MINISTÉRIO DA SAÚDE

Seminário Nacional sobre
Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade

RELATÓRIO SÍNTESE

BRASILIA/DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Seminário Nacional sobre

Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade

RELATÓRIO SÍNTESE

Série D. Reuniões e Conferências

BRASILIA/DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. Pode ser acessado, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Telefone: 55 (61) 3315-2858 / 3315-3848
Fax:55 (61) 3315-2862
E-mail: sgtes@saude.gov.br / deges@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/sgtes

Coordenação:
Ana Estela Haddad
Denise Motta Dau
Milton Arruda Martins
Sigisfredo Luis Brenelli

Elaboração:
Maria Auxiliadora Córdova Christófaro

Equipe de Relatoria:
Aline Mota de Almeida
Ana Daniela R Neves
Ana do Socorro Maia de Moraes
Brisa Polyana Gonçalves Figueira
Daniella Nunes Caribé
Danilo Campos Costa
Debora Anhaia de Campos
Evelin M O Muraguchi
Guadalupe Paranaguá de Santana
Iraildes Andrade Juliano
Isabel Rosa Cabral Milene
Jaqueline Rodrigues Lima
Maria do Carmo G. Caccia Bava
Maria Madalena Ferrari Crivari
Maria Silvia Freitas
Maria Xavier Veloso
Otoni Silva de Queiroz Souza
Quitéria de Lourdes Lourosa
Sandra Regina Q Carvalho
Silvia Matumoto
Vicente de Paulo Ribeiro Estumano

Coordenação editorial
Fabiana Carneiro de Araújo Costa

Projeto gráfico, diagramação, capa e arte-final:
Dino Vinicius Ferreira de Araujo

Revisão:
Ana Daniela R Neves
Viviane Pinto Ferreira de Miranda

Normalização:
Editora MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
240 p. : il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN: 978-85-334-1861-5

1. Profissional de saúde. 2. Administração em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0348

Títulos para indexação:
Em inglês: National Seminar on Shortage, Recruitment and Retention of Health Professionals in Remote and Other Vulnerable Areas - Summary Report.
Em espanhol: Seminario Nacional sobre Escasez, Aprovisionamento y Fijación de los Professionales de la Salud en Regiones Remotas y de Mayor Vulnerabilidad - Resumen del Informe.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ANDIFES	Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior
ANPG	Associação Nacional de Pós Graduação
APS	Atenção Primária em Saúde
CEFOR	Centro Formador
CIES	Comissão de Integração ensino-serviço
CIRH	Comissão Intergestora de Recursos Humanos
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
EP	Educação Permanente
ESF	Equipe de Saúde da Família
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NEPs	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
PCC	Plano de Cargo e Carreira
PE	Pernambuco
PET-Saúde	Programa de Educação Tutorial para a área da saúde
PIASS	Programa de Interiorização da Assistência de Saúde
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PIT'S	Programa de Interiorização de Trabalhadores da Saúde
Pró Saúde	Programa de Reorientação da Formação em Saúde
PROGESUS	Programa de Gestão do Sistema Único de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RM	Residência Médica
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SE	Sergipe
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Apresentação 7

Introdução 9

Experiências e Desafios - limites e possibilidades sobre provimento e fixação de profissionais de saúde 13

Necessidades e estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde 25

Iniciativas educacionais relacionadas ao provimento e a fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde 35

Estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde 51

Considerações Finais 57

Apêndice A - Apresentações de expositores das Mesas Redondas 59

Anexo A – Programação do Seminário 239

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde realizou como uma das primeiras iniciativas da gestão do Ministro Alexandre Padilha, em abril de 2011, o Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade.

A preocupação com esta questão não é recente, e é possível identificar o registro de experiências, tanto em âmbito nacional como internacional, voltadas para o enfrentamento da necessidade de prover e fixar profissionais de saúde de forma a favorecer, para toda a população, acesso com qualidade às ações de atenção à saúde.

O principal objetivo deste Seminário foi o de propiciar o aprofundamento do debate sobre o tema, e oferecer subsídios para a análise das iniciativas já existentes, lições aprendidas e para a construção de propostas com viabilidade técnica e política de enfrentamento do desafio de assegurar o acesso universal com qualidade e humanização aos serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A questão foi tratada inicialmente em seu contexto e situação global, destacando os limites e possibilidades das experiências já implementadas em diversos países, e as diretrizes recentemente publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contendo metas e a classificação do tipo de medidas que podem ser adotadas pelos países na tentativa de melhorar a distribuição dos profissionais de saúde pelos territórios. Foi relatada e discutida também a experiência brasileira com a expansão da Residência Médica, o uso da telessaúde para dar suporte aos profissionais de saúde que atuam em áreas remotas, a regulamentação de novas regras para o financiamento estudantil da graduação em medicina, para estimular a opção dos recém-egressos a optarem por atuar na atenção básica e em locais desprovidos de assistência à saúde.

Iniciativas envolvendo o serviço civil e militar e propostas de planos de carreira para médicos e outros profissionais de saúde também foram temas tratados durante o Seminário. A diversidade de instituições e entidades representativas do poder legislativo , executivo, dos setores da saúde, da educação e do trabalho, do controle social, dos entes federados dos níveis estadual e municipal, asseguraram a multiplicidade de olhares necessários para que se possa considerar o tema em sua amplitude e complexidade.

O princípio da integralidade da atenção à saúde no SUS é construído a partir do modelo das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como principal porta de entrada e ordenadora da atenção à saúde na rede. A gestão do cuidado e da atenção nesta perspectiva demandam o planejamento e ação integrada da equipe de saúde multiprofissional. Em que pese o fato de que a política nacional de saúde engloba ações voltadas para todas as profissões e ocupações da área da saúde, entende-se que a questão do provimento e fixação assume

características e necessidades de enfrentamento diverso conforme o caso. Não considerar esta diversidade poderia comprometer a adequada identificação dos problemas a serem endereçados e eficácia no planejamento das ações a serem implementadas.

Nesse sentido, optou-se por iniciar pela abordagem focada na carência de médicos, para subsequentemente avançar no debate e estruturação de medidas dirigidas a outras questões que dizem respeito à equipe de saúde como um todo.

Este relatório-síntese partiu das exposições e debates ocorridos ao longo do Seminário, buscando registrar as questões mais relevantes, identificar os consensos, as divergências de opinião sobre os múltiplos aspectos relacionados ao tema, e as principais propostas apresentadas e debatidas. Seu conteúdo deverá balizar o planejamento da política nacional de enfrentamento da necessidade de provimento e fixação de profissionais de saúde, como parte do objetivo estratégico de garantir o acesso universal e com qualidade às ações e serviços de saúde, a toda a população brasileira.

SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ESCASSEZ, PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE

"o provimento e a fixação de profissionais de saúde não é um problema novo e nem local, especialmente em um país de dimensão continental como o Brasil."

Introdução

O Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade teve como objetivo debater e oferecer subsídios para a construção de propostas e de viabilidade política e técnica que assegurem acesso universal aos serviços de atenção saúde com qualidade e humanização. Para isso, teve como foco os princípios, parâmetros e estratégias que orientam a definição e o desenvolvimento de programas voltados para o provimento e a fixação quantiqualitativa de profissionais de saúde, em todas as regiões do país.

A diversidade de instituições, categorias profissionais, representantes de entidades profissionais e colegiados da área da saúde, da educação e da regulação do trabalho que se fizeram presentes no Seminário expressa a importância e pertinência desta pauta e deste objetivo para a concretização dos processos, princípios e diretrizes do SUS, assim como a possibilidade de superar alguns desafios de importância crucial para a saúde da população.

Ressalta-se que o tema deste Seminário tem provocado intensa discussão e, em conseqüência, gerado múltiplas e complexas propostas de intervenção. Agregando diferentes elementos e categorias de problemas, o provimento e a fixação de profissionais de saúde ganha caráter de urgência até mesmo porque deixa de ser uma questão específica ou isolada pela necessidade e interesse já demonstrada pelos municípios e estados na fixação de profissionais, não apenas em áreas remotas, mas em todas as cidades, inclusive de grande porte e regiões metropolitanas. Daí a importância do esforço conjunto de todas as instituições, setores e organismos da saúde, da educação, do trabalho e organizações sociais para responder às demandas e necessidades referidas ao provimento e fixação de profissionais de saúde em todas as regiões geopolíticas do país.

Apesar de já contarmos com alguma convergência de propostas ainda há muitos pontos críticos. Espera-se que sejam definidas estratégias a curto, médio e longo prazos, para o que são exigidos investimentos de diferente natureza e âmbitos:

- de gestão – nos âmbitos nacional, estadual e municipal do SUS;

- de ordem orçamentária e financeira;
- na reorientação dos processos de formação;
- na regulação dos processos de trabalho na área da saúde.

Todos os segmentos são fundamentais para a construção de soluções para este problema. Há um grande compromisso do Governo em melhorar a saúde do país, como a criação de indicadores de qualidade do atendimento em saúde, remuneração diferenciada, ouvidoria ativa nas Redes de Atenção: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psico-social.

As diretrizes para este seminário foram estabelecidas, considerando:

- o compromisso com a qualidade do SUS, na sua missão de melhorar a saúde do país;
- o foco na qualidade dos resultados dos serviços prestados pelo SUS;
- as mudanças no perfil de demandas e necessidades de saúde da população, em correspondência com mudanças no perfil de morbimortalidade do país;
- o compromisso e a qualificação das instituições formadoras de modo a desenvolverem processos formativos que:
  - induzam à formação de profissionais de saúde orientados para essa demanda;
  - favoreçam a fixação desses profissionais em todas as regiões do país;
  - preparem profissionais (na graduação e residências) para atenderem de forma humanizada e resolutiva ao usuário.
- a definição de uma estratégia de indução da formação profissional em áreas estratégicas;
- a orientação do serviço voltada para a satisfação do usuário;
- o conjunto de iniciativas dirigida à diversidade de situações em todo o país, para além das "soluções únicas" (construção de carreira única na saúde, por exemplo);
- garantia dos direitos materiais, estruturais e valorização para o profissional que se desloca para áreas remotas e de maior vulnerabilidade.

Na regulação e organização desses processos o Ministério da Saúde junto com o MEC, CONASS, CONASEMS estão unidos na premissa de que a regulação do perfil do profissional a ser formado é do Estado e chamam a si a responsabilidade de organizar este processo. Nesse contexto é urgente a definição de ações e metas a curto, médio e longo prazos que realizem o provimento e fixação de profissionais de saúde considerando a heterogeneidade das micro-regiões, objetivando o acesso universal e qualificado das redes de atenção à saúde do SUS.

Este relatório-síntese tem como fonte as exposições e debates ocorridos no Seminário Nacional e, na sequência, inclui a íntegra das apresentações (Apêndice A), conforme programação (Anexo A).

MESA REDONDA

Experiências e Desafios - limites e possibilidades sobre provimento e fixação de profissionais de saúde

Dr. Felix Rigoli - coordenador da Mesa Redonda
Coordenador da Unidade Técnica de Recursos Humanos – OPAS-OMS/Brasil

Expositores:

Milton Arruda Martins
Secretário da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Brasil

Hugo Mercer
Consultor da área de recursos humanos da OMS - Argentina

EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS: LIMITES E POSSIBILIDADES SOBRE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Experiências internacionais
Experiências e propostas nacionais

Contexto e situação global: configuração do problema

De acordo com as pesquisas que têm sido realizadas na área, o desafio do provimento e fixação de profissionais de saúde será ainda maior no futuro, podendo chegar ao nível em que um ser humano pode passar a vida toda sem ter contato ou ser assistido por um profissional de saúde. Conforme dados apresentados no Fórum Global de Profissões de Saúde, em Dubai, 01 bilhão de pessoas passarão toda a vida sem ver um profissional de saúde. Todo o mundo está em busca de soluções para esta situação e seus desdobramentos para a saúde das pessoas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, como uma das suas metas, a correção do déficit e da má distribuição de profissionais de saúde. A má distribuição dos profissionais de saúde resulta na dificuldade de acesso aos serviços, em especial por determinados subgrupos e segmentos sociais, como áreas rurais, favelas e comunidades indígenas. Isso configura uma realidade em que características sócio-econômico-culturais mantêm ou aprofundam a inequidade.

Destaca-se que a mobilidade dos profissionais de saúde que implica na distribuição/concentração destes não será totalmente resolvida qualquer que seja a política pública. Ela deve ser considerada um problema crônico, com o qual se depara, convive, e define correções de rumo.

O compromisso do estado, político e social, de cobertura universal e garantias explícitas à saúde deve envolver as unidades formadoras e as redes de serviços. As ações que podem ser realizadas são:

- planejar de modo transparente e efetivo a regulação da formação na graduação e residência. Planejar significa regular vagas e avaliar os processos formativos;
- colher subsídios das experiências anteriores, de outros países, envolvendo as condições políticas e organizacionais para a criação de estratégia integradora envolvendo infra-estrutura, política pública, etc É necessário também garantir a continuidade dos programas, independente das mudanças de gestores ou líderes;
- considerar especificidades e ao mesmo tempo, problemas recorrentes, tal como a falta de anestesista, por exemplo, que não ocorre somente nos pequenos hospitais regionais, mas, também, em serviços de saúde nas grandes capitais;

- oferecer programas para acompanhar os estudantes e corrigir os desníveis na formação prévia (um orientador para o atendimento de áreas indígenas por exemplo);
- considerar, também, a questão da migração dentro do mesmo país.

Situação de saúde da população e distribuição de profissionais de saúde

Constata-se que a distribuição, provimento e fixação de profissionais de saúde é inversamente proporcional à problemática de saúde de uma dada população. Considerando a distribuição de médicos e enfermeiros nas diferentes regiões do mundo, dados disponíveis no site www.worlmapper.org confirmam esta proporção invertida: a África com baixíssima presença desses profissionais mostra alta prevalência e incidência de doenças, situação que se apresenta inversa quando se toma dados relativos aos EUA e Ásia. Esta mesma distribuição, inversamente proporcional, aparece internamente em muitos países, e até mesmo, em microregiões dentro de uma mesma cidade. O exemplo da cidade de São Paulo é representativo dessa situação: há regiões, por exemplo, com alta concentração e outras onde a relação médico/habitante é similar ao de regiões remotas.

A OMS, baseada em evidências, recomenda a implantação de estratégias que facilitem o acesso de trabalhadores de saúde em áreas remotas e rurais como estratégia que resulta na melhora da saúde da população, a questão é o como fazer.

Inicialmente, algumas perguntas-chave devem ser respondidas: porque as pessoas vão, permanecem ou abandonam lugares remotos ou rurais? Quais são os fatores que influenciam na fixação dos trabalhadores de saúde? Como desenhar as estratégias viáveis? Quais são os requisitos para que as estratégias funcionem? E, finalmente, como monitorar e avaliar estas estratégias?

A partir das respostas a estas questões devem ser estabelecidos critérios para a tomada de decisões e construção de políticas pertinentes, respeitando as características de cada região.

As estratégias do sistema de saúde que devem estar dirigidas a processos que levem ao provimento e à fixação de profissionais de saúde são intervenções de naturezas diversas: educativas, regulatórias, de gestão e incentivos financeiros diretos e indiretos.

Não há solução única, simples ou isolada. É necessário construir uma gama de ações coordenadas, objetivando, entre outros:

- diminuir a distância entre as escolas e os locais de trabalho;
- favorecer o ingresso de estudantes provenientes do meio rural nos cursos de graduação da área da saúde;
- incentivar a interiorização da universidade e dos cursos de graduação da área da saúde pelos terrotórios de todo o país;
- ampliar durante a formação o âmbito das práticas, por meio de rotação de alunos pelas clínicas permanentes e serviços em zonas rurais;
- flexibilizar as incumbências e interações entre os profissionais;
- incluir problemas rurais nos programas acadêmicos;

- desenvolver programas de educação permanente dirigidos a todos os profissionais, não apenas aos médicos.

