

SGTES



Ministério da Saúde

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 prática: task shifting2. Diferentes tipos de trabalhadores de saúde (IMG)3. 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 carreira5. Redes profissionais

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

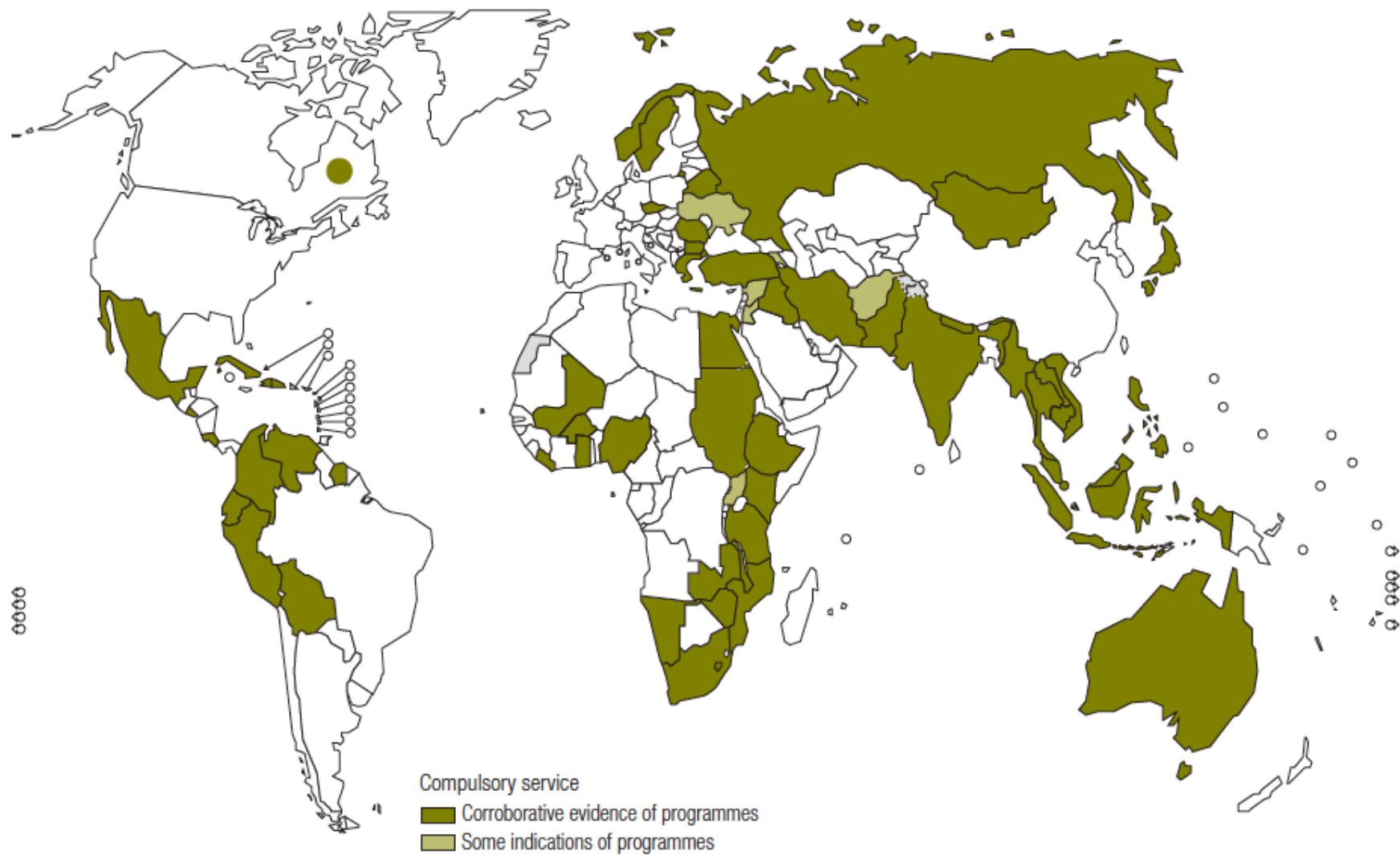
Seble Frehywot,^a Fitzhugh Mullan,^a Perry W Payne^a & Heather Ross^a

