saúde que têm médico especialista em Patologia, a razão especialista por 100 mil foi abaixo do valor do estudo. Por todos esses aspectos observados, é uma Região com complexidade, diversidade e desigualdades entre os municípios e as Regiões de Saúde que requer uma lógica própria para estratégias de necessidades de FTS, no caso da pesquisa o médico especialista em Patologia.

Tabela 37 – Número de médicos especialistas em Patologia e a razão especialista por 100 mil habitantes, no período de 2012 a 2015, segundo Regiões de Saúde, das UF da Região Norte. Brasil, 2016

Região de Saúde (CIR) - Norte	2012			2013			2014			2015		
	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes	População	N	Médicos/ 100.000 Habitantes
<b>12002 Baixo Acre e Purus (região da capital)</b>	492.773	3	0,6	505.227	3	0,6	514.724	2	0,4	524.063	2	0,4
12001 Alto Acre	60.887	...	...	62.499	...	...	63.722	...	...	64.926	...	...
12003 Juruá e Tarauacá/Envira	205.126	...	...	208.737	...	...	211.655	...	...	214.524	...	...
<b>ACRE</b>	<b>758.786</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>	<b>776.463</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>	<b>790.101</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>803.513</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>
<b>16001 Área Central (região da capital)</b>	<b>465.097</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>489.973</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>501.050</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>512.023</b>	<b>4</b>	<b>0,8</b>
16002 Área Norte	56.623	...	...	59.831	...	...	61.318	...	...	62.791	...	...
16003 Área Sudoeste	176.882	...	...	185.192	...	...	188.544	...	...	191.865	...	...
<b>AMAPÁ</b>	<b>698.602</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>734.996</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>750.912</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>	<b>766.679</b>	<b>4</b>	<b>0,5</b>
<b>13001 Manaus e Alto Rio Negro (região da capital)</b>	<b>2.191.562</b>	<b>12</b>	<b>0,5</b>	<b>2.334.394</b>	<b>15</b>	<b>0,6</b>	<b>2.380.116</b>	<b>13</b>	<b>0,5</b>	<b>2.424.986</b>	<b>13</b>	<b>0,5</b>
13002 Rio Negro e Solimões	259.145	...	...	274.858	...	...	279.422	...	...	283.904	...	...
13003 Rio Madeira	170.985	...	...	181.887	...	...	185.281	...	...	188.610	...	...
13004 Médio Amazonas	152.778	...	...	161.571	...	...	163.928	...	...	166.240	...	...
13005 Baixo Amazonas	220.363	...	...	233.237	...	...	236.773	...	...	240.242	...	...
13006 Regional Purus	120.411	...	...	126.678	...	...	128.062	...	...	129.421	...	...
13007 Regional Juruá	120.256	...	...	127.468	...	...	129.531	...	...	131.556	...	...
13008 Triângulo	124.003	...	...	127.653	...	...	127.755	...	...	127.856	...	...
13009 Alto Solimões	231.482	...	...	240.175	...	...	242.875	...	...	245.521	...	...
<b>AMAZONAS</b>	<b>3.590.985</b>	<b>12</b>	<b>0,3</b>	<b>3.807.921</b>	<b>15</b>	<b>0,4</b>	<b>3.873.743</b>	<b>13</b>	<b>0,3</b>	<b>3.938.336</b>	<b>13</b>	<b>0,3</b>
<b>15006 Metropolitana I (região da capital)</b>	<b>2.079.699</b>	<b>18</b>	<b>0,9</b>	<b>2.112.360</b>	<b>18</b>	<b>0,9</b>	<b>2.129.515</b>	<b>19</b>	<b>0,9</b>	<b>2.146.163</b>	<b>20</b>	<b>0,9</b>
15002 Baixo Amazonas	715.726	1	0,1	727.296	1	0,1	733.437	1	0,1	739.394	2	0,3
15001 Araguaia	493.320	1	0,2	510.370	2	0,4	521.027	2	0,4	531.369	1	0,2
15003 Carajás	769.074	1	0,1	793.512	1	0,1	808.608	1	0,1	823.260	1	0,1
15007 Metropolitana II	334.676	...	...	341.844	...	...	345.960	...	...	349.955	1	0,3
15011 Tocantins	627.889	1	0,2	645.371	1	0,2	655.946	1	0,2	666.209	1	0,2
15012 Xingu	319.083	...	...	324.034	...	...	328.399	1	0,3	332.636	1	0,3
15014 Marajó II	285.389	1	0,4	293.253	1	0,3	298.004	1	0,3	302.613	...	...
15004 Lago de Tucuruí	395.038	...	...	410.732	...	...	420.708	...	...	430.388	...	...
15008 Metropolitana III	847.434	...	...	867.840	...	...	879.858	...	...	891.520	...	...
15009 Rio Caetés	496.804	...	...	506.289	...	...	511.583	...	...	516.723	...	...
15010 Tapajós	240.165	...	...	243.031	...	...	244.492	...	...	245.909	...	...
15013 Marajó I	217.908	...	...	223.797	...	...	227.343	...	...	230.784	...	...
<b>PARÁ</b>	<b>7.822.205</b>	<b>23</b>	<b>0,3</b>	<b>7.999.729</b>	<b>24</b>	<b>0,3</b>	<b>8.104.880</b>	<b>26</b>	<b>0,3</b>	<b>8.206.923</b>	<b>27</b>	<b>0,3</b>
<b>11004 Madeira-Mamoré (região da capital)</b>	<b>538.239</b>	<b>5</b>	<b>0,9</b>	<b>589.614</b>	<b>6</b>	<b>1,0</b>	<b>600.545</b>	<b>8</b>	<b>1,3</b>	<b>611.130</b>	<b>6</b>	<b>1,0</b>
11002 Café	162.125	...	...	175.216	1	0,6	176.401	1	0,6	177.550	2	1,1
11003 Central	342.121	1	0,3	367.549	1	0,3	368.115	1	0,3	368.662	1	0,3
11001 Vale do Jamari	229.876	...	...	251.740	...	...	256.342	...	...	260.800	...	...
11005 Zona da Mata	134.813	...	...	144.907	...	...	145.195	...	...	145.474	...	...
11006 Cone Sul	140.227	...	...	152.565	...	...	154.492	...	...	156.354	...	...
11007 Vale do Guaporé	42.610	...	...	46.623	...	...	47.441	...	...	48.234	...	...
<b>RONDÔNIA</b>	<b>1.590.011</b>	<b>6</b>	<b>0,4</b>	<b>1.728.214</b>	<b>8</b>	<b>0,5</b>	<b>1.748.531</b>	<b>10</b>	<b>0,6</b>	<b>1.768.204</b>	<b>9</b>	<b>0,5</b>
<b>14001 Centro Norte (região da capital)</b>	<b>393.427</b>	<b>3</b>	<b>0,8</b>	<b>408.968</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>416.394</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>423.708</b>	<b>6</b>	<b>1,4</b>
14002 Sul	76.097	...	...	79.104	...	...	80.542	...	...	81.957	...	...
<b>RORAIMA</b>	<b>469.524</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>488.072</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>496.936</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>505.665</b>	<b>6</b>	<b>1,2</b>
17001 Médio Norte Araguaia	269.814	2	0,7	281.778	2	0,7	285.692	4	1,4	289.511	3	1,0
<b>17006 Capim Dourado (região da capital)</b>	<b>315.621</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>333.567</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>341.238</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>348.719</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>
17002 Bico do Papagaio	194.297	...	...	201.544	...	...	203.295	...	...	205.006	...	...
17003 Sudeste	93.350	...	...	96.436	...	...	96.966	...	...	97.484	...	...
17004 Cerrado Tocant Araguaia	148.923	...	...	154.655	...	...	156.142	...	...	157.586	...	...
17005 Ilha do Bananal	173.586	...	...	179.492	...	...	180.609	...	...	181.698	...	...
17007 Cantão	117.443	...	...	122.419	...	...	123.946	...	...	125.432	...	...
17008 Amor Perfeito	104.660	...	...	108.273	...	...	108.992	...	...	109.690	...	...
<b>TOCANTINS</b>	<b>1.417.694</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>	<b>1.478.164</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>	<b>1.496.880</b>	<b>6</b>	<b>0,4</b>	<b>1.515.126</b>	<b>5</b>	<b>0,3</b>

Legenda: (N): Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES.

Especialidade Médica em Patologia (médico-anatomopatologista, médico-citopatologista, médico-patologista).

Fonte: (1) Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; (2)

População: IBGE – Estimativa de população. Disponível em: <

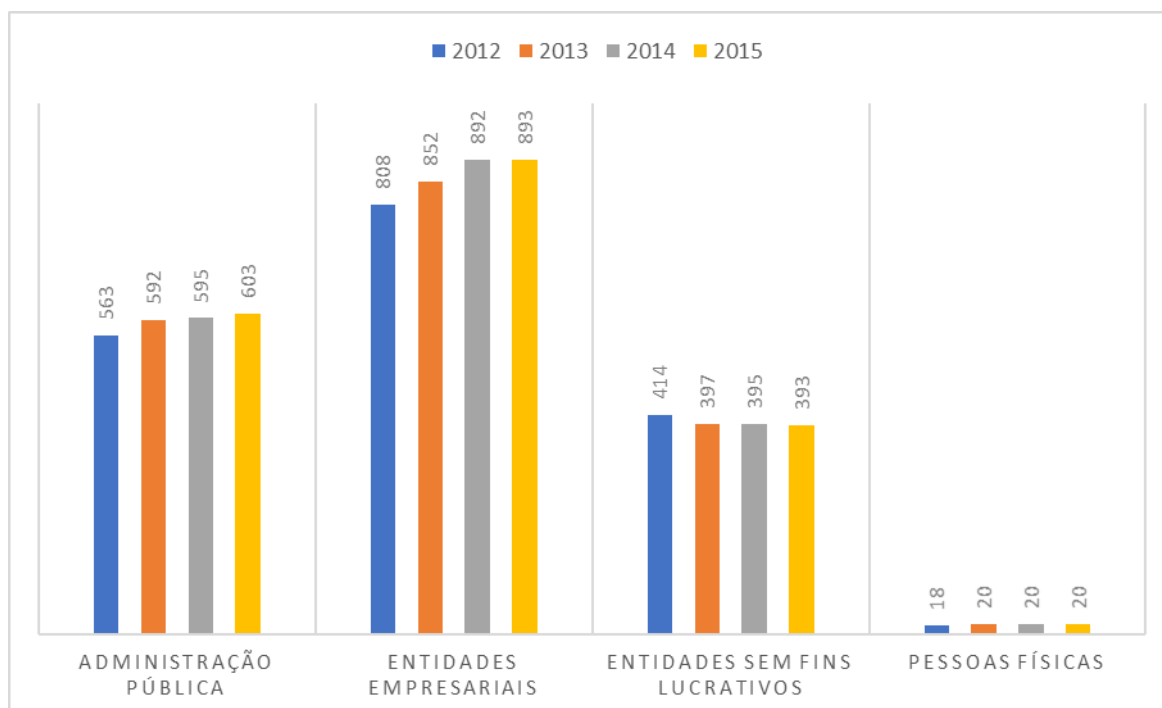
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>>.



O Gráfico 5 apresenta a distribuição de médicos/profissionais especialistas em Patologia, por natureza jurídica da organização do vínculo profissional, no Brasil no período de 2012 a 2015. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais.

Observa-se que a natureza jurídica do tipo entidades empresariais predominou em todos os anos, com um aumento no decorrer dos anos, notadamente correspondeu a 44,8% em 2012; a 45,8% em 2013; a 46,9% em 2014 e a 46,8% em 2015. Em segundo, destacou-se a administração pública, porém sem significativas modificações ao longo dos anos, representando 31,2% em 2012; 31,8% em 2013; 31,3% em 2014 e 31,6% em 2015. Em terceiro foram as entidades sem fins lucrativos com uma reduzida diminuição no transcurso dos anos variando de 23,0% em 2012 para 20,6% em 2015. Quanto à natureza jurídica do tipo pessoas físicas, foi a de menor expressão ao longo dos anos com aproximadamente 1,1%, inclusive as Regiões Norte e Centro-Oeste não apresentaram informações.

Gráfico 5 – Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por natureza jurídica e ano. Brasil, 2016



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.  
Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def>>.

A Tabela 38 mostra a distribuição de médicos/profissionais especialistas em Patologia, por natureza jurídica da organização do vínculo profissional, no Brasil no período de 2012 a 2015, por UF e Regiões. Foram encontrados quatro tipos de natureza jurídica<sup>48</sup>: administração pública<sup>49</sup>; entidades empresariais<sup>50</sup>; entidades sem fins lucrativos<sup>51</sup> e pessoas físicas<sup>52</sup>, exceto instituições extraterritoriais<sup>53</sup>. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais.

Em relação à administração pública representa a segunda natureza jurídica mais expressiva em todas as Regiões e no decorrer dos anos, com ressalvas para Região Norte que difere do perfil encontrado no Brasil, na qual há o predomínio da administração pública nos anos de 2012 (52,8%); 2013 (53,4%) e 2014 (51,6%) e de maneira oposta em 2015 (47,0%) torna-se a segunda forma de natureza jurídica. Em relação às UF com preponderância da administração pública destacam-se Acre; Amazonas; Roraima (exclusivamente este tipo de natureza jurídica); Pernambuco e Rio de Janeiro.

---

<sup>48</sup> Natureza Jurídica: Tabela de Natureza Jurídica e Qualificação do Representante da Entidade: Administração Pública, Entidades Empresariais, Entidades Sem Fins Lucrativos Pessoas Físicas. Instituições Extraterritoriais. Disponível em: <<https://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/cnpj>>. Acesso em: 27 nov.2016

<sup>49</sup> Administração Pública (código 1): Órgão Público do Poder Executivo Federal; Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal; Órgão Público do Poder Executivo Municipal; Órgão Público do Poder Legislativo Federal; Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal; Órgão Público do Poder Legislativo Municipal; Órgão Público do Poder Judiciário Federal; Órgão Público do Poder Judiciário Estadual; Autarquia Federal; Autarquia Estadual ou do Distrito Federal; Autarquia Municipal; Fundação Federal; Fundação Estadual ou do Distrito Federal; Fundação Municipal; Órgão Público Autônomo Federal; Órgão Público Autônomo Estadual ou do Distrito Federal; Órgão Público Autônomo Municipal; Comissão Polinacional; Fundo Público; Associação Pública.

<sup>50</sup> Entidades Empresariais (código 2): Empresa Pública; Sociedade de Economia Mista; Sociedade Anônima Aberta; Sociedade Anônima Fechada; Sociedade Empresária Limitada; Sociedade Empresária em Nome Coletivo; Sociedade Empresária em Comandita Simples; Sociedade Empresária em Comandita por Ações; Sociedade em Conta de Participação; Empresário (Individual); Cooperativa; Consórcio de Sociedades; Grupo de Sociedades; Estabelecimento, no Brasil, de Sociedade Estrangeira; Estabelecimento, no Brasil, de Empresa Binacional Argentino-Brasileira; Empresa Domiciliada no Exterior; Clube/Fundo de Investimento; Sociedade Simples Pura; Sociedade Simples Limitada; Sociedade Simples em Nome Coletivo; Sociedade Simples em Comandita Simples; Empresa Binacional; Consórcio de Empregadores; Consórcio Simples; Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária); Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Simples).

<sup>51</sup> Entidades Sem Fins Lucrativos (código 3): Serviço Notarial e Registral (Cartório); Fundação Privada; Serviço Social Autônomo; Condomínio Edifício; Comissão de Conciliação Prévia; Entidade de Mediação e Arbitragem; Partido Político; Entidade Sindical; Estabelecimento, no Brasil, de Fundação ou Associação Estrangeiras; Fundação ou Associação domiciliada no exterior; Organização Religiosa; Comunidade Indígena; Fundo Privado; Associação Privada.

<sup>52</sup> Pessoas Físicas (código 4): Empresa Individual Imobiliária; Contribuinte Individual; Candidato a Cargo Político Eletivo.

<sup>53</sup> Instituições Extraterritoriais (código 5): Organização Internacional; Representação Diplomática Estrangeira; Outras Instituições Extraterritoriais.

No que diz respeito às entidades empresariais, são as mais expressivas predominando nas Regiões e no transcorrer dos anos. Destacando a Região Sul com a maior representatividade: 2012 (60,9%); 2013 (62,7%); 2014 (63,7%) e 2015 (61,7). Em contraponto a Região Norte que nos anos 2012; 2013 e 2014 não foi a natureza jurídica dominante.

No tocante às entidades sem fins lucrativos representam a terceira natureza jurídica nas Regiões. Sendo a Região Sul a de maior expressão com uma variação de 27,9% em 2012 para 28,3% em 2015. Seguida da Região Sudeste com variante de 25,4% em 2012 para 24,6% em 2015. Por outro lado, a Região Norte com as menores expressões variando de 3,8% em 2012 para 3,0% em 2015.

Quanto à natureza jurídica do tipo pessoas físicas a de menor expressividade em todas as Regiões e no decorrer dos anos. Nas Regiões Norte e Centro-Oeste não foram identificados dados sobre esse tipo de natureza jurídica. Em relação às demais Regiões, apenas algumas UF apresentaram informações, tais como: Bahia; Ceará; Pernambuco; Sergipe; Minas Gerais; Rio de Janeiro; São Paulo e Rio Grande do Sul.

Tendo em vista que os aspectos observados nos achados do Gráfico 5 e da Tabela 38 se aproximaram do estudo sobre o Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007), no qual apontou que os médicos-patologistas constituem uma classe com vocação empresarial. A maior concentração da atividade laboral da maioria dos médicos-patologistas é no setor privado representando 84%; destes, apenas 10,3% tiveram contrato de trabalho. No setor privado, o médico-patologista atua preferencialmente em laboratórios de Patologia. Na Região Sul cerca de 70% trabalham em laboratórios de Patologia, ao passo que nas outras Regiões do país oscilam em torno de 50%. Os hospitais representam o segundo lugar em atuação profissional seguidos das faculdades privadas em terceiro lugar. O laboratório clínico ocupa a quarta posição, sendo 8% na Região Centro-Oeste e 2% nas Regiões Nordeste e Sul. Com exceção da Região Norte em que o laboratório clínico ocupa a segunda posição (20%).