A ação reguladora do Ministério da Saúde pode, também, ser feita por meio de:

- serviço obrigatório, bolsas mediante trabalho em zonas rurais;
- incentivo financeiro (a experiência mostra que nesta questão o mais importante é o incremento de salário);
- gestão, ambiente e apoio social: é importante a valorização social, o reconhecimento público, ambientes de trabalho seguros e amigáveis, apoio externo acessível, programas de carreira, redes de apoio profissional e ações de reconhecimento público.

Experiências internacionais

Em todos os países ações relativas e dirigidas ao provimento e fixação de profissionais de saúde é responsabilidade do Estado, principalmente naqueles em que os serviços de saúde são universais e gratuitos. Um aspecto deve ser considerado, objetivando contextualizar os processos de provimento e fixação: as áreas de vulnerabilidade de saúde também são as áreas de vulnerabilidade social, financeira, de violência, desintegradas do restante do país. É importante reconhecer que não é somente uma questão de acesso geográfico à saúde.

- EUA: 04 mil equipes (55% rural) - são necessários 31 mil clínicos e há 6700 pedidos de médicos das comunidades sem serviços de atenção à saúde. A experiência americana mostra que é necessário: planejamento, transparência, processo claro de provimento de cargos, apoio financeiro e clínico. A participação no programa paga a formação universitária - Programa Integral de Seleção, Localização e Apoio.
- México: formação de centros rurais cooperativos, onde se disponibiliza serviço médico obrigatório não remunerado, desde 1945, com nuances de carreira de serviço social, criação de escola de medicina para prover este serviço e onde o estudante do último ano do curso permanece por 12 meses como requisito obrigatório para obter o título de graduação (começou com duração de 5 anos. Contudo, após 10 anos dessa experiência, constata-se que poucos daqueles estudantes permaneciam na comunidade rural).
- Chile: carreira sanitária abrangendo todos os profissionais de saúde, como marco laboral, com proteção ao direito do trabalho. É uma carreira definida com sistema de remuneração, perspectivas de ascensão profissional, oportunidades de desenvolvimento técnico e estrutura adequada. O sistema de remuneração leva em consideração as distâncias geográficas e riscos sociais. Esta carreira tem como base a estrutura municipal, com uma etapa inicial de formação nas escolas, e outra etapa de crescimento profissional no serviço, com lugares de trabalho arquitetonicamente atraentes e com recursos tecnológicos inovadores, como motivação para fixar o profissional.

- Peru: ampliação dos centros de formação para áreas mais remotas e equidade da carreira em todo o território nacional. As zonas de má alocação de profissionais de saúde são também zonas cocaleiras, onde há baixa participação do estado.
- Canadá: forte vinculação das estruturas formadoras com a gestão do trabalho, priorizando a qualificação para a prática.
- Índia: 743 mil pessoas em áreas rurais, necessitando de serviços de saúde integrados à rede. Houve a criação de uma estrutura autônoma de saúde, que permitiu ampliar o sistema, com integração dos vários níveis de atenção (cada distrito tem autonomia de recursos e gestão dos mesmos).

Em termos gerais, no encaminhamento dos processos que objetivam a superação da escassez de médicos ou sua fixação em áreas remotas, há necessidade de plataforma integradora para discussão com todos os envolvidos além do que não devem ser consideradas apenas questões subjetivas. Deve haver propostas de normatização de procedimentos e ações, envolvendo questões objetivas como salário e infra-estrutura.

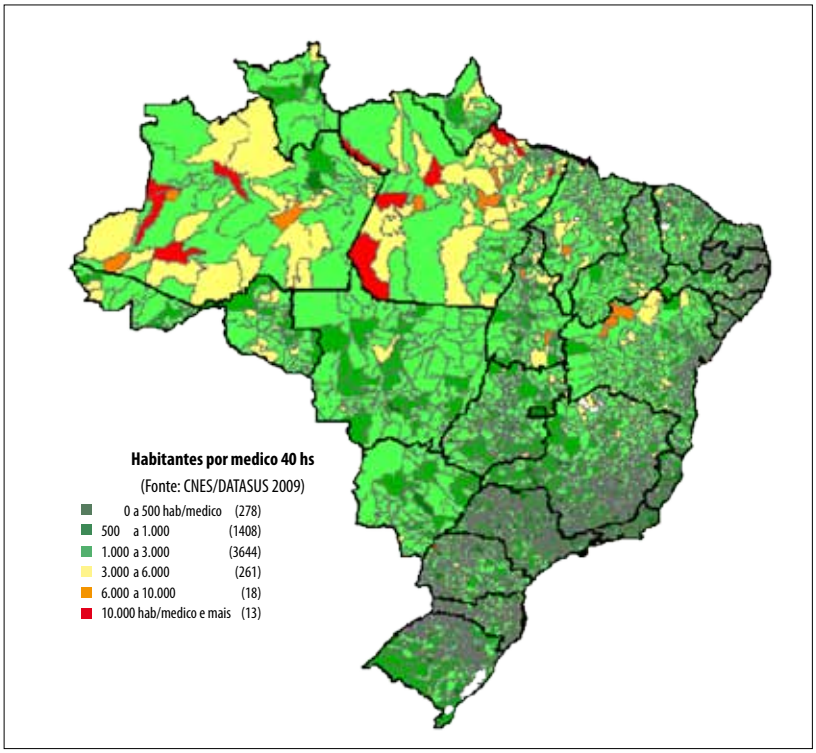
Algumas estratégias merecem ser avaliadas na perspectiva da sua viabilidade:

- aproveitamento dos conhecimentos das forças armadas em logística e planejamento para combater a desigualdade social;
- intervenções que fortalecem a inclusão social (apoio profissional e social, diálogo entre todos os atores envolvidos, inclusive os novos atores, união e parceria entre empresas, comunidade e academia);
- incentivos financeiros e premiações para atuação em áreas remotas, mecanismos integradores, políticas públicas de incentivo e valorização e reconhecimento pela sociedade, como políticas de crescimento econômico voltado para a inclusão social.

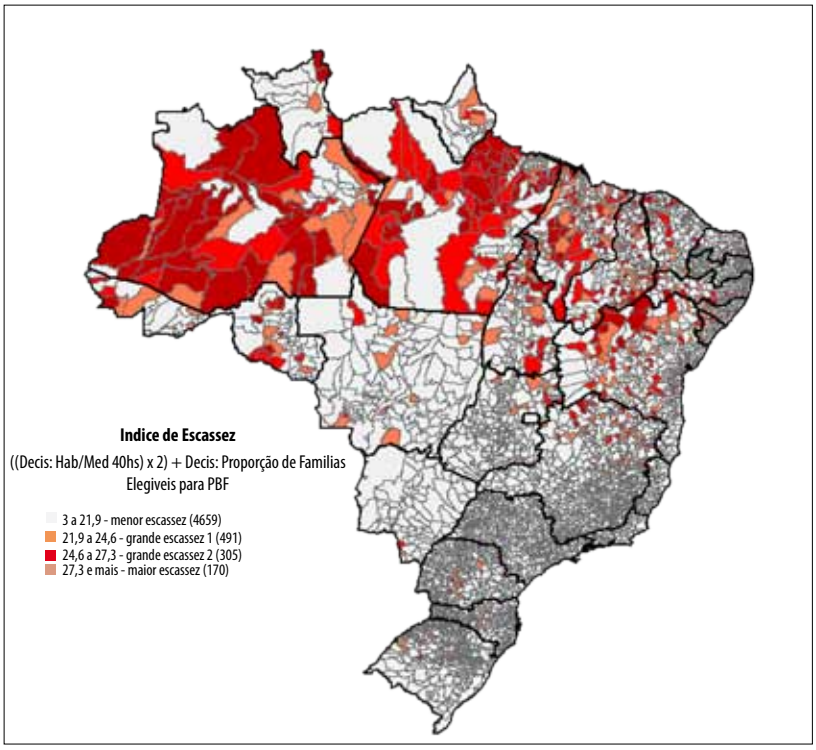
Experiências e propostas nacionais

Tomando como referência dados e informações relativos à distribuição de médicos e marcadores de vulnerabilidade como bolsa família, constata-se que as áreas de escassez de médicos são as que têm maior quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família e, ainda, reafirma-se que a escassez de médicos não é um problema regional ou estadual, além de acometer também regiões metropolitanas, como por exemplo, São Paulo (Mapas 1 e 2, seguintes). Tal fato é indicativo de que as estratégias a serem adotadas devem respeitar as diversidades regionais e envolver todos os profissionais e trabalhadores da área da saúde.

Mapa 1 – Habitantes/médico por municípios brasileiros, Brasil, 2009



Mapa 2 – Índice de escassez de médicos



Sobre iniciativas educacionais: estratégias de formação

O Brasil conta com 1,8 médicos por 1000 habitantes. Após um período de aumento importante de cursos médicos, no ano passado ocorreu redução de 17500 para 16500 vagas anuais, por conta das vagas fechadas pelo processo de supervisão do Sistema Nacional de Educação Superior do Ministério da Educação (SINAES/MEC). Fazendo a projeção destes valores, vinculando-os à

expectativa de vida laboral do médico e mantendo o número de vagas e o crescimento populacional atuais serão necessários 20 anos para o país contar com 2,2 a 2,3 médicos por habitante. Estes valores serão, ainda, insuficientes para suprir a necessidade dos serviços de saúde.

Se consideradas situações específicas como a questão do idoso, esta insuficiência se amplia ainda mais (Apêndice, Gráf. 1 e 2)

Tomando esse mesmo período e variáveis, a análise por regiões mostra que tais diferenças regionais se acentuarão: o Rio de Janeiro passará de 3,5 para 5 médicos por 1000 habitantes, enquanto no Maranhão, haverá diminuição de 0,7 a 0,5. Tais dados e estimativas mostram a importância de, na definição e implementação de políticas e programas voltadas ao provimento e fixação de profissionais médicos, considerar: as realidades regionais (população atual e sua taxa de crescimento), o número de vagas existentes nos cursos médicos e o tempo médio de atividade laboral desse profissional. O conjunto de estratégias para provimento e fixação de médicos reúne diferentes ações e programas:

- iniciativas educacionais para provimento e fixação no SUS;
- graduação e Residência Médica como fatores de fixação de médicos;
- carreira Multiprofissional ou Carreira Médica;
- Serviço Militar;
- Serviço Civil.

A distribuição equilibrada da oferta de vagas de graduação em cursos de medicina em relação à população das diferentes regiões do país é um princípio e um propósito que deverá agregar diferentes ações e medidas:

- priorizar o acesso de estudantes que morem na mesma região da instituição, pois há evidências de que este é um fator de fixação importante. É claro que as instituições federais podem ter obstáculo legal para estabelecer critérios locais, mas as instituições estaduais e municipais podem estabelecer políticas de incentivo à população local;
- políticas de incentivo a mudanças curriculares de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e as necessidades do SUS, considerando que o estudante que vivencia o SUS em sua formação mostra maior tendência em inserir-se no sistema SUS. (gráficos 3 e 4 da apresentação anexa)

Na perspectiva de construir e desenvolver processos para o provimento e fixação de profissionais de saúde, o MS está implementando políticas e programas que devem impactar significativamente nesses processos:

- graduação:
  - Pro-Saúde - 354 cursos envolvendo as 14 profissões da área da saúde, sendo 16% de medicina;
  - PET Saúde - integração com a rede municipal do SUS, por meio de 111 projetos saúde da família e 461 grupos em 84 IES, com a participação de quase 600 cursos de graduação; 70 projetos vi-

gilância em saúde com 122 grupos e 69 projetos saúde mental e crack com 80 grupos (a meta é consolidar e ampliar estes projetos).

Está em desenvolvimento o edital do PRO-SAÚDE III que será articulado ao PET Saúde, com o objetivo de apoiar e fortalecer a consolidação das Redes de Atenção à Saúde, com base no que está disposto no Decreto 7.508 de 2011 e na Portaria MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. O edital a ser lançado ainda em 2011 deverá priorizar os projetos que enfatizem a atenção básica como principal porta de entrada e ordenadora da rede de atenção, e a estruturação e consolidação da Rede Cegonha, da Rede de Urgência e Emergência e da Rede de Atenção Psico-social, em especial o combate ao uso do crack.

♦ especialização: Residência Médica

O programa de Residência Médica constitui-se na melhor estratégia para fixação dos profissionais (não só pela residência em si mas, também, pela infra-estrutura que se instala por exigência do programa de residência). Segundo a pesquisa realizada por uma das Estações de Trabalho (da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo) da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, vinculada ao MS por meio da SGTES, e à OPAS, em média 82% dos residentes continuaram na mesma unidade da federação onde fizeram a residência (no período de 1996 a 2005 43% em Sergipe e 92% no Amazonas).

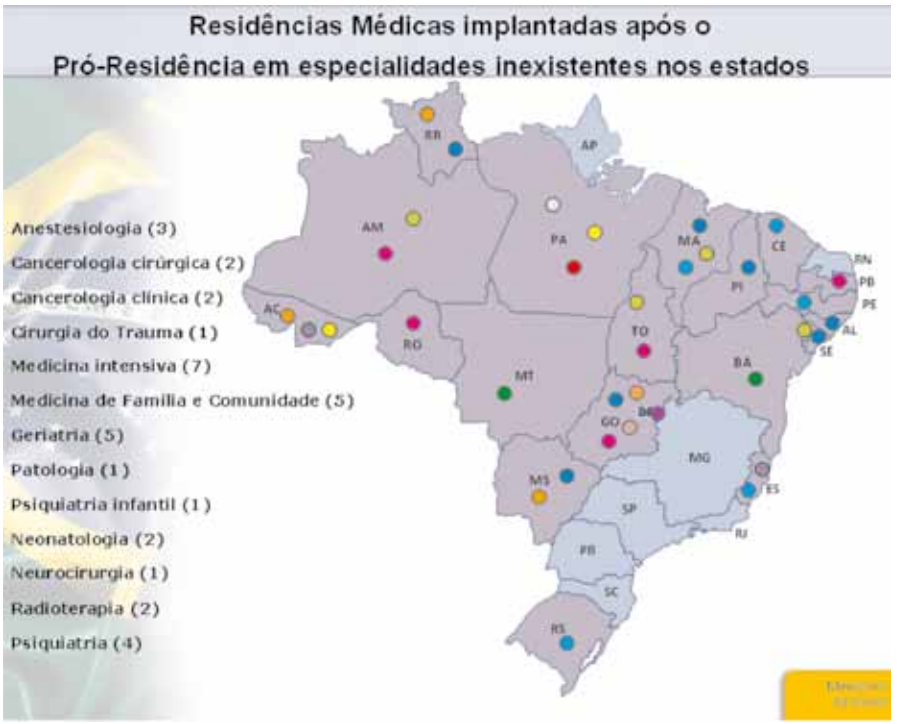
Baseado na Residência como fator de fixação de médicos o MS criou o Pró-Residência, onde o Estado assume a função de regular a oferta para áreas prioritárias. Esta política fez com que houvesse uma redistribuição da oferta de vagas. Das novas vagas da expansão, 70% estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-este.