^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



DEMOGRAFIA MÉDICA

Médicos por 1.000 habitantes

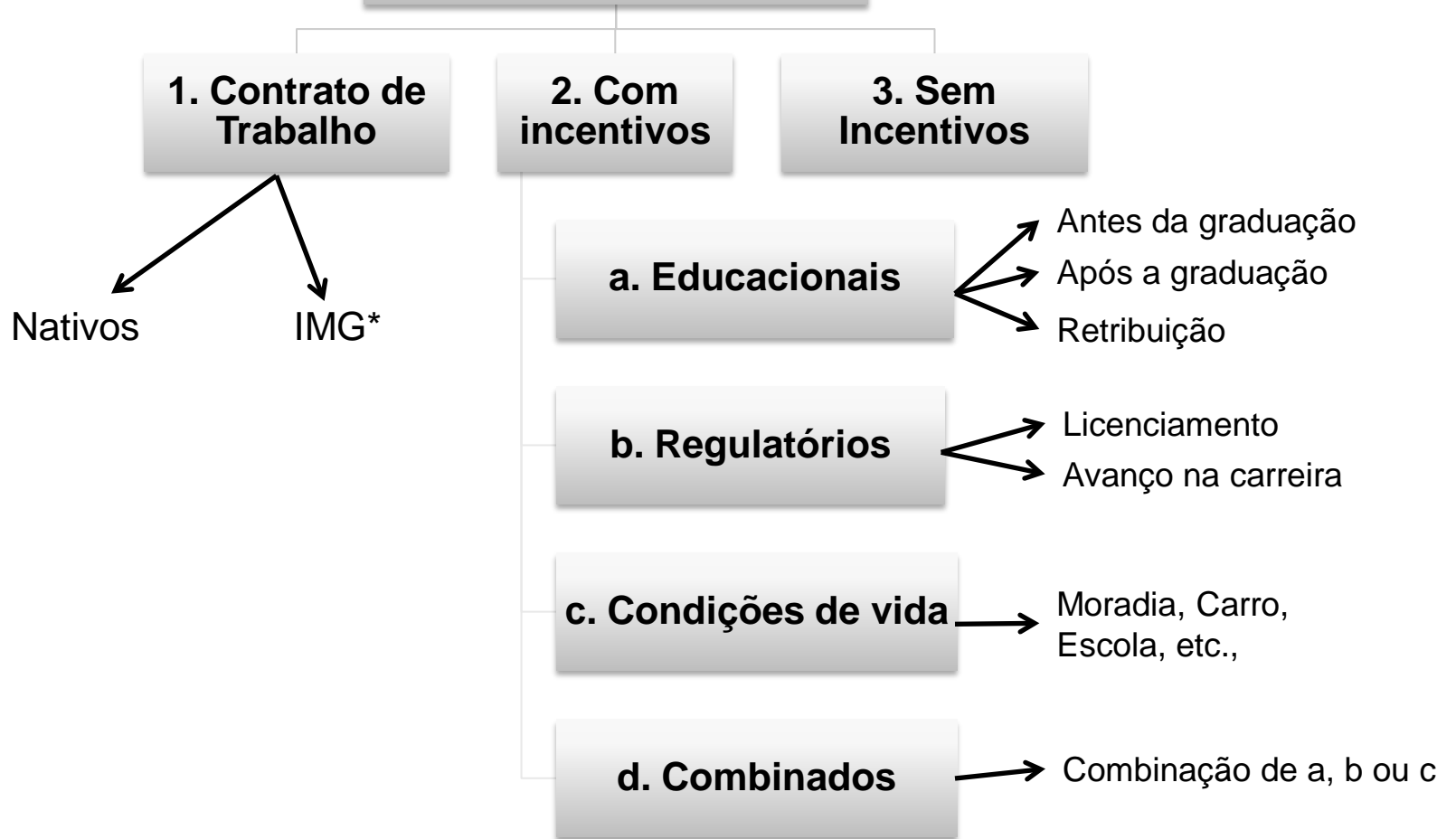
Peru	0,9
Chile	1,0
Paraguai	1,1*
Bolívia	1,2*
Colômbia	1,4*
Equador	1,7
Brasil	1,8
Venezuela	1,9*
México	2,0
Canadá	2,0

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

Fonte: Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS/ 2012

* Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS /2011.

Serviço obrigatório



The UK
**Foundation
Programme**
Curriculum

July 2012



Comparação da Relação Vaga de Ingressante/10.000 habitantes em diferentes países

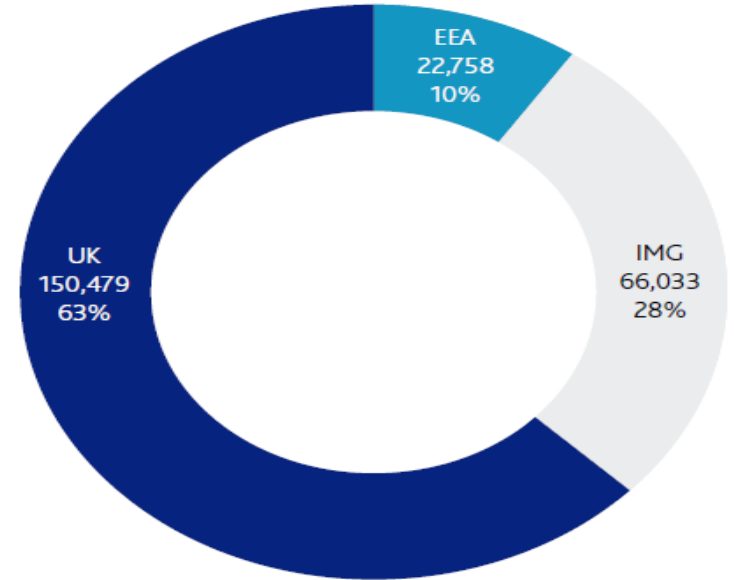
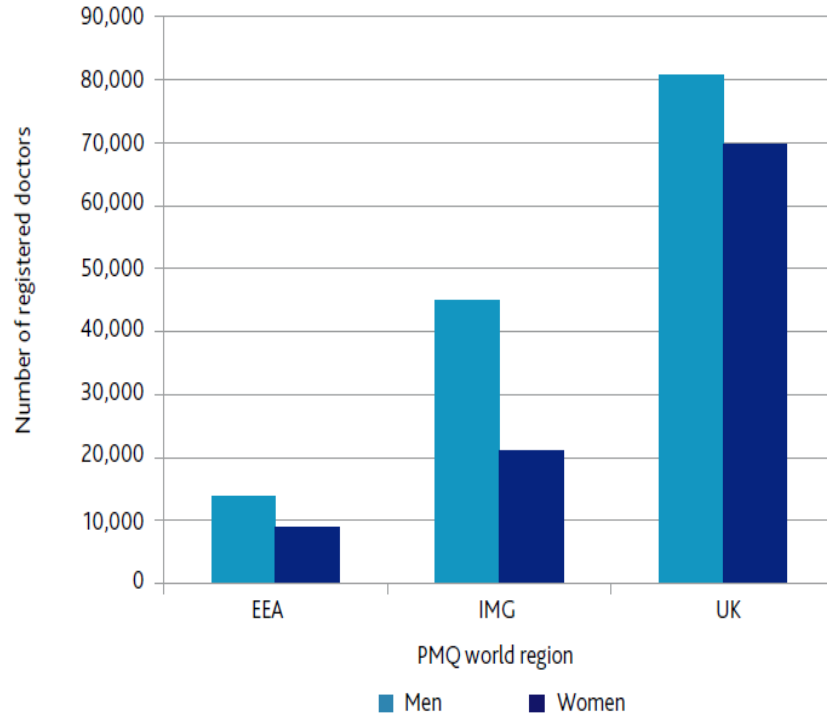
Comparação da percentual de médicos graduados no exterior

PAÍS	FONTE DE REFERÊNCIA PARA EDUCAÇÃO MÉDICA	NÚMERO DE INGRESSANTES EM 2011	POPULAÇÃO EM 2011	RELAÇÃO Nº INGRESSANTES/10.000 HABITANTES	% DE MÉDICOS GRADUADOS NO EXTERIOR EM EXERCÍCIO NO PAÍS
ESTADOS UNIDOS	AAMC- American Association of Medical Colleges	19.230	311.800.000	1.6	25.9% (OECD, 2009)
INGLATERRA	HEFCE- Higher Education Council for England	7.871	53.000.000	1.5	37% (Reino Unido, General Medical Council, 2011)
AUSTRÁLIA	Medical Deans of Australia	3.035 (2012)	21.727.158	1.4	22,8% (OECD, 2009)
CANADÁ	Association of Faculties of Medicine of Canada	2.829	33.476.688	0.8	17,9% (OECD, 2009)
BRASIL	Ministério da Educação MEC	16.482 (censo 2011)	196.526.293	0.84	1,79% (CFM)*

*Dos 1,79% médicos graduados no exterior , 1,16% são brasileiros.