Entretanto o que mais chama a atenção é em segundo lugar a Administração Pública, não esperada com tanta representatividade. Tal fato remete ao trabalho de Bernardi (2012) em que foi apontado pela autora que hospitais públicos estão terceirizando os serviços de Anatomia Patológica, para grandes laboratórios. Condiz com o fato de que a natureza do estabelecimento é da Administração Pública, mas o vínculo profissional do médico-patologista não seja de vínculo empregatício como por exemplo, estatutário efetivo, empregado público celetista, entre outros.

Tabela 38 – Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por natureza jurídica, segundo ano e UF/Regiões. Brasil, 2016

Natureza Jurídica Região/UF/Ano	2012					2013					2014					2015				
	Administração Pública	Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total	Administração Pública	Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total	Administração Pública	Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total	Administração Pública	Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
Acre	2	1	...	...	3	2	1	...	...	3	1	1	...	...	2	1	1	...	...	2
Amapá	1	1	...	...	2	1	1	...	...	2	2	1	...	...	3	2	2	...	...	4
Amazonas	8	4	...	...	12	10	5	...	...	15	8	5	...	...	13	7	6	...	...	13
Pará	12	11	...	...	23	13	11	...	...	24	14	12	...	...	26	14	13	...	...	27
Rondônia	1	4	1	...	6	2	5	1	...	8	3	6	1	...	10	3	5	1	...	9
Roraima	3	...	...	...	3	2	...	...	...	2	2	...	...	...	2	3	3	...	...	6
Tocantins	1	2	1	...	4	1	2	1	...	4	2	3	1	...	6	1	3	1	...	5
<b>NORTE</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>...</b>	<b>53</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>...</b>	<b>58</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>...</b>	<b>62</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>...</b>	<b>66</b>
Alagoas	6	18	1	...	25	7	18	1	...	26	7	18	...	...	25	8	18	...	...	26
Bahia	16	42	34	2	94	15	44	35	2	96	22	46	27	1	96	25	47	21	1	94
Ceará	8	27	18	1	54	18	31	9	1	59	19	30	6	1	56	21	30	6	1	58
Maranhão	9	9	3	...	21	8	12	5	...	25	6	12	5	...	23	5	11	5	...	21
Paraíba	5	20	4	...	29	7	19	3	...	29	6	20	4	...	30	6	19	3	...	28
Pernambuco	56	20	13	3	92	53	26	13	3	95	51	34	16	3	104	53	36	14	3	106
Piauí	4	11	3	...	18	5	13	3	...	21	4	13	3	...	20	4	13	4	...	21
Rio Grande do Norte	3	17	1	1	22	4	18	2	...	24	7	15	2	...	24	7	17	1	...	25
Sergipe	2	9	4	1	16	1	10	4	2	17	2	12	3	2	19	1	15	2	2	20
<b>NORDESTE</b>	<b>109</b>	<b>173</b>	<b>81</b>	<b>8</b>	<b>371</b>	<b>118</b>	<b>191</b>	<b>75</b>	<b>8</b>	<b>392</b>	<b>124</b>	<b>200</b>	<b>66</b>	<b>7</b>	<b>397</b>	<b>130</b>	<b>206</b>	<b>56</b>	<b>7</b>	<b>399</b>
Espírito Santo	7	20	7	...	34	8	20	7	...	35	8	20	8	...	36	13	13	10	...	36
Minas Gerais	38	107	38	2	185	39	108	41	3	191	48	107	40	4	199	53	103	42	4	202
Rio de Janeiro	165	92	36	1	294	170	95	34	1	300	159	93	31	1	284	146	87	25	1	259
São Paulo	118	170	166	5	459	126	178	158	5	467	124	201	171	5	501	134	205	172	5	516
<b>SUDESTE</b>	<b>328</b>	<b>389</b>	<b>247</b>	<b>8</b>	<b>972</b>	<b>343</b>	<b>401</b>	<b>240</b>	<b>9</b>	<b>993</b>	<b>339</b>	<b>421</b>	<b>250</b>	<b>10</b>	<b>1.020</b>	<b>346</b>	<b>408</b>	<b>249</b>	<b>10</b>	<b>1.013</b>
Paraná	7	26	24	...	57	6	30	21	1	58	6	38	14	1	59	4	37	15	1	57
Rio Grande do Sul	10	82	28	2	122	10	84	26	2	122	11	79	27	2	119	6	75	35	2	118
Santa Catarina	7	34	13	...	54	9	34	13	...	56	10	32	14	...	56	11	36	18	...	65
<b>SUL</b>	<b>24</b>	<b>142</b>	<b>65</b>	<b>2</b>	<b>233</b>	<b>25</b>	<b>148</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>236</b>	<b>27</b>	<b>149</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>234</b>	<b>21</b>	<b>148</b>	<b>68</b>	<b>3</b>	<b>240</b>
Distrito Federal	56	23	7	...	86	61	22	7	...	90	60	24	7	...	91	59	23	6	...	88
Goiás	12	33	3	...	48	8	36	4	...	48	7	39	6	...	52	11	40	5	...	56
Mato Grosso	4	11	1	...	16	4	14	1	...	19	3	14	2	...	19	3	17	1	...	21
Mato Grosso do Sul	2	14	8	...	24	2	15	8	...	25	3	17	7	...	27	2	18	6	...	26
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>74</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>...</b>	<b>174</b>	<b>75</b>	<b>87</b>	<b>20</b>	<b>...</b>	<b>182</b>	<b>73</b>	<b>94</b>	<b>22</b>	<b>...</b>	<b>189</b>	<b>75</b>	<b>98</b>	<b>18</b>	<b>...</b>	<b>191</b>
<b>BRASIL</b>	<b>563</b>	<b>808</b>	<b>414</b>	<b>18</b>	<b>1.803</b>	<b>592</b>	<b>852</b>	<b>397</b>	<b>20</b>	<b>1.861</b>	<b>595</b>	<b>892</b>	<b>395</b>	<b>20</b>	<b>1.902</b>	<b>603</b>	<b>893</b>	<b>393</b>	<b>20</b>	<b>1.909</b>

Legenda: (1) Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Somatório do quantitativo de médico-anatomopatologista; médico-citopatologista; médico-patologista (CNES – Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnescnv/proc02df.def>>). (2) Ano e mês de competência dos dados.

Fonte: CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnescnv/>>.

O Gráfico 6 e Tabela 39 apresentam a distribuição de médicos/profissionais especialistas em Patologia, por tipo de prestador, por UF e Regiões, no período de 2012 a 2015. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais.

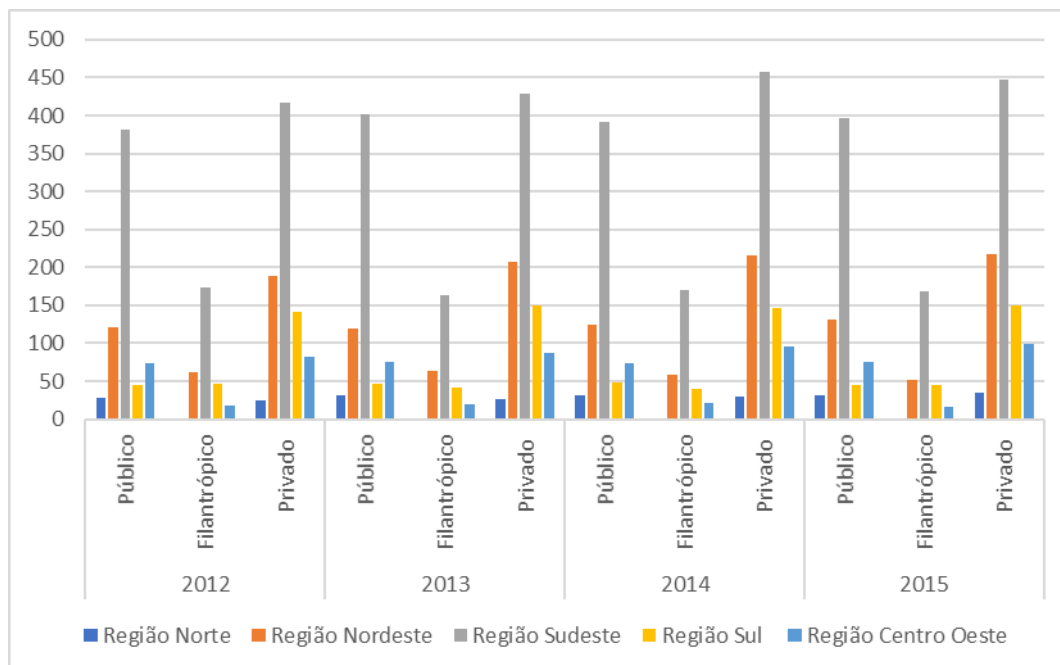
O prestador público representa o segundo tipo mais expressivo no Brasil e em todas as Regiões, com discretas variações entre os anos: 36,0% (2012); 36,2% (2013); 35,2% (2014) e 35,2% (2015). Em relação às UF com predomínio do prestador público no decorrer dos anos destacam-se Roraima (exclusivamente prestador público); Pernambuco; Rio de Janeiro e Distrito Federal.

No tocante ao prestador filantrópico, representa a menor expressão no Brasil e nas Regiões com diminuição contínua no decorrer dos anos: 16,6% (2012); 15,5% (2013); 15,2% (2014) e 14,8% (2015). As UF do Acre; Amapá; Amazonas; Pará; Rondônia; e de Roraima não apresentam dados sobre esse tipo de prestador.

Quanto ao prestador do tipo privado, predomina no Brasil e entre as Regiões, com um aumento crescente ao longo dos anos: 47,4% (2012); 48,3% (2013); 49,6% (2014) e 49,7% (2015). Destacando a Região Sul com a maior expressão desse tipo de prestador e variando de 60,9% (2012) a 62,5% (2015).

Tais achados estão relacionados com o contexto da organização e oferta de serviços de saúde no SUS em relação à atenção secundária, onde estão inseridos os Serviços de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia local de atuação dos médicos-patologistas estão incluídos os SADT. Segundo Paim et al. (2013), o SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico são majoritariamente privados. Em 2010, apenas 6,4% dos SADT eram públicos. Em 1992, eram 4.050 serviços com 5,4% públicos e em 2002 eram 7.318 serviços com 4,9% público.

Gráfico 6 – Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de prestador, segundo ano. Brasil, 2016



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def>>.

Tabela 39 – Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de prestador, segundo ano, UF e Regiões. Brasil, 2016

Tipo de Prestador/ Região/UF	2012				2013				2014				2015			
	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total
Acre	2	...	1	3	2	...	1	3	1	...	1	2	1	...	1	2
Amapá	1	...	1	2	1	...	1	2	2	...	1	3	2	...	2	4
Amazonas	8	...	4	12	10	...	5	15	8	...	5	13	7	...	6	13
Pará	12	...	11	23	13	...	11	24	14	...	12	26	14	...	13	27
Rondônia	1	...	5	6	2	...	6	8	3	...	7	10	3	...	6	9
Roraima	3	...	...	3	2	...	...	2	2	...	...	2	3	...	3	6
Tocantins	1	1	2	4	1	1	2	4	2	1	3	6	1	1	3	5
<b>NORTE</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>58</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>62</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>66</b>
Alagoas	6	1	18	25	7	1	18	26	7	...	18	25	8	...	18	26
Bahia	16	29	49	94	16	29	51	96	22	23	51	96	25	18	51	94
Ceará	18	7	29	54	18	8	33	59	19	5	32	56	21	5	32	58
Maranhão	9	3	9	21	8	5	12	25	6	5	12	23	5	5	11	21
Paraíba	5	4	20	29	7	3	19	29	6	4	20	30	6	3	19	28
Pernambuco	56	13	23	92	53	13	29	95	51	16	37	104	53	14	39	106
Piauí	4	3	11	18	6	3	12	21	4	3	13	20	4	4	13	21
Rio Grande do Norte	3	...	19	22	4	1	19	24	7	1	16	24	7	1	17	25
Sergipe	4	1	11	16	1	1	15	17	2	1	16	19	2	1	17	20
<b>NORDESTE</b>	<b>121</b>	<b>61</b>	<b>189</b>	<b>371</b>	<b>120</b>	<b>64</b>	<b>208</b>	<b>392</b>	<b>124</b>	<b>58</b>	<b>215</b>	<b>397</b>	<b>131</b>	<b>51</b>	<b>217</b>	<b>399</b>
Espírito Santo	7	7	20	34	8	7	20	35	8	8	20	36	13	10	13	36
Minas Gerais	38	34	113	185	39	36	116	191	48	34	117	199	53	36	113	202
Rio de Janeiro	170	28	96	294	175	27	98	300	163	25	96	284	146	23	90	259
São Paulo	166	105	188	459	180	93	194	467	173	103	225	501	185	99	232	516
<b>SUDESTE</b>	<b>381</b>	<b>174</b>	<b>417</b>	<b>972</b>	<b>402</b>	<b>163</b>	<b>428</b>	<b>993</b>	<b>392</b>	<b>170</b>	<b>458</b>	<b>1.020</b>	<b>397</b>	<b>168</b>	<b>448</b>	<b>1.013</b>
Paraná	7	14	36	57	6	11	41	58	6	11	42	59	4	11	42	57
Rio Grande do Sul	31	24	67	122	31	22	69	122	32	24	63	119	30	28	60	118
Santa Catarina	7	8	39	54	9	8	39	56	10	5	41	56	11	6	48	65
<b>SUL</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>142</b>	<b>233</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>149</b>	<b>236</b>	<b>48</b>	<b>40</b>	<b>146</b>	<b>234</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>150</b>	<b>240</b>
Distrito Federal	56	7	23	86	61	7	22	90	60	7	24	91	59	6	23	88
Goiás	12	2	34	48	8	3	37	48	7	5	40	52	11	4	41	56
Mato Grosso	4	1	11	16	4	1	14	19	3	2	14	19	3	1	17	21
Mato Grosso do Sul	2	8	14	24	2	8	15	25	3	7	17	27	2	6	18	26
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>74</b>	<b>18</b>	<b>82</b>	<b>174</b>	<b>75</b>	<b>19</b>	<b>88</b>	<b>182</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>95</b>	<b>189</b>	<b>75</b>	<b>17</b>	<b>99</b>	<b>191</b>
<b>BRASIL</b>	<b>649</b>	<b>300</b>	<b>854</b>	<b>1.803</b>	<b>674</b>	<b>288</b>	<b>899</b>	<b>1.861</b>	<b>669</b>	<b>290</b>	<b>943</b>	<b>1.902</b>	<b>679</b>	<b>282</b>	<b>948</b>	<b>1.909</b>

Legenda: Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Somatório do quantitativo de médico-anatopatologista; médico-citopatologista; médico-patologista (CNES - Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def.>>.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def.>>

O Gráfico 7 exibe a distribuição de médicos/profissionais especialistas em Patologia, por tipo de estabelecimento, período de 2012 a 2015, no Brasil. Na Tabela 40, observa-se a distribuição de médicos/profissionais especialistas em Patologia, por tipo de estabelecimento, período de 2012 a 2015, por UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNES referente a médicos/profissionais.

Observa-se dois tipos de estabelecimentos predominantes no país, um é o de *SADT* com uma variação entre os anos de 39,5% (2012); 40,8% (2013); 40,7% (2014) e 41,0% (2015). Destacando-se nas Regiões Sul, Norte e Nordeste.

O outro é Hospital Geral variando de 39,8% (2012); 38,6% (2013); 38,3% (2014) e 38,2% (2015). Sobressaindo nas Regiões Sudeste (principalmente no eixo Rio de Janeiro-São Paulo) e Centro-Oeste (sobretudo no Distrito Federal).

Por outro lado, os dois tipos de estabelecimentos menos expressivos foram o Hospital Especializado com variações entre 6,9% (2012) a 7,3% (2015) e o LACEN entre 0,8% (2012) a 0,2% (2015). Em 2012 notam-se as seguintes UF com médicos/profissionais especialistas em Patologia no LACEN: Amapá; Pará; Roraima; Alagoas; Bahia; Pernambuco; Espírito Santo; Rio de Janeiro; São Paulo; Mato Grosso. Por outro lado, em 2015 apenas as UF da Bahia e São Paulo.

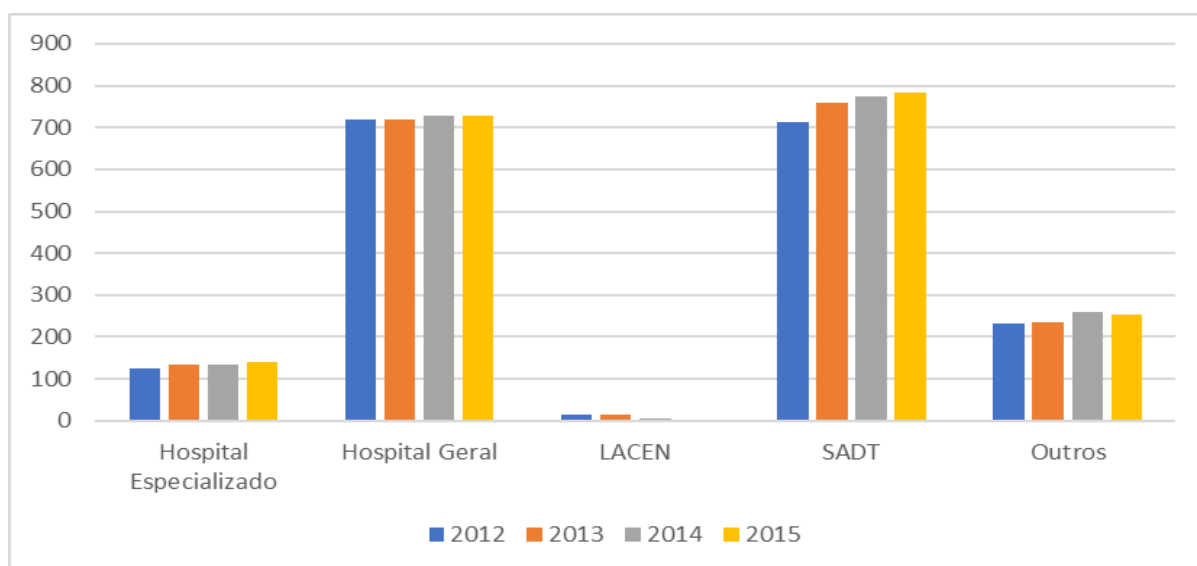
No tocante ao grupo de estabelecimentos que formaram a categoria denominada Outros, é bastante diversa e se diferenciou em cada uma das UF, no país expressou uma variação de aproximadamente 13,0%, no decorrer dos anos.