Programas de Apoio Matricial realizado por instituições de ensino de excelência como:

· Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro (ESAM)
· Grupo Hospitalar Conceição
· Hospital do Câncer AC Camargo
· Hospital Odilon Behrens de DH/MG
· Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)
· Pontifícia Universidade Católica do Paraná –PUC/PR
· Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
· Universidade de São Paulo
· Universidade Estadual de Campinas
· Universidade Federal de São Paulo
· Universidade Federal de Minas Gerais
· Universidade Federal do Rio de Janeiro
· Universidade Federal da Bahia
· Universidade Federal do Ceará

Com o apoio matricial estão sendo implantados novos programas de Residência Médica nas especialidades e regiões prioritárias para o SUS, na perspec-

tiva de ampliação do acesso às ações de atenção à saúde de toda a população. Estados que não ofereciam a formação na modalidade Residência Médica para algumas especialidades, passarão a oferecer, como por exemplo, a anestesiologia nos estados do Acre, Roraima e Mato Grosso do Sul, entre vários outros, conforme mapa abaixo:



Carreira multiprofissional

Este é considerado o segundo fator mais importante para o provimento e fixação de profissionais de saúde. Foi assinado o Protocolo 006/2006 na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS com as Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde- PCCS-SUS elaborado pela Comissão Especial do PCCS-SUS que funcionou sob coordenação do DEGERTS/SGTES de 2004 até 2006. O protocolo foi assinado pela bancada dos Trabalhadores e pelo CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde e Gestores do Setor Privado, assim como referendado pelo Conselho Nacional de Saúde e é uma importante referência para a elaboração dos planos de carreira multiprofissional nas três esferas. Atualmente outras alternativas também são estudadas.

Nesse contexto a discussão e negociação com todas as entidades profissionais é uma estratégia prioritária para o MS (importante discutir alguns pontos entre eles: quais são as carreiras de estado já existentes e avaliar os prós e contras destas experiências).

Serviço Civil

A SGTES realizou pesquisa entre estudantes de medicina para saber quais são os fatores de incentivo mais determinantes para sua participação no Serviço Civil em áreas remotas ou prioritárias. Até o momento, 1500 estudantes de me-

dicina responderam. Em ordem de freqüência os fatores listados como aqueles que seriam atrativos para que os estudantes optassem por prestar o Serviço Civil, são:

- salário (624),
- assegurar vaga se já selecionado em programas de residência (522)
- pontuação para processos de seleção de residência medica e especialização (234),
- segurança (60),
- supervisão (49)
- moradia (11).

Na mesma pesquisa foi perguntado quais seriam os fatores importantes para uma permanência maior que um ano nestas áreas e os mais listados foram: salário, pontuação como fator decisivo nos processos de seleção para residência, realização de especialização em saúde da família e local de atuação.

Está estabelecido como prioridade para as ações desenvolvidas pela SGTES o estabelecimento de um plano estratégico de alocação de profissionais de saúde para regiões prioritárias que supere a discussão exclusiva na polarização do caráter obrigatório ou não dessa estratégia.

A partir de todas estas análises, a SGTES considera algumas diretrizes para sua proposta de Serviço Civil Voluntário já para 2011:

- um a dois anos em equipes de saúde da família, podendo também, atuar em unidades de urgência;
- locais definidos a partir do mapa de necessidades de saúde;
- se anteriormente aprovado em programas de Residência Médica, o candidato poderá manter sua vaga;
- salário do profissional assegurado pela Secretaria Municipal de Saúde onde o profissional estiver atuando,
- bônus para um ano e em dobro para dois anos para a seleção na Residência Médica;
- supervisão da escola médica local, presencial ou à distância, com Telessaúde (segunda opinião formativa, cursos de educação continuada);
- programa da Sociedade Brasileira de Saúde da Família para a especialização em Saúde da Família.

Nessa perspectiva alguns pontos deverão ser tratados e definidos:

- município: deve disponibilizar a equipe do PSF, moradia e segurança;
- MEC: deverá regulamentar o bônus na pontuação do exame para ingresso na Residência Médica;
- MS: em 6 anos ampliar pontos do Telessaúde objetivando alcançar todas as UBS brasileiras;
- Escolas médicas – mecanismos de supervisão e programas de telessaúde;

- Sociedade Brasileira de Saúde da Família – formalizar o programa de especialização neste modelo;
- UNASUS - criar acervo publico e colaborativo de materiais educacionais para área da saúde; ofertar recursos adequados à realidade local, com interação presencial e à distancia, em áreas estratégicas e criar a Plataforma Arouca, para registro de toda formação, educação permanente e trajetória dos trabalhadores do SUS.

O desafio é o de provimento e fixação de profissionais de saúde em todas as áreas de vulnerabilidade.

MESA REDONDA & DEBATES

Necessidades e estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde no SUS

Dra. Lígia Bahia - Coordenadora da Mesa Redonda
Comissão Intergestora de Recursos Humanos – CIRH

Expositores:

Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Presidente do CONASEMS

Beatriz Dobashi
Presidente do CONASS

Helvécio Miranda
Secretário de Atenção à Saúde/MS

Heider Aurélio Pinto
Diretor do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Debatedores

Adib Jatene
Diretor Geral do Hospital do Coração/SP

Rogério Carvalho
Deputado Federal PT/SE

NECESSIDADES E ESTRATÉGIAS DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUS

(....) é importante discutir esse tema, em especial quando uma das responsabilidades e meta prioritária na política de saúde é garantir acesso aos serviços de atenção à saúde a toda a população: "Saúde em Todo Lugar"

Perspectiva dos gestores do SUS
Perspectivas do MS

Contexto e situação nacional: configuração do problema

Poucos municípios no Brasil (apenas 2,4%) não apresentam escassez de profissionais de saúde e mesmo esses apresentam regiões com escassez.

Destaca-se que nessa perspectiva abordar essa temática exige considerar o contexto das esferas de governo (tripartite) e a efetivação das Redes de Atenção à Saúde.

O problema de escassez de profissionais de saúde e a desordenação da sua distribuição e da fixação estão incluídos na agenda do MS como ponto crítico que exige a definição e a execução de intervenções tecnopolíticas no plano nacional, estadual e municipal.

Há escassez de profissionais, principalmente médicos, em várias regiões do país (incluindo grandes centros urbanos). O Programa Saúde da Família e os serviços de urgência (portas de entrada do Sistema) compõem um dos grandes desafios a serem enfrentados nesse processo de provimento e fixação de profissionais de saúde, em todas as regiões do país.

Atualmente há mais de 400 municípios brasileiros desprovidos do profissional médico o que torna este um problema prioritário no âmbito SUS.

Ponto frequente nas discussões em todas as esferas de governo o CONASEMS avalia que a fixação de profissionais da área médica é o maior problema do SUS e que é principalmente no âmbito dos municípios que esta dificuldade se faz sentir de forma mais aguda. O destaque com relação ao profissional médico vem ao encontro das discussões protagonizadas pela categoria médica que toma a formação e a fixação dos médicos como eixos de suas propostas em relação à qualificação e à fixação desses profissionais. Contudo cabe registro, para conferir maior complexidade à situação, que há municípios sem médicos apesar de contarem com recursos financeiros para contratação, ou seja, a falta dessa categoria profissional ou sua distribuição desordenada ou, ainda, sua não fixação não ocorrem apenas em áreas remotas ou em muncípios desprovidos de recursos.

O conjunto de elementos que sustenta a situação brasileira no que diz respeito ao provimento e à fixação de profissionais de saúde, resulta de uma complexa configuração onde se entrelaçam:

- ♦ questões referentes à formação, que acumulam ainda os reflexos de um passado recente, onde encontramos:
  - os processos de formação realizados quase exclusivamente intramuros e focados nos serviços hospitalares;
  - frágil integração ensino-serviço (a universidade trabalha o conhecimento como saber exclusivo, sem engajamento com os serviços);
  - fragmentação na formação, o que repercute na insegurança dos profissionais frente à demanda dos Serviços de Saúde;
  - desvinculação entre o ensino (universidades) e serviço (unidades de saúde);
  - processos de formação estimulando a especialização, inclusive algumas áreas de especialização, creditando a essas áreas maior reconhecimento, inclusive, melhores salários e condições de trabalho;

- ♦ a formação generalista que está sendo usada como "uma especialização para a atenção básica", sendo comum aos profissionais de saúde (especialmente por parte dos médicos) uma avaliação negativa do Programa Saúde da Família, no que se refere ao reconhecimento social e científico do saber profissional.

- ♦ questões referentes à gestão e à regulação do trabalho e dos trabalhadores da saúde:
  - ausência de plano de cargos e carreira;
  - forma de admissão e movimentação dos profissionais de saúde dificultam a fixação;
  - precariedade dos vínculos (profissionais trabalham em ambiente de incerteza e insegurança);
  - fragilidade da política de educação permanente – acarreta grande ônus operacional e financeiro;
  - faltam especialistas em várias regiões ou em determinados serviços (exemplo: falta de ortopedistas em serviços de atendimento a acidentados; falta de pediatras nas UBS);
  - limites e fragilidades do trabalho em equipe (multiprofissional) em contrapartida;
  - a responsabilidade na Saúde e suas decisões devem ser realizadas na esfera tripartite;
  - falta de estrutura em regiões periféricas.

Diante dessa situação torna-se premente analisar as necessidades e estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde no SUS de forma extensi-

va e aprofundada contemplando os demais profissionais de saúde, e não apenas os médicos, e dimensioná-la frente às demandas e desafios da Atenção Básica e e das grandes Redes de Atenção à Saúde.

Um aspecto a ser, também, considerado é que se por um lado é preciso contar com profissionais de saúde equanimemente distribuídos nas diferentes regiões do país - satisfeitos e qualificados para o atendimento oportuno - é fundamental contar com redes de apoio a esses profissionais e às equipes de saúde, em geral.

Nesse contexto, é uma opção política do governo inserir na sua agenda a escassez de profissionais de saúde e investimentos na sua formação e qualificação profissional na perspectiva da sua fixação e distribuição ordenadas no sentido da superação da iniqüidade e concretização do acesso universal a serviços qualificados.

Daí ser importante destacar que os planos diretores, planos estaduais e municipais de saúde devem conter estratégias e investimentos voltados para a formação, a distribuição e a fixação de profissionais de saúde nas áreas de trabalho prioritárias, na perspectiva de qualificar o atendimento.

No contexto da definição de diretrizes e estratégias voltadas para o contexto e possibilidades de provimento e fixação de profissionais de saúde, alguns aspectos são destacados de forma muito particular para a categoria médica:

- remuneração no SUS;
- escassez de médicos especialistas em serviço de média e alta complexidade;
- falta de "mapas de necessidades" em alguns estados e municípios;
- fatores que favorecem a fixação de médicos:
  - "sentir-se" capacitado;
  - distância/tempo gasto até o local de trabalho;
  - estrutura dos Serviços (somente salário não resolve o problema da fixação);
  - renovação da rede física: integrar serviço de urgência nas unidades de saúde; priorizar áreas de pobreza; melhoria das condições de trabalho; banda larga em todas as UBS; informatização (Telessaúde: evita deslocamento do usuário e amplia efetividade da Atenção Básica);
  - residência e especialização em saúde da família (UNASUS);
  - formação específica da equipe para adequar ao atendimento de populações específicas.

Reconhecidos tais pressupostos, analisar e propor políticas e programas na perspectiva do provimento e da fixação de profissionais de saúde, exige considerar:

- Pontos de estrangulamento: precarização dos direitos trabalhistas, residência (médicos saem do PSF para realizarem residência em outras áreas de especialidade dentre outros motivos pela de falta de carreira);

- fatores de estabilidade: permanência na ESF, capacitação, tempo de locomoção, falta de condições de trabalhos, salário, profissionais com múltiplos vínculos de trabalho e emprego;
- ações emergentes: renovação de rede física; informatização das unidades, áreas de risco, condições de trabalho;
- estratégias de formação e educação permanente: expansão do Telessaúde, universidades matriciando e apoiando a implantação deste Programa nas regiões de saúde e redes de atenção, ofertas de educação permanente e formação, universalização de residência e especialização em saúde da família, formação técnica (enfermagem, saúde bucal, entre outras);
- novas modelagens para ampliação do acesso a territórios e populações desassistidas: formatos específicos de ESF e processo de trabalho, ampliação das formas de inserção profissional (estímulo à dupla inserção do médico no território e flexibilização de carga horária, apoio à implantação e qualificação de carreiras-desprecarização).

Na política de provimento e fixação de profissionais de saúde alguns balizadores devem ser acordados e monitorados nas esferas nacional (tripartite), estadual e municipal:

- construção do mapa de necessidades de profissionais nas redes de saúde garantindo o acesso aos serviços de saúde à toda a população em todo o lugar;
- combinar estratégias regulatórias, educacionais e financeiras para garantir profissionais em todos os locais e ampliação da cobertura a partir dos "mapas de necessidades":
  - ampliação de vagas nos cursos de graduação e nas residências;
  - pontuação específica para profissionais que atuem na atenção primária SUS: tempo de atuação, faixas conforme índice que expresse dificuldade de atração e fixação de profissionais naquela área;
  - estágio de acordo com a necessidade de profissionais daquela especialização;
- expansão da estratégia de saúde da família, em todo o Brasil - é necessário calcular o número de profissionais necessários para cada região (o PSF atende, também, à população de grandes centros e vem sendo declarado pelos cidadãos como "o espaço" de assistência a saúde porque diminui as desigualdades sociais, promove inclusão social em populações de baixa renda e diminui o número de internações hospitalares).

Propostas e ações do MS: apoio técnico e financeiro aos municípios para estimular a implantação de PCC; definir programa de Serviço Civil (obrigatório ou voluntário); apoiar tecnologicamente estados e municípios na implantação

das carreiras (construir mapas de necessidades regionais, inclusive por especialidade e serviços que orientem as estratégias para expansão de vagas na graduação e residência, pontuações para residência para quem atuar no SUS).

O tema da Mesa Redonda em Debate

Alguns aspectos e questões foram destacados e referenciados aos aportes trazidos na abordagem dada às "necessidades e estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde no SUS":

- foi ressaltada a falta de profissionais médicos: a ampliação da cobertura do PSF, instalação de novos serviços como de urgência aumentam a demanda por profissionais médicos o que resulta, inclusive, no não cumprimento de horário pelo médico o que representa grande dificuldade na gestão em saúde e, desintegra as equipes de saúde;
- ações de saúde dirigidas à melhoria da qualidade do serviço e de qualidade de vida esbarram na falta de médicos (a quantidade de médicos é insuficiente em algumas regiões, inclusive em capitais);
- a carreira e o salário para o profissional médico deverá corroborar na solução de problemas vinculados à quantidade de médicos frente às necessidades e demandas de atenção à saúde da população. É necessário que o MS defina ações a longo prazo (no Congresso Nacional discute-se a criação de projeto de lei que avalia a prestação de serviços de pelo menos, dois anos no SUS/PSF como pontuação nos concursos de Residência Médica);
- resgata-se o momento em que o MS realizou a construção da atenção básica de saúde quando houve uniformização do atendimento e a gestão da saúde evoluiu (as Unidades de Saúde, com os agentes comunitários, aproximaram-se de onde a população estava). Todo esse processo de mudança, contudo não provocou alteração na situação que é objeto desse Evento: ainda hoje se discute a falta de médicos - falta profissional e faltam vagas em escolas de qualidade e os médicos estão concentrados em serviços hospitalares. Necessita-se de 500 mil médicos, hoje há 360 mil e são oferecidas pouco mais de 16 mil vagas em universidades. Se por um lado os médicos estão interessados em fazer sub especializações, o programa PSF na sua origem, projetou a presença capilarizada do Agente Comunitário de Saúde, nas localidades onde não se consegue fixar o médico. Assim, o ACS deve estar vinculado à comunidade e os demais profissionais devem trabalhar de forma integral na área de abrangência da sua equipe. Foi proposta a criação de pré-requisito de atuação de dois anos em saúde da família para médicos se qualificarem para prestar provas de residência.

