

**MAIS
MÉDICOS**
PARA
O BRASIL



**MAIS
SAÚDE**
PARA
VOCÊ

Agosto/2013



Ministério da
Educação

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

A carência de médicos é um fenômeno global

1. Formação em número inadequado a realidade (dinâmica) dos países

2. Não ordenação e regulação na formação e distribuição de recursos humanos

3. Drenagem de Cérebros

4. Ampliação e melhoria da infra estrutura na saúde

5. Aumento da cobertura de serviços de saúde

6. Aumento do Produto Interno Bruto

Recomendações de políticas globais, OMS, 2010

| Tipo de intervenção | Exemplos |
|---|---|
| A. Intervenções Educativas | <ol style="list-style-type: none">1. Alunos provenientes do meio rural2. Escolas de Ciências da Saúde fora das cidades principais3. Rodízios clínicos em zonas rurais durante a formação4. Problemas rurais incorporados no programa de estudos5. Desenvolvimento profissional permanente dos trabalhadores de saúde rurais |
| B. Intervenções reguladoras | <ol style="list-style-type: none">1. Ampliação do âmbito de prática2. Diferentes tipos de trabalhadores de saúde3. Serviço obrigatório4. Pagamento do financiamento estudantil mediante trabalho em zonas rurais |
| C. Incentivos financeiros | Incentivos salariais apropriados |
| D. Gestão, ambiente e apoio social | <ol style="list-style-type: none">1. Melhores condições de vida2. Ambientes de trabalho seguros e amigáveis3. Apoio externo acessível4. Programas de desenvolvimento de carreira |

Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?

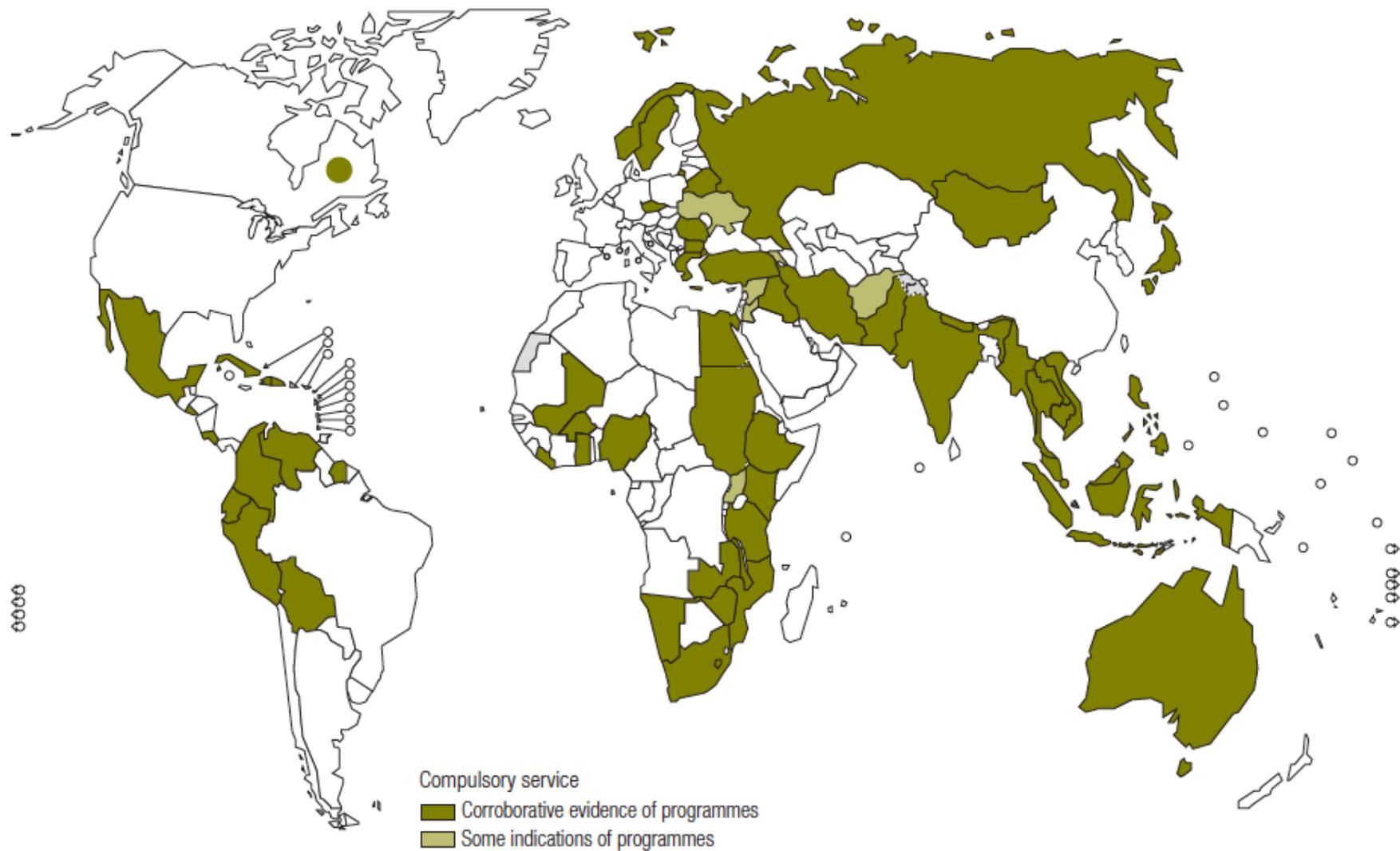
Seble Frehywot,^a Fitzhugh Mullan,^a Perry W Payne^a & Heather Ross^a

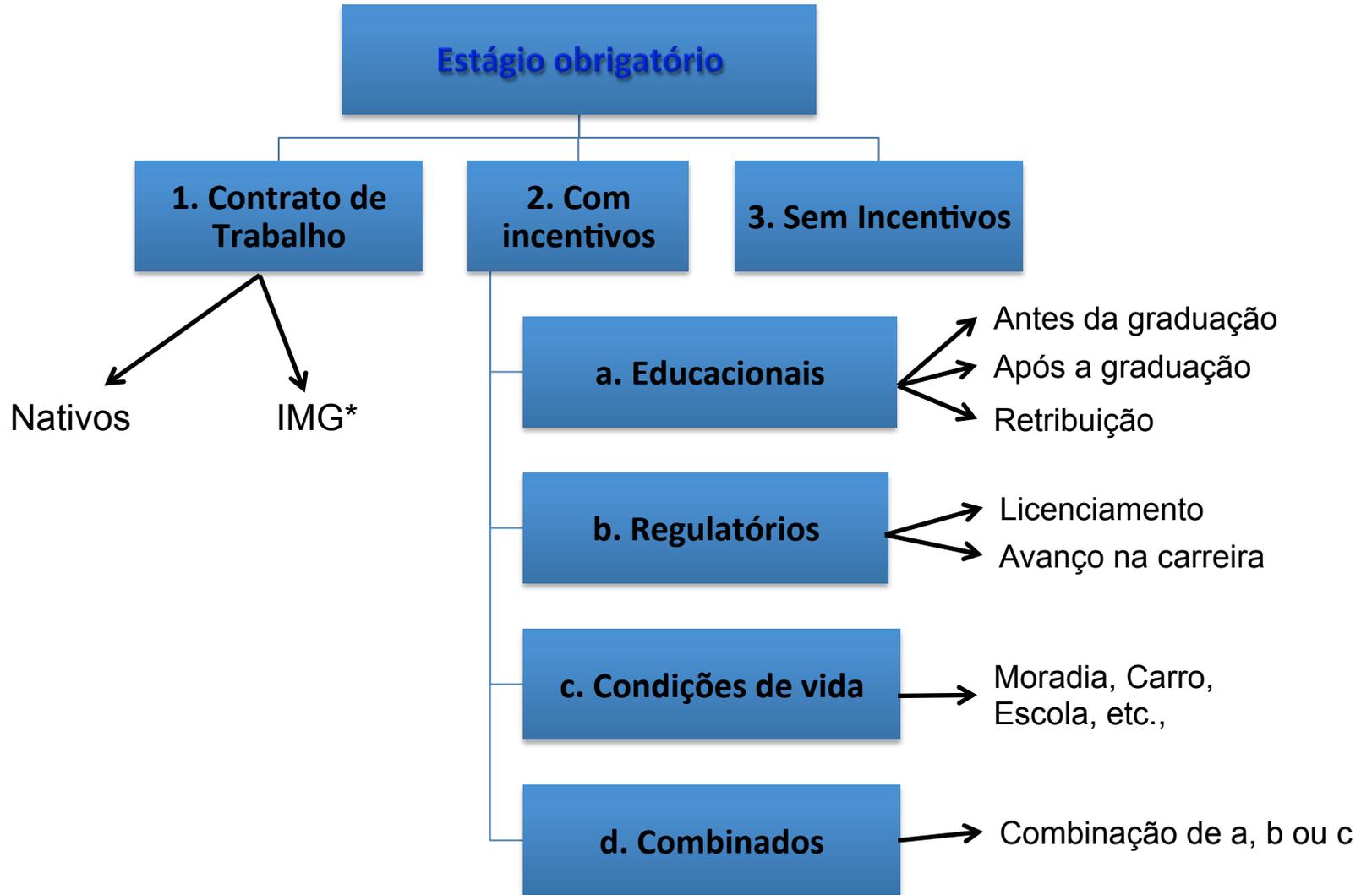
^a Department of Health Policy, George Washington University, 2121 K Street NW, Washington, DC, 20006, United States of America.

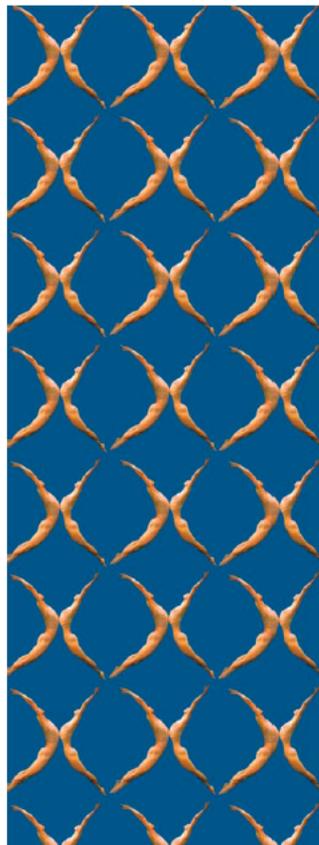
Correspondence to Seble Frehywot (e-mail: seblelf@gwu.edu).