No Brasil, em 2017, no CNES, constam 8.468 Serviços de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia; destes, 6.031 são prestadores do SUS. Esses laboratórios estão inseridos nos SADT e que são locais de atuação dos médicos-patologistas.

Em relação aos Hospitais Gerais e Especializados, muitos deles possuem Serviços de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia, assim como podem ser também habilitados na atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS, como UNACON; 12 são CACON.



Gráfico 7 – Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de estabelecimento, segundo ano. Brasil, 2016



Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 40 – Distribuição de Médicos/Profissionais especialistas em Patologia, por tipo de estabelecimento, segundo ano, UF e Regiões. Brasil, 2016

Tipo de Estabelecimento/ Ano/Região/UF	2012						2013						2014						2015					
	Hospital Especializado	Hospital Geral	LACEN	SADT	Outros	Total	Hospital Especializado	Hospital Geral	LACEN	SADT	Outros	Total	Hospital Especializado	Hospital Geral	LACEN	SADT	Outros	Total	Hospital Especializado	Hospital Geral	LACEN	SADT	Outros	Total
Acre	...	1	...	1	1	3	...	1	...	1	1	3	...	...	...	1	1	2	...	...	...	1	1	2
Amapá	...	...	1	1	...	2	...	...	1	1	...	2	...	1	...	1	1	3	...	1	...	2	1	4
Amazonas	4	2	...	4	2	12	4	5	...	3	3	15	3	6	...	3	1	13	2	6	...	3	2	13
Pará	...	9	2	12	...	23	...	9	2	12	1	24	1	9	...	12	4	26	1	9	...	12	5	27
Rondônia	...	1	...	4	1	6	...	2	...	5	1	8	...	3	...	6	1	10	...	3	...	5	1	9
Roraima	...	...	2	1	...	3	...	...	1	1	...	2	...	...	1	...	1	2	...	...	...	3	3	6
Tocantins	...	2	...	2	...	4	...	2	...	2	...	4	...	3	...	3	...	6	...	2	...	3	...	5
<b>NORTE</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>62</b>	<b>3</b>	<b>21</b>	...	<b>29</b>	<b>13</b>	<b>66</b>
Alagoas	...	3	1	16	5	25	...	4	1	16	5	26	...	3	1	16	5	25	...	6	...	16	4	26
Bahia	12	25	1	21	35	94	14	23	1	22	36	96	14	19	1	24	38	96	13	17	1	25	38	94
Ceará	5	16	...	18	15	54	8	17	...	20	14	59	5	16	...	20	15	56	5	22	...	20	11	58
Maranhão	3	5	...	10	3	21	5	4	...	13	3	25	5	4	...	12	2	23	5	3	...	11	2	21
Paraíba	3	3	...	17	6	29	3	3	...	16	7	29	4	4	...	17	5	30	4	4	...	16	4	28
Pernambuco	10	38	3	22	19	92	11	33	3	27	21	95	9	37	...	37	21	104	8	39	...	41	18	106
Piauí	1	5	...	6	6	18	1	6	...	5	9	21	...	5	...	6	9	20	...	2	...	7	12	21
Rio Grande do Norte	...	1	...	18	3	22	...	1	...	21	2	24	...	1	...	20	3	24	1	...	...	21	3	25
Sergipe	1	2	...	7	6	16	1	2	...	8	6	17	1	2	...	10	6	19	1	2	...	12	5	20
<b>NORDESTE</b>	<b>35</b>	<b>98</b>	<b>5</b>	<b>135</b>	<b>98</b>	<b>371</b>	<b>43</b>	<b>93</b>	<b>5</b>	<b>148</b>	<b>103</b>	<b>392</b>	<b>38</b>	<b>91</b>	<b>2</b>	<b>162</b>	<b>104</b>	<b>397</b>	<b>37</b>	<b>95</b>	<b>1</b>	<b>169</b>	<b>97</b>	<b>399</b>
Espírito Santo	1	10	2	19	2	34	1	10	2	19	3	35	1	11	...	19	5	36	...	18	...	14	4	36
Minas Gerais	6	68	...	93	18	185	6	72	...	97	16	191	4	78	...	94	23	199	5	78	...	91	28	202
Rio de Janeiro	26	135	1	100	32	294	24	137	1	109	29	300	24	134	...	97	29	284	26	109	...	101	23	259
São Paulo	36	226	1	153	43	459	39	222	1	161	44	467	45	222	1	181	52	501	49	235	2	180	50	516
<b>SUDESTE</b>	<b>69</b>	<b>439</b>	<b>4</b>	<b>365</b>	<b>95</b>	<b>972</b>	<b>70</b>	<b>441</b>	<b>4</b>	<b>386</b>	<b>92</b>	<b>993</b>	<b>74</b>	<b>445</b>	<b>1</b>	<b>391</b>	<b>109</b>	<b>1.020</b>	<b>80</b>	<b>440</b>	<b>2</b>	<b>386</b>	<b>105</b>	<b>1.013</b>
Paraná	3	17	...	36	1	57	3	15	...	38	2	58	2	15	...	40	2	59	2	14	...	38	3	57
Rio Grande do Sul	1	55	...	55	11	122	1	53	...	60	8	122	1	55	...	53	10	119	1	57	...	51	9	118
Santa Catarina	3	12	...	33	6	54	3	13	...	33	7	56	4	13	...	31	8	56	7	15	...	33	10	65
<b>SUL</b>	<b>7</b>	<b>84</b>	...	<b>124</b>	<b>18</b>	<b>233</b>	<b>7</b>	<b>81</b>	...	<b>131</b>	<b>17</b>	<b>236</b>	<b>7</b>	<b>83</b>	...	<b>124</b>	<b>20</b>	<b>234</b>	<b>10</b>	<b>86</b>	...	<b>122</b>	<b>22</b>	<b>240</b>
Distrito Federal	7	56	...	18	5	86	7	62	...	16	5	90	7	62	...	16	6	91	6	61	...	16	5	88
Goiás	1	13	...	24	10	48	1	11	...	28	8	48	3	12	...	29	8	52	3	14	...	31	8	56
Mato Grosso	...	4	1	10	1	16	1	3	1	13	1	19	1	3	...	13	2	19	1	3	...	16	1	21
Mato Grosso do Sul	2	9	...	11	2	24	2	9	...	12	2	25	...	11	...	13	3	27	...	9	...	14	3	26
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>10</b>	<b>82</b>	<b>1</b>	<b>63</b>	<b>18</b>	<b>174</b>	<b>11</b>	<b>85</b>	<b>1</b>	<b>69</b>	<b>16</b>	<b>182</b>	<b>11</b>	<b>88</b>	...	<b>71</b>	<b>19</b>	<b>189</b>	<b>10</b>	<b>87</b>	...	<b>77</b>	<b>17</b>	<b>191</b>
<b>Brasil</b>	<b>125</b>	<b>718</b>	<b>15</b>	<b>712</b>	<b>233</b>	<b>1.803</b>	<b>135</b>	<b>719</b>	<b>14</b>	<b>759</b>	<b>234</b>	<b>1.861</b>	<b>134</b>	<b>729</b>	<b>4</b>	<b>774</b>	<b>261</b>	<b>1.902</b>	<b>140</b>	<b>729</b>	<b>3</b>	<b>783</b>	<b>254</b>	<b>1.909</b>

Legenda: Profissionais: quantitativo de profissionais (indivíduos) é contado apenas uma vez no CNES. Somatório do quantitativo de médico-anatomopatologista; médico-citopatologista; médico-patologista (CNES - Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02df.def>>).

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>>

A Tabela 41 refere-se à distribuição de médicos especialistas em Patologia, por número de especialidades médicas e inscrições, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE.

Dos 1.970 médicos-patologistas, 1.390 (70,6%) apresentam apenas uma especialidade médica; 517 médicos (26,2%) com duas especialidades e 63 médicos (3,2%) com três ou mais especialidades.

No tocante a uma especialidade médica, predomina em todas as Regiões cerca de 70%, com exceção da Região Nordeste com 58,8% (n=276), valor este abaixo da média nacional.

Em relação a duas especialidades médicas, segue o mesmo perfil encontrado no país, 26,2%, com exceção da Região Nordeste que tem a maior porcentagem (37,7%) em relação às demais Regiões.

No que diz respeito a três ou mais especialidades médicas, é a situação de menor expressão em todas as Regiões, porém a Região Norte apresenta a maior porcentagem (7,1%).

Nota-se que independentemente do número de especialidades, há o predomínio de apenas uma inscrição em todas as UF e Regiões.

Em relação a duas inscrições, não importando as Regiões, representa o segundo volume de registros de médicos-patologistas. Entretanto, entre as especialidades, ocorre diminuição de UF com duas inscrições, passando de 18 UF com uma especialidade para nove UF com duas especialidades. Com três especialidades não há dados.

No que concerne a três ou mais inscrições é a de menor expressão em relação ao número de especialidades. Observando-se que apenas está presente em seis UF com uma especialidade e em três UF com duas especialidades. Não havendo dados com três especialidades.

Os resultados encontrados se aproximam do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015* (SCHEFFER et al. ,2015), em que médico pode obter e registrar em mais de uma especialidade. Em 2014 num total de 228.862 o número de títulos em especialidades foi de: uma especialidade (164.670) com 72,0%; duas especialidades (52.319) com 22,9% e três especialidades ou mais (11.873) com 5,1%.

Tabela 41 – Distribuição de médicos especialistas em Patologia, por número de especialidades médicas e inscrições, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016

UF/Região	1 especialidade				2 especialidade				3 especialidade			
	Inscrições				Inscrições				Inscrições			
	1	2	3 ou mais	Total	1	2	3 ou mais	Total	1	2	3 ou mais	Total
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Acre	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Amapá	3	...	...	3	...	...	...	...	...	...	...	...
Amazonas	11	2	...	13	5	...	...	5	...	...	...	...
Pará	15	...	1	16	8	...	...	8	1	...	...	1
Rondônia	5	1	...	6	...	...	...	...	1	...	...	1
Roraima	3	...	...	3	1	...	...	1	2	...	...	2
Tocantins	5	2	...	7	2	...	...	2	1	...	...	1
<b>NORTE</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>5</b>
Alagoas	25	3	...	28	4	...	...	4	...	...	...	...
Bahia	72	2	...	74	88	4	...	92	4	...	...	4
Ceará	41	...	...	41	28	...	...	28	4	...	...	4
Maranhão	7	...	1	8	3	1	...	4	...	...	...	...
Paraíba	15	...	...	15	10	...	...	10	1	...	...	1
Pernambuco	58	5	...	63	9	1	...	10	2	...	...	2
Piauí	18	1	...	19	5	...	...	5	...	...	...	...
Rio Grande do Norte	12	3	...	15	12	...	...	12	3	...	...	3
Sergipe	13	...	...	13	12	...	...	12	2	...	...	2
<b>NORDESTE</b>	<b>261</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>276</b>	<b>171</b>	<b>6</b>	<b>...</b>	<b>177</b>	<b>16</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>16</b>
Espírito Santo	28	2	...	30	11	...	...	11	4	...	...	4
Minas Gerais	133	8	...	141	41	2	...	43	6	...	...	6
Rio de Janeiro	92	7	2	101	84	4	...	88	17	...	...	17
São Paulo	343	14	1	358	53	1	1	55	2	...	...	2
<b>SUDESTE</b>	<b>596</b>	<b>31</b>	<b>3</b>	<b>630</b>	<b>189</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>197</b>	<b>29</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>29</b>
Paraná	75	9	2	86	19	7	2	28	2	...	...	2
Rio Grande do Sul	119	7	...	126	39	1	...	40	4	...	...	4
Santa Catarina	66	4	...	70	9	...	...	9	2	...	...	2
<b>SUL</b>	<b>260</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>282</b>	<b>67</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>77</b>	<b>8</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>8</b>
Distrito Federal	63	5	2	70	19	...	...	19	1	...	...	1
Goiás	31	10	...	41	18	3	1	22	3	...	...	3
Mato Grosso	17	3	...	20	3	...	...	3	1	...	...	1
Mato Grosso do Sul	22	...	...	22	6	...	...	6	...	...	...	0
<b>CENTRO OESTE</b>	<b>133</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>153</b>	<b>46</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>5</b>
<b>BRASIL</b>	<b>1.293</b>	<b>88</b>	<b>9</b>	<b>1.390</b>	<b>489</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>517</b>	<b>63</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>63</b>

Legenda: N (número de médicos ativos registrados no Conselho Federal de Medicina com registro principal)  
 Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

A Tabela 42 refere-se ao número de médicos especialistas em Patologia, com uma especialidade médica, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE. Observa-se que dos 1.390 registros de médicos 93,2% (n=1.296) são referentes aos registros em Patologia e 6,8% (n=94) registros em Citopatologia. Sobressai a Região Nordeste pelo elevado percentual da Citopatologia representando 23,2% (n=64) dos registros, com exceção da UF do Maranhão, as demais UF seguem com o mesmo perfil da Região, principalmente Bahia com 33,8% (n=25), Sergipe com 30,8% (n=4) e Paraíba com 26,7% (n=4). Tal cenário contrasta com as demais Regiões. Ressaltando que na atualidade a

Citopatologia não é uma especialidade médica e sim uma área de atuação da especialidade médica em Patologia. Portanto a análise será do conjunto dessas informações.

Em relação à distribuição de médicos-patologistas por Regiões, nota-se o predomínio da Região Sudeste (n=630) representando 45,3%. Seguidos da Região Sul (n=282) com 20,3% e Região Nordeste (n=276) com 19,9%. As Regiões de menores expressões são a Centro-Oeste (n=153) com 11,0% e Norte (n=49) com 3,5%. A UF mais expressiva no país em número de médicos-patologistas é São Paulo. Quanto às UF mais expressivas em relação às respectivas Regiões, são: UF do Pará (Norte); UF da Bahia (Nordeste); UF de São Paulo (Sudeste); UF do Rio Grande do Sul (Sul) e UF do Distrito Federal (Centro-Oeste).

Tabela 42 – Número de médicos especialistas em Patologia, com uma especialidade médica, segundo UF e Regiões. Brasil, 2016

UF/Região	Patologia	Citopatologia	Total	% Brasil	%Região
Acre	1	...	1	0,1	2,0
Amapá	3	...	3	0,2	6,1
Amazonas	12	1	13	0,9	26,5
Pará	14	2	16	1,2	32,7
Rondônia	6	...	6	0,4	12,2
Roraima	3	...	3	0,2	6,1
Tocantins	7	...	7	0,5	14,3
<b>NORTE</b>	<b>46</b>	<b>3</b>	<b>49</b>	<b>3,5</b>	<b>100,0</b>
Alagoas	22	6	28	2,0	10,1
Bahia	49	25	74	5,3	26,8
Ceará	35	6	41	2,9	14,9
Maranhão	8	...	8	0,6	2,9
Paraíba	11	4	15	1,1	5,4
Pernambuco	51	12	63	4,5	22,8
Piauí	15	4	19	1,4	6,9
Rio Grande do Norte	12	3	15	1,1	5,4
Sergipe	9	4	13	0,9	4,7
<b>NORDESTE</b>	<b>212</b>	<b>64</b>	<b>276</b>	<b>19,9</b>	<b>100,0</b>
Espírito Santo	29	1	30	2,2	4,8
Minas Gerais	136	5	141	10,1	22,4
Rio de Janeiro	101	...	101	7,3	16,0
São Paulo	353	5	358	25,8	56,8
<b>SUDESTE</b>	<b>619</b>	<b>11</b>	<b>630</b>	<b>45,3</b>	<b>100,0</b>
Paraná	85	1	86	6,2	30,5
Rio Grande do Sul	122	4	126	9,1	44,7
Santa Catarina	69	1	70	5,0	24,8
<b>SUL</b>	<b>276</b>	<b>6</b>	<b>282</b>	<b>20,3</b>	<b>100,0</b>
Distrito Federal	63	7	70	5,0	45,8
Goiás	40	1	41	2,9	26,8
Mato Grosso	20	...	20	1,4	13,1
Mato Grosso do Sul	20	2	22	1,6	14,4
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>143</b>	<b>10</b>	<b>153</b>	<b>11,0</b>	<b>100,0</b>
<b>BRASIL</b>	<b>1296</b>	<b>94</b>	<b>1390</b>		

Legenda: N (número de médicos ativos registrados no Conselho Federal de Medicina com registro principal)

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

As Tabelas 43 e 44 referem-se ao número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE.

Ressalta-se três aspectos que foram considerados na consolidação dos referidos dados coletados. Um menciona o fato de que especialistas com mais de um título foram contados em cada especialidade totalizando 996 registros. O segundo aspecto foi inerente às especialidades em Patologia e Citopatologia, que também foram consideradas, na base de levantamento dos dados, como a segunda especialidade médica.

O terceiro aspecto foi referente à relação da especialidade em Patologia com outras especialidades médicas, visando a compreender essa relação da especialidade médica em Patologia, que tem habilidades específicas, com outras especialidades exercidas pelo médico-patologista. Para tal, empregou-se uma classificação das especialidades médicas de abordagem sociológica com base no processo de trabalho e utilizada por Machado (1997) e Bellodi (2001).

A classificação das especialidades médicas se divide em quatro grupos: Grupo 1 (Especialidades cognitivas)<sup>54</sup>; Grupo 2 (Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades)<sup>55</sup>; Grupo 3 (Especialidades intermediárias)<sup>56</sup>; e Grupo 4 (Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas)<sup>57</sup>.

---

<sup>54</sup> Grupo 1 (Especialidades cognitivas): Lidam diretamente com o cliente, e sua relação profissional se baseia fundamentalmente no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada (MACHADO, 1997; BELLODI, 2001).

<sup>55</sup> Grupo 2 (Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades): Também lidam diretamente com o paciente, mas não de forma tão direta e cotidiana, como ocorre com os 'médicos cognitivos'. Neste caso, a relação médico-paciente é tendencialmente burocratizada, padronizada e, quase sempre, programada. Neste caso, o que predomina no processo de trabalho é o conhecimento técnico. A relação médico-paciente é mediada por equipes de apoio e de equipamentos sofisticados, que auxiliam na conduta e nos procedimentos (MACHADO, 1997; BELLODI, 2001).

<sup>56</sup> Grupo 3 (Especialidades intermediárias): São as especialidades que associam mais estreitamente as habilidades técnicas (cirurgia) à base cognitiva das ciências médicas (clínica), intermediando essas duas áreas distintas. Não há, nesses casos, predominância da técnica ou da validação da base cognitiva. Formando verdadeiras 'clínicas autônomas' estão aquelas especialidades que possuem essa autonomia de processo de trabalho, o que significa dizer que sua atividade condensa os dois ramos básicos da medicina, dispensando quase sempre interferências de colegas especialistas para a finalização do diagnóstico e intervenção (MACHADO, 1997; BELLODI, 2001).