MÉDICOS CONFORME LOCAL DE GRADUAÇÃO E GÊNERO

REINO UNIDO - 2011



Legenda

EEA: Espaço Econômico Europeu

IMG: Médicos graduados em outros países

UK: Reino Unido

Brasil: Um sistema 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.

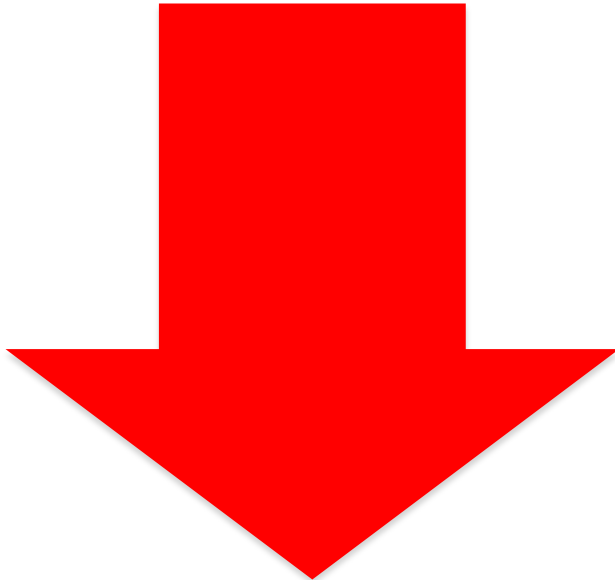
Particularidades do Brasil na integração entre gestão e formação de profissionais da saúde

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).



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 Nº4, de 7/11/2001



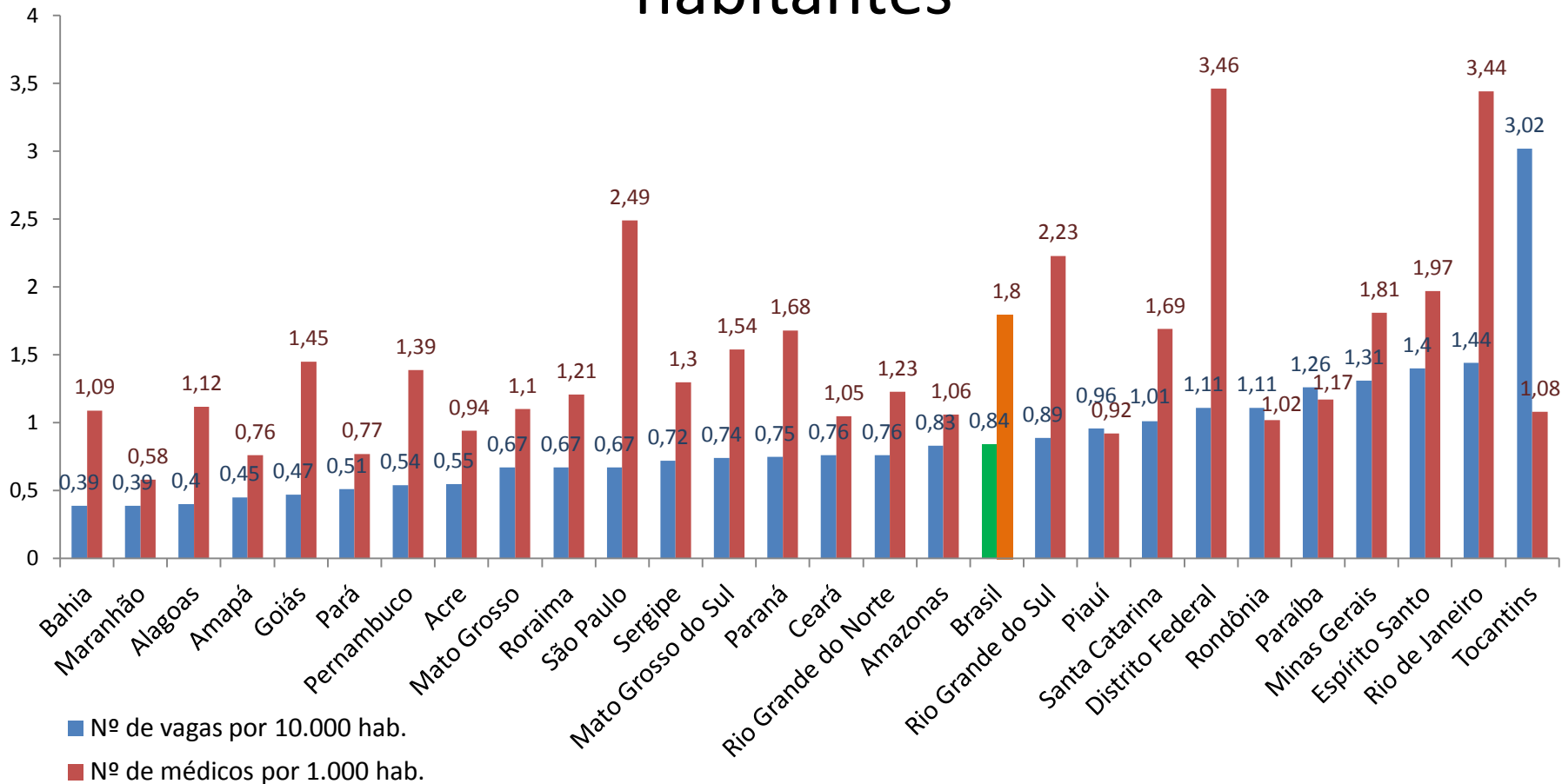
Especialização precoce na graduação e pós-graduação;