(Submitted: 1 October 2009 – Revised version received: 15 December 2009 – Accepted: 8 January 2010)

Fig. 1. Countries with past and current compulsory service programmes







SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

SERIE CUADERNOS DE REDES Nº 31

ESTUDIO DE BRECHAS DE
OFERTA Y DEMANDA DE
MÉDICOS ESPECIALISTAS
EN CHILE

COLABORACIÓN TÉCNICA BANCO
MUNDIAL - GOBIERNO DE CHILE



Estudio de Brechas de
Oferta y Demanda de
Médicos Especialistas
en Chile

Colaboración Técnica Banco Mundial - Gobierno de Chile



Subsecretaría de Redes Asistenciales
Departamento de Estudios de Recursos Humanos
Enero de 2010

Médicos por mil habitantes

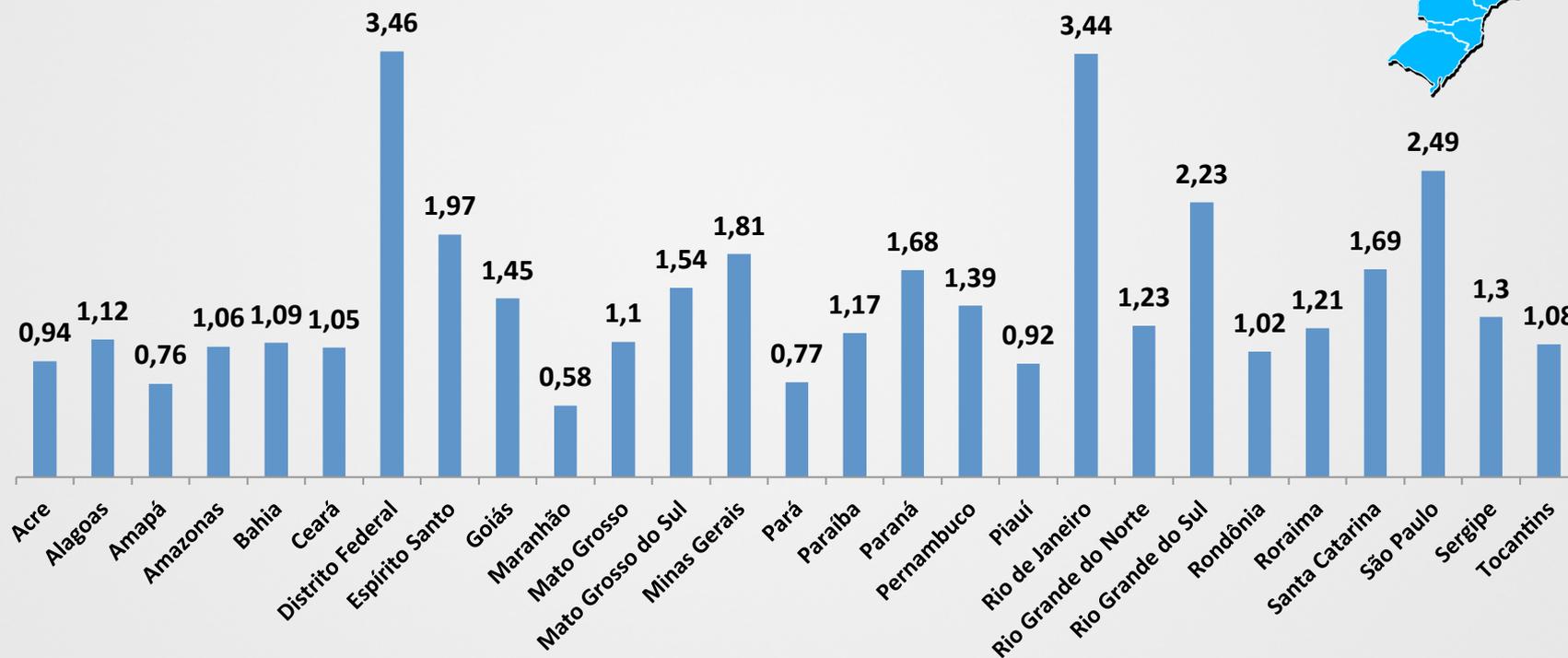
| | |
|-----------|------|
| Peru | 0,9 |
| Chile | 1,0 |
| Paraguai | 1,1* |
| Bolívia | 1,2* |
| Colômbia | 1,4* |
| Equador | 1,7 |
| Brasil | 1,8 |
| Venezuela | 1,9* |
| México | 2,0 |
| Canadá | 2,0 |

| | |
|----------------|------|
| Estados Unidos | 2,4 |
| Reino Unido | 2,7 |
| Austrália | 3,0 |
| Argentina | 3,2* |
| Itália | 3,5 |
| Alemanha | 3,6 |
| Uruguai | 3,7 |
| Portugal | 3,9 |
| Espanha | 4,0 |
| Cuba | 6,7 |

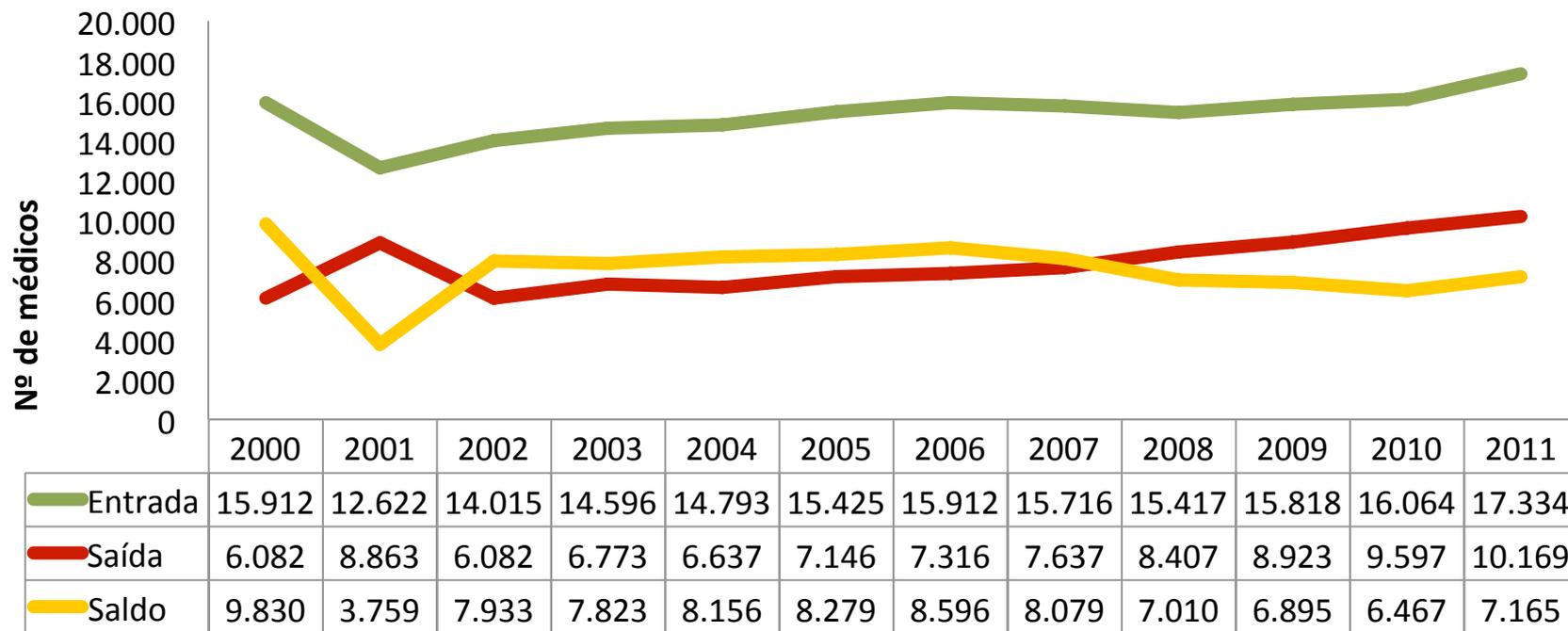
22 estados abaixo da média nacional



Brasil: 1,8 médicos por mil habitantes



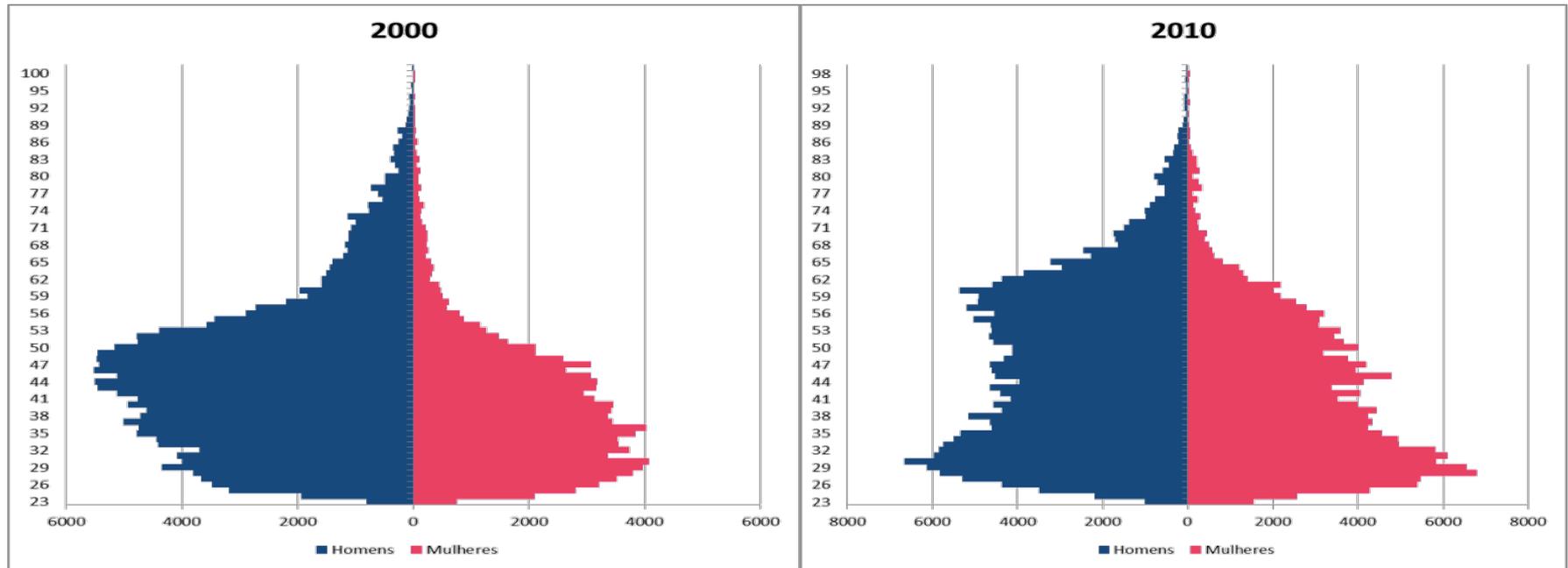
Mercado de Trabalho - Evolução da entrada e saída de médicos, 2000 a 2011 – Brasil



A entrada de médicos no mercado de trabalho aumentou na última década, tanto quanto a saída do sistema (aposentadorias, mortes, etc.).