<sup>57</sup> Grupo 4 (Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas): Adotam regularmente a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico-paciente, cede lugar à relação coletiva, na qual o objeto é quase sempre impessoal, referindo-se a populações, a coletividades ou até a um paciente de um colega que necessite de algum exame específico. São especialidades tipicamente urbanas, fruto de processos sociais mais avançados e voltados à pesquisa, diagnósticos laboratoriais, gerência, administração e planejamento em saúde, desenvolvidos em organizações complexas (MACHADO, 1997; BELLODI, 2001).

Nos registros de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, foram identificadas 31 especialidades médicas e uma área de atuação médica reconhecida pelo CFM, como a Citopatologia.

Em relação à Tabela 43, também se nota o predomínio do número de especialistas em Patologia na Região Sudeste com 361 registros (36,2%). Seguida da Região Nordeste com 354 registros (35,5%) e a da Região Sul com 154 registros (15,5%). Em menores proporções a Região Centro-Oeste com 94 registros (9,4%) e a Região Norte com 33 registros (3,3%).

Quanto às classificações das especialidades, o Grupo 1 (Especialidades cognitivas) com 59 registros representou 5,9%, sendo o terceiro em representatividade. O Grupo 2 (Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades) é o de menor expressão em todas as Regiões, com cinco registros (0,5%). O Grupo 3 (Especialidades intermediárias) é o segundo grupo em representatividade, correspondendo a 19,9% (n=198) dos registros, onde a Região Nordeste se destaca. E o Grupo 4 (Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas) de maior dimensão, com 410 registros, representando 41,2%, entre as Regiões, destaca-se a Sudeste. No que se refere à área de atuação (Citopatologia) ela representa um importante volume de registros, com 32,5% (n=324).

No que diz respeito à Tabela 44, sobre o número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, por grupos de classificação, segundo especialidade e Regiões.

No Grupo 1, o terceiro grupo em representatividade, com 59 registros, constam 14 especialidades médicas relacionadas, no qual se destacam a Medicina do Trabalho (n=16) e a Clínica Médica (n=14), principalmente nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul.

Quanto ao Grupo 2, com cinco registros, a de menor expressão e foram identificadas três especialidades e todas da área cirúrgica.

Em relação ao Grupo 3, com 198 registros, a segundo grupo mais expressivo, sendo identificadas nove especialidades, predominando Ginecologia e Obstetrícia (n=158), Medicina Legal e Perícia Médica (n=18) e Dermatologia (n=13). Provavelmente esse cenário esteja relacionado a alguns aspectos, como por exemplo, na Ginecologia e Obstetrícia, historicamente os especialistas nessa área realizavam a leitura de exames citopatológicos voltados para a expansão das ações de controle do câncer do colo do útero no país. Já na Medicina Legal e Perícia Médica, pela aproximação da Patologia com a Medicina Forense. E na Dermatologia, pelo fato de ser uma subspecialização da área da Patologia.

No que diz respeito ao Grupo 4, o mais representativo com 410 registros, foram encontradas cinco especialidades, destacando-se a Patologia como segunda especialidade



(n=324) e a Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (n=76), ambas da área de Medicina Diagnóstica e Terapêutica.

Em relação à área de atuação, apenas a Citopatologia foi identificada e apresentou um importante volume de registros (n=324), o que pode estar justificado pelo contexto histórico que envolve a área da Citopatologia (ver Capítulo 1 – Considerações Iniciais).

Levando-se em consideração esses aspectos da relação das especialidades, é preponderante que a outra especialidade está relacionada com a área de Medicina Diagnóstica e Terapêutica.

Tabela 43 – Número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, por grupos de classificação de especialidade, segundo Regiões. Brasil, 2016

Especialidades Médicas*/Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total**	% Brasil
Grupo 1/Especialidades cognitivas	3	14	17	15	10	59	5,9
Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades	...	2	1	1	1	5	0,5
Grupo 3/ Especialidades intermediárias	5	129	31	23	10	198	19,9
Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas	13	64	218	70	45	410	41,2
Área de atuação	12	145	94	45	28	324	32,5
<b>BRASIL</b>	<b>33</b>	<b>354</b>	<b>361</b>	<b>154</b>	<b>94</b>	<b>996</b>	100,0
<b>% Brasil</b>	<b>3,3</b>	<b>35,5</b>	<b>36,2</b>	<b>15,5</b>	<b>9,4</b>	<b>100,0</b>	

Nota: (\*) Classificação das especialidades: 1 (Grupo 1/Especialidades cognitivas); 2 (Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades); 3 (Grupo 3/ Especialidades intermediárias) e 4 (Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas) (MACHADO, 1997; BELLODI, 2001). (\*\*) Médicos especialistas com mais de um título foram contados em cada especialidade.

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

Tabela 44 – Número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, por grupos de classificação, segundo especialidade e Regiões. Brasil, 2016

Especialidades Médicas*/Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total**
Medicina do Trabalho <sup>1</sup>	...	4	6	4	2	16
Clínica Médica <sup>1</sup>	1	4	6	2	1	14
Medicina de Família e Comunidade <sup>1</sup>	...	...	2	3	1	6
Pediatria <sup>1</sup>	...	2	...	1	1	4
Psiquiatria <sup>1</sup>	1	...	...	2	1	4
Infectologia <sup>1</sup>	1	...	1	...	1	3
Neurologia <sup>1</sup>	...	...	1	1	1	3
Genética Médica <sup>1</sup>	...	...	1	1	...	2
Homeopatia <sup>1</sup>	...	...	...	1	1	2
Pneumologia <sup>1</sup>	...	1	...	...	...	1
Alergia e Imunologia <sup>1</sup>	...	1	...	...	...	1
Cardiologia <sup>1</sup>	...	1	...	...	...	1
Nutrologia <sup>1</sup>	...	...	...	...	1	1
Reumatologia <sup>1</sup>	...	1	...	...	...	1
<b>Grupo 1/Especialidades cognitivas</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>59</b>
Cirurgia Geral <sup>2</sup>	...	1	...	1	1	3
Cirurgia Plástica <sup>2</sup>	...	...	1	...	...	1
Cirurgia Torácica <sup>2</sup>	...	1	...	...	...	1
<b>Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades</b>	<b>...</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
Ginecologia e Obstetrícia <sup>3</sup>	4	122	14	14	4	158
Medicina Legal e Perícia Médica <sup>3</sup>	1	4	5	4	4	18
Dermatologia <sup>3</sup>	...	1	7	4	1	13
Acupuntura <sup>3</sup>	...	...	1	1	...	2
Anestesiologia <sup>3</sup>	...	1	1	...	...	2
Cancerologia <sup>3</sup>	...	1	1	...	...	2
Medicina Física e Reabilitação <sup>3</sup>	...	...	1	...	...	1
Oftalmologia <sup>3</sup>	...	...	...	...	1	1
Otorrinolaringologia <sup>3</sup>	...	...	1	...	...	1
<b>Grupo 3/Especialidades intermediárias</b>	<b>5</b>	<b>129</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>198</b>
Patologia <sup>4</sup>	11	56	152	65	40	324
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial <sup>4</sup>	2	4	64	2	4	76
Medicina de Tráfego <sup>4</sup>	...	1	2	3	...	6
Hematologia e Hemoterapia <sup>4</sup>	...	2	...	...	1	3
Medicina Preventiva e Social <sup>4</sup>	...	1	...	...	...	1
<b>Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas</b>	<b>13</b>	<b>64</b>	<b>218</b>	<b>70</b>	<b>45</b>	<b>410</b>
Citopatologia (área de atuação)	12	145	94	45	28	324
<b>Área de atuação</b>	<b>12</b>	<b>145</b>	<b>94</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>324</b>
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>354</b>	<b>361</b>	<b>154</b>	<b>94</b>	<b>996</b>

Nota: (\*) Classificação das especialidades: 1 (Grupo 1/Especialidades cognitivas); 2 (Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades); 3 (Grupo 3/ Especialidades intermediárias) e 4 (Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas) (MACHADO, 1997; BELLodi, 2001). (\*\*) Médicos especialistas com mais de um título foram contados em cada especialidade.

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

As Tabelas 45 e 46 referem-se ao número de médicos especialistas em Patologia, com três ou mais especialidades médicas, segundo UF e Regiões. Os dados coletados foram da base de dados do CNE. Também foi empregada a classificação das especialidades médicas utilizadas para duas especialidades.

Nos registros de médicos especialistas em Patologia, com três especialidades médicas ou mais, foram identificadas 191 registros de especialidades médicas e duas áreas de atuação médica.

Em relação à Tabela 45, notou-se também que há predomínio do número de especialistas em Patologia nas Regiões Sudeste com 85 registros (44,5%) e a Nordeste com 50 registros (26,2%) e a de menor número a Região Centro-Oeste com 13 registros (6,8%). Quanto às classificações das especialidades, o Grupo 1 (Especialidades cognitivas) com 35 registros representou 18,3%, sendo o segundo em representatividade. O Grupo 2 (Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades) é o de menor expressão em todas as Regiões, com 5 registros (2,6%). O Grupo 3 (Especialidades intermediárias) também é o segundo grupo em representatividade, correspondendo a 18,3% (n=35) dos registros, no qual a Região Nordeste se destaca. E o Grupo 4 (Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas) de maior dimensão, com 78 registros, representando 41,8 %, entre as Regiões, destaca-se a Sudeste. No que se refere à área de atuação, foram duas que totalizaram 38 registros, representando 19,9%.

No tocante à Tabela 46, em relação ao número de médicos especialistas em Patologia, com três ou mais especialidades médicas, por grupos de classificação, segundo especialidade e Regiões.

No Grupo 1, o segundo grupo em representatividade, com 35 registros, consta 13 especialidades médicas relacionadas, no qual se destaca a Medicina do Trabalho (n=11), principalmente na Região Sudeste.

Quanto ao Grupo 2, com cinco registros, a de menor expressão e foram identificadas duas especialidades ambas da área cirúrgica, com enfoque nas Regiões Norte, Nordeste e Sul.

Em relação ao Grupo 3 com 35 registros, também o segundo grupo mais expressivo foram identificadas 11 especialidades, predominando Ginecologia e Obstetrícia (n=16) e Medicina Legal & Perícia Médica (n=7). Provavelmente esse cenário esteja relacionado a alguns aspectos, como por exemplo, na Ginecologia e Obstetrícia, historicamente os especialistas nessa área realizavam a leitura de exames citopatológicos voltados para a expansão das ações de controle do câncer do colo do útero no país. Já na Medicina Legal e Perícia Médica, pela aproximação da Patologia com a Medicina Forense.

No que diz respeito ao Grupo 4, o mais expressivo com 78 registros, foram encontradas sete especialidades, destacando-se a Patologia como segunda especialidade (n=46) e a Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (n=16), ambas da área de Medicina Diagnóstica e Terapêutica.

Em relação à área de atuação, foram identificadas duas, sendo elas a Citopatologia (n=35) e Administração em Saúde (n=3) que totalizaram 38 registros. O que pode estar relacionado ao contexto histórico que envolve a área da Citopatologia (ver Capítulo 1 – Considerações Iniciais).

Tabela 45 – Número de médicos especialistas em Patologia, com três ou mais especialidades médicas, por grupos de classificação de especialidade, segundo Regiões. Brasil, 2016

Especialidades Médicas*/Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Total**	% Brasil
Grupo 1/Especialidades cognitivas	2	8	16	5	4	35	18,3
Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades	1	3	...	1	...	5	2,6
Grupo 3/ Especialidades intermediárias	4	14	11	5	1	35	18,3
Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas	4	12	46	10	6	78	40,8
Área de atuação	7	13	12	4	2	38	19,9
<b>BRASIL</b>	<b>18</b>	<b>50</b>	<b>85</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>
<b>% Brasil</b>	<b>9,4</b>	<b>26,2</b>	<b>44,5</b>	<b>13,1</b>	<b>6,8</b>	<b>100,0</b>	

Nota: (\*) Classificação das especialidades: 1 (Grupo 1/Especialidades cognitivas); 2 (Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades); 3 (Grupo 3/ Especialidades intermediárias) e 4 (Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas) (MACHADO, 1997; BELLODI, 2001). (\*\*) Médicos especialistas com mais de um título foram contados em cada especialidade.

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

Tabela 46 – Número de médicos especialistas em Patologia, com duas especialidades médicas, por grupos de classificação, segundo especialidade e Regiões. Brasil, 2016

Especialidades Médicas*/Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total**
Medicina do Trabalho <sup>1</sup>	2	4	4	...	1	11
Clínica Médica <sup>1</sup>	...	1	3	1	...	5
Medicina de Família e Comunidade <sup>1</sup>	...	1	1	2	...	4
Homeopatia <sup>1</sup>	...	...	2	1	...	3
Infectologia <sup>1</sup>	...	...	...	...	2	2
Nutrologia <sup>1</sup>	...	2	...	...	...	2
Pediatria <sup>1</sup>	...	...	1	1	...	2
Angiologia <sup>1</sup>	...	...	1	...	...	1
Cardiologia <sup>1</sup>	...	...	1	...	...	1
Endocrinologia e Metabologia <sup>1</sup>	...	...	...	...	1	1
Genética Médica <sup>1</sup>	...	...	1	...	...	1
Medicina Esportiva <sup>1</sup>	...	...	1	...	...	1
Pneumologia <sup>1</sup>	...	...	1	...	...	1
<b>Grupo 1/Especialidades cognitivas</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>35</b>
Mastologia <sup>2</sup>	1	2	...	1	...	4
Cirurgia Geral <sup>2</sup>	...	1	...	...	...	1
<b>Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>...</b>	<b>1</b>	<b>...</b>	<b>5</b>
Ginecologia e Obstetrícia <sup>3</sup>	2	9	4	1	...	16
Medicina Legal e Perícia Médica <sup>3</sup>	...	1	4	1	1	7
Acupuntura <sup>3</sup>	1	...	1	...	...	2
Cancerologia <sup>3</sup>	1	1	...	...	...	2
Dermatologia <sup>3</sup>	...	1	1	...	...	2
Gastroenterologia <sup>3</sup>	...	...	...	1	...	1
Medicina Física e Reabilitação <sup>3</sup>	...	...	1	...	...	1
Nefrologia <sup>3</sup>	...	1	...	...	...	1
Oftalmologia <sup>3</sup>	...	...	...	1	...	1
Otorrinolaringologia <sup>3</sup>	...	...	...	1	...	1
Urologia <sup>3</sup>	...	1	...	...	...	1
<b>Grupo 3/ Especialidades intermediárias</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>35</b>
Patologia <sup>4</sup>	2	7	26	6	5	46
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial <sup>4</sup>	1	1	13	1	...	16
Medicina de Tráfego <sup>4</sup>	1	3	3	2	...	9
Hematologia e Hemoterapia <sup>4</sup>	...	...	3	1	...	4
Medicina Nuclear <sup>4</sup>	...	...	1	...	...	1
Medicina Preventiva e Social <sup>4</sup>	...	1	...	...	...	1
Radiologia e Diagnóstico por Imagem <sup>4</sup>	...	...	...	...	1	1
<b>Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>46</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>78</b>
Citopatologia	5	13	11	4	2	35
Administração em Saúde	2	...	1	...	...	3
<b>Área de atuação</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>38</b>
Total	18	50	85	25	13	191

Nota: (\*) Classificação das especialidades: 1 (Grupo 1/Especialidades cognitivas); 2 (Grupo 2/Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades); 3 (Grupo 3/ Especialidades intermediárias) e 4 (Grupo 4/Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas) (MACHADO, 1997; BELLODI, 2001). (\*\*) Médicos especialistas com mais de um título foram contados em cada especialidade.

Fonte: Cadastro Nacional de Especialistas. Disponível em: <<http://www.cne.saude.gov.br>>.

As Tabelas 47 e 48 referem-se ao número de médicos associados à SBP, por décadas e segundo Regiões. Os dados coletados foram da base de dados da SBP.

No que diz respeito à Tabela 47, totalizaram 1.531 associados; destes, 820 (53,6%) na Região Sudeste, com predominância de associados na referida Região. Em seguida, as Regiões Sul com 209 associados (13,7%), e Nordeste com 205 associados (13,4%). A Região Centro-Oeste representou 111 associados (7,3%) e por fim, a Região Norte com quatro associados (3,0%). Seguindo o perfil do comportamento da especialidade nas Regiões brasileiras, o item “Sem Informação” representou 140 (9,1%) associados sem informação da UF de origem do médico associado à SBP.

Outro aspecto observado foi em relação à década de associação à SBP. Com destaque para as décadas de 2000 (30,0%) e 1970 (27,1%), que são as mais proeminentes em relação ao número de associados. Essas décadas podem estar associada a contexto histórico da especialidade. Na década de 1970 (1979), foi reconhecida a validade dos títulos de Especialistas que a SBP. Na década de 2000 (2002), a modificação histórica da área da Patologia, que incluiu a Anatomia Patológica, a Patologia e a Citopatologia, passou a ser uma área de atuação (ver Capítulo 7 – Formação do Médico Especialista em Patologia).

Para uma melhor compreensão da década atual (2010), a Tabela 48 refere-se ao número de médicos associados à SBP, período de 2010 a 2016, segundo Regiões. O perfil de associados por Regiões é o mesmo ao longo das décadas; porém, com variações ao longo dos anos em cada uma das Regiões. O ano de 2010 foi o de maior expressão nas Regiões. Do ano de 2010 para o ano de 2011, ocorreu uma diminuição de associados; de 2011 para 2012 um discreto aumento; de 2012 para 2013, uma diminuição de associados; de 2013 para 2014 e de 2014 para 2015, observou-se um crescimento discreto de associados; porém, de 2015 para 2016, sem alterações, permanecendo o mesmo número de associados.

No estudo da SBP em 2007, foi apontado que 82,19% dos médicos-patologistas são membros da SBP; 19,25% são associados à SBC; 21,24% são membros de outras associações científicas e 9,85% não estão associados a nenhuma entidade médica.

Entretanto pela limitação dos dados, principalmente em relação à dificuldade de saber a diferença entre médicos associados e médicos titulados. Todavia requer outros estudos que permitam identificar ou não se está ocorrendo uma baixa adesão de associação à SBP de médicos especialistas em Patologia.