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

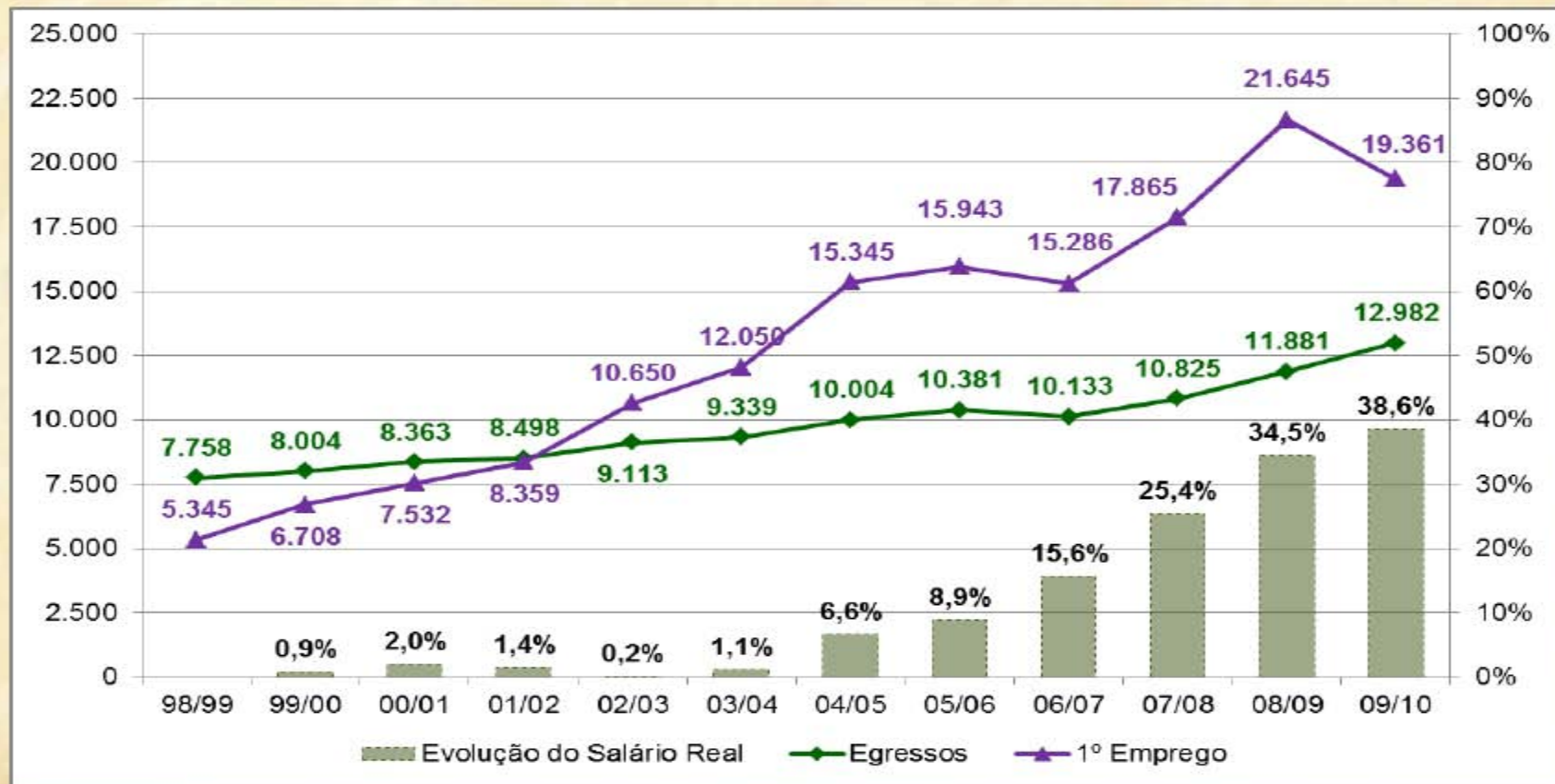
Padrão de concentração de vagas e desigualdade na distribuição;