Entre **2005 e 2010** houve **diminuição no saldo de entradas e saída.**

Comparação da composição etária Médicos: Brasil, 2000 e 2010



A pirâmide etária teve a base alargada pelo aumento do número de jovens em atuação, principalmente mulheres. Em 2010, o centro da pirâmide (40-60 anos) revela-se mais estreito em relação à sua base (↓ vagas nas décadas de 70 e 80).

Demanda por médicos aumentará nos próximos anos em função de maior participação de mulheres e do aumento de aposentados na população médica.

Fonte: EPSM a partir do Censo Demográfico do IBGE 2000 e 2010 do IBGE.

Relação de ingressantes em cursos de medicina por 10.000 habitantes - 2011

| PAÍS | FONTES DE REFERÊNCIA PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA | INGRESSANTES EM 2011 | POPULAÇÃO 2011 | INGRESSANTES por 10 MIL HABITANTES |
|------------|---|------------------------|----------------|------------------------------------|
| ARGENTINA | Ministério da Saúde | 13404 | 40.100.000 | 3,2 |
| PORTUGAL | Ministério da Saúde | 1.700 | 10.562.178 | 1,6 |
| INGLATERRA | HEFCE – Conselho para Educação Superior da Inglaterra | 7.871 | 53.000.000 | 1,5 |
| ESPANHA | Faculdade de Medicina | 7.000 | 46.700.000 | 1,5 |
| AUSTRÁLIA | Reitores Médicos da Austrália | 3.035 (2012) | 21.727.158 | 1,4 |
| CANADÁ | Associação das Faculdades de Medicina do Canadá | 2.829 | 33.476.688 | 0,8 |
| BRASIL | Ministério da Educação MEC | 16.482 (censo 2011) | 192.379.287 | 0,8 |

Se o **Brasil** tivesse a mesma relação de ingressantes por 10 mil habitantes que a **Argentina**, seriam **62,3 mil ingressantes em 2011**. Adotando a relação da **Espanha e Inglaterra** seriam **29,5 mil ingressantes**.

Comparação da relação número de Escolas Médicas e vagas ofertadas de ingressantes

| País | Número de Escolas | Número de Vagas | Relação |
|-------------------------------|-------------------|-----------------|---------|
| Brasil (Fonte MEC, 2012) | 196 | 17.012 | 86,79 |
| Inglaterra (Fonte CFWI, 2012) | 24 | 6.711 | 279,6 |

Formação Médica e a Atenção Básica

Ingresso na universidade

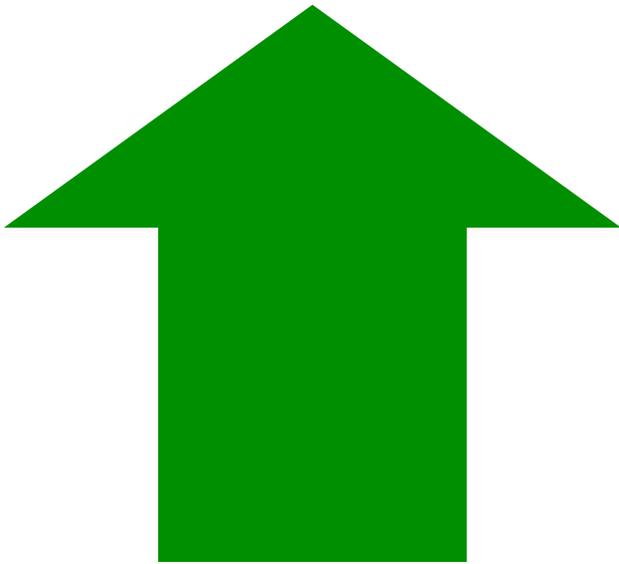
- **Motivação:** “cuidar das pessoas”; independência financeira e noções abstratas sobre a prática médica.
- Algumas especialidades são escolhidas previamente, mas costumam mudar ao longo do curso.

Durante a formação

- Formação da visão negativa sobre o trabalho na Atenção Básica
- O trabalho na atenção básica passa a ser associado a estagnação e “emburrecimento”

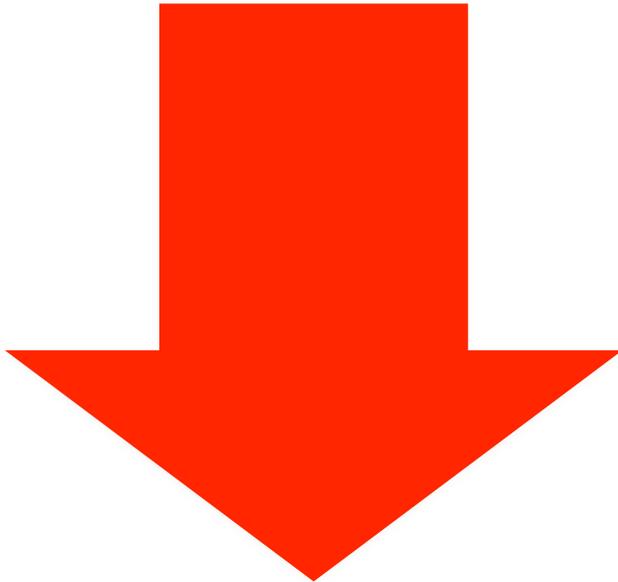
Saída do Curso

- Expectativa de cursar a Residência Médica
- Certo desinteresse pela Residência em Saúde da Família
- Para quem gosta da Atenção Básica, possibilidade de cursar uma especialidade e associá-la ao trabalho no Saúde da Família.



1. Atenção a Saúde
2. Tomada de Decisões
3. Comunicação
4. Liderança
5. Administração e Gerenciamento
6. Educação Permanente

Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na área da saúde - Resolução CNE/CES N°4, de 7/11/2001



Especialização precoce na graduação e pós-graduação;

Os projetos de abertura de cursos (graduação e pós-graduação) são espontâneos; **o paradigma é o da unidade e não do sistema;**

Padrão de concentração de vagas e desigualdade na distribuição;

Desconexão entre as necessidades do sistema e o ofertado pelas instituições formadoras.

Um sistema formador complexo

- A formação profissional ocorre predominantemente no ambiente de trabalho no setor público;
- O estado paga pela formação (graduação e residências) e não ordena ou regula pelas necessidades de especialistas no sistema;
- Os processos de avaliação (do aparelho formador) não discriminam o que é importante para o sistema de saúde;
- As associações de especialistas fazem o papel do estado, definem especialidades e quantos entram para treinamento;
- As universidades do estado são autônomas para definir onde e quando abrir um novo curso, seu perfil e definir o número de vagas;
- Os estados e municípios são os principais empregadores.

Particularidades do Brasil na integração entre gestão e formação de profissionais da saúde

1. Desconexão entre formação e carreira;
2. O status de especialista é atingido no início da carreira (muito jovem);
3. Fragmentação excessiva do cuidado a saúde;
4. Especialidades médicas em excesso? (54 + 52 áreas de atuação).

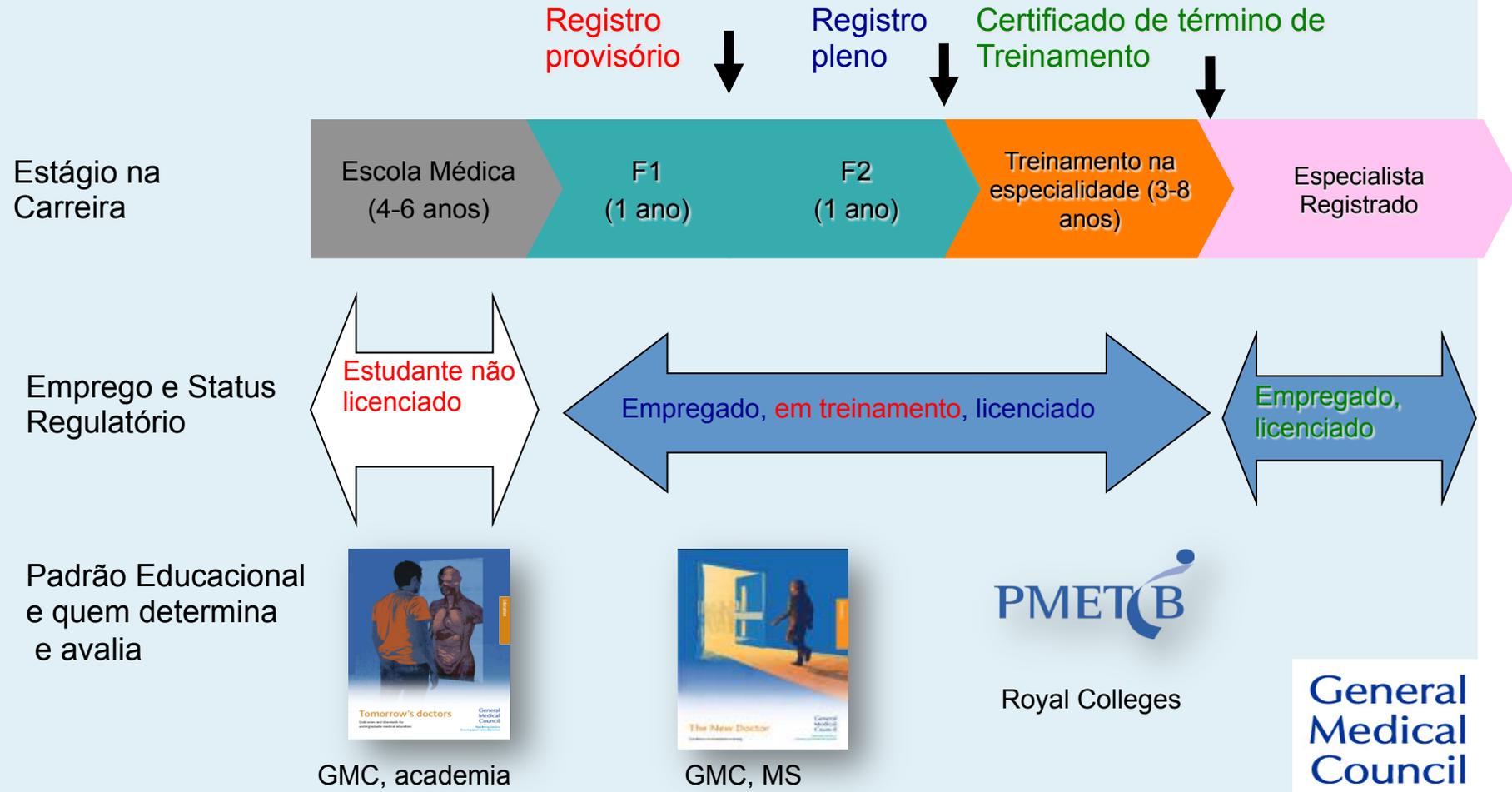
Formação de Especialistas na Residência Médica: Concepção Estrutural