Tabela 47 – Número de médicos associados à SBP, por décadas e segundo Regiões. Brasil, 2016

Décadas/Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Sem Informação	Total	% Brasil
Antes da Década de 1960	...	...	1	...	...	...	1	0,1
Década de 1960	...	8	20	6	2	13	49	3,2
Década de 1970	9	42	199	54	37	74	415	27,1
Década de 1980	8	15	88	13	3	7	134	8,8
Década de 1990	11	33	136	36	17	27	260	17,0
Década de 2000	13	75	245	71	36	19	459	30,0
Década de 2010	5	32	131	29	16	...	213	13,9
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>205</b>	<b>820</b>	<b>209</b>	<b>111</b>	<b>140</b>	<b>1.531</b>	<b>100,0</b>
<b>% Brasil</b>	<b>3,0</b>	<b>13,4</b>	<b>53,6</b>	<b>13,7</b>	<b>7,3</b>	<b>9,1</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia. Disponível em: <  
<http://www.sbp.org.br/TituloEspecialista/listagemMedicos.aspx>>.

Tabela 48 – Número de médicos associados à SBP, na década de 2010, segundo Regiões. Brasil, 2016

Anos/Década 2010/Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	Sem Informação	Total	% Brasil
2010	1	5	26	6	6	...	44	20,7
2011	...	5	11	2	1	...	19	8,9
2012	1	3	25	7	3	...	39	18,3
2013	...	4	11	3	2	...	20	9,4
2014	...	3	16	4	2	...	25	11,7
2015	2	6	22	2	1	...	33	15,5
2016	1	6	20	5	1	...	33	15,5
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>32</b>	<b>131</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>...</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>
<b>% Brasil</b>	<b>2,3</b>	<b>15,0</b>	<b>61,5</b>	<b>13,6</b>	<b>7,5</b>	<b>...</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia. Disponível em: <  
<http://www.sbp.org.br/TituloEspecialista/listagemMedicos.aspx>>.

#### 8.4 Resultados e Discussão Parte II (Análise temática das entrevistas)

Os resultados apresentados foram construídos a partir da análise das unidades de registro, obtidas por meio das entrevistas com 15 médicos-residentes em Patologia. Essa parte das entrevistas são referentes à Parte II – parte específica sobre mercado de trabalho. Optou-se em fazer a análise temática da pergunta “Quais são as suas expectativas para os próximos anos em relação ao mercado de trabalho para o médico especialista em Patologia?”

A partir do questionamento, surgiram três temas: (1) cenário futuro do mercado de trabalho (n=15) representando 31,9%; (2) cenário atual do mercado de trabalho (n=15) representando 31,9%; (3) área de trabalho (n=17) com 36,2%.

Na Tabela 49, é apresentada a síntese da construção dos temas, das categorias e das unidades de registro na análise temática dos depoimentos dos entrevistados. Em seguida, cada uma dessas categorias é comentada e relacionada com a literatura.

Tabela 49 – Síntese da construção dos temas, das categorias e das unidades de registro na análise temática dos depoimentos dos entrevistados, Rio de Janeiro, 2016

Temática	Categoria	Unidade de Registro	
		N	%
Cenário futuro do mercado de trabalho	Otimista	9	60,0
	Pessimista	3	20,0
	Incerteza	3	20,0
<b>Subtotal</b>		<b>15</b>	<b>100,0</b>
Cenário atual do mercado de trabalho	Escassez de médico patologista	10	66,7
	Mercado fechado dos laboratórios	3	20,0
	Oportunidade de trabalhar em laboratório	2	13,3
<b>Subtotal</b>		<b>15</b>	<b>100,0</b>
Área de Atuação	Assistência	7	41,2
	Assistência, Ensino e Pesquisa	4	23,5
	Pesquisa	2	11,8
	Assistência, Ensino	2	11,8
	Empresarial (laboratório próprio)	2	11,8
<b>Subtotal</b>		<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>		<b>47</b>	

Fonte: Entrevistas realizadas com médicos-residentes em Patologia.

Em relação ao primeiro tema cenário futuro do mercado de trabalho surgiram três categorias: (1) otimista; (2) pessimista; e (3) incerteza.

Destaca-se os nas falas dos entrevistados a porcentagem elevada de pessimismo (20,0%) para o cenário futuro do mercado de trabalho de jovens médicos que estão terminando a Residência Médica em Patologia. Esses achados diferiram dos encontrados no estudo denominado o Perfil do Patologista Brasileiro (SBP, 2007) apontou que no início da carreira, na faixa etária de 23 a 30 anos, existe expectativa de 34% de otimismo, a incerteza oscila de 43% a 52% e um pessimismo que gira de 4% a 8%.

Podem estar relacionadas a vários fatores, sejam ao momento econômico que o Brasil e o mundo vêm enfrentando, assim como as novas configurações do trabalho, entre outros. De Souza (2010) destaca que a dinâmica da sociedade contemporânea e as novas configurações do trabalho refletem em profundas transformações vivenciadas no mundo do trabalho nas últimas décadas. Essas transformações são consequências de um conjunto de modificações nos processos de trabalho, nos padrões e hábitos de consumo, nas inovações tecnológicas e



nas relações de mercado. A intensificação dos processos de terceirizações e flexibilização tem se tornado cada vez mais evidente no cenário brasileiro.

As falas que retratam o cenário futuro do mercado de trabalho do médico-patologista são as seguintes:

[...] então a minha perspectiva é: ter trabalho têm, vai ter. É uma coisa que eu percebo tanto que já me chamaram para dar aula lá. Pelo que eu observo. [...] a minha perspectiva é que eu penso em fazer um concurso público quando estiver disponível, de preferência em algum lugar que eu possa dar aula. E buscar o assalariamento. Entrevistado ERm1.

[...] tem uma perspectiva muito boa, apesar de que alguns colegas falam que não é tão bom, que não tá tão bom, mas eu acho que qualquer especialidade que você for fazer vai depender 10% do mercado de trabalho e 90% da sua dedicação e de você construir isso porque você vê hoje desde a Graduação que a gente escuta falar. [...] eu não tenho uma visão pessimista do mercado de trabalho, não. E vou lutar com tudo para garantir o meu lugar, os dos meus colegas que estiverem comigo e é isso assim. Minha visão é boa do mercado de trabalho. Entrevistado ERm3.

[...] aí eu pretendo conseguir um serviço público que aqui no RJ não é difícil, acho que você consegue se encaixar em algum serviço público e trabalhar em algum laboratório particular também, que também eu não acho que é difícil assim, esse ingresso. Até porque eu já trabalho também, aí eu acho que continuaria trabalhando no laboratório particular e tentaria um serviço público, pelo menos. Entrevistado ERm7.

[...] eu acho que o mercado de trabalho no Brasil para o patologista é diverso porque você tem diferentes contextos, lá no Nordeste e no Norte é uma realidade que é diferente de Rio e SP em termos de recursos, de campo de trabalho, de remuneração, de qualidade de trabalho, mas considerando o Rio, acho que é um mercado ruim não só para o patologista, mas para todas as especialidades. É um mercado ruim, que paga mal, considerando outros lugares, relativizar isso, especialmente no custo de vida da cidade. Eu acho que a patologia especificamente tem sido uma das mais mal remuneradas, eu vejo colegas reclamando que na época de clínico ganhava mais do que como patologista, fazendo plantão que você não precisa ter nenhum conhecimento técnico específico, é só terminar o curso e assumir o pronto-socorro. Mas você pode ganhar mais do que como patologista. Então eu acho que isso é algo também que é ruim para o trabalho, uma profissão que não reconhece financeiramente nesse sentido, o seu conhecimento técnico. Entrevistado ERm12.

[...] expectativa em relação à oferta é boa, a expectativa é boa porque eu vejo que existe uma necessidade, existe uma demanda sabe? Existe mercado. Mas não sei, realmente não sei até que ponto vai existir uma qualidade de trabalho assim... a impressão que eu tenho, que eu vejo, é de que vai se trabalhar muito e não receber tanto. A impressão que eu tenho é essa. Mas ainda assim, o fato de eu gostar do que eu faço, eu acho que isso ainda é mais importante do que de repente estar ganhando muito e infeliz, sabe? Entrevistado ERf15.

[...] O que me gera mais insegurança são esses dois aspectos. A questão financeira, que eu acho que ela é muito mal remunerada. Querendo ou não querendo a gente trabalha com laudo, a gente trabalha com coisas que podem gerar judicialização, e aí a gente não tem um aparato financeiro para responder a processos, por exemplo. Isso me gera muita insegurança. Ter que trabalhar com laudos. E o segundo aspecto de laboratório é de não ter dentro do laboratório uma equipe com outros colegas patologistas no qual eu possa discutir os casos que geram dúvidas. Então essas são as minhas duas principais inseguranças. É a questão financeira e a questão de não ter com quem compartilhar casos difíceis. Poder discutir casos difíceis dentro do ambiente. Entrevistado ERm2

Em relação ao segundo tema cenário atual do mercado de trabalho do médico-patologista surgiram três categorias: (1) escassez de médico-patologista representando 66,7%; (2) mercado fechado de laboratórios com 20,0% e (3) oportunidade de trabalhar em laboratório representando 13,3%.

Os aspectos apontados nas falas dos médicos-residentes apontam dois cenários que estão afetando a especialidade médica em Patologia. Primeiramente, a escassez de médicos-patologistas, embora não reconhecida como um problema brasileiro e mundial e sim mais regional. Está totalmente relacionado aos estudos apresentados no Capítulo 4 – Cenário no Brasil e no mundo do médico especialista em Patologia, em que se conclui que a escassez de médicos-patologistas é um fato já reconhecido mundialmente. O outro aspecto está relacionado à questão que vem ocorrendo, segundo Bernardi (2012), em que hospitais públicos estão terceirizando os serviços de Anatomia Patológica para grandes laboratórios e diminuindo o número de vagas. O que poderá gerar nichos de trabalhos.

As falas que retratam o cenário atual do mercado de trabalho do médico-patologista são as seguintes:

[...] bem, na Graduação a gente já escutava pessoal dizer: precisa de patologista. Todo mundo diz: precisa de patologista. Dizem que precisa de médico em todas as áreas, né? Mas para o Rio eu escuto o pessoal falar que já tem muitos, que não estão pagando bem, mas o mercado eu acho que fora do eixo Rio-São Paulo [...] querendo ou não você é uma mão de obra qualificada e somos poucos então se paga pouco e você recusa eles vão ser obrigados a melhorar... a lei do mercado né? A lei da oferta e da procura. Se a oferta está baixa e a procura está alta o mercado tem de estar aquecido, é questão da gente se valorizar mesmo. Entrevistado ERm4.

[...] escasso porque não forma. Aqui, acho que no Sudeste. A Região que podia estar mais, mercado mais inflado né, cheio de especialista. Tem muito, mas mesmo assim eu vejo que as pessoas estão trabalhando, né? Não tem uma competição por cargo assim, eu acho que as pessoas estão sendo absolvidas pelo mercado de trabalho sim. E se voltar para as Regiões mais... Pra Norte, Nordeste. Aí tem bastante mercado. Entrevistado ERm7

[...] eu vou ser muito sincera aqui, eu não parei ainda para pensar e para pesquisar a fundo isso. O pouco que eu pesquisei aqui e tenho vontade de voltar pra [...]. Porque lá falta patologista no mercado de trabalho. Entrevistado ERf9.

[...] é uma preocupação porque muitos mercados são fechados, inclusive de onde eu vim. Lá todos os mercados de todas as áreas são estupidamente fechados. Desnecessariamente fechados. E eu acho que é ainda mais desnecessário nessa área que tem tão pouco profissional, que sempre tem demanda de trabalho, a demanda de trabalho é uma coisa óbvia, isso existe. Até aqui que tem mais patologistas que em SP, existe uma demanda de trabalho que é indubitável. Entrevistado ERm1.

[...] eu vejo assim, pelo menos o que eu converso com as pessoas e tudo, eu vejo que tem uma certa escassez, mas ao mesmo tempo é um mercado muito fechado. Eu acho que tem uma escassez porque é mal distribuído e, por exemplo, se você for ver aqui no Rio, eu acho que tem bastante e eu acho que o mercado é muito fechado e eu acho que é bem difícil entrar em termos de capital. Talvez no interior do Estado, tem lugares que você consegue que tem falta de patologista e que eles que eles querem patologista, mas às vezes também a condição de trabalho não é tão boa, então é por isso que as pessoas não vão tanto para o interior do Estado. Então tem um pouco isso, aí fica um pouco no Rio porque às vezes tem uma oferta melhor e tudo, mas ao mesmo tempo é um mercado bem fechado. Entrevistado ERf11.

Em relação ao terceiro tema área de atuação do médico-patologista surgiram cinco categorias: (1) assistência (somente) representando 42,2%; (2) assistência, ensino e pesquisa com 23,5%; (3) pesquisa (somente) com 11,8%; (4) assistência e ensino com 11,8% e (5) empresarial (próprio laboratório) com 11,8%.

Observa-se o predomínio da área de atuação da assistência, principalmente relacionada com a patologia cirúrgica (cortes em congelação), exames anatomopatológicos e exames citopatológicos. Além da tríade assistência, ensino e pesquisa que são consideradas grandes áreas de atuação inclusive pela SBP.

A área da assistência se aproximou muito do estudo *Perfil do Patologista Brasileiro* (SBP, 2007) no qual a sua rotina de trabalho é predominante; 95,96% dos médicos-patologistas realizam exames anatomopatológicos; 66,93% realizam biópsias de congelação; 39,44% atuam com imuno-histoquímica; e, na área da Citopatologia, 75,31% dos médicos-patologistas realizam exames citopatológicos (citologia ginecológica); e 75,62% realizam citologia não ginecológica. Só diferindo da atuação com necropsia que não foi valorizada no momento pelos médicos-residentes, inclusive apontada uma área de carência na formação.

As falas que retratam as áreas de atuação do médico-residente em Patologia são as seguintes:

[...] eu vou trabalhar, da melhor forma que eu puder. Penso em fazer mestrado e doutorado, mas uma coisa que eu não vou abrir mão é de querer dar aula. É uma coisa que eu acho fundamental, eu acho que a gente precisa cativar mais pessoas para a Patologia, mostrar que a Patologia não é médico de gente morta, que a Patologia não é médico de gente que não gosta de paciente [...] mas não vou abandonar a área de diagnóstico. Entrevistado ERm1.

[...] pesquisa e docência são duas coisas que eu acho interessante, mas assim não me restrinjo a isso, eu não vou fazer só isso, não tem chance de fazer só isso porque eu gosto do trabalho e do trabalho eu acho que as perspectivas boas é trabalhar em laboratório para fazer congelação e obviamente pegar casos de rotina de laboratório particular. Entrevistado ERm3.

[...] aqui no Rio não, no Sudeste sim. Eu penso em talvez ir pra SP, justamente assim porque eu acho que lá está iniciando assim, já com patologista e eu acho que lá tem mais oportunidade de trabalho e depois talvez, a depender de como eu vou me adaptar, talvez depois voltar lá para o Nordeste e talvez ter até meu próprio laboratório ali. [...] na Patologia você tem que ser um pouco empreendedor assim, até porque dependendo do lugar que você vai porque talvez não vai ter emprego para você, então você tem que criar o seu emprego, sua estrutura eu acho que é uma possibilidade. Entrevistado ERm8.

### **8.5 Perfil dos vínculos profissionais do médico especialista em Patologia nos Serviços Especializados em Oncologia**

Os dados apresentados nas Tabelas 50, 51 e 52 são correspondentes ao perfil dos vínculos profissionais do médico-patologista (ocupações) nos Serviços Especializados em Oncologia, isto é, estabelecimentos com habilitação na atenção especializada em oncologia, seguindo a classificação da Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014.

No tocante à Tabela 50, totalizaram 1.458 ocupações (postos de trabalho) de médicos-patologistas em 318 estabelecimentos de saúde habilitados em Oncologia. Dos 318 estabelecimentos, foram encontrados: 51 (16,0%) CACON, 262 (82,4%) UNACON e cinco (1,6%) de Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar. Este último está concentrado na Região Sudeste, sendo três na UF de São Paulo (São Paulo e Diadema) e dois na UF do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro e Niterói).

Em relação ao quantitativo de patologistas por Região observa-se o predomínio na Região Sudeste com 864 médicos (59,3%). Em seguida a Regiões Nordeste com 245 (16,8%) e Sul com 222 (15,2%). Depois a Região Centro-Oeste com 104 (7,1%) e posteriormente a Região Norte com 23 (1,6%). Acompanhando o mesmo perfil dos médicos-patologistas no país já apresentados anteriormente.

No que diz respeito, às Regiões dos estabelecimentos de saúde habilitados em Serviços Especializados em Oncologia, o cenário encontrado foi o seguinte: preponderância da Região Sudeste com 157 (49,4%) estabelecimentos. Após, temos as Regiões Sul com 66 (20,8%) estabelecimentos e a Nordeste com 58 (18,2%). Por fim, as Regiões Centro-Oeste com 26 (8,2%) estabelecimentos e a Norte com 11 (3,5%).

Observou-se também que na relação patologista/estabelecimento de saúde habilitado, que nos CACON essa relação é maior, com uma média nacional de 12 patologistas/estabelecimento. Esse mesmo perfil ocorre em todas as Regiões com uma variação entre 17 patologista/estabelecimento na Região Sudeste e cinco patologistas/estabelecimento na Região Norte. Por outro lado, a relação patologista/estabelecimento de saúde habilitado, nas UNACON é menor, com uma média nacional de três patologistas/estabelecimento. A variação entre as Regiões foi de três patologistas/estabelecimento em todas as Regiões com exceção da Região Norte, com dois patologistas/estabelecimento.

Tal cenário encontrado pode estar relacionado ao perfil de habilitação, pois os CACON são estabelecimentos que possuem as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta

complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. E também, oferece obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. Por outro lado, as UNACON são estabelecimentos que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Além de, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente.