O plenário debate o tema da Mesa Redonda

Em grande medida, a pergunta que balizou as considerações do plenário foi: "Como resolver o problema de fixação de profissionais sem uma política

articuladora para todo o país, inclusive considerando situações específicas das regiões?

Para que uma política de fixação de profissionais médicos venha a se efetivar, é essencial que contemple: "boa" remuneração e "boas" condições de trabalho; ações específicas para cada região do país; criação de carreira.

Foram destacadas dificuldades e problemas que têm origem em impasses gerados pelos gestores de saúde – necessidade de maior articulação com o Poder Legislativo.

Experiências como a do Canadá (revezamento do profissional entre a cidade e área remotas) e do Programa de Interiorização dos Profissionais de Saúde (PITS), implementado no Brasil na década de 90, foram resgatadas como estratégias com potencial de promover maior fixação de profissionais no interior dos estados, em especial, do médico.

Sobre a formação e o trabalho do médico várias foram as considerações:

- modelo de ensino não segue as demandas dos serviços e população;
- médicos recém-formados necessitam de supervisão quando atuam no PSF;
- o médico recém-formado não é qualificado para prestar o serviço na SF pela deficiência do ensino nas universidades;
- equipes de especialistas devem apoiar as equipes de saúde da família;
- é necessário definir o número de médicos que se pretende atingir para o Brasil: (a) novas vagas para escolas médicas devem ser autorizadas somente com um controle rígido da qualidade do ensino; (b) para ampliar o número de faculdades e vagas de curso médico é preciso definir critérios na perspectiva da necessidade e condições regionais para realizar a formação com qualidade;
- a carga horária do profissional médico do PSF não pode ser reduzida, (diminuição do vínculo com a comunidade);
- a presença apenas de médicos jovens (recém formados) no PSF desvaloriza e desqualifica o trabalho do programa, cuja complexidade é, ainda, muito pouco considerada, inclusive, com relação à formação;
- o número de vagas de Residência Médica deve ser regulada pelo Ministério da Saúde;
- importância da discussão do ato médico.

Considerações e indicativos a serem pautados e analisados na definição de políticas e programas dirigidos ao provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas de maior vulnerabilidade e ao equacionamento da grande concentração do profissional médico que acontece hoje:

- As propostas voltadas ao provimento e fixação de profissionais de saúde devem ser articuladas:

- à organização da Rede de Serviço;
- às especificidades loco-regionais;
- à composição tecnológica das equipes de saúde em correspondência com os programas de Atenção à Saúde;
- aos mapas de necessidades de profissionais de saúde;
- à questão da responsabilidade fiscal;
- ao salário, que não é o único, mas é o principal incentivo para fixação no PSF.
- Estudando alternativas formais para premiar os Estados que promovam processos de fixação e educação permanente;
- Discutindo a revalidação do diploma de profissionais estrangeiros;
- Considerando a falta de especialistas no SUS que possam trabalhar e atender aos núcleos de apoio as ESF;
- Mapeando as características epidemiológicas de cada região e definindo a correspondente composição tecnológica de equipes.

Quanto ao profissional enfermeiro foi destacado: existem cerca de 800 escolas de enfermagem no Brasil e falta controle e avaliação da formação que realizam; a abertura de cursos e escolas de enfermagem não atende a nenhum critério de qualidade, ou precisa aprimorar os critérios de qualidade. A rotatividade da enfermagem é menor do que a dos médicos, mas ainda é alta. O trabalho na equipe não pode ser centralizado no médico.

Fatores identificados como dificultadores aos processos de provimento e fixação de profissionais de saúde

- A não aprovação da Emenda 29;
- várias agendas no congresso (como a carga horária de profissionais) que não tem andamento; os processos de formação que não acompanham a evolução dos problemas de saúde e necessidades regionais, o que gera grande insegurança nos egressos dos cursos;
- a educação permanente atual não atende às necessidades atuais;
- Serviço Civil obrigatório;
- "solidão" ou isolamento do profissional;
- necessidade de supervisão presencial e por telemedicina.

Propostas apresentadas

- Sobre o serviço civil (voluntário ou obrigatório) – é necessário ampliar a discussão dessa proposta;
- o gasto com a Saúde precisa ser qualificado (avaliar a finalidade dos gastos);
- o investimento em urgência e emergência na atenção básica deve ser valorizado pois não é um investimento isolado e é cada vez mais necessário;
- criar pré requisito de trabalho no serviço público para ingresso na Residência Médica.

MESA REDONDA & DEBATES

Iniciativas educacionais relacionadas ao provimento e a fixação de profissionais da saúde no SUS

Sigisfredo Luis Brenelli - Coordenador da Mesa Redonda
Diretor DEGES/SGTES/MS

Expositores:

Maria do Patrocínio Tenório Nunes
Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do MEC

Ana Dayse Resende Dutra
Vice-Presidente da Andifes

Ana Estela Haddad
Diretora de Programa e Secretária Adjunta da SGTES/MS

Debatedores:

Paulo Navarro
Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG

Humberto Costa
Senador PT/PE

Adeir Archanjo
União Nacional dos Estudantes

INICIATIVAS EDUCACIONAIS RELACIONADAS AO PROVIMENTO E À FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUS

"A cidadania presente na construção do SUS vem sendo consolidada pela relação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, grandes incentivadores das mudanças desejadas".

Graduação e Residência Médica como fatores de fixação de profissionais da saúde

Residência Médica como fator de fixação de profissionais da saúde

Estudos realizados no Canadá mostram os fatores mais expressivos na fixação de profissionais médicos em áreas remotas:

- sexo feminino;
- nacionalidade canadense;
- período em que cursou a graduação;
- ter feito Residência Médica;
- ter background rural;
- ter nascido na região.

Como indicado a Residência Médica aparece como um dos fatores de interveniência na fixação do profissional médico no Canadá, o que também ocorre nos EUA. Conforme publicado no New England Journal (2010), resultado de estudo sobre abertura de novos cursos médicos mostra que "a Residência Médica é a melhor estratégia para fixação desses profissionais".

Dados relativos à situação brasileira desenham uma situação que pode ser sintetizada na consideração do Centro de Dados do CREMESP (www.cremesp.org.br) de que o "Estado financia Residência, mas regula pouco a oferta de profissionais". Exemplos disso:

- estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (1990 e 2002) mostra que 63% dos médicos que fizeram residência em São Paulo são graduados no estado e que dos 37% restantes (não graduados em escolas paulistas) apenas 40% retornanaram aos seus estados de origem.

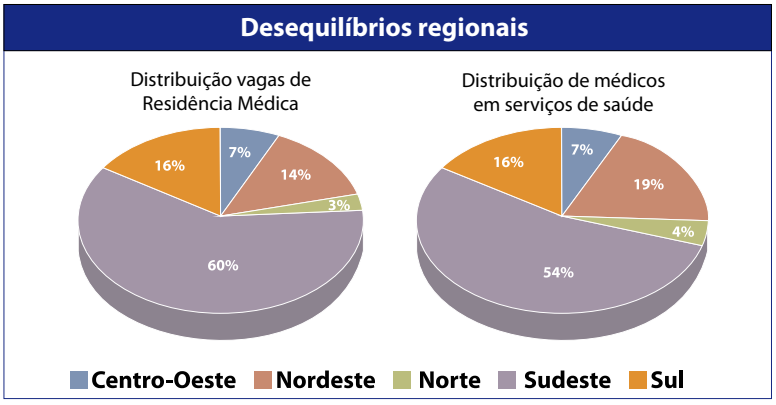
Dados apresentados pela SGTES mostram que entre 2004 e 2008 a distribuição de vagas de Residência Médica se manteve concentrada (60%) na região Sudeste, o que é um dado que reforça a afirmação de que o estado tem se limitado a financiar a Residência Médica, sem imprimir ao programa qualquer regu-

lação, inclusive, porque também para o Brasil a Residência Médica é um fator de impacto na fixação de médicos.

Analisar a relação entre ampliação de cursos/vagas de graduação em medicina considerando a perspectiva do seu possível impacto na distribuição ou na fixação desse profissional em regiões da maior vulnerabilidade, em especial, porque na dessa ampliação segue-se a criação de residências, mostra alguns aspectos que devem ser considerados quando do estabelecimento de uma política. Entre eles, alguns destaques:

- origem dos egressos do curso de medicina da UFGD/MS (Residência Médica a partir de 2010)
  - 21% de Goiás,
  - 17% Paraná,
  - 16% São Paulo;
- em 2000 o Acre inicia a Residência Médica a partir de quando dobrou o número de médicos e quintuplicou o nº de especialistas (243 especialistas, apenas 86 são egressos de cursos de graduação do próprio estado);
- especialidades de maior potencial de fixação: ortopedia, cardiologia e Medicina Família e Comunidade;
- especialidades que fucionam como pré-requisitos para outras especialidades (clínica médica e cirurgia geral) têm baixo potencial de fixação.

A relação entre distribuição de vagas de Residência Médica e de médicos em serviços de saúde é, também, um significativo marcador nessa discussão.



Fontes: CNES/DATASUS/MS & CNRM/MEC, 2008

Algumas iniciativas no plano da educação são estratégicas para potencializar a Residência Médica como fator de correção dos desequilíbrios regionais e indutor da fixação de médicos, logo, de uma melhor ordenação da sua distribuição. Sendo a RM uma política de estado, a abertura de novas vagas em residências deve ser norteada por necessidades de especialidades segundo o perfil epidemiológico das regiões. Outros aspectos, nessa perspectiva:

- Ampliar investimentos para a residência em especialidades como clínica médica;
- desenvolver metodologia de formação de preceptores por meio do projeto de matriciamento (a pediatria tem formado mais de

1000 residentes anualmente e questiona onde eles estão e o que fazem).

- Desafios:
  - perfil dos educadores médicos: necessidade de se investir na preparação de preceptores;
  - ingresso – pensar em mudanças no acesso à graduação e à Residência Médica (valoriza exclusivamente o conhecimento quando deveriam ser avaliadas as competências pessoais: compaixão, capacidade de liderança, capacidade de trabalho em equipe, ética, moral, empatia, habilidades sociais, capacidade de argumentação;
  - cenários de prática necessitam ser aprimorados (em Curitiba, há 10 candidatos por vaga na saúde da família).

Graduação como fator de fixação de profissionais da saúde

As Universidades federais têm sido incentivadas a expandir seus cursos e vagas. Nos últimos 5 anos o nº de estudantes duplicou e o quadro de novos professores e professores titulados cresceu expressivamente (92% dos docentes são titulados). Nesse quadro formalmente favorável, a pouca vivência do professor na dinâmica da própria Instituição fez emergir a necessidade de outros investimentos e encaminhamentos. No sentido dessa reorientação é que a Universidade da Amazônia, tentando contar com professores para o curso médico do próprio estado, abriu concursos para auxiliares de ensino na perspectiva de induzir a fixação do "nativo" (sic) em seu estado.

Um ponto que poderá impactar na fixação do profissional médico é reorientar a sua formação a partir do referencial de base do curso: articular o perfil epidemiológico (nacional e locoregional) e o "novo" momento do país: a organização do SUS a partir das prioridades integradas às Redes de Atenção e cuidado à saúde.

Além das questões e processos referentes à formação docente e reorientação dos cursos há necessidade de investimentos em questões estruturais para o desenvolvimento e qualificação da graduação: laboratórios, hospitais, unidades da rede básica.

Nessa linha, a fixação do profissional médico começa na qualidade da graduação e depende da articulação dos processos de formação com as políticas governamentais como PIASS, PISUS, PIT'S que, pelos problemas de continuidade, comprometem fortemente a integração ensino-serviço. Nesse contexto, outros aspectos mostram-se críticos e questionáveis considerando o propósito e premente necessidade de uma política de provimento e fixação de médicos:

- abertura de faculdades de medicina no interior dos estados (com qual currículo? Qual perfil do egresso? É possível o ensino à distancia, como fazê-lo?);
- professores de medicina não querem mudança nos processos de formação (as escolas médicas não estão preocupadas com os médicos que o serviço necessita);

- toda a discussão sobre provimento e fixação concentra-se nos "novos médicos", contudo tem-se um quantitivo expressivo de médicos em Saúde da Família que já são aposentados: qual a formação desse segmento? É pertinente se pensar em capacitar esses médicos para que tenham melhor desempenho nas ESF;
- risco de permanência/fixação dos "menos competitivos";
- a existência de "nova" categoria de médico: o "meio médico" (aquele que trabalha somente 2 dias na estratégia da Saúde da Família que é completado em outros dias por outros profissionais).

A fixação dos profissionais extrapola questões da governabilidade exclusiva da área da saúde, a saber: falta de condições para residir nos pequenos municípios, (condições incipientes de casa, escolas, lazer, comunicação, internet); solidão.

Questiona-se como combinar estratégias políticas e educacionais para proporcionar acesso qualificado à saúde garantindo preceitos constitucionais do SUS, no que se refere à formação dos profissionais de saúde, especialmente do médico.

Iniciativas Educacionais relacionadas ao provimento e à fixação de profissionais da saúde no SUS: objetivos do MS e estratégias da SGTES

O plano de trabalho e estratégias da SGTES desenvolve-se na perspectiva da efetivação dos objetivos do MS para 2011-2015, a saber:

- garantir acesso com qualidade em tempo adequado as necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a política de atenção primária e especializada;
- reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio da promoção e vigilância em saúde, com especial atenção ao combate à Dengue;
- promover atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança – Rede Cegonha;
- aprimorar a rede de urgência e emergência, expansão e adequação das UPAs, SAMU, pronto-socorros e centrais de regulação, articulados à rede de atenção;
- Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores do SUS.

Ações de mudanças na graduação: Pró-saúde, PET-Saúde e Pró-ensino.

- Pró-Saúde – apoio às IES e gestores municipais de saúde,com foco na APS/ESF;
- PET-Saúde (bolsas de tutoria, preceptoria e monitoria) - Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Saúde Mental.

Integram este Programa Instituições de Educação Superior (IES) públicas e privadas sem fins lucrativos, em parceria com Secretarias Municipais e ou Estaduais de Saúde, selecionadas por meio de Editais. O PET permite a participação de docentes, de profissionais dos serviços e de estudantes de graduação da área da saúde e afins, os quais recebem bolsas nas modalidades de tutoria, preceptoria e monitoria estudantil, respectivamente, formalizando a caracterização dos Grupos PET-Saúde.

- Pró-Ensino na Saúde – parceria com a CAPES para a formação docente e desenvolvimento de pesquisa na área de ensino na saúde; mestrado profissional na área de ensino, formação docente na área da saúde, possibilidade de associação do mestrado profissional com a residência multiprofissional.

Fatores que contribuem para a sustentabilidade dos programas de apoio e reorientação da graduação:

- coordenação e diálogo com gestores e gerentes dos diferentes âmbitos e níveis do SUS;
- participação efetiva dos preceptores;
- Reforço interdisciplinar na atividade assistencial;
- institucionalização da pesquisa como recurso para as Unidades de Serviço;
- divulgação das atividades na comunidade;
- planejamento assistencial com base epidemiológica;
- incentivo aos agentes comunitários.

Ações com foco na Residência

O programa Pró-residência agrega a Residência Médica e a residência multiprofissional em saúde. No caso da Residência Multiprofissional, está colocado o desafio da construção da integralidade da atenção e atuação multiprofissional. Para isso, a estrutura proposta para o processo de avaliação da RMS pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) previu a constituição de Câmaras Técnicas por linha de cuidado e não por profissão.