| PAÍS | QUEM FINANCIAM | ONDE | INTEGRAÇÃO COM A CARREIRA |
|----------------|----------------|------------------|---------------------------|
| ESTADOS UNIDOS | AS UNIDADES | NA UNIDADE | SIM, PARA A UNIDADE |
| BRASIL | O “SUS” | NA UNIDADE | NÃO |
| REINO UNIDO | O “NHS” | NA REDE DO “NHS” | SIM, PARA O “NHS” |

No Brasil....

1. O planejamento da força de trabalho se dá em nível local?!
 - municípios: atenção básica e secundária
 - estados: atenção secundária e terciária
2. Quando é feito:
 - O objetivo maior é o de **reposição** de recursos humanos
 - Na maioria das vezes **pensada após** a infraestrutura e o modelo de rede e assistência

Desenho da Estrutura da Educação e Treinamento no Reino Unido

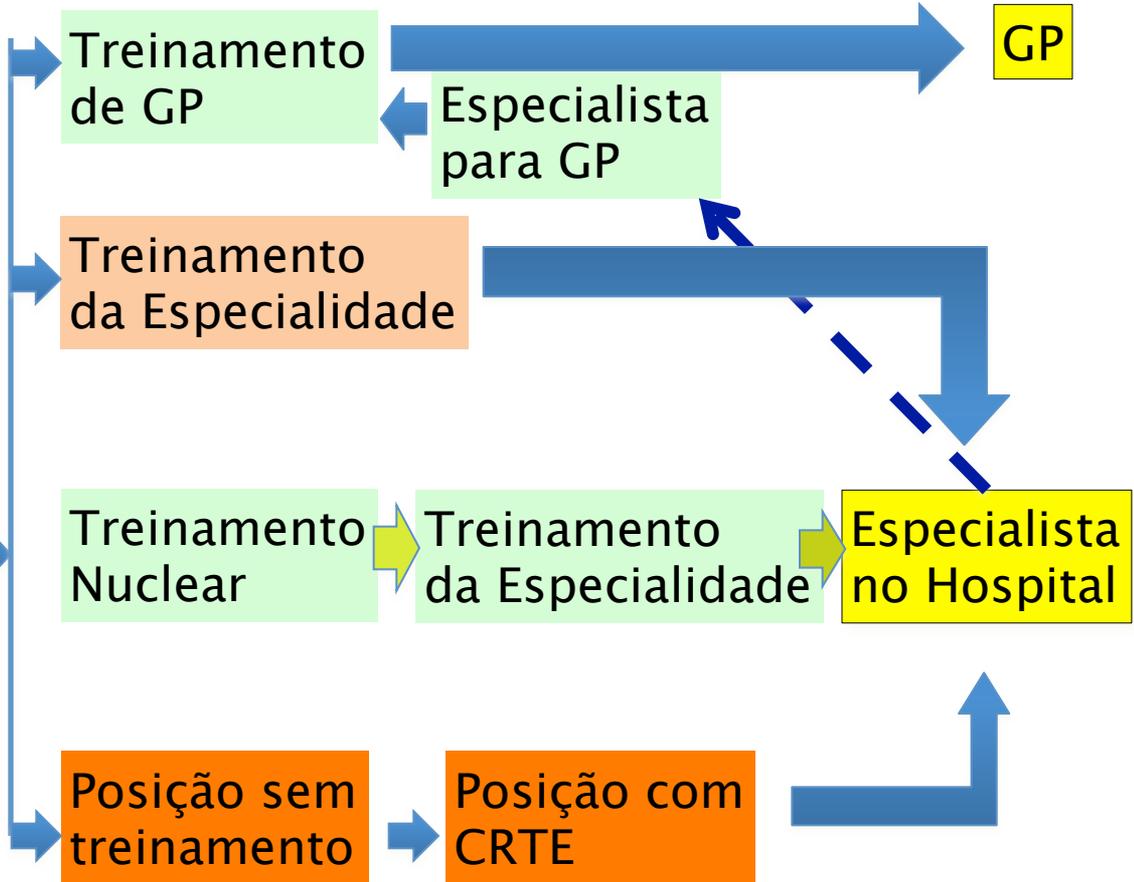


O Reino Unido

Escolas Médicas



02 Anos de Fundamentos



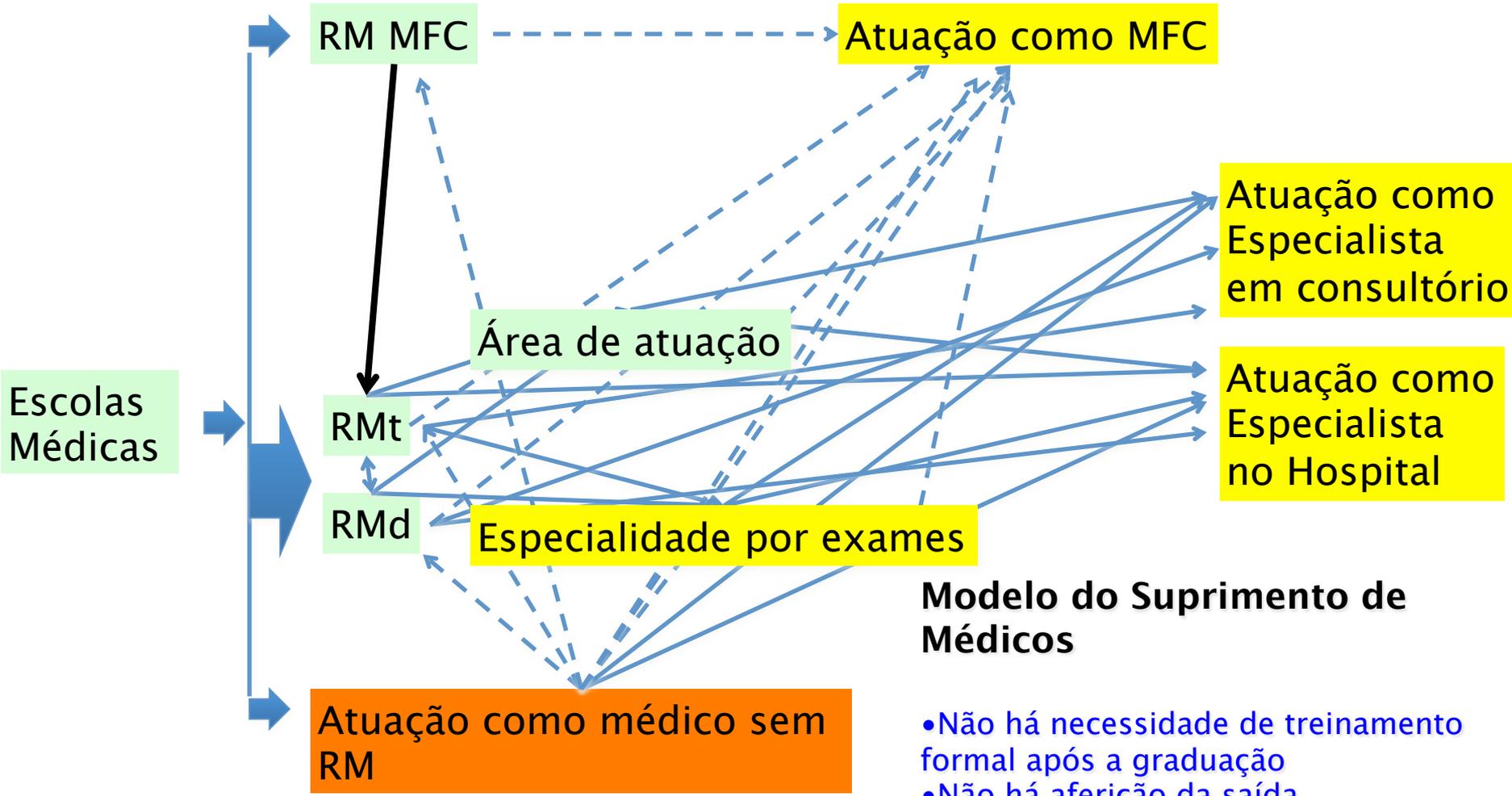
Modelo do Suprimento de Médicos

- Longo Período de Treinamento
- Aferição dinâmica da Saída
- Entrada por outros processos
- Não há garantia de movimento para o próximo estágio