Tabela 50 - Distribuição de médicos-patologistas, segundo tipo de Serviços Especializado em Oncologia, por UF e Regiões. Brasil, 2017

UF/Região	CACON <sup>1</sup>		UNACON <sup>2</sup>		Hospital <sup>3</sup>		Total	
	Serviços	Médicos	Serviços	Médicos	Serviços	Médicos	Serviços	Médicos
Acre	...	...	1	2	...	...	1	2
Amapá	...	...	1	3	...	...	1	3
Amazonas	...	...	1	5	...	...	1	5
Pará	1	5	1	2	...	...	2	7
Rondônia	...	...	3	4	...	...	3	4
Roraima	...	...	1	1	...	...	1	1
Tocantins	...	...	2	1	...	...	2	1
<b>NORTE</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>11</b>	<b>23</b>
Alagoas	2	10	3	2	...	...	5	12
Bahia	1	13	14	58	...	...	15	71
Ceará	2	13	8	26	...	...	10	39
Maranhão	1	5	2	2	...	...	3	7
Paraíba	1	4	3	6	...	...	4	10
Pernambuco	1	23	9	57	...	...	10	80
Piauí	1	10	1	1	...	...	2	11
Rio Grande do Norte	1	4	6	10	...	...	7	14
Sergipe	...	...	2	1	...	...	2	1
<b>NORDESTE</b>	<b>10</b>	<b>82</b>	<b>48</b>	<b>163</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>58</b>	<b>245</b>
Espírito Santo	1	8	6	16	...	...	7	24
Minas Gerais	3	16	30	127	...	...	33	143
Rio de Janeiro	2	87	23	102	2	12	27	201
São Paulo	18	291	69	202	3	3	90	496
<b>SUDESTE</b>	<b>24</b>	<b>402</b>	<b>128</b>	<b>447</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>157</b>	<b>864</b>
Paraná	4	7	18	53	...	...	22	60
Rio Grande do Sul	3	53	24	80	...	...	27	133
Santa Catarina	1	1	16	28	...	...	17	29
<b>SUL</b>	<b>8</b>	<b>61</b>	<b>58</b>	<b>161</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>66</b>	<b>222</b>
Distrito Federal	7	43	2	13	...	...	9	56
Goiás	1	10	4	16	...	...	5	26
Mato Grosso	...	...	5	6	...	...	5	6
Mato Grosso do Sul	...	...	7	16	...	...	7	16
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>8</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>51</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>26</b>	<b>104</b>
<b>BRASIL</b>	<b>51</b>	<b>603</b>	<b>262</b>	<b>840</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>318</b>	<b>1.458</b>

Legenda: (1) Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (2) Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON) e (3) Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar.

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil/ CNES. Disponível em: < [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp)>.

Na Tabela 51 os dados são correspondentes às formas de contratação<sup>58</sup> dos profissionais no CNES (BRASIL, 2016c), de médico-patologista (ocupações) nos Serviços Especializados em Oncologia, que são estabelecimentos com habilitação na atenção especializada em oncologia, seguindo a classificação da Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014.

Nota-se que, dos 1.458 médicos-patologistas, o perfil dos vínculos profissionais encontrado foi de 47,9% (n=698) com vínculo empregatício, seguido de autônomos com 31,6% (n=460) patologistas. A seguir, o vínculo tipo intermediado com 12,7% (n=185) médicos-patologistas e outros tipos com 7,9% (n=115) patologistas. Entre os que apresentaram vínculo empregatício, destaca-se a forma de contratação de estatutário efetivo

<sup>58</sup> As formas de contratação dos profissionais do CNES são baseadas na classificação da Portaria nº GM/MS nº 1.321 d 22 de julho de 2016 (BRASIL, 2016c) e são elas:

**Vínculo Empregatício:** (a) Estatutário Efetivo: Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo do próprio ente público regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social; (b) Empregado Público Celetista: Empregado público do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado; (c) Contratado temporário ou por prazo/tempo determinado: Público (Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta por prazo/tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT; Privado (Trabalhador temporário, contratado por pessoa física ou jurídica por prazo determinado, regido pela CLT); (d) Cargo comissionado: (i) Servidor ou empregado público efetivo, próprio do ente ou entidade pública da Administração; (ii) Servidor ou empregado público efetivo da Administração Pública Direta ou Indireta, cedido por outro ente ou entidade pública; (iii) Trabalhador não efetivo ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração, sem vínculo com setor público; (e) Celetista: Trabalhador vinculado a empregador pessoa jurídica por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado.

**Autônomo:** (a) Pessoa Jurídica (Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com seu contratante, proprietário/sócio de empresa privada); (b) Pessoa Física (Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, contratado para prestação de apoio técnico/ serviços com objetivos específicos); (c) Cooperado (Trabalhador associado à cooperativa e que presta serviços na rede própria da cooperativa, sem vínculo empregatício).

**Residente:** Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa financiada.

**Estagiário:** Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino.

**Bolsista:** Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino serviço financiada.

**Intermediado** (força de trabalho mediada por um agente contratante que não o próprio estabelecimento de saúde, e que desempenha suas atividades nos estabelecimentos de saúde): (a) empregado público celetista: Empregado público intermediado por ente/entidade pública, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado; (b) contratado temporário ou por prazo/tempo determinado: Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física ou pessoa jurídica por prazo determinado, regido por lei específica (ente público) ou pela CLT; (c) cargo comissionado: Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração; (d) celetista: Trabalhador intermediado vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado; (e) autônomo: (i) Pessoa Jurídica: Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com o contratante intermediador, proprietário/sócio de empresa privada; (ii) Pessoa Física: Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício com o intermediador, contratado para prestação de apoio técnico/serviços; (f) cooperado: Trabalhador associado à cooperativa intermediadora que presta serviços na rede de saúde.

**Informal:** (a) contratado verbalmente: Profissional sem contrato formal com o empregador, aguardando sua regularização (situação excepcional); (b) voluntariado: Profissional sem contrato formal com o empregador que atue de forma gratuita.

com 409 (28,1%) patologistas em relação ao total geral. Nos demais observa-se a preponderância do tipo autônomo. Dado o exposto, em relação às formas de contratação dos médicos-patologistas nos Serviços Especializados em Oncologia, são na sua maioria estatutário efetivo 409 (28,1%) patologistas, autônomo (pessoa física) com 324 (22,2%) e empregado público celetista 158 (10,8%). Notando uma tendência de vínculos profissionais mais próximos da lógica flexibilizadora, por meio, de terceirizações e flexibilização que expõe o aumento do desgaste de suas condições de trabalho, da precarização e fragilização do emprego e do salário, conforme se observa nos estudos De Souza (2010).

Tabela 51 - Distribuição de médicos-patologistas, segundo tipo de vínculo profissional e formas de contratação nos Serviços Especializado em Oncologia. Brasil, 2017

<b>Tipo Vínculo Profissional</b>	<b>N</b>	<b>% por Vínculo</b>	<b>% Total</b>
Estatutário Efetivo	409	58,6	28,1
Empregado Público Celetista	158	22,6	10,8
Contratado temporário ou Por Prazo/Tempo determinado	63	9,0	4,3
Cargo Comissionado	2	0,3	0,1
Celetista	58	8,3	4,0
Sem Tipo	8	1,1	0,5
<b>Vínculo Empregatício</b>	<b>698</b>	<b>100,0</b>	<b>47,9</b>
Pessoa Jurídica	136	29,6	9,3
Pessoa Física	324	70,4	22,2
Cooperado	...	...	...
<b>Autônomo</b>	<b>460</b>	<b>100,0</b>	<b>31,6</b>
Empregado Público Celetista	34	18,4	2,3
Contratado temporário ou Por Prazo/Tempo determinado	3	1,6	0,2
Cargo Comissionado	...	...	...
Celetista	71	38,4	4,9
Autônomo)	58	31,4	4,0
Cooperado	19	10,3	1,3
<b>Intermediado</b>	<b>185</b>	<b>100,0</b>	<b>12,7</b>
Residente	48	41,7	3,3
Estagiário	1	0,9	0,1
Bolsista	64	55,7	4,4
Contratado verbalmente	2	1,7	0,1
<b>Outros tipos de vínculos</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>7,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.458</b>		100,0

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil/Serviços Especializados em Oncologia. Disponível em: < [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp)>.



Na Tabela 52, os dados são correspondentes à relação da natureza jurídica com as formas de contratação dos profissionais no CNES, de médico-patologista (ocupações) nos Serviços Especializados em Oncologia, que são estabelecimentos com habilitação na atenção especializada em oncologia. Foram encontradas 174 Entidades Sem Fins Lucrativos com 699 médicos-patologistas representando 47,9%, 109 da Administração Pública com 675 médicos-patologistas (46,3%) e 35 Entidades Empresariais com 84 patologistas (5,8%).

Em relação ao vínculo empregatício em todas as Regiões, predominou o tipo de contratação de estatutário efetivo. Em relação ao vínculo de autônomo, tipo pessoa física prevaleceu em todas as Regiões.

No Brasil, na parte do vínculo intermediado, destaca-se o tipo celetista principalmente na Administração Pública. Por outro lado, evidencia o tipo autônomo especialmente nas Entidades Sem Fins Lucrativos. Em relação às Regiões, apresentaram variações, o tipo de vínculo celetista predomina na Região Sudeste e o tipo autônomo nas demais Regiões. Entretanto, ambos se caracterizam por haver um agente contratante (intermediado) que não o próprio estabelecimento de saúde onde presta o serviço.

No tocante ao vínculo residentes, refere-se apenas às informações das Regiões Nordeste (na UF de Pernambuco) e Sudeste (nas UF de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo). Quanto ao vínculo Bolsista os dados estão concentrados nas Regiões Sudeste com destaque para as Entidades Sem Fins Lucrativos (eixo Rio de Janeiro-São Paulo) e na Região Sul com ênfase nas Entidades Empresariais (na UF do Rio Grande do Sul).

Em relação ao vínculo profissional do tipo informal, observa-se que os dados são ínfimos, mas estão localizadas nas Regiões Nordeste (UF do Ceará) e Sul (UF do Rio Grande do Sul) e em ambas as Regiões estão relacionadas a Entidades Sem Fins Lucrativos.

Tabela 52 - Distribuição de médicos-patologistas, segundo natureza jurídica e tipo de vínculo profissional e formas de contratação nos Serviços Especializado em Oncologia, por Regiões. Brasil, 2017

Natureza Jurídica/Vínculos Profissionais	Nº de estabelecimentos	Vínculo Empregatício						Autônomo			Residência	Estágio	Bolsa	Intermediado						Informal	Total de Médicos cadastrados
		Estatutário Efetivo	Empregado Público Celetista	Contratado Temporário ou Por Prazo/Tempo determinado	Cargo Comissionado	Celetista	Sem Tipo	Pessoa Jurídica	Pessoa Física	Cooperado	Residente	Estagiário	Bolsista	Empregado Público Celetista	Contratado Temporário ou Por Prazo/Tempo determinado	Cargo Comissionado	Celetista	Autônomo	Cooperado	Contratado Verbalmente	
Administração Pública	10	10	1	6	...	...	2	...	1	...	...	...	...	1	...	...	1	1	...	23	
Entidades Empresariais	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Entidades Sem Fins Lucrativos	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
<b>NORTE</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	...	...	<b>2</b>	...	<b>1</b>	...	...	...	...	<b>1</b>	...	...	<b>1</b>	<b>1</b>	...	<b>23</b>	
Administração Pública	21	81	19	3	...	...	1	...	3	...	6	...	...	2	...	2	1	...	118		
Entidades Empresariais	11	...	...	3	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	2	...	6			
Entidades Sem Fins Lucrativos	26	...	14	23	...	5	...	23	48	...	...	...	...	...	2	5	...	121			
<b>NORDESTE</b>	<b>58</b>	<b>81</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	...	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>52</b>	...	<b>6</b>	...	...	...	<b>4</b>	<b>8</b>	...	<b>1</b>	<b>245</b>		
Administração Pública	55	222	54	13	2	...	1	2	13	...	42	1	8	...	...	56	11	...	425		
Entidades Empresariais	11	...	...	...	...	...	...	...	5	...	...	...	...	...	...	...	...	5			
Entidades Sem Fins Lucrativos	91	...	20	14	...	31	3	87	169	...	...	...	26	34	...	4	28	18	434		
<b>SUDESTE</b>	<b>157</b>	<b>222</b>	<b>74</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>89</b>	<b>187</b>	...	<b>42</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	...	...	<b>60</b>	<b>39</b>	<b>18</b>	<b>864</b>	
Administração Pública	13	42	2	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7	...	...	52		
Entidades Empresariais	10	...	29	...	...	...	...	3	1	...	...	...	30	...	...	...	1	...	64		
Entidades Sem Fins Lucrativos	43	...	...	...	...	17	...	20	61	...	...	...	...	...	...	7	...	106			
<b>SUL</b>	<b>66</b>	<b>42</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	...	<b>17</b>	...	<b>23</b>	<b>62</b>	...	...	...	<b>30</b>	...	...	<b>7</b>	<b>8</b>	...	<b>222</b>		
Administração Pública	10	54	2	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	57			
Entidades Empresariais	2	...	8	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	9			
Entidades Sem Fins Lucrativos	14	...	9	...	...	5	...	1	21	...	...	...	...	...	...	2	...	38			
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>26</b>	<b>54</b>	<b>19</b>	...	...	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	...	...	...	...	...	...	<b>2</b>	...	<b>104</b>			
Administração Pública	109	409	78	23	2	...	5	2	17	...	48	1	8	...	3	65	13	1	675		
Entidades Empresariais	35	...	37	3	...	...	...	3	8	...	...	...	30	...	...	3	...	84			
Entidades Sem Fins Lucrativos	174	...	43	37	...	58	3	131	299	...	...	...	26	34	...	6	42	18	699		
<b>BRASIL</b>	<b>318</b>	<b>409</b>	<b>158</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>58</b>	<b>8</b>	<b>136</b>	<b>324</b>	...	<b>48</b>	<b>1</b>	<b>64</b>	<b>34</b>	<b>3</b>	...	<b>71</b>	<b>58</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>1.458</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil/Serviços Especializados em Oncologia. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp)>.

No que diz respeito aos vínculos profissionais do médico especialista em Patologia nos Serviços Especializados em Oncologia, pode-se observar que se aproxima dos estudos de Antunes (2009) em relação à noção ampliada da classe trabalhadora qualificando como a classe-que-vive-do-trabalho. Isto é, inclui, então, todos aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salários, incluído dentro deste contexto os trabalhadores assalariados sem carteira de trabalho, em enorme expansão no mundo contemporâneo, e também naqueles que trabalham por conta própria. Engloba a totalidade dos assalariados que vivem da venda de sua força de trabalho.

Assim como, De Souza (2010) destaca que na área de diagnóstico e terapias, as incorporações tecnológicas e os novos processos de organização do trabalho não suprimem o uso da força de trabalho, pelo contrário traduzem em mais exigências de qualificação. Este cenário se aproxima muito da importância da área da Patologia em relação à Rede de Atenção ao Câncer.

Novamente, percebe-se a aproximação com Antunes (2009) e De Souza (2010) quando sobressai que trabalhadores ultraqualificados (p. ex. médicos-patologistas) estão avançando na precarização e no desemprego. Melhor dizendo, o trabalhador ultraqualificado de hoje pode ser o desempregado ou o precarizados de amanhã, que estão em expansão no mundo atual. Esse processo de desregulamentação do trabalho atinge a todos os trabalhadores, é um fenômeno que traz a erosão do trabalho contratado e regulamentado e que incorpora uma força de trabalho de forma flexível e preconizada.

Por outro lado, essa lógica flexibilizadora pode afetar a autonomia profissional, destacada por Freidson (2009) quando aponta que a profissão médica tem uma autonomia legitimada e organizada que difere das demais ocupações por ter adquirido o direito de controlar o próprio trabalho. Porém, o trabalho profissional não pode ser, de forma alguma, separado da sua organização econômica e social. Por exemplo, a tendência do médico-patologista é diagnosticar uma doença, que pode ser comprometido com os interesses econômicos (lógica flexibilizadora) e condições de trabalho gerando limites dessa autonomia profissional.

## 8.6 Síntese

O número de médicos-patologistas variou de 1.803 (2012) a 1.909 (2015) com maior expressão na Região Sudeste variando de 972 (53,9%) em 2012 a 1013 (53,01%) em 2015, em contraste com a Região Norte que representou 3,1% nos anos.

Quanto à razão patologista por 100 mil habitantes, não houve variação: 0,93:100 mil (2012, 2013 e 2015) e 0,94:100 mil (2014). A razão ocupação/profissional foi de 3,0 no período de 2012 a 2015. A Região Sul (3,7) é com maior representação; e as Regiões Sudeste (2,7) e a Centro-Oeste (2,5) são as menores.

Na natureza jurídica há predomínio em todos os anos do tipo entidades empresariais variando de 808 médicos (44,8%) em 2012 a 893 médicos (46,8%) em 2015, em segundo a administração pública que ao longo dos anos com 31,6%.

O tipo de prestador predominante é o privado, com 47,4% (n=854) em 2012 para 49,7% (n=948) em 2015, seguido do prestador público variando de 36,0% (n=649) em 2012 a 35,2% (n=679) em 2015, o filantrópico o de menor expressão.

Quanto ao tipo de estabelecimento predomina, SADT com variação entre os anos de 712 (39,5%), em 2012, para 783 (41,0%), em 2015, principalmente nas Regiões Sul, Norte e Nordeste. Seguido do Hospital Geral com variação entre os anos de 718 (38,2%) em 2012 para 729 (39,8%) em 2015, sobressaindo nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste.

No tocante às Regiões de Saúde, foram encontradas no Brasil 437 Regiões de Saúde; e dessas, 263 (60,2%) com médicos-patologistas. Entre as Regiões geográficas houve variações significativas, sobressaindo as Regiões Sul com 76,5% Regiões de Saúde com médicos-patologistas e a Sudeste com 74,5% Regiões de Saúde com médicos-patologistas. Inverso, o Nordeste com 44,4% e o Norte com 38,6% Regiões de Saúde com médicos-patologistas. É nítido o cenário de desigualdade na distribuição geográfica de médicos-patologistas no país.

Por outro lado, leva a algumas outras discussões, tais como: a Rede de Saúde apresentada em cada uma das UF, pode estar refletindo que a atenção especializada dos SADT (serviços de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia), onde a maioria dos médicos-patologistas atua, esteja concentrada em áreas urbanas, de maior complexidade e densidade tecnológica. Fato esse também observado nos estudos de outros países conforme apresentado no Capítulo 4 - Cenário no Brasil e no Mundo do médico especialista em Patologia.