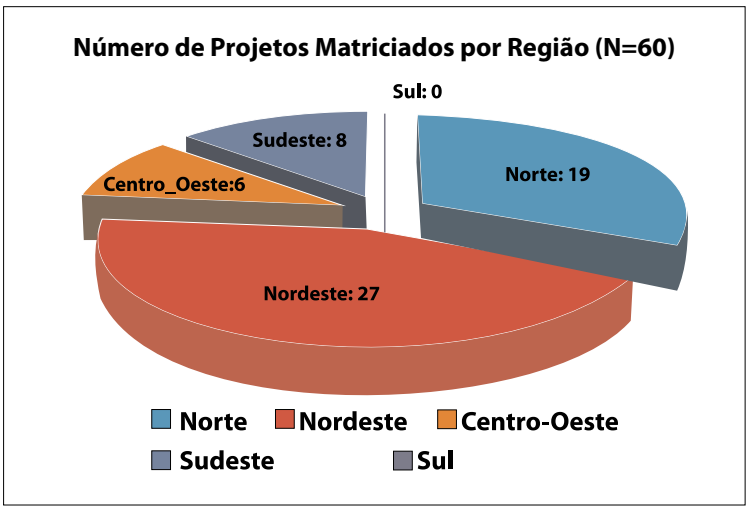
São pressupostos para a formação das câmaras técnicas:

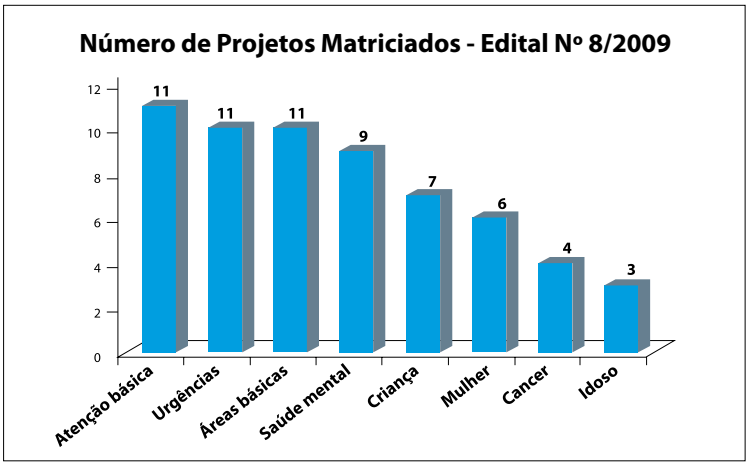
- necessidades de saúde e as políticas de saúde são referências para a criação de áreas de especialização que requeiram formação na modalidade de residêcia (espcialização em serviço) – olhar da gestão e do controle social;
- critérios técnicos específicos para o desenvolvimento das especializações das diferentes profissões –o olhar das entidades profissionais;
- aspectos político-pedagógicos para organização dos programas – olhar das associações de ensino, coordenações de programa e residentes.

Sobre o Programa "Pró-residência" – trabalho a partir de necessidades de saúde e políticas de saúde, linhas de cuidado (a partir de linhas temáticas e não por profissão).

Residência Médica – estudos de necessidade e programas matriciados

O maticiamento possibilitou a criação de algumas especialidades em áreas e estados que não existiam (até o momento a maior dificuldade refere-se à preceptoria).





Principais mudanças pretendidas com o Pró-residência:

- "sair" do hospital como centro da formação e trabalhar para a inserção na rede de atenção;
- RM como programa educacional;
- incluir dimensão de trabalhocomo espaço de construção de capacidades e responsabilização pela organização do cuidado.

Nessa linha, a maior dificuldade é a rede de serviços ainda não estar organizada como tal.

Destaque para a promulgação da Lei 12.202 de 14 de janeiro de 2010 – (lei do FIES para professores da educação básica e para médicos que se formaram em instituições privadas que decidirem se fixar em áreas de mais difícil acesso) no provimento e fixação do profissional médico, e que aguarda regulamentação:

> Art. 6º B - O Fies poderá abater, na forma do regulamento, mensalmente, 1,00% (um inteiro por cento) do saldo devedor consolidado, incluídos os juros devidos no período e independentemente da data de contratação do financiamento,dos estudantes que exercerem as seguintes profissões:
>
> I – .....
>
> II- médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção desse profissional, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, na forma do regulamento (BRASIL, 2010).

Telessaúde – teleconsultas (demonstra resistência inicial, seguida de pico de utilização e queda posterior provavelmente decorrente de aprendizagens ao longo do tempo).

Análise do custo: oito vezes menor que o atendimento presencial. 15% redução de encaminhamentos. Contribui para fixação de profissionais o desafio é incorporar o telessaúde no Sistema/Redes de Atenção à Saúde.

O tema da Mesa Redonda em Debate

As exposições feitas permitem reunir alguns "consensos":

- faltam médicos em quantidade e qualidade para atuação no SUS e observa-se grande desequilíbrio na atual distribuição;
- é preciso que o Estado brasileiro defina uma política para intervir na problemática gerada a partir da escassez de médicos onde se inclui o provimento;
- a Residência Médica é o "padrão ouro de formação médica" e o fator isolado que mais contribui para fixação de profissionais de saúde, especialmente os médicos.

Foram destacados alguns aspectos:

- a especialidade médica é definidora do médico e não a qualidade da graduação, o que envolve aspecto ideológico e de valor do trabalho médico no mercado;
- o Programa de Residência é um cardápio de especialidades à escolha do médico/canditato à vaga de onde advém a baixa formação de sanitaristas, pediatras (áreas pouco escolhidas dado o menor valor do salário médico no mercado dessas especialidades);
- as Sociedades de Especialidades promovem formas e processos próprios de especialização (estágios que não estão formalmente reconhecidos pelo órgãos de estado, por exemplo), independente de qualquer regulação ou política de Estado. Esta prática cria situações que merecem análise dos ministérios da saúde e educação, por exemplo: se um médico cursou uma especialização oferecida por uma IES formalmente reconhecida, mesmo que seja nas melhores Instituições do país, caso ele não se submeta ao exame da sociedade de especialista, ele não será reconhecido como especialista pela Sociedade respectiva o que vai interferir na relação de trabalho desse médico;

- investimentos na graduação têm sido implementados através de programas como PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE;
- na Pós-graduação: como é o processo de formação – carga horária, padrão de relação e conseqüências de reprodução da dominação, etc.;
- destaca a experiência do VER-SUS como experiência que deveria ser resgatada como formadora de militantes do SUS;
- Pró-residência – programa relevante, deve ser ampliado, observando as vagas conforme as necessidades do SUS.

Reflexões e questões referentes à política e programas de formação e especialização na área da saúde com financiamento do SUS: mesmo havendo recursos suficientes, há questões e problemas de amplo impacto na organização e efetivação do SUS que se referem aos recursos humanos na saúde. Em 2003, o MS esteve à frente de uma política objetivando a ampliação do acesso e a reestruturação do Sistema tendo a Atenção Básica como organizadora da Rede (duplicar o nº de equipes de saúde da família; instituir programas como o Brasil Sorridente).

À época os estrangulamentos da rede de urgência emergência gerados pela carência de profissionais, especialmente médicos, contracenava e arguia os programas. Algumas estratégias adotadas pelo MS foram importantes para o encaminhamento de soluções para a problemática de recursos humanos na área da saúde: criação da SGTES (estruturação do sistema de educação permanente, visando a democratização das relações de trabalho por meio da implantação de mesas de negociação e ampliação do debate da carreira multiprofissional do SUS e demais estratégias específicas visando articular as políticas de educação e gestão do trabalho em saúde.

A atual gestão do MS vem diminuindo as resistências da corporação médica, com abertura do debate e construindo novas bases para o entendimento e superação dos problemas.

A idéia do serviço civil vem sendo apresentada há algum tempo. É importante considerá-lo como uma contrapartida ao Estado daqueles que se formaram pelo sistema público, contudo sua discussão esbarra em resistências, apesar da proposta estar articulada a outras medidas como: esforços para continuidade de formação por meio de programas de educação continuada; aumento de salário (o argumento do salário mostrou não ser o mais importante); expansão da telessaúde e articulação com as forças armadas.

Outro aspecto considerado no debate foi a política de formação de especialistas articulada às necessidades do SUS. Quando a gestão do MS enfrentou o problema da escassez de UTI foram providenciados os recursos estruturais para enfrentar o problema, mas não havia profissionais formados e qualificados para o trabalho nas Unidades a serem estruturadas.

O tema da especialização na área médica carece de regulação mais ampla. Políticas para saúde mental levaram à ampliação de CAPS, mas houve estrangulamento pela falta de psiquiatras.

Segundo dados do DATASUS/2000, a presença de médicos e enfermeiros nas regiões norte e nordeste é baixa e é alta a concentração desses profissionais nas regiões Sul e Sudeste, o que vem ao encontro do número de cursos, também, concentrados nos grandes centros e capitais e regiões do sul e sudeste. Outro fato que vem na contra mão dos propósitos de provimento e fixação de profissionais de saúde em todas as regiões do país é que ao investimento público na formação de profissionais da saúde não se articula nenhuma regulação quanto à inserção na Rede de serviços do SUS, assim a maioria desses profissionais de saúde serão incorporados à iniciativa privada à custo zero.

Sobre o ingresso nos cursos de graduação em medicina e especialização médica é necessário discutir a regulação do ingresso por vários motivos, entre eles:

(a) o médico que se formou ou cursou Residência em IES da rede pública ou com bolsa do estado precisa ter compromisso com os serviços do SUS (quais outros critérios poderiam ser agregados para rever o que está definido hoje?);

(b) relação entre vagas em curso de graduação em medicina e ingresso de estudantes da região - depois de muito esforço pela abertura da UNIVASF (Universidade Federal do Vale do São Francisco) o que acontece hoje é que a presença de estudantes da região é mínima, a maioria é da região sudeste e outras regiões do país e retornam a seus estados, assim que se formam.

Outras políticas públicas a serem implementadas para o trabalho em saúde:

- educação permanente;
- melhores salários e condições de trabalho;
- abertura de novos cursos de graduação em medicina no interior deve considerar a falta de pessoal técnico e infraestrutura da rede de serviços locais;
- à estratégia de saúde da família não pode ser o espaço para aquele médico "que não passou em nenhuma residência";
- flexibilizar e ampliar a residência nas regiões mais carentes objetivando a fixação de profissionais.

Qual é o objetivo da política pública em debate?

- formar bons médicos do ponto de vista técnico, ético e político? (este debate que vem se perdendo na escola médica);
- formar os médicos que são necessários ao SUS (a ênfase na formação de médicos generalistas não se coloca como priortária);
- fazer os médicos chegarem no SUS e distribui-los no território nacional e "não perder" os médicos recém formados para o mercado (médico tem dificuldade de se perceber como trabalhador).

Propostas, sugestões, recomendações apresentadas

- serviço civil voluntário (a contratação não pode ser precarizada)
- estratégia de provimento, mas não de fixação (como promover a fixação?);
- retomar a discussão sobre carreira;
- reunir as várias iniciativas, integrando-as para enfrentar o problema;
- sobre Carreira SUS – propõe-se a experiência como as das fundações públicas estatais com arranjos institucionais mais flexíveis que permitam operacionalizar a carreira;
- sobre Carreira no SUS – propõe-se a implantação mais efetiva do protocolo nacional de carreira multiprofissional nos estados e municípios;
- criar Hospital Barco como alternativa para melhoria do acesso a serviços de saúde em regiões remotas;
- sobre a expansão do telessaúde – é necessário prever alternativas que superem a dificuldade identificada de estabelecer conexões no interior do estado do Amazonas, até por celular.

O plenário debate o tema da Mesa Redonda

Destaca-se a UNA-SUS que, propõe capacitar 32 mil trabalhadores de saúde da família que já estão atuando, a partir de três abordagens: integração dentro da universidade, integração da universidade com o serviço e entre as universidades. Hoje a UNA-SUS tem 17 mil trabalhadores em curso e já formou 6.000. No caso, a questão básica refere-se às condições para os trabalhadores do SUS participarem desses processos de qualificação.

A graduação como elemento de fixação de profissionais não é tão importante como a Residência Médica, mas não pode ser desconsiderada, visto que tem papel importante para o provimento e fixação de profissionais em estados com poucos médicos e poucas vagas nas escolas de medicina como o Maranhão e Roraima.

Para o provimento e fixação de profissionais:

- é importante investir nas faculdades públicas para o aumento de vagas com recursos investidos na contratação de novos professores e técnicos, além da criação de estrutura adequada. Ao lado do PROUNI, a estratégia adequada seria aumentar as vagas nos cursos públicos (demanda por abertura de novas escolas médicas é do setor privado e são cursos caros e seletivos);
- assegurar o ingresso de estudantes provenientes da própria região (no caso das universidades federais haveria maior dificuldade em políticas regionais de acesso , pois o finaciamento é de orçamento federal.

Desde a Conferência de Edimburgo na Escócia, em 1988, já se defendia que o ingresso na escola médica não deveria ser somente a partir de conheci-

mentos, mas de outros valores. Propõe-se que deveria ser pensada para o Brasil, a seleção dos futuros alunos para os cursos médico adotando também critérios relacionados a valores dos candidatos.

Sobre o PITS – ressalta-se, que os fatores que mais influenciaram o ingresso no programa foram a remuneração e a oferta de curso de especialização com tutoria. O PITS propiciou parceria positiva com as instituições de ensino, além de ter auxiliado as instituições que não tinham condições de oferecer o curso, o que reforçou a equipe local.

Questionamentos sobre o porque este Seminário não está discutindo a equipe multiprofissional, visto que são necessários profissionais de todas as áreas, para interferir nas condições de vida e saúde da população, inclusive, em áreas remotas.

Há necessidade de implantar residências segundo necessidades regionais: (exemplo citado: No Maranhão há 217 municípios, 60 CAPS, 2 hospitais de alta complexidade e 16 psiquiatras. Em um município com 300 mil habitantes há 744 doentes mentais cadastrados e conta com apenas um médico que atende aos sábados, a Residência mais próxima é em Fortaleza).

O debate apresenta, ainda, estatísticas da enfermagem dizendo que em 1999 havia 415 cursos e hoje se configura uma venda de vagas dos cursos, devido à expansão desordenada dos cursos de graduação em enfermagem. Em 2008-2009 apenas 12% ingressantes concluíram o curso de enfermagem. A distribuição dos enfermeiros no Brasil apresenta uma concentração do eixo industrializado sul-sudeste. De acordo com o número de enfermeiros registrados no COFEN, faltam enfermeiros no Brasil. Quaestionado quando será discutida a questão do provimento e da fixação de todos os profissionais da saúde (discutir uma categoria isoladamente além de difícil, é considerar apenas parte do problema).

Sobre a carreira única dos trabalhadores do SUS destaca-se que sanearíam as diferenças salariais entre as categorias profissionais e enfrentaria a emigração de enfermeiros para outros países como Canadá, Portugal, Itália.

Sobre serviço médico civil:

- qual parâmetro de salário será adotado?
- quem proverá os recursos?

Ressalta-sa diferença entre o médico com formação em medicina de família e comunidade e os médicos que atuam na estratégia saúde da família (95% dos médicos que atuam na SF não têm formação específica, o que reflete na baixa qualidade da atenção, decorrendo em baixo impacto na saúde da população).

Indicadores de processos e resultados da residência em saúde da família:

- em programas de RSF sobram vagas;
- ampliação da residência em áreas estratégicas segundo mapas de necessidades regionais;
- residência é fator de fixação do médico;
- é necessário implantar programas de residência no interior do país.