Desenho da Estrutura da Educação e Treinamento no Brasil



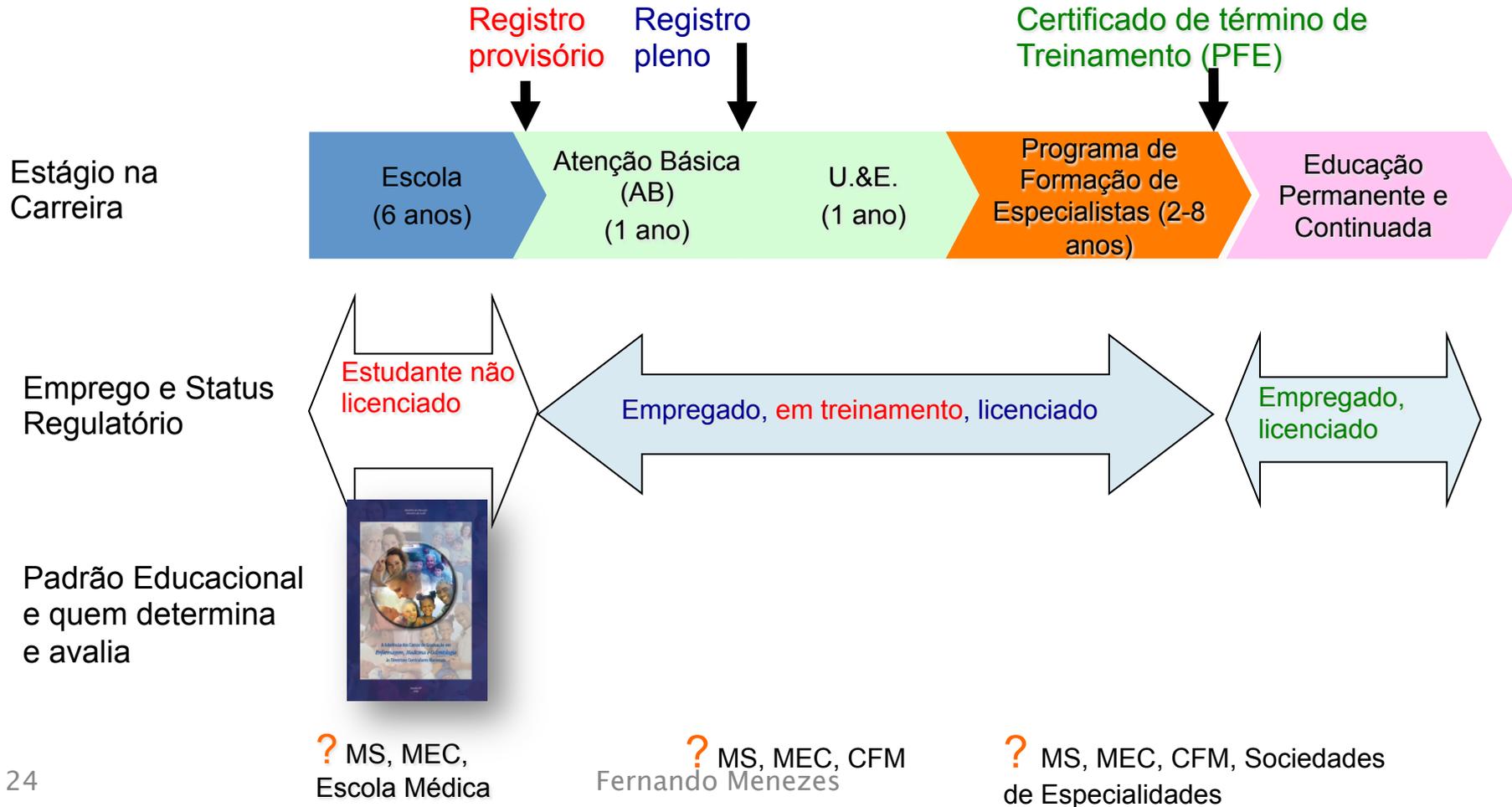
O Brasil



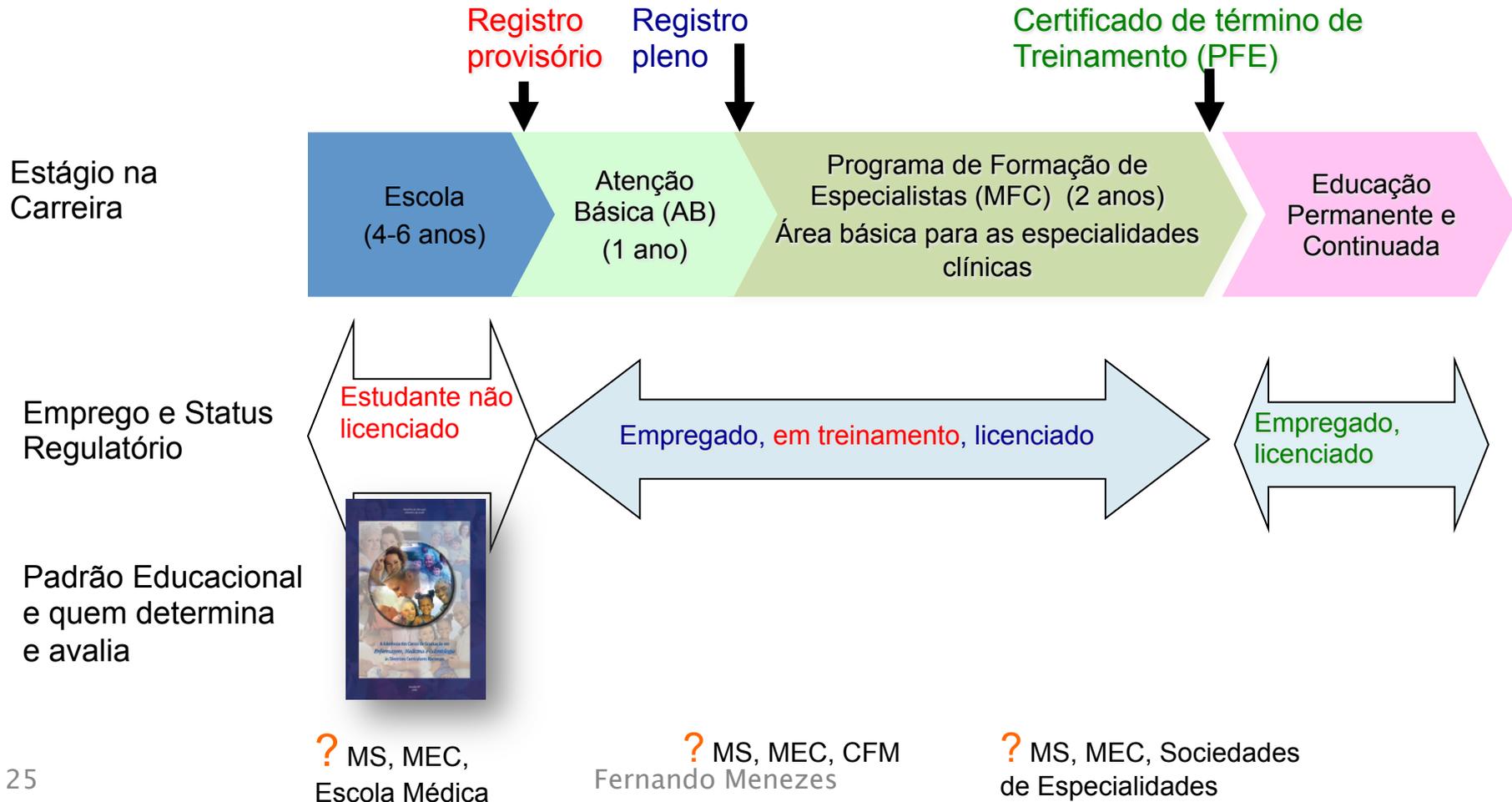
Modelo do Suprimento de Médicos

- Não há necessidade de treinamento formal após a graduação
- Não há aferição da saída
- Entrada por múltiplos “caminhos”
- Não há estrutura de integração à carreira