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

Relação vagas de ingressantes e médicos por habitantes



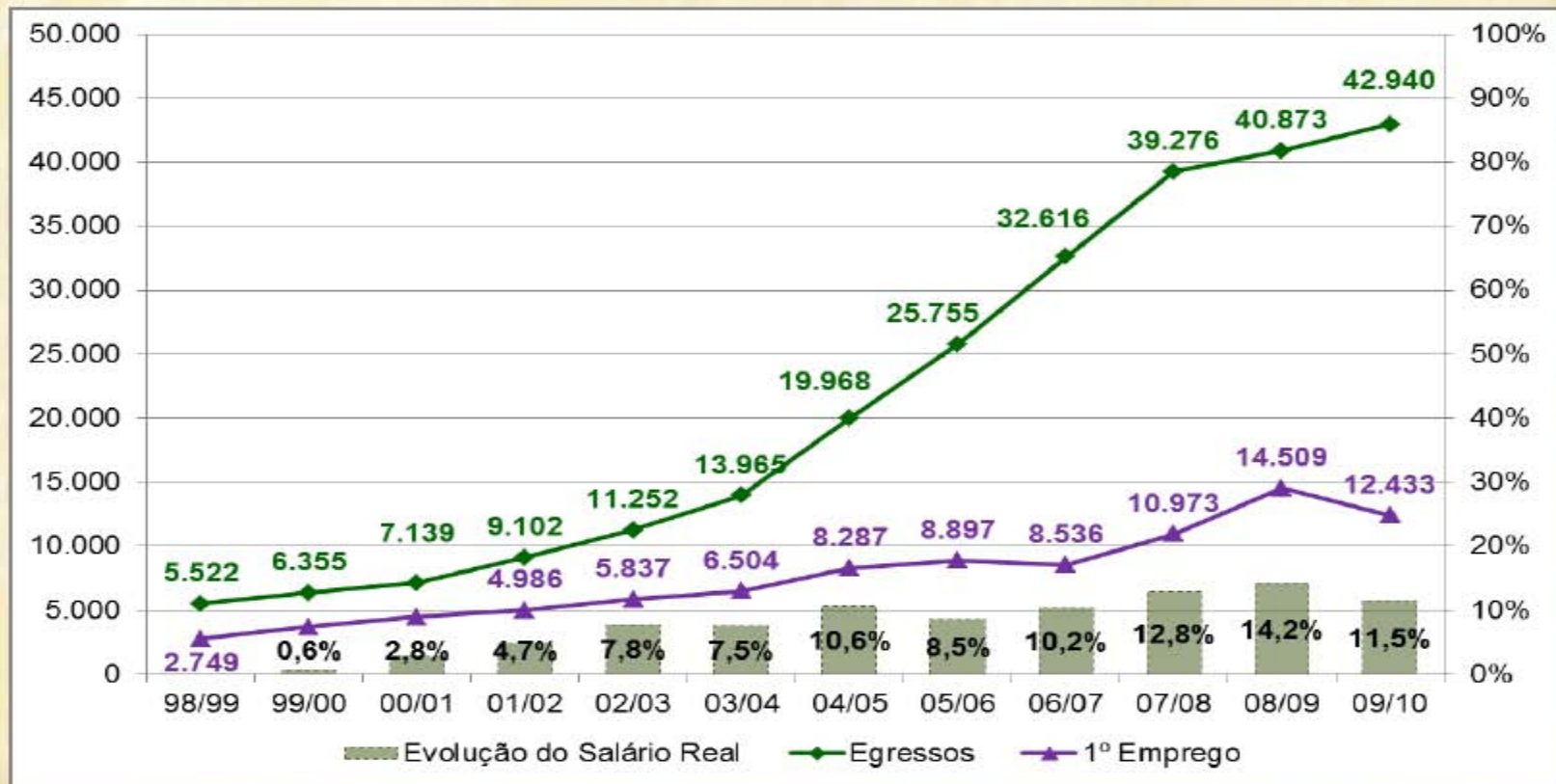
1.5. Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real* de MÉDICOS no mercado formal e egressos de MEDICINA no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

* Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

1.6. Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real* de ENFERMEIROS no mercado formal e egressos de ENFERMAGEM no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

* Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

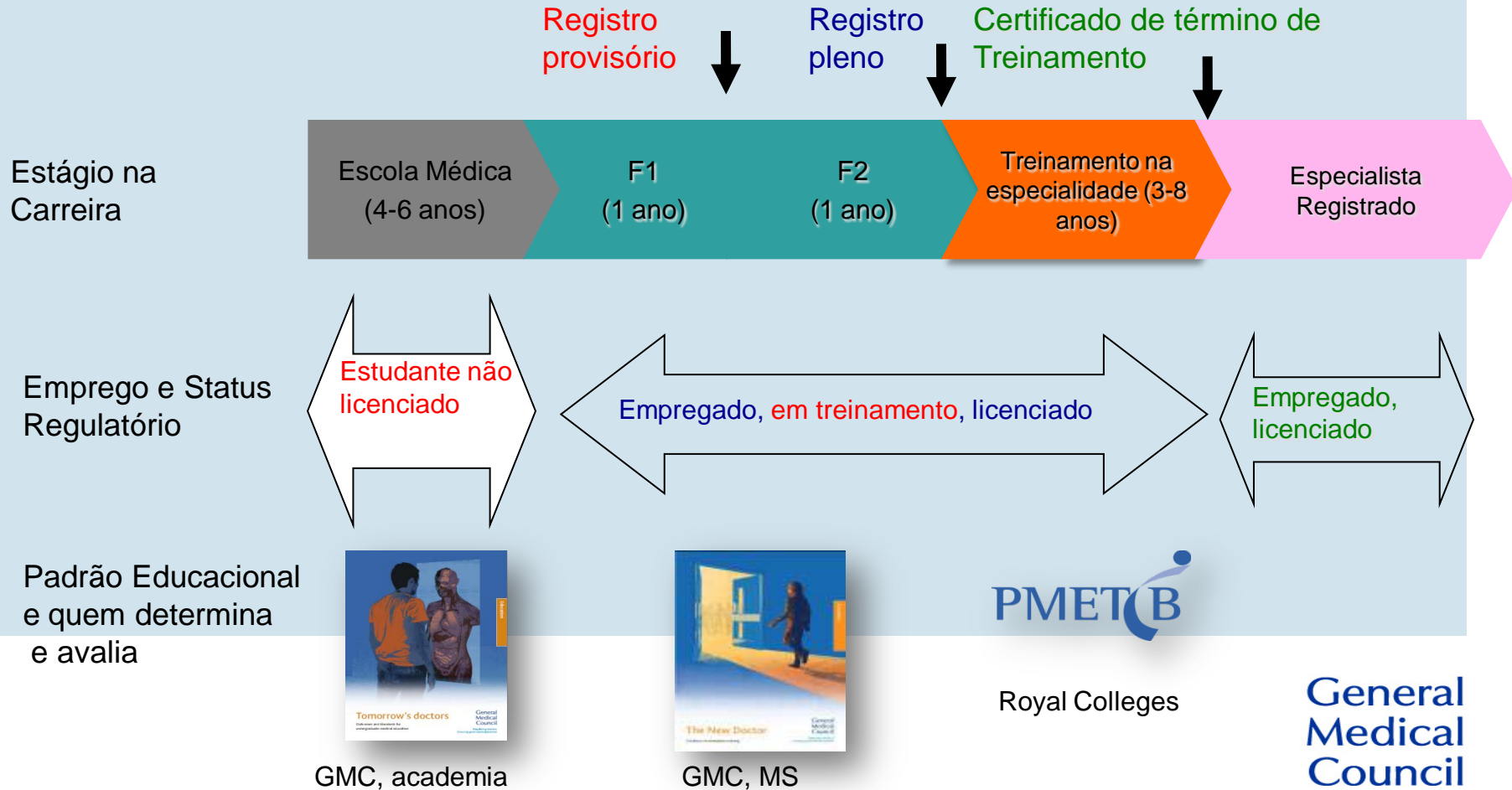
No Brasil....