Outro aspecto está na capacidade e qualidade de realizar exames citopatológicos e anatomopatológicos no território nacional. Com o Programa QualiCito a partir de 2013,

permitiu o monitoramento da qualidade em citopatologia aplicáveis aos laboratórios que realizam esses exames. Além de parâmetros e critérios de credenciamentos para os laboratórios de citopatologia. É recomendado, como critério de qualidade, que os Laboratórios Tipo I (laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, e que realizam exames citopatológicos do colo do útero), tenham a produção mínima de 15 mil exames/ano, exceto laboratórios vinculados aos hospitais habilitados como UNACON, CACON, Hospitais Universitários e Laboratórios Tipo II (realizar os exames citopatológicos do colo do útero no âmbito do Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ), além de poderem realizar as ações dos Laboratórios Tipo I) que não exerçam também a função de Laboratório Tipo I. Tal ação redefiniu o quantitativo de laboratórios existentes no país. Para a área específica de exames anatomopatológico, ainda não tem tais parâmetros. Isto leva a qualificar e aumentar a eficiência da atenção especializada dos serviços de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia, mas também acaba indiretamente ficando os laboratórios localizados em grandes centros.

Outro ponto se refere aos fluxos migratórios no país do médico-patologista, caracteriza-se por ser um profissional estável, não é migrante; isto é, permanece no mesmo local de formação com o local de atuação profissional, o que leva a uma retenção desses profissionais nas cidades e Regiões mais populosas e de maior complexidade e que também em geral são polos regionais.

De mais a mais, sobre as Regiões de Saúde, o cenário encontrado indica estar muito voltado ainda no processo de regionalização do SUS, retornados nas dimensões relacionadas a aspectos demográficos, geográficos, socioculturais e econômicos, de acordo com as características de cada Região. Todavia, no processo de regionalização, as RAS (câncer) devem ser entendidas como elementos constitutivos de sistemas locais de saúde, que devem se integrar e se complementar.

Quanto à razão de médicos-patologistas por 100 mil habitantes em cada uma das Regiões de Saúde por UF, no período de 2012 a 2015, observa-se que, no Brasil, por Regiões de Saúde (capital), de 2012 (60,2%) para 2015 (56,6%), houve uma discreta tentativa de expansão de médicos-patologistas para cidades do interior. Tal aspecto foi observado nas Regiões brasileiras, com exceção do Nordeste, que teve um discreto aumento na capital de 2012 para 2015.

No tocante à população desprovida de médico-patologistas no Brasil, foi observado que houve uma queda de 2012 com 43.889.844 habitantes (22,6%) para 2015 com 38.480.209

(18,8%). Entretanto, entre as Regiões de Saúde, ocorreram variações, inclusive com aumento de população desprovida médicos-patologistas.

A oferta de serviços de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia, de prestação de serviços especializados no SUS no grupo do SADT é complexa, pois a oferta é limitada e predominantemente do setor privado, onde torna-se mais evidente o *mix* do público-privado.

Os componentes do *mix* público-privado do sistema são diferentes, mas têm interfaces; isto é, o usuário pode utilizar os serviços de todos os três subsetores (público, privado (com fins lucrativos ou não) e o da saúde suplementar), dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

Outrossim, a oferta de SADT, em especial os serviços de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia devem ser entendidos como bem econômico (mercantilização da oferta), que envolvem uma gama complexa de fatores, com destaque para o assalariamento dos médicos (no caso patologistas) e a configuração das empresas médicas e das operadoras de planos, seguros de saúde, planos populares etc. O assalariamento dos médicos envolve a participação desse profissional no mercado de trabalho e a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina e dos médicos como categoria profissional na estrutura social.

Dos 1.970 médicos-patologistas 70,6% apresentam apenas uma especialidade médica, 26,2% com duas especialidades e 3,2% com três ou mais especialidades. Entre outras especialidades, que também o médico-patologista é titulado, de acordo com a classificação adotada de Machado (1997), predominou o grupo de especialidades tecnológicas e/ou burocráticas, tanto com duas ou três ou mais especialidades. São especialidades tipicamente urbanas, com processos mais avançados e voltados à pesquisa, diagnósticos laboratoriais, gerência, administração e planejamento em saúde, desenvolvidos em organizações complexas. Enquadram-se nessa modalidade as seguintes especialidades: Patologia; Patologia Clínica/Medicina Laboratorial; Hematologia e Hemoterapia; Medicina de Tráfego; Medicina Nuclear; Medicina Preventiva e Social; Radiologia e Diagnóstico por Imagem; Radioterapia. E também, as áreas de atuação: Citopatologia; Administração em Saúde; Neurofisiologia clínica.

Quanto às entrevistas referentes à pergunta “Quais são as suas expectativas para os próximos anos em relação ao mercado de trabalho para o médico especialista em Patologia?”. A maioria revelou um otimismo, mas chamou a atenção a elevada porcentagem do pessimismo. O que pode estar relacionado a vários fatores; entre eles, ao momento econômico

que o Brasil e o mundo vêm enfrentando, assim como as novas configurações do trabalho, entre outros.

Há percepção por parte dos entrevistados que há escassez de médicos-patologistas, porém não reconhecem como um problema brasileiro e mundial e sim regional. Assim como, consideram que o mercado dos laboratórios é fechado em termos de possibilidades de vagas abertas do mercado de trabalho. Quanto à área de atuação, predominou a assistência, principalmente relacionada com a patologia cirúrgica (cortes em congelação), exames anatomopatológicos e exames citopatológicos. Além da tríade assistência, ensino e pesquisa.

A tendência, então, é que o Brasil se aproxime cada vez dos países da África Oriental com 0,8 médicos-patologistas/100 mil habitantes, um importante *deficit* de patologista e se distancie dos Estados Unidos com 5,7 patologistas/100 mil habitantes e Espanha com 2,4 patologistas/100 mil habitantes, que consideram já haver escassez dessa especialidade médica.

Quanto à natureza jurídica, ao tipo de prestador e estabelecimento o mercado de trabalho desse profissional é representado pelos pequenos, médios e grandes laboratórios, além de hospitais públicos e privados, em qualquer Região do país que, entretanto, tendem cada vez à terceirização dos Serviços de Anatomia Patológica e Citopatologia, para grandes grupos de laboratórios. Embora favorecem a economia de escala e de escopo, por outro lado, incorporam uma lógica flexibilizadora num processo de desregulamentação do trabalho. Entre as diversas consequências, encontramos a diminuição da autonomia profissional, além de um distanciamento do patologista das equipes médicas e dos outros profissionais de saúde, o que afeta o diagnóstico final.

## CONCLUSÃO

Por todos os aspectos apresentados na pesquisa, os objetivos propostos para a participação dos médicos-patologistas na Rede de Atenção ao Câncer: formação e mercado de trabalho foram alcançados.

Levando-se em consideração esses aspectos, conclui-se que é notório a escassez de médicos-patologistas no mundo e que no Brasil embora não haja estudos de projeção desse especialista médico, a tendência é que o Brasil se aproxime cada vez dos países da África Oriental com 0,8 médicos-patologistas/100 mil habitantes, um importante *deficit* de patologista e se distancie cada vez mais dos Estados Unidos com 5,7 patologistas/100 mil habitantes e Espanha com 2,4 patologistas/100 mil habitantes, que consideram já haver escassez dessa especialidade médica.

Quanto à formação do médico especialista em Patologia (Residência Médica), existem lacunas, tais como: diminuição do número de concluintes dos Programas Residência Médica em Patologia, diminuição das instituições ofertantes dos respectivos Programas na maioria das Regiões brasileiras, e aquelas que apresentaram aumento não foram expressivos. Um distanciamento dos conteúdos dos Requisitos Mínimos, do momento atual da Patologia, que está cada vez mais num crescente, envolvendo estudos e incorporações tecnológicas, exigindo cada vez mais do médico especialista em Patologia o acompanhamento dos avanços científicos e tecnológicos na área da Patologia. Por outro lado, a escolha da especialidade médica em Patologia prevalece uma escolha por afinidade com a especialidade em Patologia.

No que diz respeito ao mercado de trabalho, levando-se em consideração os aspectos observados, apesar de uma diminuição da população desprovida de médicos-patologistas no Brasil, ainda há importantes vazios assistenciais nas Regiões de Saúde em relação aos médicos-patologistas. Entre os vários fatores, um dos aspectos a destacar pode estar relacionado à conformação do modelo de rede proposto.

A área diagnóstica historicamente tem uma fragmentação da atenção especializada. A atenção especializada (média e alta complexidades) deve ser ofertada de forma hierarquizada e regionalizada garantindo que os serviços de maior densidade tecnológica sejam concentrados. Nesse contexto, está a atenção ao câncer, e os serviços de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatologia.

Nos achados, foi percebido que os locais onde concentravam o maior número de médicos-patologistas eram as capitais seguidas de Regiões polos.



Outro aspecto refere-se aos vínculos profissionais, uma boa parcela dos médicos-patologistas está sem vínculo empregatício, mas são reconhecidos como autônomos (pessoa jurídica ou física), no cenário encontrado acabou refletindo a lógica flexibilizadora. Em processo de desregulamentação do trabalho que atingiu a todos os trabalhadores (incluindo os médicos-patologistas), mesmo respeitando as particularidades dos processos, das relações e da organização do trabalho específico dessa atividade.

Dado o exposto, a análise das características da formação e do mercado de trabalho dos médicos-patologistas no Brasil para a Rede de Atenção ao Câncer mostrou nada promissor, uma vez que é percebida a escassez desse especialista no país, um encolhimento dessa formação (Residência Médica) e um mercado de trabalho em processo de desregulamentação/precarização, que atinge também esse médico especialista. Por outro lado, o câncer com projeções de aumento avassalador para os próximos anos, exigindo cada vez mais diagnósticos patológicos, porém com poucas possibilidades de se ter um diagnóstico patológico, que para o câncer é essencial para tratar, acompanhar, curar um paciente.

Como recomendações deste estudo, sugere-se (1) estudos de projeção de força de trabalho do médico especialista em Patologia e dos profissionais não médicos, que atuam nos serviços de diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia; (2) estudos de processo de trabalho e também de carga de trabalho da força de trabalho (incluindo o médico-patologista) que atua nos serviços de diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia. Visando à incorporação cada vez mais de novas tecnologias e consequentemente novas habilidades profissionais e até mesmo ampliando a discussão de transferências de habilidades nessa área diagnóstica para o câncer; (3) reconstruir a formação do médico especialista em Patologia (Residência Médica), trazendo essa formação para as necessidades do sistema de saúde, mudanças tecnológicas na área da Patologia e seu impacto no processo de trabalho em saúde e contextualizando para as novas formas de trabalho com a concepção ampliada do trabalho. Além de estudos de currículo e (4) para a RAS (Câncer), estudos sobre a FTS necessária para as ações de prevenção e controle do câncer, principalmente de áreas estratégicas como o diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatologia.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.de; VIANA, A. L. Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde debate*, v. 39, n. spe, p. 28-38, 2015.

ALLEN, T. C. Graduated responsibility for pathology residents: no time for half measures. *Archives of pathology & laboratory medicine*, v. 137, n. 4, p. 457-461, 2013.

ANGELIN, P.E. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. *REDD–Revista Espaço de Diálogo e Desconexão*, v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://piwik.seer.fclar.unesp.br/redd/article/viewFile/4390/3895>>. Acesso em: 31 mar.2015.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. [2 ed. 10 reimpr. ver. e ampl.]. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 31- 47.

\_\_\_\_\_ A Era da Informatização e a Época da Informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: Antunes, R. (Org). Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 15-25.

\_\_\_\_\_ O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. *Trabalho, educação e saúde*, v. 1, n. 2, p. 53-61, 2003.

BARDIN, L. Análise de conteúdo; tradução [de] Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo, SP: Edições 70, 2011. 279 p.

BELLODI, P. L. O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha da especialidade médica. 2.ed. revisada. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 243p.

BERNARDI, F. D. C. Os bastidores da medicina, nem sempre chegam tarde. *Revista de Medicina*, v. 91, p. 66-67, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto Oncorede [recurso eletrônico]: a (re) organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar / Martha Oliveira ... [et al.] – Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-oncorede>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema De Informações Ambulatoriais – 23ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2016b. 144 p. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Manual-Oncologia\\_23a\\_edicao\\_10\\_10\\_2016.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Manual-Oncologia_23a_edicao_10_10_2016.pdf)>. Acesso em: 20 dez.2016.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Portaria no 1.321 de 22 de julho 2016. Estabelece as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 jul. 2016c. Seção 1, p. 413. Disponível em:

<[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument)>. Acesso em: 26 jan.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015a. 124p. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_abc\\_2ed.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf)> Acesso em: 10 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Parâmetros SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html)>. Acesso em: 26 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.516 de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set.2015c. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument)>. Acesso em: 26jan.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.319 de 24 de novembro de 2014. Estabelece regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 nov. 2014a. Seção 1, p. 40. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument)>. Acesso em: 26jan.2017.

\_\_\_\_\_. Resolução CNRM 04 de 30 de setembro de 2014. Institui as Câmaras Técnicas Temáticas e o Comitê de Sistematização da Comissão Nacional de Residência Médica, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 out. 2014b. Seção 1. p. 14-15. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 03 de 20 de julho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 jun. 2014c. Seção 1, p. 09-11. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/72056910/dou-edicao-extra-secao-1-23-06-2014-pg-5>>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 483/GM, de 1º abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 02 abr.2014d nº 34, Seção 1, p.50.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Portaria no 140/GM, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 28 fev. 2014e. Seção 1, p. 71. Republicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 02 abr. 2014b. Seção 1, p. 60. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html)>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: controle de câncer / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos; Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 60 p.

\_\_\_\_\_ Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 out. 2013b. p. 1. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Portaria no 874/GM, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 17 mai. 2013c. Seção 1, p. 129. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)>. Acesso em: 13 abr. 2015.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, nº 112, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59-60. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 set.2014.

\_\_\_\_\_ Lei nº 12.514 de 28 de outubro de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 out. 2011a. p. 1. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília DF, 29 jun. 2011b. Seção 1, p. 43. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument)>. Acesso em: 20 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument)>. Acesso em: 26 out.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.100 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf)>. Acesso em: 27 set.2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006. Altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 04 dez. 2006a, p. 8. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Resolução CNRM 07 de 05 de setembro de 2006. Dispõe sobre a duração do programa de Residência Médica de Cancerologia/Cirúrgica e seu conteúdo programático. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 out. 2006b, Seção 1. p. 72. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_. Resolução CNRM 02 de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio. 2006c, Seção 1. p. 23-26. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília DF, 23 fev. 2006d. Seção 1, p. 43. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 13 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 741/SAS, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, no 79, 23 dez. 2005a. Seção 1, p. 113. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741\\_19\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, no 76, 9 dez. 2005b. Seção 1, p. 80-81. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed., rev. e atual.2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 112p.

\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de mama – Informações Técnico-gerenciais e Ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002a, 78p.

\_\_\_\_\_Resolução CNRM nº 05 de 14 de maio de 2002. Dispõe sobre critérios básicos para credenciamento de programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2002b, Seção 1. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 23 jan.2017.

BRASIL. Resolução CNRM nº 01 de 14 de maio de 2002. Dispõe sobre critérios básicos para credenciamento de programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio 2002c, Seção 1. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_Lei nº 10.405, de 09 de janeiro de 2002. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, altera as tabelas de vencimento básico dos professores do ensino de 3º grau e dos professores de 1º e 2º graus, integrantes dos quadros de pessoal das instituições federais de ensino, e altera dispositivos da Lei nº 10.187, de 12 de fevereiro de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 10 jan. 2002d. p. 1. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217). >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_Manual de redação da Presidência da República. 2. edição, 2002e, p.93-98. Disponível em:< <http://www2.planalto.gov.br/acervo/legislacao/>>. Acesso: 23 jan.2017).

\_\_\_\_\_Lei nº 8.725, de 05 de novembro de 1993. Dá nova redação ao caput do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, alterado pela Lei nº 8.138, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 08 nov. 1993. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217). >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_Lei nº 8.138, de 28 de dezembro de 1990. Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico- residente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217). >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_Lei nº 7.601, de 15 de maio de 1987. Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.922, de 7 de julho de 1981, altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 out. 1987. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217). >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Lei nº 7.217, de 19 de setembro de 1984. Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.922, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 nov. 1984. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217) >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CNRM 04 de 30 de dezembro de 1983. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos programas de Residência Médica das especialidades médicas e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 1983. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 09 jul. 1981a. Seção 1, p. 12789. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13086&Itemid=506](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13086&Itemid=506)>. Acesso em: 20 set.2014.

BRASIL. Resolução CNRM 01 de 18 de fevereiro de 1981. Estabelece especialidades médicas credenciáveis como Programa de Residência Médica e dá providências adicionais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 1981b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Decreto Federal nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 set. 1977. Seção 1, p.11787. Alterada pelo Decreto Federal nº 91.364, de 21 de junho de 1985 revogado parcialmente pelo Decreto Federal nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-pe.html> >. Acesso em: 20 set.2014.

\_\_\_\_\_ Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 01 out. 1957, p. 23013. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/index.php?> >. Acesso em: 23 jan. 2017.

BUCHABQUI, J.A. Fragmentos do discurso docente: reflexão docente, sobre o ensino médico. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2015. 175p.

CAMERON, H.; DUPAL, P. Rural pathology under the microscope. Australian Journal of Rural Health, v. 17, n. 4, p. 222-223, 2009.