Desenho de Estrutura 1: Cenário Geral



Desenho de estrutura 2: Cenário Linha da Atenção Básica

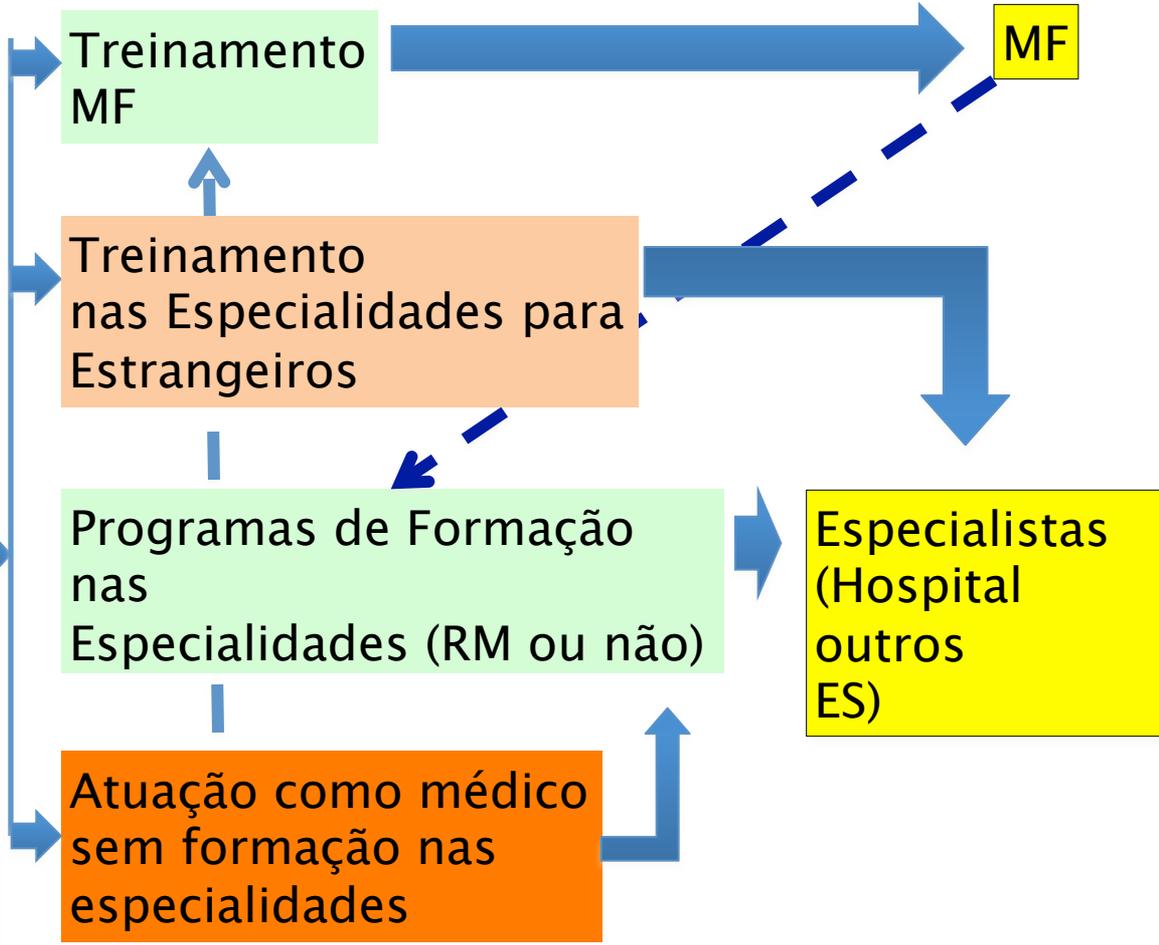


Um cenário para regulação no Brasil

Escolas Médicas

Atenção Básica + U.& E. (1-2 anos)

- Modelo do Suprimento de Médicos**
- Período definido de Treinamento
 - Aferição dinâmica da Saída
 - Entrada por outros processos
 - O movimento para o próximo estágio se dá pela continuidade formação



O Brasil Mudou

vozes da
Classe Média

2012

21%

52%

27%



Classe Alta

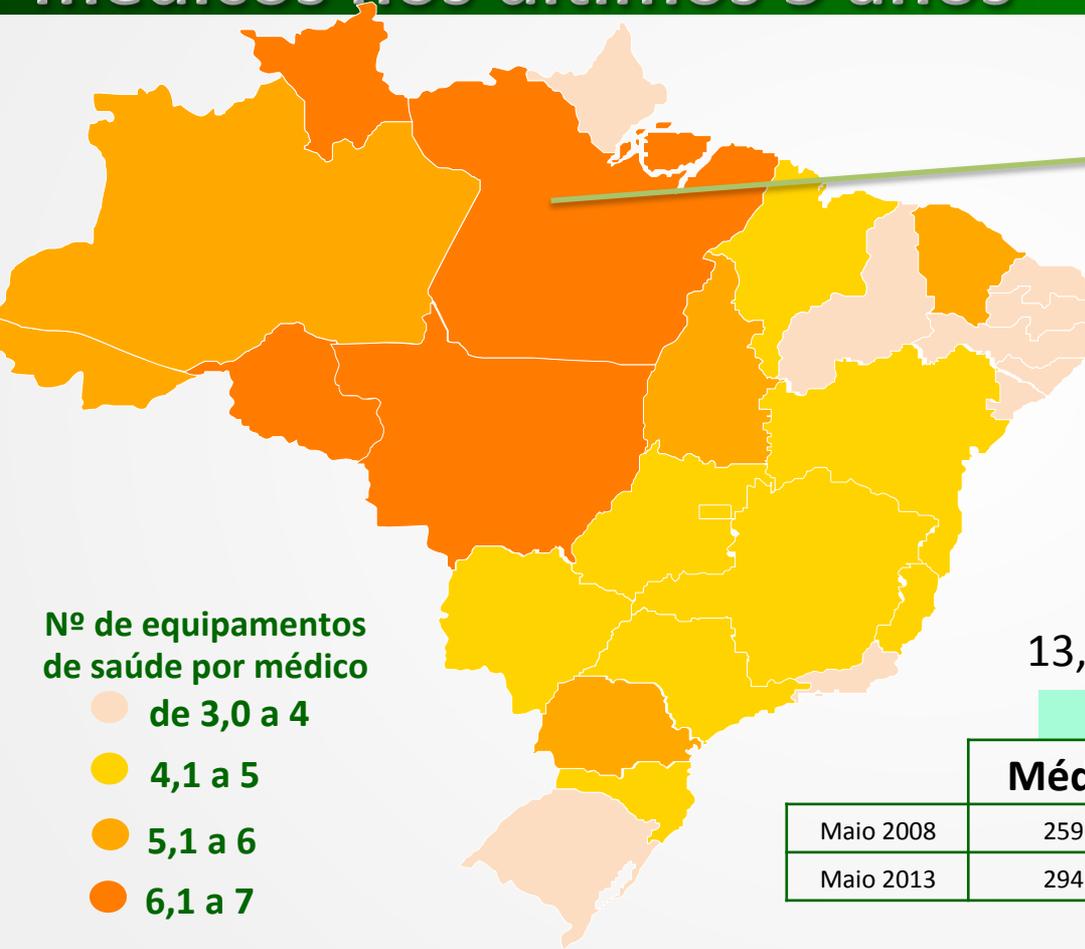


Classe Média



Classe Baixa

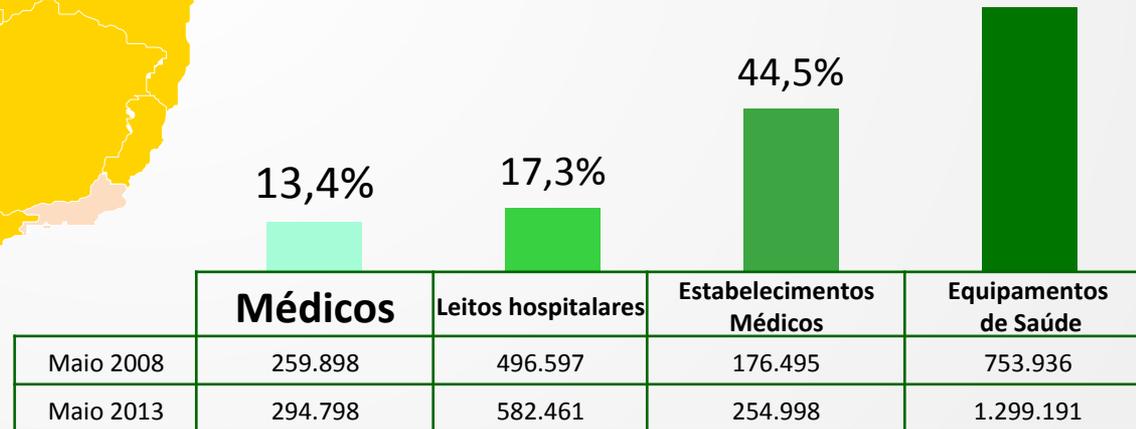
Equipamentos de saúde aumentam mais que médicos nos últimos 5 anos



Região Norte: Concentra o maior déficit de médicos no país em comparação com a quantidade de equipamentos de saúde

Crescimento nos últimos 5 anos

72,3%



Brasil precisa de médicos

Nos últimos 10 anos,

**146 mil postos de 1º emprego formal,
contra 93 mil formados.**

Até 2014, investimentos federais em UPA e UBS:

35 mil novos postos de trabalho



Pleno emprego e condições favoráveis de trabalho

Entre 48 carreiras de nível superior, a **medicina ocupa o primeiro lugar em rankings de melhores salários, jornada de trabalho, taxa de ocupação e cobertura de previdência.**

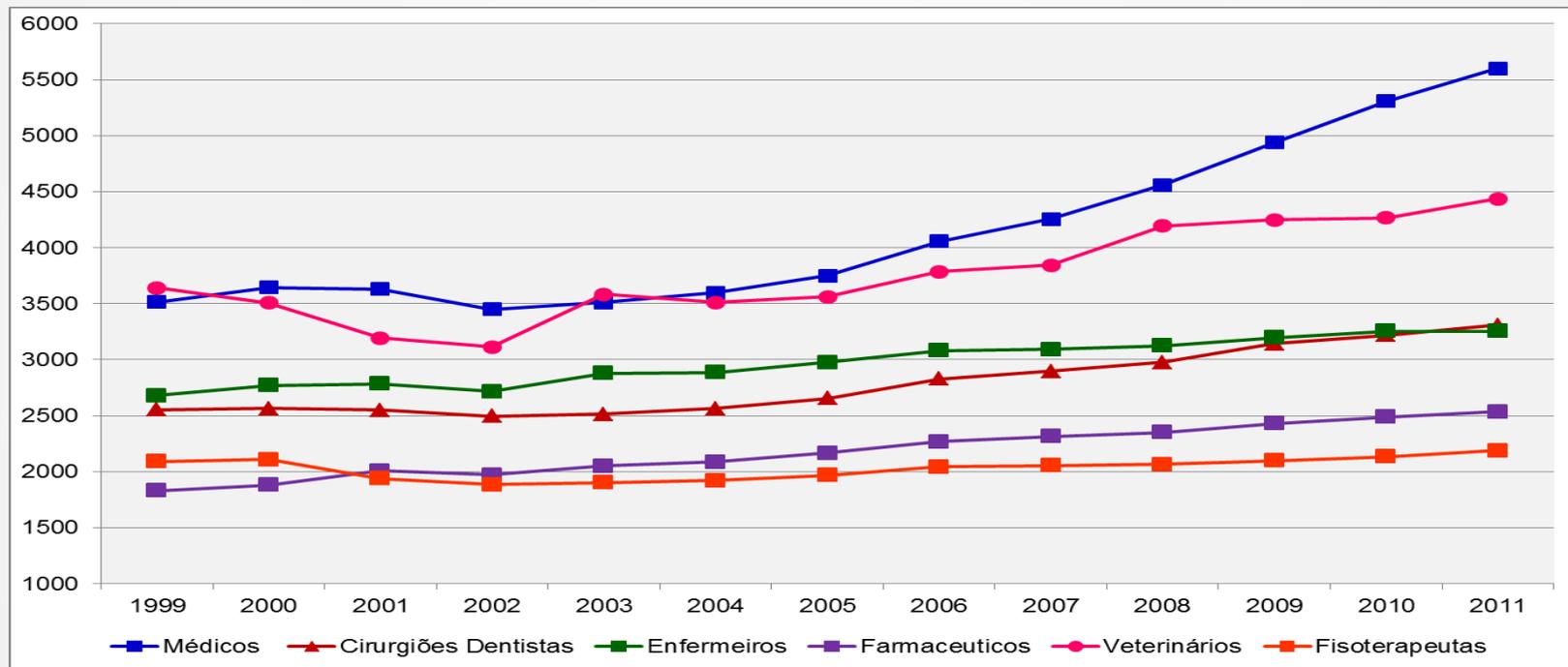
Perfil da carreira medicina:

- ✓ salário de R\$ 8.459,45 (o mais alto das carreiras avaliadas);
- ✓ trabalham 41,94 horas semanais;
- ✓ 97,07% de taxa de ocupação;
- ✓ 93,38% de cobertura previdenciária.