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

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

Desenho da Estrutura da Educação e Treinamento no Reino Unido



O Reino Unido

Escolas Médicas



02 Anos de Fundamentos



Treinamento Nuclear



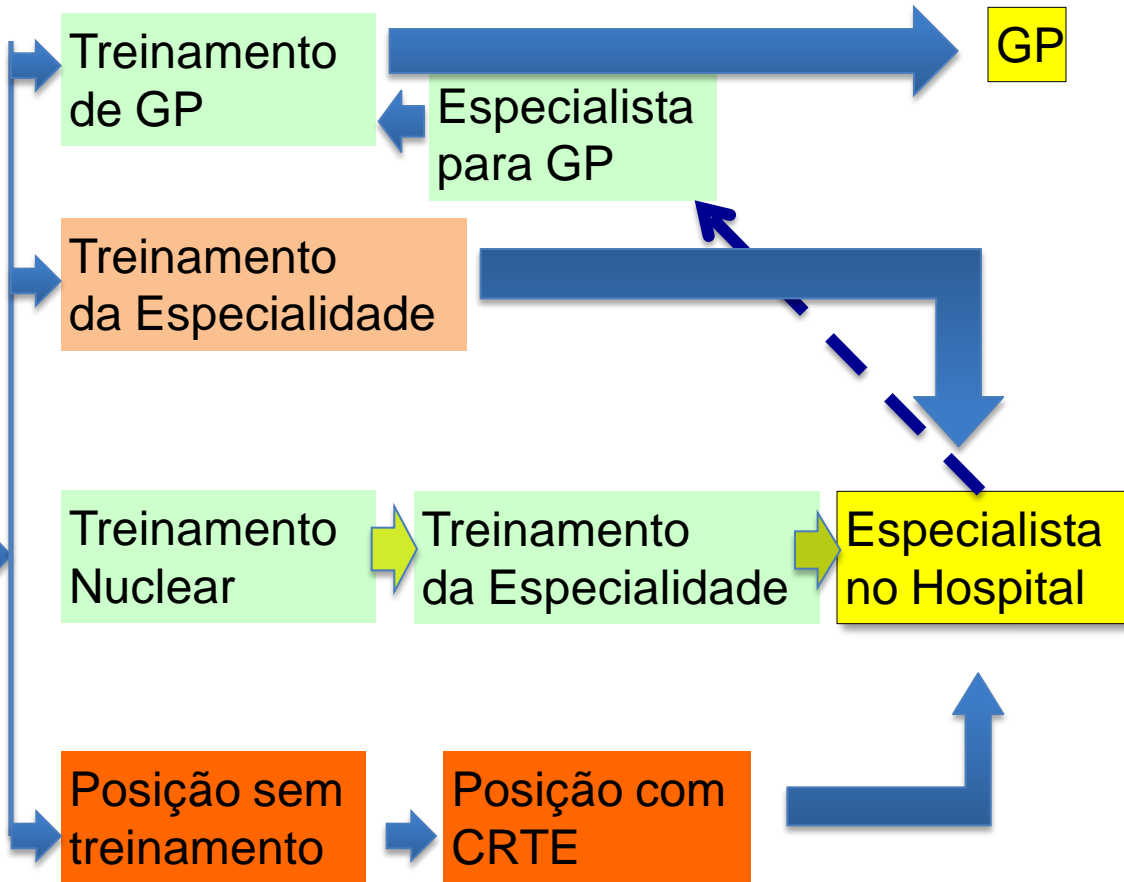
Treinamento da Especialidade



Especialista no Hospital

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

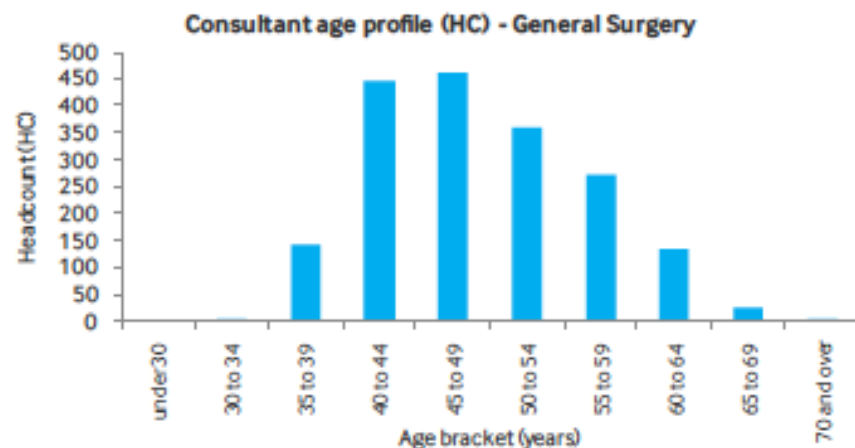
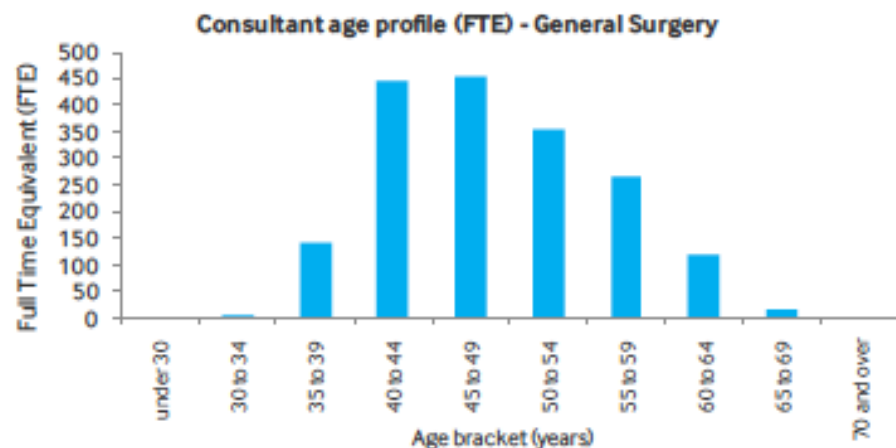


TRÊS PRINCIPAIS CICLOS DA FORMAÇÃO MÉDICA NO REINO UNIDO



The age profile of the current consultant workforce as at December 2010 is shown in Figure 5a and b.