CARVALHO FILHO, J. S. Manual de direito administrativo. 27. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2014. p.135-137.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 23 jan.2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.149 de 22 de julho de 2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 ago. 2016a. Seção I, p. 99. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 2.148 de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 ago. 2016b. Seção I, p. 99. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.116 de 23 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 04 fev. 2015. Seção I, p. 55. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 2074 de 28 de julho de 2014. Dispõe sobre a disciplina responsabilidades dos médicos e laboratórios de Patologia em relação aos e Anatomia Patológica e estabelece normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos. Disciplina, também, as condutas médicas tomadas a partir de laudos citopatológicos positivos, bem como a auditoria médica desses exames. Revoga a Resolução CFM nº 1823/2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 2014a. Seção 1, p.91-2. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm). Acesso em: 27 set.2014.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 2.068 de 13 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 jan. 2014b. Seção I, p. 76. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 2005 de 09 de novembro de 2012. Dispõe sobre a nova redação dos Anexos II e III da Resolução CFM nº 1.973/2011, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2012. Seção 1 p.937 a 940. Disponível em:



[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm). Acesso em: 27 set.2014.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 1973 de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 01 ago. 2011a. Seção I, p. 144-147. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 1.970 de 08 de junho de 2011. Altera o artigo 3º e a cláusula primeira do objeto do Convênio AMB/CFM celebrado na Resolução CFM nº 1.634, de 11 de abril de 2002, publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, Seção I, p. 81, que dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 15 jul. 2011b, Seção I, p. 161. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.960 DE 16 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o Registro de Qualificação de Especialidade Médica em virtude de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 jan. 2011b, Seção I, p. 96. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217) .>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 1.845 de 12 de junho e 2008. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/2006, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 15 jul. 2008, Seção I, p. 72. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217) .>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM Nº 1.785 de 05 de abril de 2006. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.763/05, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 26 maio 2006, Seção I, p. 135. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217) .>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM Nº 1.763 de 16 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.666/2003, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 09 mar. 2005, Seção I, p. 189-192. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217) .>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 1.666 de 07 de maio de 2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 jun. 2003, Seção I, p. 97-99. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217). >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução nº 1634 de 11 de abril de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2002. Seção 1, p.81. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm). Acesso em: 20 set.2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.295 de 09 de junho de 1989. Lista de especialidades reconhecidas pelo CFM. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 ago. 1989a, Seção I, p. 14.517. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217). >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 1.286 de 15 de abril de 1989. Reconhece, para fins de registro nos Conselhos Regionais de Medicina, a validade dos Títulos de Especialistas conferidos pela Associação Médica Brasileira na forma do Convênio assinado em 10 de março de 1989. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 abr. 1989b Seção I, p. 5.147. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1980-1988/L7217](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7217). >. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 1.144 30 de janeiro de 1984. Inscrição no Registro de especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina, de Sociedades Médicas conveniadas com o Conselho Federal de Medicina. Conselho Federal de Medicina Disponível em: < [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM nº 1.086 de 29 de maio de 1982. Requisitos para registro de médicos especialistas nos Conselhos Regionais de Medicina. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: < [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM. Resolução CFM nº 990, de 24 de março de 1980. Reconhece a validade dos Certificados de Conclusão de Cursos de Especialização. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 1980. Seção 1, Parte II. Disponível em: < [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM. Resolução CFM nº 935, de 7 de agosto de 1979. Reconhece a validade dos Títulos de Especialistas que a Sociedade Brasileira de Patologia concede aos seus associados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 set. 1979. Seção 1, Parte II. Disponível em: < [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM. Resolução CFM nº 879, de 28 de setembro de 1978. Estabelece a relação de Especialidades reconhecidas pelo CFM para o efeito de Registro de Qualificação de Especialistas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 1978. Seção 1. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM. Resolução CFM nº 784, de 13 de maio de 1977. Resolução CFM nº 879, de 28 de setembro de 1978. Reconhece a validade dos Títulos de Especialistas concedidos pela Associação Médica Brasileira aos seus associados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 1977. Seção 1, Parte II. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017.

\_\_\_\_\_ Resolução CFM. Resolução CFM nº 289, de 26 de outubro de 1966. Inibe os Conselhos Regionais de Medicina exigir apresentação de documentos comprobatórios de exercício na especialidade, nos pedidos de inscrição. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 1966. Parte II. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_normas](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas)>. Acesso em: 23 jan.2017.

CUNHA, M. B.; CAVALCANTI, C. R. O. Dicionário de biblioteconomia e arquivologia. Brasília: Briquet de Lemos, 2008, 451 p.

DA CRUZ, J. A. S. et al. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. Revista de Medicina, v. 89, n. 1, p. 32-42, 2010.

DA SILVA, T.E; TOMAÉL, M. I. Fontes de Informação na Internet: a literatura em evidência. In: TOMAÉL, M. I; VALENTIM, M.L.P. (Org.) Avaliação de fontes de informação na internet. Londrina: Eduel, 2004, p. 1-17.

DAL POZ, M.R. A crise da força de trabalho em saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, n.10, pp. 1924-1926. ISSN 0102 311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000002&script=sci_arttext)> Acesso em: 27 set.2014.

DE OLIVEIRA, E. dos S.; MACHADO, M. H. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informações. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 105-125, maio 2010.

DE SOUZA, M. A. S. L. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, 2010. p. 334-344. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/7340>>. Acesso em: 25 maio.15.

DESLANDES, S.F. Revisitando as Metodologias Qualitativas nas Pesquisas de Avaliação: vertentes, contribuições e desafios. In: MACHADO, C.V. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Editora Fiocruz, 2015. p. 193-217.

DoHA. Survey of the Pathology Workforce Australian Government Department of Health and Ageing (DoHA), 2011. Disponível em: <<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/QUPP-integrated-analysis-of-quality-use-of-pathology-program-final-reports-toc~Workforce-Capacity-and-Competence~Survey-of-the-Pathology-Workforce-2011>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

DONNANGELO, M.C.F. Medicina e Sociedade. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRUCK, M. G. A precarização Social do Trabalho no Brasil: alguns indicadores. In: ANTUNES, R. et al. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo, v. II, 2006. p. 55-73.

ECO, U. Plano de Trabalho e o Fichamento. In: ECO, Umberto. Como se faz uma tese. Tradução: Gilson Cesar Cardoso de Souza. 21. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007. p. 81-113.

ETIMOLÓGICO, Dicionário. Etimologia e Origem das Palavras. (sf). Obtenido de <http://www.dicionarioetimologico.com.br/>. Acesso em: jan.2017.

FEUERWERKER, L. C.M. A formação de médicos especialistas no Brasil. **Oeste**, v. 4, n. 246, p. 420, 2005.

FLEURY, S.; OUVENERY, A.M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204p.

FREIDSON, E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. Tradução de André de Faria Pereira Neto e Kvieta Brezinova de Moraes. São Paulo: UNESP, 2009. 451p.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p

GIRARDI, S. Estação de Pesquisa e Sinais de Mercado. Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil. Relatório final de atividades. Belo Horizonte: UFMG/NESCON/ESPM, 2012.

GOMES, R et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C. de S (org.). Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005 (4ª reimpressão 2014). p.185-221.

GOMES, R. Análise, e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. de S et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. P. 79-108.

GUILLOU, M.; CARABANTES, C. J; BUSTOS, F. V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev. méd. Chile [online]. 2011, vol.139, n.5, pp.559-570. ISSN 0034-9887. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500001>>. Acesso em: 13 out.2016.

HSU, C; JUNG, S; CHUANG, S. Physician supply and demand in anatomical pathology in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association, v. 110, n. 2, p. 78-84, 2011.

JOHN, R. M; ROSS, H. The Global Economic Cost of Cancer. American Cancer Society. Atlanta, 2010. Disponível em:

<<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@internationalaffairs/documents/document/acspc-026203.pdf>>. Acesso em: 13 de nov. de 2014.

KASCHULA, R. O. C. The practice of pathology in Africa. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, v. 137, n. 6, p. 752-755, 2013.

KERR, Darcy. A.; KASCHULA, R. O. C. Pediatric pathology services in Africa. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, v. 137, n. 6, p. 767-774, 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.

LEGG, M et al. The Australian pathology workforce crisis. 2008. Department of Health and Ageing, 2008. Disponível:

<<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/QUPP-integrated-analysis-of-quality-use-of-pathology-program-final-reports-toc~WorkforceCapacity-andCompetenceThe-Australian-Pathology-Workforce-Crisis-2008>>. Acesso em: 30 abr. 2016

MACHADO, M. H. (coord.). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244p.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. In: BAPTISTA, T. W. F. (Org.); AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C.V. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Editora Fiocruz, 2015. p. 293-321

MARX, K. O Capital: Crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. [Tradução de Rubens Enderle], São Paulo; Boitempo, 2013. 894p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

MERHY, E. E; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F (Org). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.p. 427-432.

MINAYO, M.C. de S (org.). Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005 (4ª reimpressão 2014). 244p.

MINAYO, M.C. de S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C. de S et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. P. 9-29.

MINAYO, M.C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 17, n. 3, p. 61 a 70, jul./set. 1983. Disponível em:<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewArticle/10660>>. Acesso

em: 10 nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2006: Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011 377 (9779): 1778-97. Acesso em, v. 14, 2013.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L.B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F (Org). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 320-328.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, educação e saúde, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PENA, G. P; ANDRADE-FILHO, J. S. Implicações cognitivas, filosóficas e educativas do trabalho do patologista. Cognitive, philosophical and educational implications of the work of the pathologist. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2006, vol.30, n.2, pp.76-86. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000200010>.

PÉREZ, P. N. et al. Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, nov.2015. Disponível em: <[http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas\\_sist\\_servicios/AnalisisDistribucionGeografica.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/politicas_sist_servicios/AnalisisDistribucionGeografica.pdf)>. Acesso em: 19 out.2016.

PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Canarias: Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2009.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2013, vol.37, n.1, pp. 72-79. ISSN 0100-5502. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>>. Acesso em: 22 mai.2015.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS: síntese de indicadores 2013 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 289 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=40](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40)>. Acesso em: mar.2017.

\_\_\_\_\_. Síntese de indicadores 2012 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 272 p. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=40](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40)>. Acesso em: mar.2017.

PIERANTONI, C. R. et al. Carga de trabalho de um profissional típico da atenção primária em saúde no Brasil: os agentes comunitários de saúde. *Revista de APS*, v. 14, n. 4, 2011.

\_\_\_\_\_. Graduações em saúde no Brasil: 2000-2010. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ, 2012. 228 p.

PORTER, M.E; TEISBERG, E.O. Repensando a saúde: Estratégias para: Melhorar a qualidade e reduzir custos; tradução [de] Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007. 432p.

RAMBAU, P. F. Pathology practice in a resource-poor setting: Mwanza, Tanzania. Archives of pathology & laboratory medicine, v. 135, n. 2, p. 191-193, 2011.

RIBEIRO, J.M.; SCHARAIBER, L. B. A Autonomia e o Trabalho em Medicina Autonomy and Work in Medicine. Cad. Saúde Públ, v. 10, n. 2, p. 190-199, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n2/v10n2a06>>. Acesso em: 19 dez.2016.

RIOS, I. C.; SCHRAIBER, L. B. Uma relação delicada. encounters, v. 15, n. 36, p. 39-51, 2011.

ROBBOY, S. L. et al. Pathologist workforce in the United States: I. Development of a predictive model to examine factors influencing supply. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, v. 137, n. 12, p. 1723-1732, 2013.

ROBBINS, S.L.; COTRAN, R. S. Patologia bases patológicas das doenças. [tradução de Patrícia Dias Fernandes et al.]. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 1458.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, n. 1, 2009.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>> Acesso em: 01 dez.2015.

SCHEFFER, M. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição [relatório de pesquisa]. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2013. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil\\_vol2.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2014.

SCHEFFER, M; BIANCARELLI, A; CASSENOTE, A. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

SCHRAIBER, L.B. O Médico e seu trabalho – Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHWARTZ, R. W. et al. The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. Academic. Medicine, v. 65, n. 3, p. 207-10, 1990.

SEIXAS, PHDA; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. MigraMed-Migração Médica no Brasil: tendências e motivações. In: Pierantoni, C.R; Dal Poz, M.R; França, T (org.). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p.133-150.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. Disponível em: <<http://www.sbp.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Perfil do Patologista Brasileiro. São Paulo, 2007. 33 f. Disponível em: <<http://www.sbp.org.br/perfilpatologista/arquivo/operfilpatologistaev2abr2007.pdf>>. Acesso em: 12 out.2014.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. (Coord.). De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 172p.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F (Org). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.p. 343-347.

VAN DEN TWEEL, J. G; CLIVE R. T. “A Brief History of Pathology: Preface to a Forthcoming Series That Highlights Milestones in the Evolution of Pathology as a Discipline.” *Virchows Archiv* 457.1 (2010): 3–10. *PMC*. Web. 7 Nov. 2016.

VIANA, A. et al. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das Regiões e redes no Brasil. *Novos Caminhos*, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <[www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)> . Acesso em: mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva: WHO; 2017 [citado em 3 fevereiro 2017] Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs (1 tela). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/early-cancer-costs/en/>> . Acesso em: 13 mar.2017.



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*(Entrevista: médico-residente)*

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa de tese de Doutorado de Fátima Meirelles Pereira Gomes, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política, Planejamento e Administração em Saúde (PPAS), do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O participante da pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, refere-se a indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, aceita ser pesquisado. Portanto, sua participação é voluntária; isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora deverá ser comunicada e a coleta de dados relativos à sua participação na pesquisa será imediatamente interrompida.

Você foi selecionado (a) pelo fato de ser médico-residente do Programa de Residência Médica em Patologia, de Instituição de Saúde credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação. Para que você possa decidir se quer ou não participar desta pesquisa, precisa ser esclarecido sobre os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os potenciais riscos e os incômodos que esta possa acarretar.

O objetivo central da pesquisa é analisar as características da formação e do mercado de trabalho dos médicos-patologistas no Brasil para a Rede de Atenção ao Câncer. Os objetivos secundários são: analisar as normas relativas à especialidade médica em Patologia no Brasil; mapear os médicos-patologistas no Brasil; analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil e analisar o cenário atual e futuro da especialidade médica em Patologia no Brasil.

Em relação aos métodos, as técnicas e aos instrumentos da pesquisa, sua participação consistirá em conceder uma entrevista individual, com um roteiro que incluirá uma parte de características gerais e quatro perguntas abertas, com duração aproximada de até 60 minutos. A entrevista será gravada, por intermédio de dispositivo eletrônico (gravador), após sua aquiescência. Posteriormente à gravação, a entrevista será transcrita na íntegra pela pesquisadora. Sua participação é muito importante para a pesquisa, em especial na parte referente a analisar a situação da Residência Médica em Patologia no Brasil.

No tocante aos benefícios previstos espera-se para a Rede de Atenção ao Câncer, que essa pesquisa contribua para o conhecimento da força de trabalho em saúde, no caso médicos-patologistas, visando à ampliação e à melhoria do acesso aos recursos diagnósticos de anatomia patológica e citopatologia no SUS. A privação desse tipo de diagnóstico para o SUS é considerado grave e catastrófico para o controle do câncer, afetando a capacidade de realização do diagnóstico e repercutindo na magnitude epidemiológica, econômica, social e política que envolve o câncer; na prestação de cuidados ao paciente garantindo a integralidade do cuidado; no acesso aos serviços; e na força de trabalho em saúde envolvida com a atenção

ao câncer. Para a área de conhecimento da força de trabalho em saúde permita o desenvolvimento de novos estudos e ampliação dos conhecimentos em relação à formação e mercado de trabalho de trabalhadores de saúde. Para os médicos-patologistas ampliação dos conhecimentos em relação à formação (Residência Médica) e ao mercado de trabalho no Brasil.

No que concerne aos riscos ou desconfortos, não existem possibilidades de danos à dimensão física, em qualquer fase pesquisa e dela decorrente. Porém durante à entrevista poderão trazer à memória experiências ou situações vivenciadas que poderão causar desconfortos de diferentes dimensões. Sua participação é voluntária; isto é, você tem plena liberdade de interromper a entrevista. A pesquisadora tomará as providências e cautelas necessárias para promover o máximo de benefícios e o mínimo de riscos aos participantes da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade dos registros durante todas as fases da pesquisa e dela decorrente, das informações por você prestadas, e qualquer dado que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A entrevista terá um número ao invés do seu nome. As entrevistas serão armazenadas em arquivo físico e digital, sob a responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos após o término da pesquisa, mas somente terão acesso a elas a pesquisadora. Em seguida, serão destruídos de forma segura e correta, utilizando máquina fragmentadora para sua destruição (trituração). Seus registros poderão ser consultados apenas pelos Comitês de Ética em Pesquisa IMS/UERJ e do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos participantes.

Em relação aos custos (ressarcimento e indenização), não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação no estudo e nem para as instituições envolvidas.

No tocante à garantia de esclarecimentos, você poderá esclarecer dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento. Contatos com a pesquisadora responsável: Fátima Meirelles Pereira Gomes, aluna curso de Doutorado, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na área de concentração PPAS do IMS/UERJ - Rua São Francisco Xavier, nº 524, 7º andar, Sala 7010, Bloco E, Maracanã – Rio de Janeiro, E-mail: [pesquisamedicospatologistas@gmail.com](mailto:pesquisamedicospatologistas@gmail.com) - telefone (21) 975310244. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro/RJ, Telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: [cep-ims@ims.uerj.br](mailto:cep-ims@ims.uerj.br). O Comitê de Ética em Pesquisa do INCA – Rua do Resende nº 128, sala 203, Centro, Rio de Janeiro. Telefones: (21) 3207-4550/4556 ou pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br).

Li as informações acima, a pesquisadora explicou completamente os detalhes relevantes desta pesquisa e entendi o propósito da pesquisa. Eu entendo que minha participação será em conceder uma entrevista individual. Fui informado (a) que os desconfortos são mínimos. Estou ciente que não haverá benefícios pessoais e não terei qualquer custo com a participação na pesquisa. Fui informado (a) do nome e endereço da pesquisadora que poderá ser contatada facilmente, onde poderei esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e minha participação nele, a qualquer momento. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine, ao final deste documento, as duas vias (uma sua e outra da pesquisadora responsável da pesquisa).

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista**



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
**Centro Biomédico**  
**Instituto de Medicina Social**



**ROTEIRO DE ENTREVISTA (médico-residente)**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número da Entrevista: \_\_\_\_\_

**I – Características gerais:**

Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Cidade e Estado onde realizou o Curso de Graduação em Medicina: \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina: \_\_\_\_\_

Concluiu Residência Médica anterior à Patologia: \_\_\_\_\_. Qual: \_\_\_\_\_

Ano da Residência Médica em Patologia que está realizando:

( ) 1º ano de Residência Médica em Patologia.

( ) 2º ano de Residência Médica em Patologia.

( ) 3º ano de Residência Médica em Patologia.

( ) Anos Opcionais em Áreas de Atuação. Área de Atuação: \_\_\_\_\_

**II. Questões específicas:**

1. Quais foram os motivos que levaram à sua escolha pela especialidade médica em Patologia?
2. Na sua opinião, há uma diminuição da carga horária em Patologia no currículo médico?
3. Na sua opinião, há um distanciamento do patologista dos alunos de graduação em Medicina?
4. Qual a sua opinião sobre as ligas Acadêmicas em Patologia?
5. Na sua opinião, a especialidade médica em Patologia está sem visibilidade?
6. Na sua opinião, os conteúdos teóricos e práticos, desenvolvidos nos Programas de Residência Médica em Patologia, contemplam os avanços tecnológicos e científicos na área da Patologia?
7. Quais são as suas expectativas para os próximos anos em relação ao mercado de trabalho para o médico especialista em Patologia?