**O salário médio do médico em 2012 era de R\$ 8.443,94
47,3% maior que em 2009.**



Evolução do salário médio real* praticado no mercado formal, segundo profissões de saúde selecionadas. Brasil, 1999 a 2011



A medicina foi a profissão que teve maior evolução do salário médio real entre as profissões de saúde

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) a partir da RAIS.

* Calculado a partir da remuneração média anual, dos vínculos ativos em 31/12 no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

15.460
vagas solicitadas

Critérios para alocação de médicos

Capacidade instalada

Equipes de Saúde na Família sem médicos

Potencial de expansão da Atenção Básica

Áreas do país com maior necessidade



Hospitais sofrem com a falta de especialistas

Pesquisa em públicos e privados aponta dificuldade de obter especialistas



- ✓ Pediatria
- ✓ Neurologia
- ✓ Anestesiologia
- ✓ Neurocirurgia
- ✓ Clínica médica
- ✓ Radiologia
- ✓ Cardiologia
- ✓ UTI pediátrica*
- ✓ Nefrologia*
- ✓ Psiquiatria*
- ✓ Intensivista**
- ✓ Ginecologia**
- ✓ Ortopedia**
- ✓ Cirurgia Geral**

* somente hospitais públicos

** somente hospitais privados

Mais Hospitais e Unidades de Saúde

R\$ 7,4 bilhões em execução

Hospitais - 818 em obras - R\$ 1,4 bi

✓ Equipamentos - **2.459** - R\$ 1,8 bi

UPA 24h – 877 - R\$ 1,4 bi

✓ **276** em funcionamento precisando de + médicos

✓ **601** em obras

Unidades Básicas de Saúde – 16 mil – R\$ 2,4 bi

✓ **3.197** em funcionamento precisando de + médicos

✓ **12.593** em obras

✓ Equipamentos - 4.991 – R\$ 415 milhões



Mais Hospitais e Unidades de Saúde

Mais R\$ 7,5 bilhões de investimentos

Unidade Básica de Saúde - 17,8 mil (MS)

- ✓ Construção de 6 mil – R\$ 2,7 bi
- ✓ Reforma e ampliação de 11,8 mil – R\$ 2,2 bi

UPA 24h (MS)

- ✓ Construção de mais 225 - R\$ 630 milhões

Novos hospitais universitários – 14 – R\$ 2 bi (MEC)

PPP – Parceria Público Privada - para gestão e ampliação do número de hospitais



População pede mais médicos



Em estudo realizado pelo IPEA, **58,1%** dos 2.773 entrevistados disseram que a **falta de médicos é o principal problema do SUS**

Os mesmos entrevistados sugeriram o aumento do número de médicos como a principal melhoria necessária



Matriz de Avaliação da Necessidade de Médicos

Características do Sistema Único de Saúde

Estudos da Demanda de Médicos no Sistema

Entrada de Médicos no Sistema

Dimensionamento

Ordenação e Regulação

Formação

Eixos do Programa

Ampliação e Melhoria da Infra Estrutura

Formação para o SUS

Provimento
emergencial

Ampliação da oferta na
graduação e Residência Médica
Mudanças no eixo dos locais de
formação

Re-orientação da formação e
integração a carreira

Editais de Chamadas Nacional e
Internacional
Cooperação Internacional

| | Países | Graduação | | Total de anos |
|----|----------------------|---------------------------------------|--|----------------------|
| 1 | EUA | 8 anos (4 college + 4 escola médica) | | 8 |
| 2 | África do Sul | 7 anos | 1 estágio compulsório | 8 |
| 3 | Cuba | 6 anos | 2 anos de estágio obrigatório | 8 |
| 4 | Portugal | 6 anos | 2 anos de medicina geral | 8 |
| 5 | Bélgica | 7 anos | 1 ano (Estágio Clínico) | 8 |
| 6 | Coréia do Sul | 5-7 anos | 1 ano (Estágio Clínico) | 6 a 8 |
| 7 | México | 6-7 anos | 1 ano (Serviço Civil Obrigatório) | 7 a 8 |
| 8 | Reino Unido | 5 anos | 2 de estágio compulsório | 7 |
| 9 | Rússia | 5 anos | 2 de estágio compulsório | 7 |
| 10 | Suécia | 5 anos e meio | 1 ano e meio de estágio compulsório | 7 |
| 11 | Grécia | 6 anos | 1 de estágio compulsório | 7 |
| 12 | Chile | 5 anos | 2 de estágio compulsório | 7 |
| 13 | França | 6 anos | 1 ano Medicina Geral (antes do treinamento da especialidade) | 7 |

Graduação

Primeiro Ciclo

Segundo Ciclo

Pós- Graduação



Graduação em medicina



Treinamento prático supervisionado



Treinamento na Especialidade médica
3 a 8 anos

Assume posto pleno



Médico de família

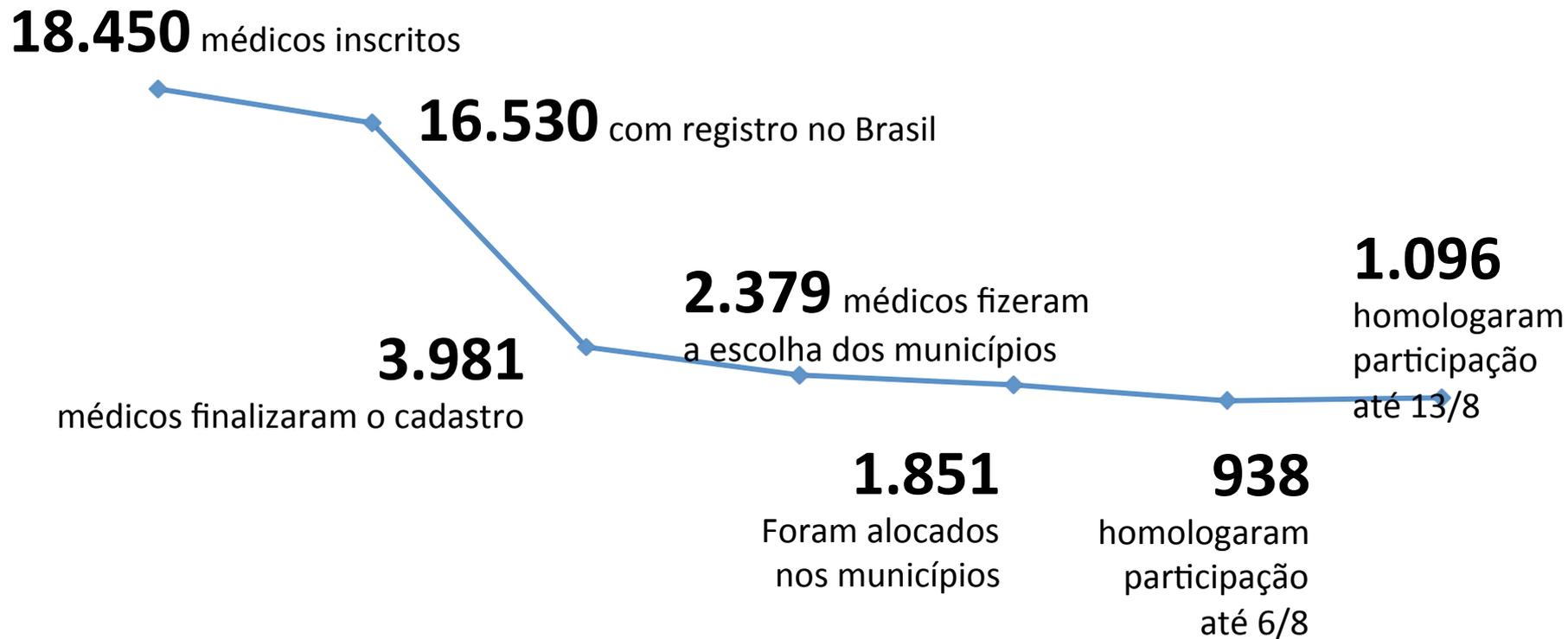


Médico Especialista

- ✓ **Edital:** chamada para **médicos brasileiros** para trabalharem na atenção básica
- ✓ **Local de trabalho:** **periferias** de grandes cidades, municípios de **interior** e regiões **Norte e Nordeste**.
- ✓ **Bolsa:** **R\$ 10 mil** + **ajuda de custo** integralmente pagas pelo Ministério da Saúde



- ✓ **Duração:** até **3 anos**, com curso de especialização por universidades públicas



Atuação dos médicos estrangeiros no mundo



Inglaterra: 37% dos médicos se graduaram no exterior



EUA: 25% dos médicos se graduaram no exterior



Canadá: 22%



Austrália: 17%



Brasil: apenas 1,79% dos profissionais se formou no exterior



GENERAL MEDICAL COUNCIL

02991

153 CLEVELAND STREET, LONDON W1P 6DE

MEDICAL ACT 1983

**CERTIFICATE OF LIMITED REGISTRATION
AS A MEDICAL PRACTITIONER**

I HEREBY CERTIFY that the person named below is registered with limited registration for the purpose of the employment described below and for the period shown below:

Registration No. : 92/2233 Personal Reference No. : 84747 Date of Cert : 21/02/92

Name : MENEZES DA SILVA Fernando Antonio

Qualifications: Medico
 1980
 Fac. Med. Sci. Pernambuco
 Brazil

Registered Department of Surgery
Address: Ninewells Hospital and
 Medical School
 Dundee
 DD1 9SY