Figures 5a and b: (a) Consultant age profile (FTE), and (b) Consultant age profile (HC) – General Surgery consultants



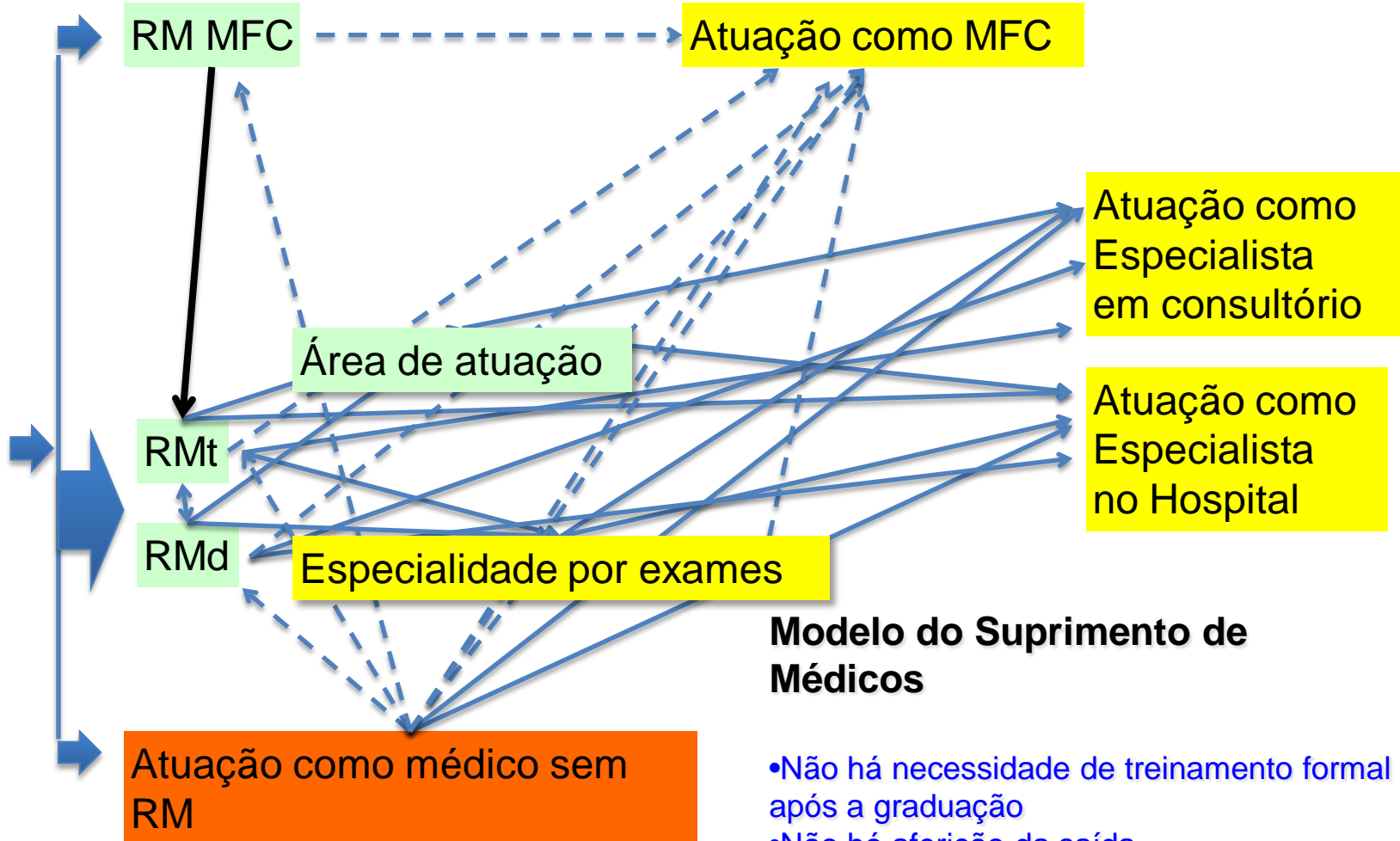
Source: (NHS IC, 2011)