Diante das 1.000 vagas de residência recém criadas, é necessário analisar se é hora de expandir ou qualificar os programas de residência e como estimular os estudantes de medicina a cursar residência em SF ou em clínica médica, frente ao desejo de sub-especialização (exigir a Residência em Medicina de Família e Comunidade como pré-requisito para outras especialidades seria uma boa alternativa?).

Sobre a relação aluno de medicina/SUS, estudantes de universidades privadas que pagam de 4 a 5 mil reais de mensalidade para as escolas médicas não pensam em inserir-se na rede pública do SUS e não fazem parte das classes sociais que utilizam o SUS. Assim independentemente do local da escola em que se formem, retornarão às regiões metropolitanas para inserir-se no mercado de trabalho. Abrir novas escolas médicas em regiões mais remotas não vai resolver o problema do SUS. Residentes que forem obrigados a prestar serviços em áreas remotas vão ficar frustrados e isso pode repercutir negativamente no atendimento dos pacientes. Medicina da família é muito difícil, pois lida com questões muito complexas e fora da realidade cotidiana de vida da maioria dos médicos (quando está no hospital ele está apoiado, na UBS está sozinho, sem contar com exames especializados). Há desconhecimento do SUS pelos estudantes de medicina.

Sobre a relação entre o SUS e o sistema suplementar: há tensões entre as profissões, pois o sistema suplementar por ser centrado no médico, absorve este profissional mais do que qualquer um dos demais profissionais da saúde.

No imaginário popular, as qualidades estão no setor privado e as deficiências aparecem no setor público. Na realidade, sabemos que não é assim.

A diferença cultural entre usuários e profissionais de saúde é muito forte e pode produzir mais distância do que aproximação, daí a importância da diversificação dos cenários de prática: os hospitais precisam entrar na atenção.

A integralidade, acolhimento, vínculo não é importante somente na atenção básica, mas em todos os níveis de atenção. Destaca-se a importância do VER-SUS (os municípios que têm aderido a novas direcionalidades para fortalecimento do SUS, têm profissionais que passaram pelo VER-SUS). Sobre a Residência multiprofissional: importante destacar a importância da construção de equipe formada no âmbito do SUS onde o cuidado deve ser o eixo da formação de todos os profissionais da saúde.

Sobre o valor salarial dos médicos - a média salarial do médico em alguns estados não passa de 3 mil reais. Há dificuldade de definição do piso salarial nacional, embora o salário não seja único elemento, é importante na fixação dos profissionais (a Federação Nacional dos Médicos defende salário base do médico é acima de 9 mil reais, porém os Gestores e o Legislativo têm se manifestado contrários aos valores defendidos). Nesse contexto o que acontece é que há, entre os médicos do SUS, o cumprimento de carga horária inferior à contratada (o médico, individualmente não é o responsável por essa situação).

Não podemos ser penalizados no SUS pela descentralização, mas é necessário haver sistema de gestão onde o percentual de cobertura e os indicadores de

saúde sejam articulados. Os sistemas de informação precisam filtrar discrepâncias, como por exemplo: municípios com 100% de cobertura do PSF, com 70% de cobertura vacinal (indicadores de saúde são potentes para mostrar o cuidado, a cobertura não, porque é movida pelos recursos envolvidos). A UnA-SUS não pode ser um recurso desconectado da área técnica do próprio ministério. É preciso pensar formas de gestão dos recursos da educação permanente (quantidade de recursos que não se consegue mudar a destinação). Se a necessidade muda é preciso pensar formas de mudar a destinação dos recursos. Saúde da Família ampliou mercado de trabalho para enfermeiros, mas a formação desse profissional é ainda não é de boa qualidade.

O SUS precisa de todos os médicos e não apenas da saúde da família. Precisa-se pensar o sistema de saúde como um todo. Só a cesta básica não basta. Está sendo construído aqui um arcabouço teórico para apontar que os problemas são ocasionados pela falta de médico (mas os médicos não se submetam aos baixos salários oferecidos pelo SUS). O problema é: má distribuição. Assim, não basta aumentar o nº de médicos, mas é preciso demonstrar que as despesas com saúde são investimentos. O problema é de distribuição de médicos.

É preciso repensar as redes de cuidado para a saúde da mulher e criança junto com os profissionais de saúde. Pensar regionalmente em abordagens para reorientação do processo de trabalho em perspectivas de curto, médio e longo prazo, na construção de linhas de cuidado.

MESA REDONDA & DEBATE

Estratégias de Provimento e Fixação de profissionais de saúde no SUS

Denise Motta Dau - Coordenadora da Mesa Redonda
Diretora do Departamento da Regulação do Trabalho na Saúde

Expositores:

Waltovânio Cordeiro de Vasconcelos
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS

João Batista Cavalcante
Diretor Geral da Fundação Estatal Saúde da Família- BA

Coronel *Valter Vieira Sampaio Filho*
Seção de Serviço Militar- MD

Debatedores:
Aloísio Tibiriçá Miranda
Conselho Federal de Medicina

Márcio Costa Bichara
Diretor de Saúde Suplementar da FENAM

Luiz Alberto
Deputado Federal PT/BA

Tenente Coronel *Paulo Felipe de Oliveira Costa*
Diretoria de Serviço Militar do Exército

Maria Luíza Fernandes
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

ESTRATÉGIAS DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUS

Diretrizes da carreira multiprofissional do SUS
Experiências exitosas de carreira médica
Experiência em serviço militar na saúde

Sobre carreira multiprofissional do SUS:

O plano de carreira do SUS é algo que vem se discutindo há muito tempo, as diretrizes nacionais do PCCS inseridas no protocolo 06 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS traz os temas essenciais discutidos para o plano e carreira. Contudo, é importante retomar as discussões e considerar:

- a centralização dos serviços de saúde na assistência médica não é um modelo ideal para a saúde brasileira, quanto mais o investimento em sub-especialidades. A quantidade de pacientes em hemodiálise é um indicador da falta de resolução da Atenção Básica e não apenas da assistência do médico, assim o importante para discutir carreira é tomar o trabalho de todos os profissionais;
- a equipe multiprofissional não é constituída apenas por profissionais graduados, mas também por diferentes técnicos de nível médio;
- é necessário que todos cumpram as propostas acordadas na mesa de negociação, pois foram pactuadas e assinadas com o compromisso de gestores e trabalhadores e discutidas alternativas e adequações para eventuais problemas.

Quanto ao tema central desse Evento é importante destacar:

- precariedade do vínculo dos profissionais médicos: algumas propostas de fixação dos profissionais médicos aqui discutidas visam a rotatividade e não a fixação desses profissionais. Conclusão: problemas de fixação de médicos (e de outros profissionais, em menor quantidade) por várias questões, entre elas o salário,vínculos sem segurança e condições de trabalho, podem resultar no descomprometimento dos profissionais;
- é inaceitável a forma de contratação dos profissionais de saúde (precariedade e baixos salários) o que não a torna atrativa para os respectivos profissionais.

Experiências exitosas de carreira médica: estratégias e desafios para atração e fixação de profissionais na APS

Ação de base: desprecarizar os vínculos trabalhistas e implantar uma Carreira Pública Intermunicipal, na perspectiva de superar problemas crônicos como:

- vínculo precário, vulnerabilidade a pressões políticas;
- nenhuma mobilidade;
- instabilidade nas equipes;
- mercado Predatório;
- pouco incentivo à fixação;
- precário apoio para atualização clínica.

Cada um desses problemas isoladamente ou como conjunto cria: falta de perspectiva, desestímulo, saúde da família como "falta de opção" ou como "pé de meia".

Sobre a Fundação estatal de saúde da família na Bahia (FESF)

Possui um modelo de gestão que se propõe a desenvolver intervenções em problemas referidos à fixação de profissionais na estratégia de saúde da família. Envolve os trabalhadores nos processos de desenvolvimento da estratégia e considera o perfil dos municípios (maior recurso para municípios com menor renda). O objetivo é, em síntese, construir uma carreira para os profissionais, com gratificações e regras claras até a aposentadoria (o que dá segurança ao profissional) mais adicionais para a fixação de profissional em locais distantes. Para esses, são desenvolvidas e disponibilizadas várias ferramentas virtuais para diminuir o isolamento e estimular a produção intelectual.

A expectativa é que através da união dos municípios, a questão da saúde possa ser otimizada, inclusive pela singularidade da FESF-SUS - um arranjo interfederativo que possibilita que os municípios, com o apoio do Estado, possam:

- desenvolver uma gestão compartilhada;
- atuar de maneira solidária e articulada;
- regular, em conjunto, o mercado de trabalho;
- ter ganhos de escala;
- concretizar politicas de equidade.

Diante dos questionamentos à fundação estatal (como desprecarizar a carreira se há contratos temporários? As fundações são meramente uma transferência de gestão; os gestores comprometidos com o SUS não precisam transferir suas responsabilidades) reiterou-se que a Fundação Estadual de Saúde da Família (FESF) é alternativa para uma região de completa não cobertura. Pretende-se sanar problemas imediatos. Além disso, é importante não confundir a fundação pública com a fundação privada (têm objetivos diversos). No momento, a SES-Ba está realizando pesquisas para a avaliação dos resultados desse sistema.

Sobre a experiência em serviço militar na saúde

Importante ressaltar a dificuldade de recrutamento de profissionais para o serviço militar, mesmo contando com leis que regulamentam a prestação de serviço militar para profissionais diplomados como:

- estágios de permanência nas forças armadas, divididos em 2 períodos cada qual com 12 meses (é possível estender para até 8 anos);
- Lei nº 12336/10 - isenta aqueles matriculados em IES (farmacêuticos, médicos, dentistas);

Entre as dificuldades, destacam-se o deslocamento para regiões remotas, a não adaptação à vida militar e a descontinuidade dos estudos (poucos profissionais médicos continuam no serviço militar depois que acaba o tempo obrigatório).

Pontos considerados relevantes para a importância do Serviço Militar obrigatório para médico, farmacêutico, dentistas e veterinários em regiões carentes:

- elevado número de municípios no país (da ordem de 5.560), dos quais 75% possuem um contingente populacional abaixo de 20 mil habitantes, e apresentam baixo IDH;
- a maioria dos municípios tem como principal fonte de recursos o repasse do Fundo de Participação dos Municípios;
- muitos municípios não possuem profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas), impondo à população constantes deslocamentos na busca de atendimento médico e conseqüente sobrecarga no sistema de saúde dos maiores centros dotados de infraestrutura;
- dificuldades da estrutura governamental para alocar profissionais em diversas regiões do país;
- a falta de infraestrutura urbana e de ofertas de serviços públicos em determinados municípios têm dificultado a atração de profissionais, particularmente da área de saúde, em regiões carentes do país;
- as necessidades de especialização e de constante aperfeiçoamento levam os profissionais médicos para os grandes centros.

O tema da Mesa Redonda em Debate

Sobre o tema discutido no Seminário, alguns destaques e considerações:

- é necessário qualificar o debate sobre o provimento e fixação do profissional médico até porque não há base que aponta qual é o número de médicos necessários no Brasil;
- junto às análises que consideram a falta do profissional médico como o problema que se articula ao provimento e a fixação deste profissional, estão aquelas em que se afirma que não há falta de

médicos no país e sim uma alta concentração em determinadas regiões e nas grandes cidades. O consenso das organizações da categoria médica é a existência da má distribuição de profissionais médicos no país;

- ainda não se sabe qual é o projeto brasileiro para a problemática da saúde (todos concordam com a aprovação da ementa 29, porém nada se faz a respeito);
- a solução não é serviço civil ou o trabalho temporário. A solução dos problemas está em alternativas como a regulamentação da provisão de profissionais de saúde no país e o aumento do preço da tabela de valores do SUS (a questão das cirurgias represadas em BH só resolveu quando aumentou a tabela do SUS).

Este Seminário discutiu assuntos exaustivamente já tratados, porém trouxe elementos que reconfiguram a questão. Alguns desses elementos podem ser traduzidos em pontos e considerações que devem pautar a continuidade dessa discussão na perspectiva da definição de programas e políticas voltadas para o provimento e fixação de profissionais de saúde:

- a disputa de profissões contaminou e comprometeu as últimas decisões do Ministério Público;
- é importante pensar em uma carreira para todas as áreas e profissões e não apenas para o PSF;
- os atuais salários e a diferença dos salários das profissionais compromete qualquer política de fixação de qualquer profissional na rede pública;
- eixos de ação para a valorização da medicina de família;
- infra-estrutura e valorização da medicina de família no âmbito da APS;
- promover seleção criteriosa dos futuros profissionais da atenção primária;
- realizar investigação de motivos de desligamento dos profissionais.

O plenário debate o tema da Mesa Redonda

O seminário tem como objetivo encaminhar ao MS uma discussão formal para a tomada de decisões. Esse é o primeiro de uma série de encontros (o segundo será focado na categoria de enfermagem). Com a participação do Conselho de Medicina o MS irá debater se o número de médicos no Brasil é suficiente para atender ao modelo de saúde que se espera para a nossa sociedade.

Sobre a FESF/Ba

A discussão como apresentada limitou-se a uma carreira específica e uma área específico de atuação. É necessário englobar todos os e Serviços.

Outras iniciativas devem acontecer em todo o território considerando particularidades que uma única proposta não é capaz de resolver.

Alternativas apresentadas se complementam, não são soluções isoladas. De qualquer forma o que se percebe é que mesmo remuneração maior não promoveu a fixação destes profissionais.

As alternativas adotadas para resolver problemas de qualidade e acesso aos Seviços de saúde são, de fato, um ataque ao SUS: contratos precários, a presença das OS e agora as fundações estatais. É necessário o aprofundamento de discussão de carreiras e não discutir profissão por profissão. É necessário o envolvimento de todos os profissionais nessa discussão para termos uma intervenção efetiva nos problemas relacionados aos recursos humanos e a gestão do trabalho em saúde.

A Presidência citou a garantia de acesso universal a saúde, numa decisão que envolva todas as esferas do problema. Não é possível fixar os profissionais em todos os lugares remotos do país, portanto deve-se começar com o provimento e discutir com os gestores e trabalhadores as diversas alternativas.

Alguns destaques a serem considerados na continuidade da discussão dessas questões:

- é prematuro retirar do debate a questão da carreira multiprofissional nacional, seria, inclusive interessante discutí-la lado a lado com a discussão do serviço civil (obrigatório, voluntário);
- o enfermeiro é o profissional essencial para a saúde pública, para a organização da Atenção Básica;
- quem está na gestão não pode esperar os recursos chegarem, precisam criar soluções para as questões como se apresentam no seu âmbito de competências;
- é preciso promover ações que visem acabar com as iniqüidades de cada região do país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade como uma das primeiras iniciativas da gestão do Ministro Alexandre Padilha, teve por objetivo promover a articulação entre as esferas e instâncias de governo e entre as entidades representativas da sociedade civil organizada, no intuito de identificar, a partir do acúmulo nacional e internacional sobre o tema, a melhor composição de iniciativas de enfrentamento deste grande desafio.

É consenso o fato de que este não é um problema novo e nem local. Um grande número de países se depara com a dificuldade de prover a população em áreas remotas de atendimento de saúde e em especial, de médicos e especialistas. Não há uma medida única de enfrentamento, a questão é complexa, e de manejo intersetorial. A experiência acumulada em diversos países aponta para o entendimento de que não há uma solução definitiva para o problema, mas é preciso administrá-lo como uma doença crônica.