Employment Registrar in General Surgery
covered by Ninewells Hospital, Dundee
this Registration

Period of Limited Registration From : 01/03/92 To: 28/02/93

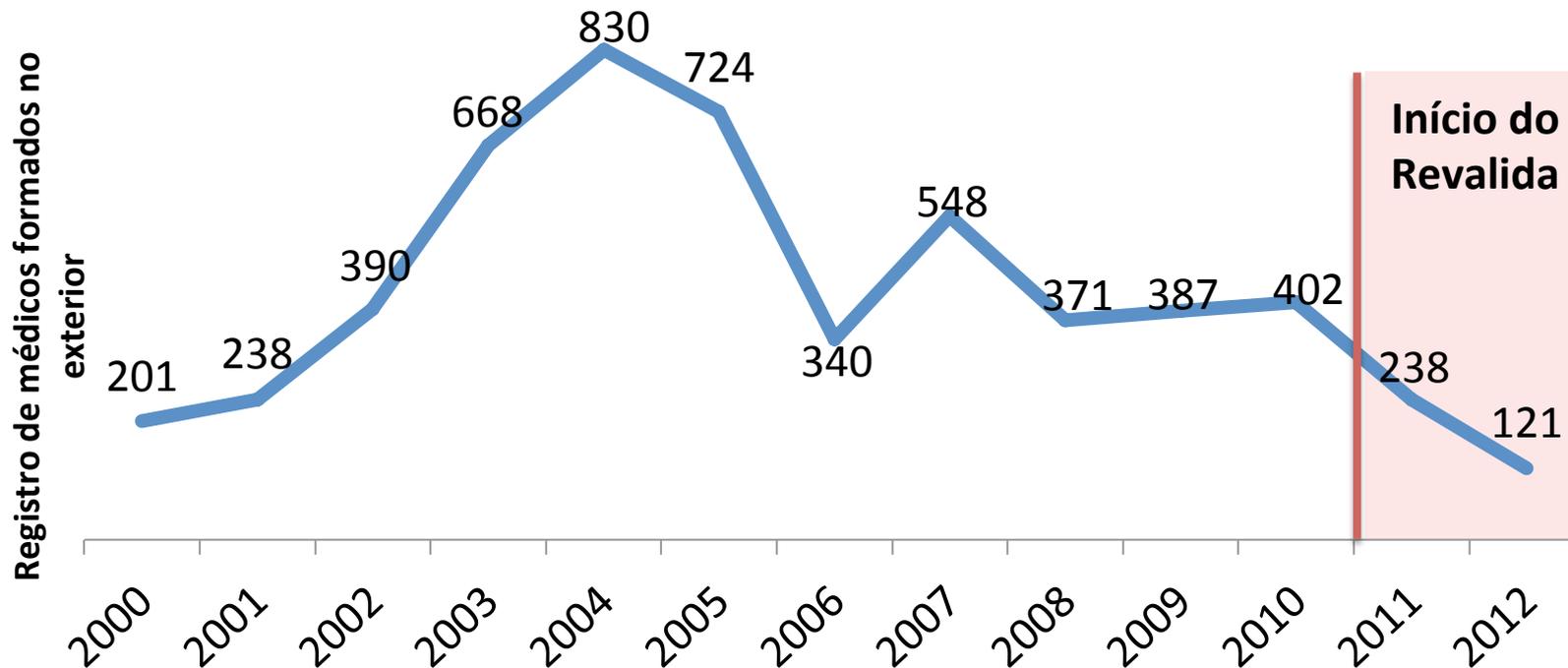
THIS CERTIFICATE MUST BE READ IN CONJUNCTION WITH THE NOTES PRINTED OVERLEAF



P.L. Towers

REGISTRAR

Entrada de médicos formados no exterior Brasil, 2000 a 2012



O exame nacional Revalida não aumentou o acesso de estrangeiros ao mercado brasileiro.

Médicos estrangeiros para vagas não preenchidas por médicos brasileiros



Crítérios

- ✓ Ter **habilitação para o exercício da medicina no país de origem**
- ✓ Possuir conhecimento em **língua portuguesa**
- ✓ Ser **proveniente de um país com mais médicos/1.000 habitantes que o Brasil**

- **Duração do Projeto:** 3 anos, com a possibilidade de prorrogação por igual período.
- **Registro profissional:** Caráter provisório vinculado ao exercício de atividades na atenção básica, exclusivamente, na localidade selecionada.
- **Título:** Ao final do aperfeiçoamento e mediante avaliação positiva será outorgado o título de Especialista em Atenção Primária no sistema de saúde brasileiro.
- **Visto:** Será concedido visto de caráter especial, com vigência de 3 anos, com possibilidade de renovação por igual período para o participante, sua/seu companheira(o) e dependentes legais.
- **Registro de Trabalho:** Serão fornecidas carteiras de trabalho à(a) sua/seu companheira(o) e dependentes legais, se necessário.

- ✓ **Acolhimento e avaliação por 3 semanas em universidades públicas brasileiras**
- ✓ **Avaliação e supervisão permanente por universidades públicas e secretarias estaduais e municipais de saúde**
- ✓ **Autorização para exercer a medicina EXCLUSIVAMENTE na atenção básica nas regiões do Programa**



Estrutura

Políticas de Saúde no Brasil

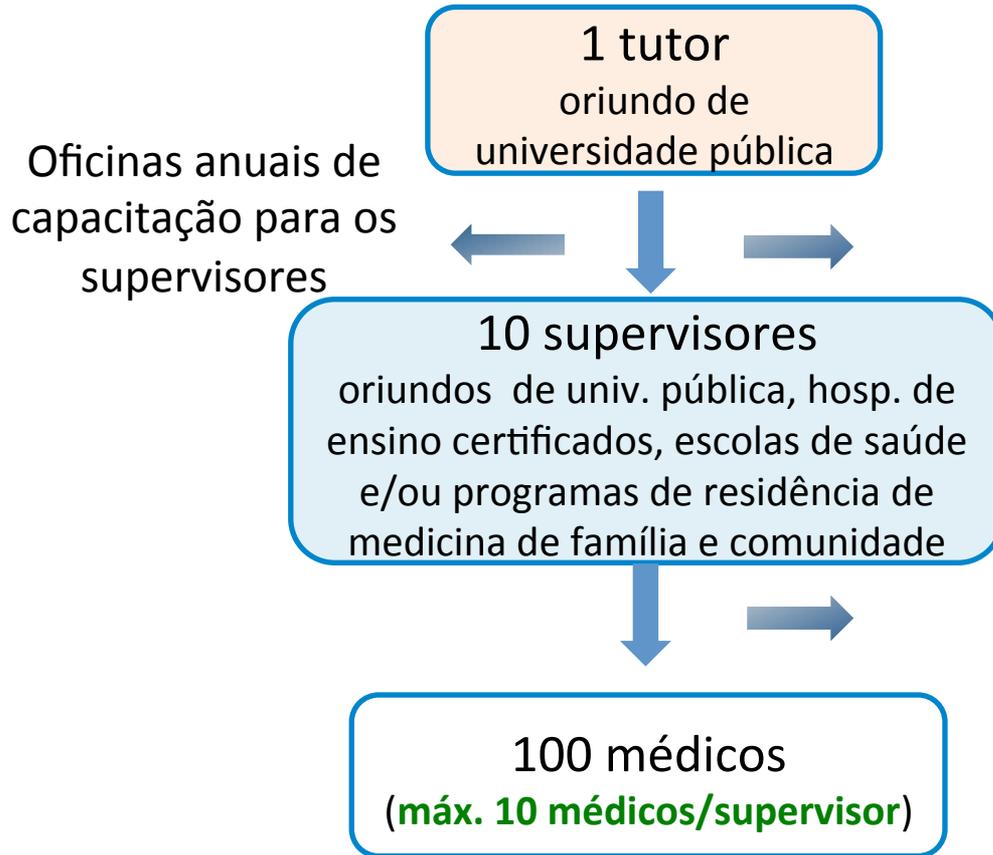
Transição Demográfica e
Epidemiológica

Redes Prioritárias e Modelos
Assistenciais

Atenção Primária e ESF no
SUS

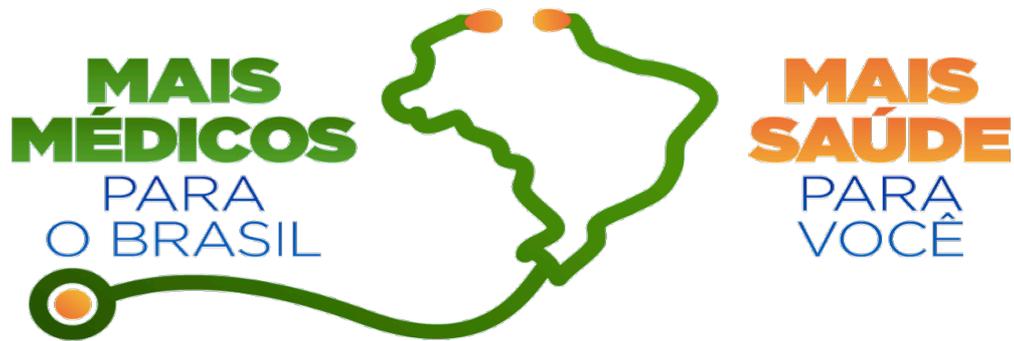
Vigilância em Saúde

Programas da Atenção
Primária



- **Orientação presencial:** visita trimestral
- **Orientação à distância:**
 - Teleconferência com supervisores:
 - 20 horas semanais
 - + emergências
- **Supervisão presencial:** visitas mensais nos primeiros três meses e trimestrais até o final
- **Supervisão à distância:**
 - Teleconferência com médicos:
 - 20 horas semanais
 - + emergências

**Brasil sairá
de 374 mil
para 600 mil
médicos
até 2026**



- ✓ **11,5 mil novas vagas de graduação**
- ✓ **12,4 mil novas bolsas de formação de especialistas**
- ✓ **médicos para periferia e interior**



Melhorar sua vida, nosso compromisso

Obrigado!!

fernando.menezes@saude.gov.br



Ministério da
Saúde