Desenho da Estrutura da Educação e Treinamento no Brasil



O Brasil

Escolas Médicas

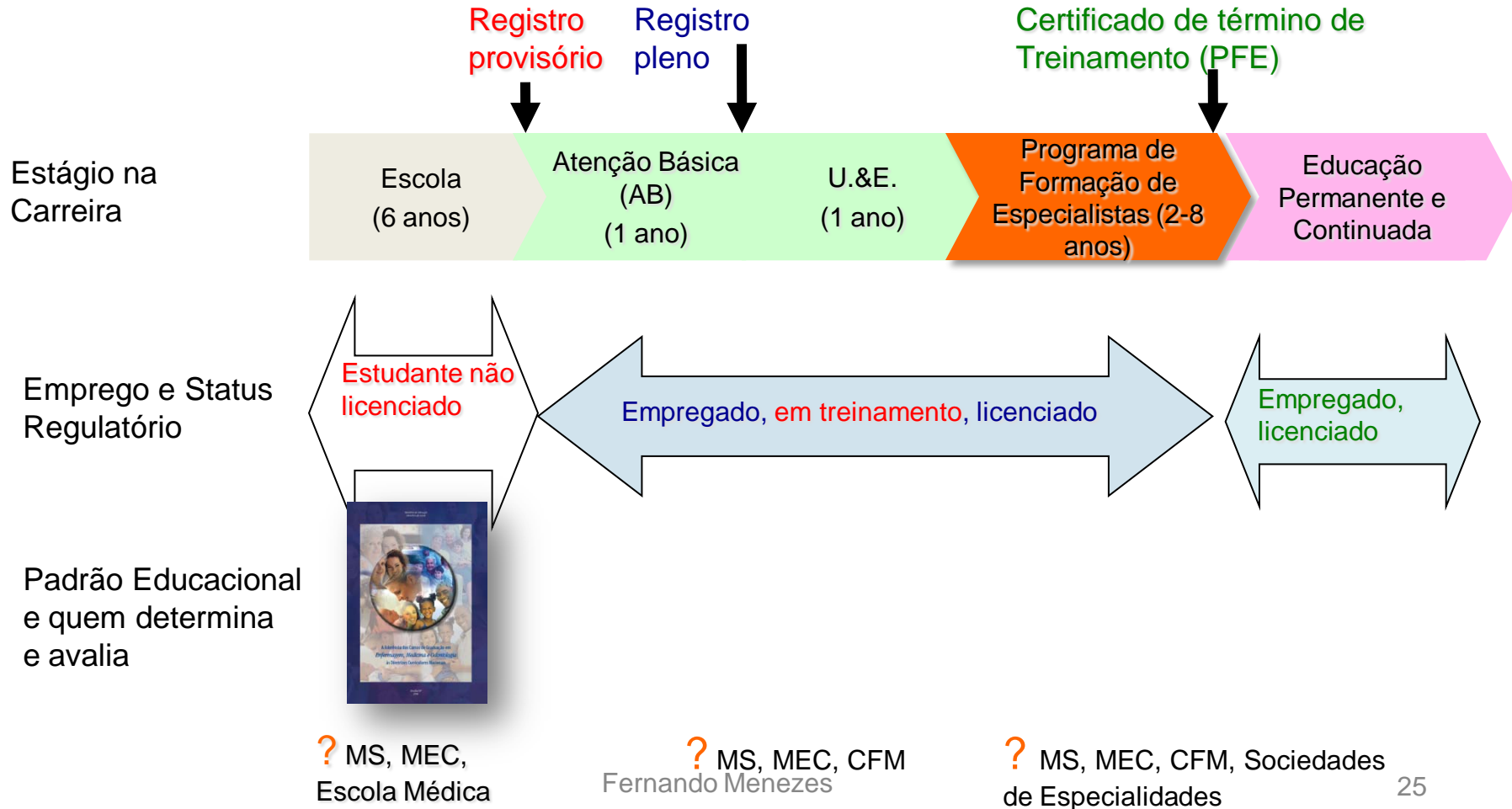


Modelo do Suprimento de Médicos

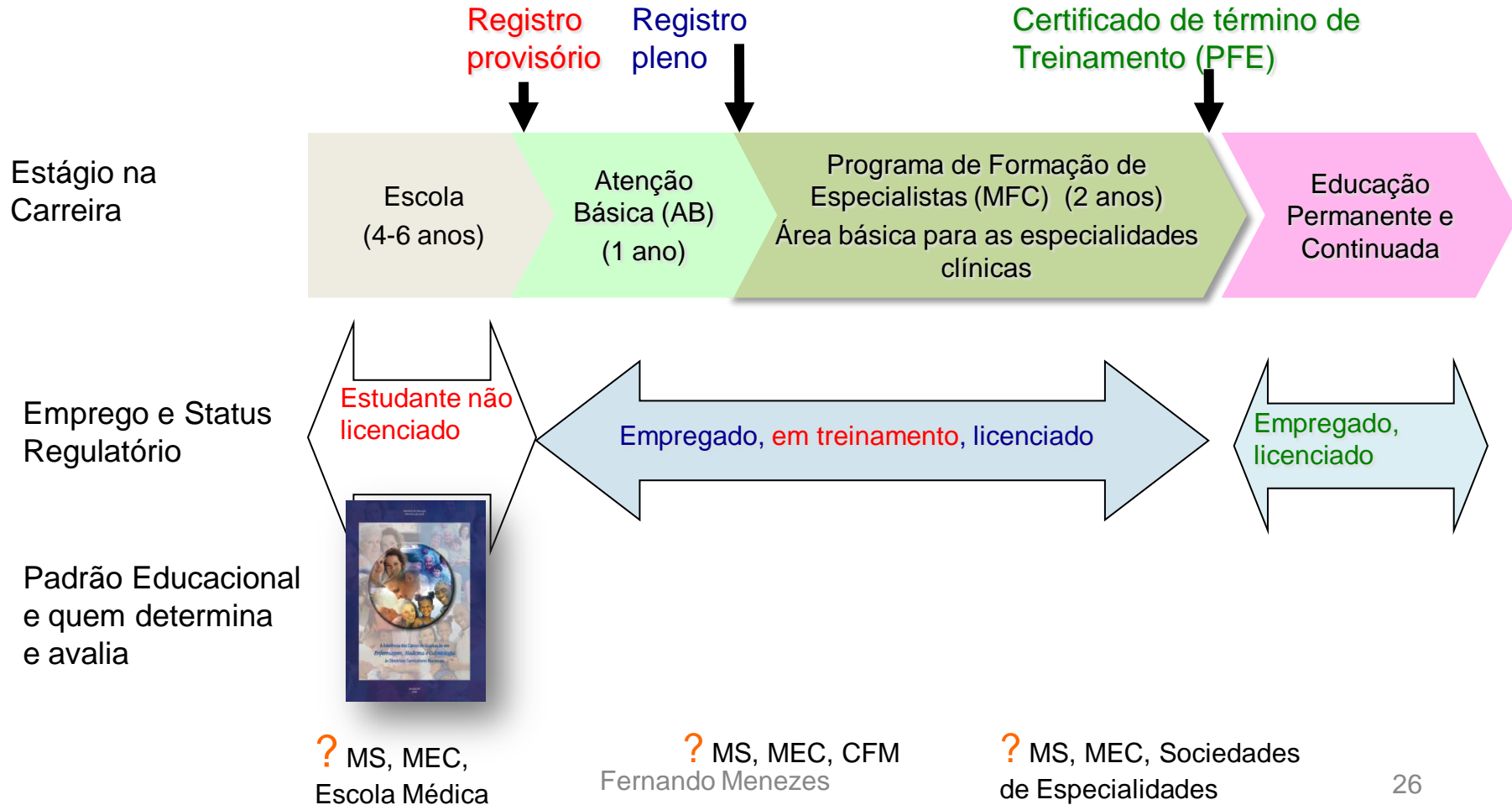
- Não há necessidade de treinamento formal após a graduação
- Não há aferição da saída
- Entrada por múltiplos “caminhos”
- Não há estrutura de integração à carreira

Trabalho com cenários

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