As múltiplas estratégias discutidas podem ser agrupadas de acordo com o documento de Diretrizes da Organização Mundial da Saúde para o provimento e fixação de profissionais de saúde, em medidas educacionais, regulatórias, de financiamento e de gestão do trabalho.

No Brasil, uma combinação de estratégias envolvendo medidas de todos estes grupos vêm sendo implementadas. Nas medidas educacionais, a ampliação e aprofundamento das políticas indutoras da reorientação da formação, na graduação e na pós-graduação e outras políticas como de financiamento, a regulamentação da Lei n. 12.202 /2010 que trata do Financiamento Estudantil(FIES). Está prevista também a continuidade do processo de expansão da Residência Médica e em saúde.

Como encaminhamentos iniciais decorrentes do que foi discutido no Seminário, deve-se aprofundar a análise sobre as propostas de Serviço Civil, analisar a proposta já apresentada de carreira multiprofissional, identificar e analisar as experiências bem sucedidas já implementadas por alguns estados, com conformações diversas, de planos de carreira.

É preciso também avançar buscando avaliar o processo de trabalho a partir do modelo estabelecido para as redes de atenção à saúde, a melhor composição tecnológica das equipes multiprofissionais e seu dimensionamento, com base na carga de trabalho estimada para cada profissional que compõe a equipe, para dar conta de consolidar o modelo projetado de Redes de Atenção à Saúde, com base na Atenção Básica como ordenadora da rede.

A erradicação da miséria é a principal meta, perseguida com obstinação pelo Governo da Presidente Dilma Rousseff. Esta meta se traduz, na área da saúde, no objetivo estratégico de garantir o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde a toda a população brasileira. Para isso, é fundamental que se possa enfrentar o desafio de prover e fixar profissionais de saúde, em especial nas localidades e regiões que ainda se encontram desprovidas de acesso à saúde.

APÊNDICE A

Apresentações de expositores das Mesas Redondas

Hugo Mercer
Universidad de Buenos Aires, Argentina

"Seminário sobre escassez, provimento e fixação de profissionais da saúde em áreas remotas e desassistidas"

Hugo Mercer
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Contenido

- Problema
- Acción de la OMS
- Evidencias
- Buenas prácticas
- Voluntad política y extensión de derechos

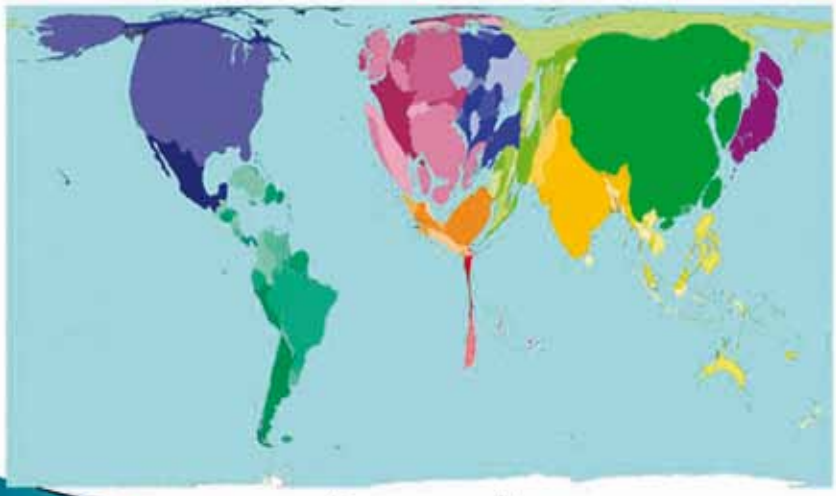
Valores que orientan las políticas

... o objetivo da força de trabalho é simples – conseguir que os trabalhadores adequados e com as habilidades necessárias, estejam nos lugares oportunos, fazendo as coisas certas! – e assim, manter a agilidade para responder a crises, corrigir as desigualdades atuais e antecipar o futuro.

- *Reformas da cobertura universal*
- *Reformas da prestação de serviço*
- *Reformas de política pública*
- *Reformas da liderança*

E possível angariar fundos adicionais e diversificar as fontes de financiamento. E possível passarmos dos pagamentos directos aos pré-pagamentos e fundos comuns e sermos mais eficientes e equitativos na utilização dos recursos.

Distribución de médicos en el mundo, 2004



Fuente: www.worldmapper.org

Distribución de enfermeras en el mundo, 2004

http://www.worldmapper.org/images/largepng/216.png

OMS: Recomendaciones basadas en evidencias para desarrollar estrategias que faciliten el acceso a trabajadores de salud en áreas remotas y rurales

Foco en la implementación: cómo hacerlo?

Una guía para la acción

Preguntas del Programa de la OMS

- Cuáles son los diferentes factores que influyen en la decisión de localización de los trabajadores de salud? Cómo varían según tipo de trabajador?
- Cómo tendrían que ser diseñadas y aplicadas diferentes estrategias de dotación de personal en el medio rural?
- Cuáles son las precondiciones para el diseño e implementación de estrategias de retención?
- Cuál es el nivel de efectividad de las estrategias de retención para determinar la localización de los trabajadores?
- Cómo evaluar las estrategias de retención?

El acceso a trabajadores de salud en áreas remotas y rurales depende de la interacción de dos aspectos

✓ Factores que influyen sobre las decisiones de localización: porqué la gente va, permanece o abandona lugares remotos o rurales?

✓ Respuestas del sistema de salud:
- Intervenciones educativas
- Intervenciones regulatorias
- Incentivos financieros directos e indirectos
- Gestión, ambiente y soporte social

Recomendaciones globales de políticas, OMS, 2010

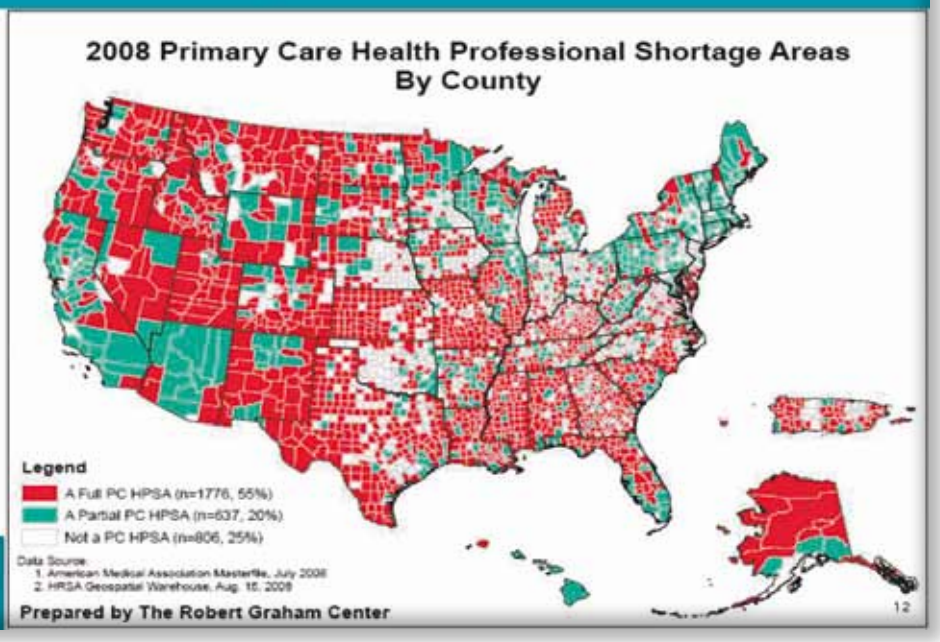
Tipo de intervención	Ejemplos
A. Intervenciones Educativas	A1 Alumnos provenientes del medio rural A2 Escuelas de Ciencias de la Salud fuera de las ciudades principales A3 Rotaciones clínicas en zonas rurales durante la formación A4 Problemas rurales reflejados en el programa de estudios A5 Desarrollo profesional permanente de lso trabajadores de salud rurales
B. Intervenciones regulatorias	▪ Ampliación del ámbito de práctica ▪ Diferente tipo de trabajadores de salud ▪ Servicio obligatorio ▪ Devolución de becas mediante trabajo en zonas rurales
C. Incentivos financieros	▪ Incentivos salariales apropiados
D. Gestión, ambiente y apoyo social	D1 Mejores condiciones de vida D2 Ambientes de trabajo seguros y amigables D3 Apoyo externo accesible D4 Programas de desarrollo de una Carrera D5 Redes profesionales D6 Acciones de reconocimiento público

Compleja combinación de intervenciones

International Seminar on Retention of Health Care Professionals in Remote, Isolated and Vulnerable Areas, Recife 2010

País	Institución	Hallazgos
EEUU	National Health Service Corps, 1972	4000 equipos por año (55% rurales). Incentivos
India	NATIONAL RURAL HEALTH MISSION	743 millones hab, en área rural, Integración a una red
México	Servicio Social, Medicina Rural, Coplamar, Progresa, Oportunidades	Coordinación, incentivos
Canadá	Ministerio de Salud	Especialización, Credencialismo, Concentración
Perú	Ministerio de Salud, SERUM	Integración nacional, carrera sanitaria
Chile	SNSS, Ministerio de Salud	Carrera sanitaria, incentivos

NHSC , en EEUU desde 1972

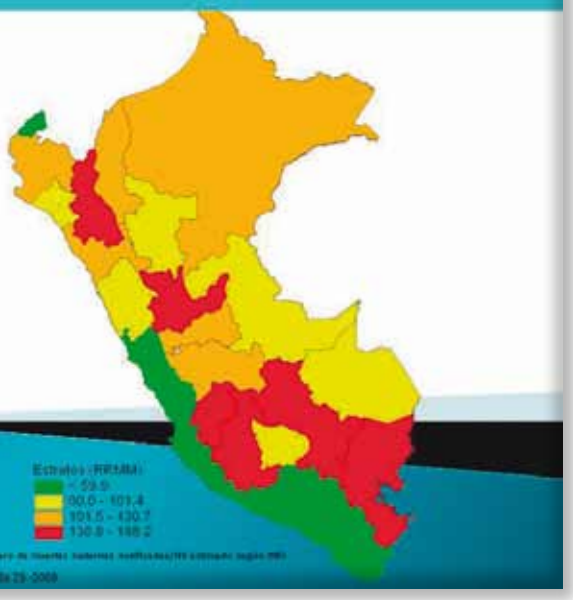


México: grado de rezago social a nivel estatal, 2005
Grado de rezago social
Total de entidades
Muy bajo
Bajo
Medio
Alto
Muy alto
FUENTE: CONEVAL, Mapas de pobreza y rezago social, 2005

CHILE: incentivos financieros diferenciales
30% - 35% - 40% - 50% - 80%
10% - 15% - 25% - 30% - 35%
10% - 20% - 25% - 40%
15% - 30%
70% - 90%
60% - 105% - 125%
300% - 600%
70% - 85% - 95% - 105% - 115% - 125% - 190%
10% - 20%
ARICA
IQUIQUE
ANTOFAGASTA
COPIAPO
LA SERENA
VALPARAISO
TALCA
CONCEPCION
TEMUCO
VALDIVIA
PUERTO MONTT
COYHAIQUE
PUNTA ARENAS

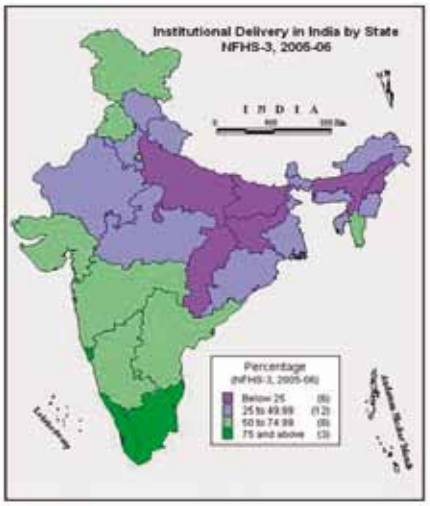
Perú: grave déficit de recursos humanos

DPTO	RMM (x 100 mil) 2000-2009
ICA	33,6
LIMA	35,5
TACNA	40,3
TUMBES	44,1
CALLAO	49,0
MOQUEGUA	55,1
AREQUIPA	59,9
LAMBAYEQUE	78,9
APURIMAC	80,6
MADRE DE DIOS	95,8
ANCASH	95,8
UCAYALI	97,2
SAN MARTIN	101,5
PIURA	105,7
JUNIN	111,8
LORETO	112,7
LA LIBERTAD	116,4
AMAZONAS	124,6
PASCO	130,7
CUSCO	137,6
AYACUCHO	138,2
HUANUCO	143,8
CAJAMARCA	144,4
HUANCAVELICA	186,9
PUNO	188,2
PERU	94,0



INDIA: datos básicos

Población: 1.1 billón
Rural: 742.7 millón
Unidades administrativas
- Estados: 35
- Distritos: 617
- Blocks: 6.345
- Pueblos: 638.588



EEUU: situación del NHSC

Desafíos

- Necesidad: 31.000 clínicos para asegurar acceso adecuado a la atención a la salud
- Demanda: 6.700 pedidos provenientes de comunidades sin atención
- Respuesta: solo 3.820 clínicos están trabajando en el país

Enseñanzas

- Buena planificación
- Transparencia
- Proceso claro de asignación de cargos
- Apoyo financiero y clínico en los lugares de trabajo

México: Servicios Médicos Sanitarios Ejidales (1936) / Servicios Médicos Rurales Cooperativos (1941)

- Centros Rurales Cooperativos, establecidos en regiones de ejidatarios.

México: características del Servicio Social Médico

- Prestación de servicios *sin cobro* en centros de salud rural *durante 5 meses* en el último año de la carrera, (en 1945 aumentó la duración a 12 meses)
- *Requisito obligatorio* para obtener el título

Práctica de fisiología para médicos rurales, 1940

México: primeros años del Servicio Social Médico

- Rechazo de la comunidad estudiantil
- La población lo percibió como un Beneficio
- La Academia Nacional de Medicina, a 10 años de la creación del Servicio Social, calificó sus resultados como insuficientes, ya que sólo una minoría de los médicos había permanecido en las comunidades rurales

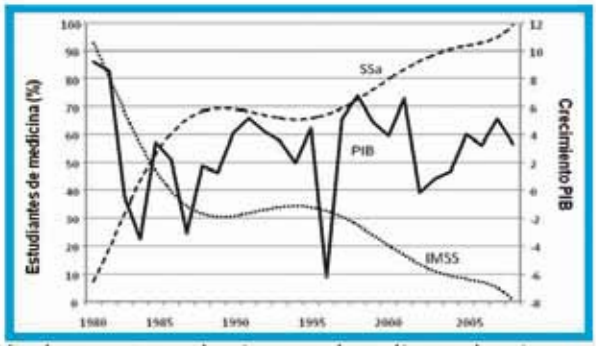
CHILE:SISTEMA DE CARRERA SANITARIA

CHILE: políticas de provisión y retención de personal

1. Marcos laborales que garantizan:
   - desarrollo de una carrera sanitaria,
   - protección a los derechos laborales y un
   - sistema de remuneraciones e incentivos
2. Opciones de desarrollo profesional
3. Desarrollo de modelos de gestión
4. Provisión de infraestructura y tecnología adecuada

México: Distribución de los médicos pasantes en las instituciones de salud

- Hasta la fecha, la SSA continúa reteniendo la mayor parte de los pasantes disponibles anualmente.



- La proporción de pasantes adscritos en el medio rural se incrementó del 89.9% al 94% entre 1990 y 1997 para descender al 90% a 1999.
- De esta manera se logra dotar de recursos médicos a miles de unidades rurales en el país.

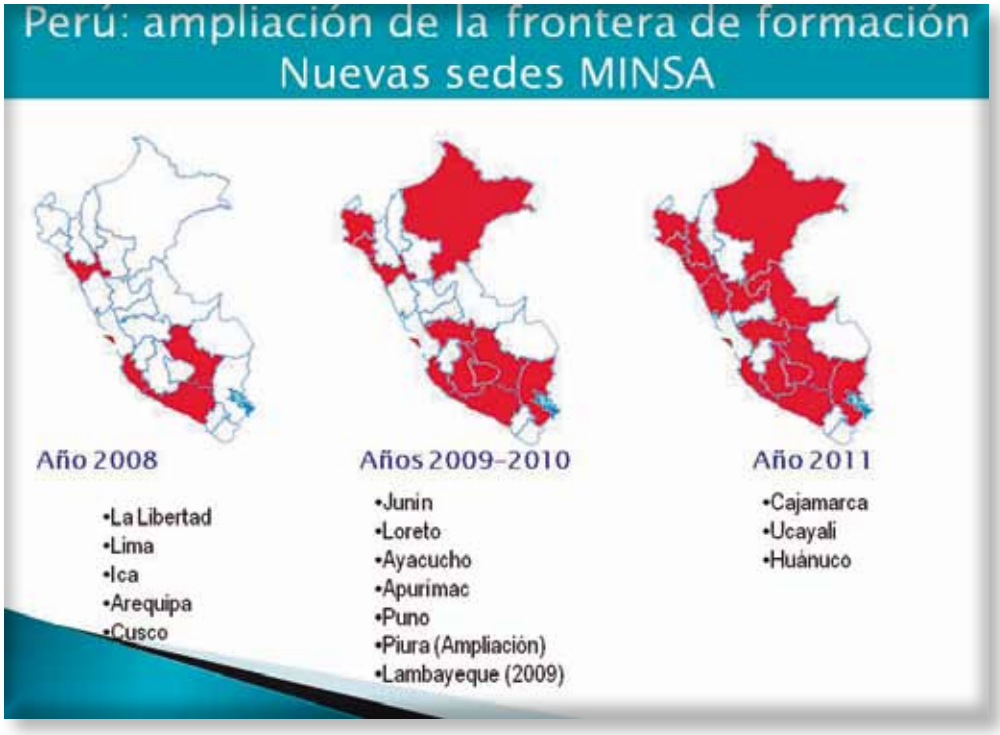
México: Factor común de los programas de atención a la salud rural

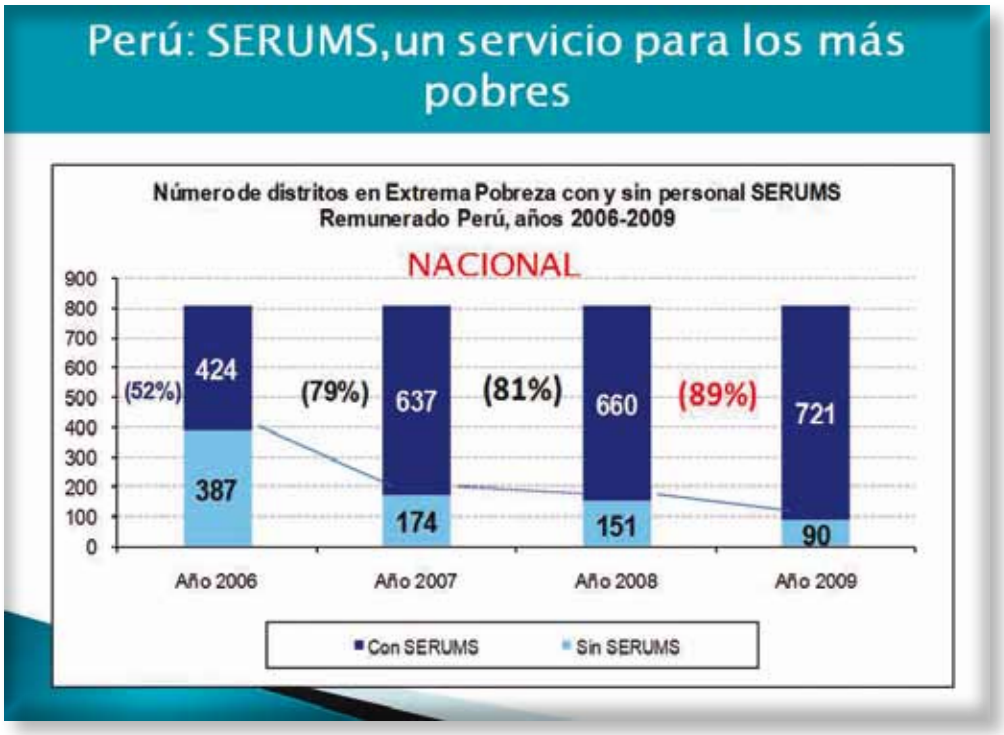
Canadá: dinámica del mercado de trabajo

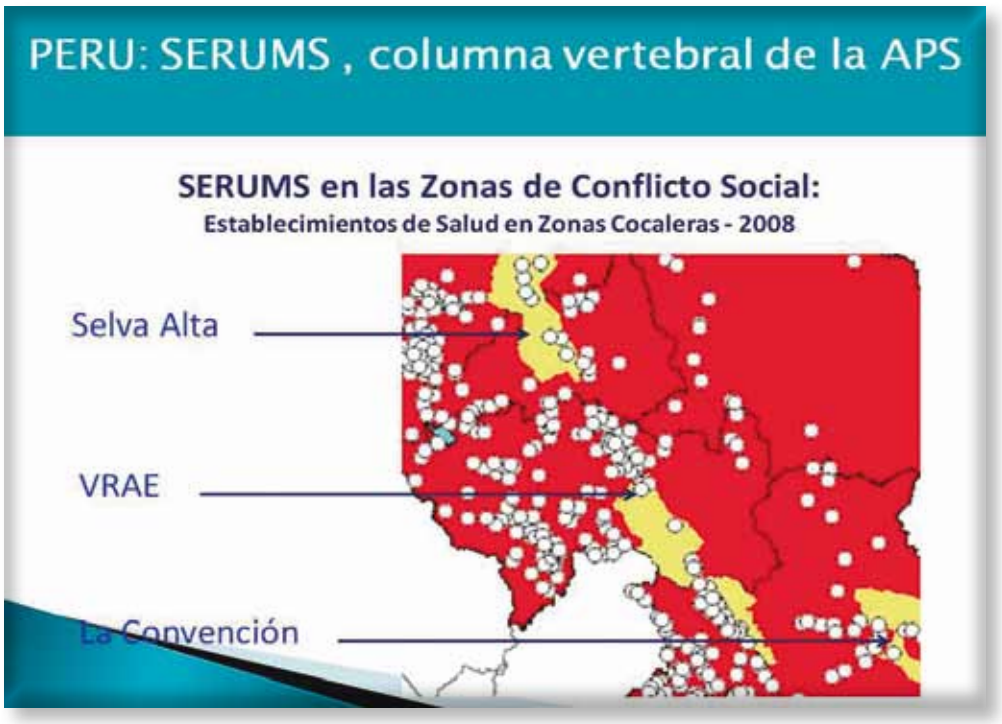
Formación	Especialización	Credencialismo
• Formación profesional urbana	• Tendencia predominante en todas las ocupaciones en salud, más en Medicina • Desplaza a los generalistas	• Incremento de requisitos y calificación para la práctica, • Mejora la calidad de la atención o es una diferenciación de mercado?

Canadá: fuentes de oferta de recursos humanos en salud

- Educación y/o importación
- Educación y capacitación moldean a la fuerza de trabajo
- Tendencias: especialización, credencialismo, centralización formativa en algunas ciudades
- Su combinación puede afectar una buena distribución de los recursos humanos


Perú: ampliación de la frontera de formación
Nuevas sedes MINSA
Año 2008
•La Libertad
•Lima
•Ica
•Arequipa
•Cusco
Años 2009-2010
•Junín
•Loreto
•Ayacucho
•Apurímac
•Puno
•Piura (Ampliación)
•Lambayeque (2009)
Año 2011
•Cajamarca
•Ucayali
•Huánuco


Perú: SERUMS,un servicio para los más pobres
Número de distritos en Extrema Pobreza con y sin personal SERUMS Remunerado Perú, años 2006-2009
NACIONAL
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
(52%)
424
387
(79%)
637
174
(81%)
660
151
(89%)
721
90
Año 2006
Año 2007
Año 2008
Año 2009
Con SERUMS
Sin SERUMS


PERU: SERUMS , columna vertebral de la APS
SERUMS en las Zonas de Conflicto Social:
Establecimientos de Salud en Zonas Cocaleras - 2008
Selva Alta
VRAE
La Convención

CHILE: inversiones en APS 2006-2010
Centros de Salud Familiar
Centros de Salud Familiar
Centros Comunitarios de Salud Familiar

América Latina: una oportunidad histórica

- Voluntad política de los Estados
- Incentivos financieros,...pero también colectivos
- Actores en la extensión de los Derechos de la ciudadanía
- Volcar el crecimiento económico hacia la inclusión social
- Solidaridad regional

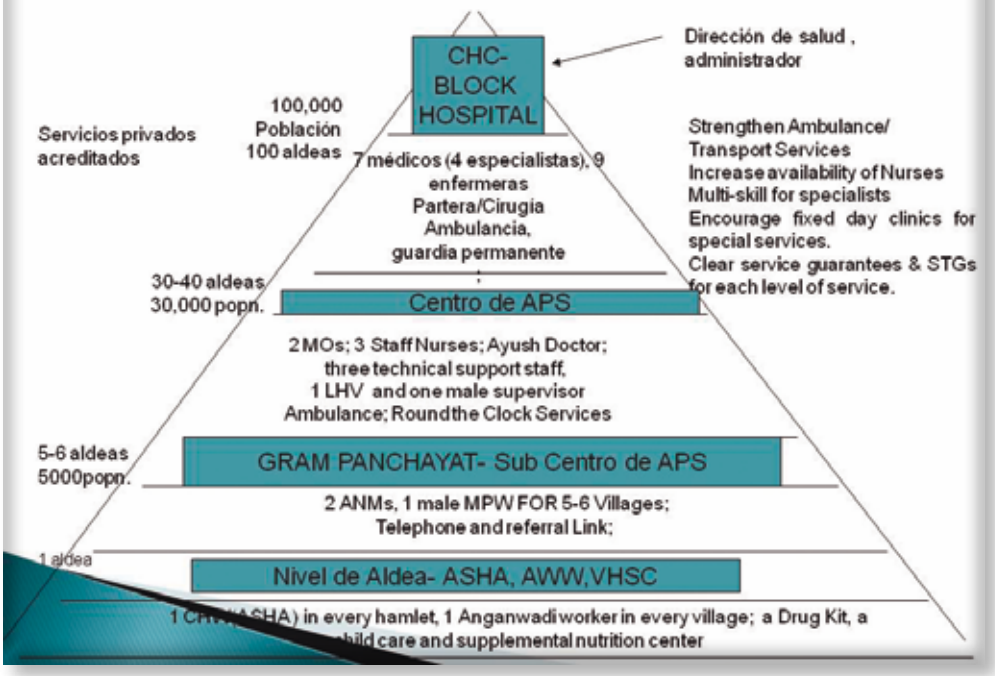
Intervenciones que fortalezcan la inclusión social

Notas distintivas de cada experiencia

País	Enseñanza
EEUU	Programa integral de selección, localización y apoyo
México	Servicio social, identidad
Chile	Carrera y Servicio Nacional de Salud, Infraestructura
Perú	Integración nacional, equidad, carrera
Canadá	Regulación y Educación, equidad
India	Flexibilidad en definición y empleo de RH, profesiones e

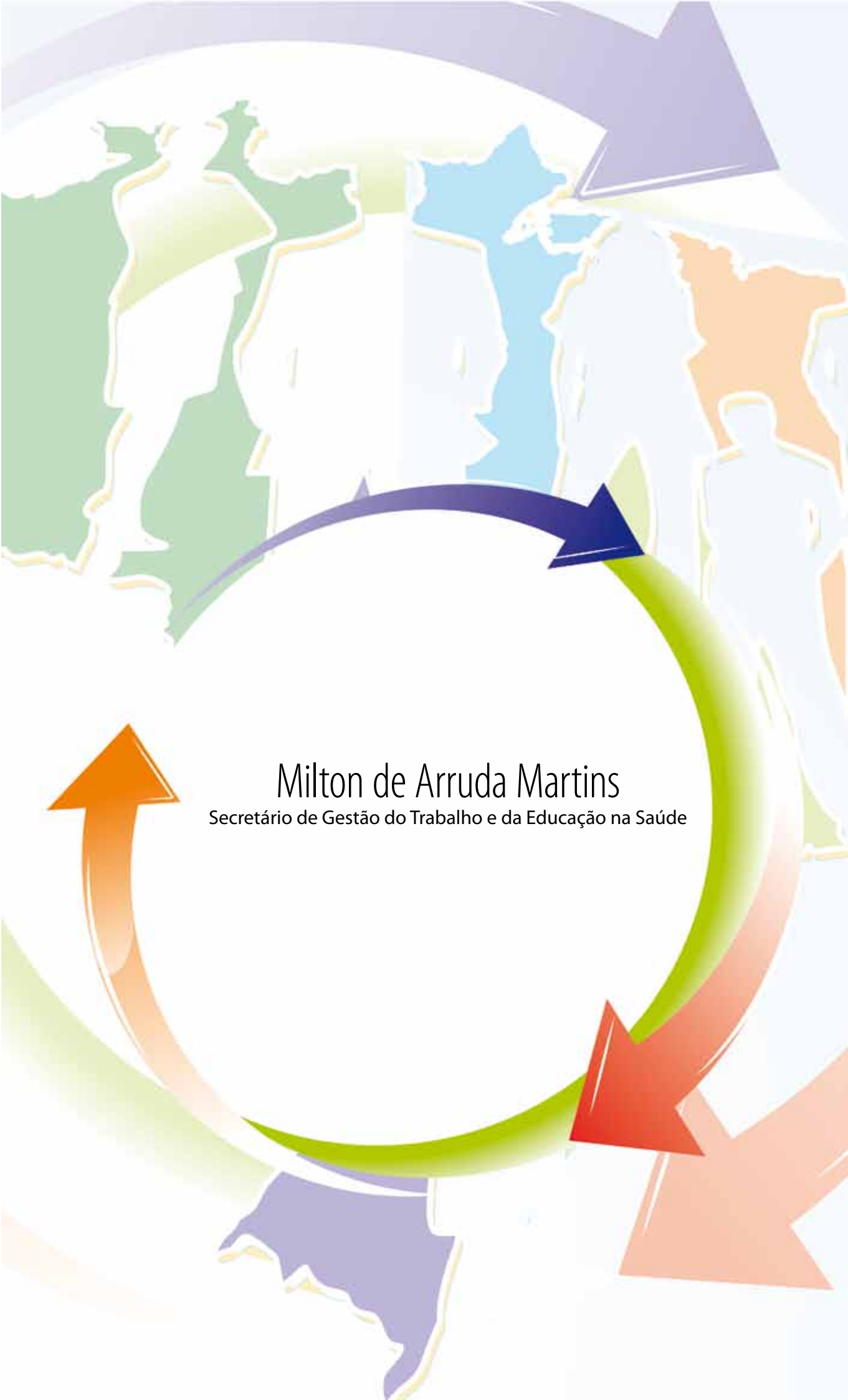
India: Centro de Salud rural típico

India: NRHM, su estructura normativa



INDIA: NATIONAL RURAL HEALTH MISSION

- Salud es ámbito de intervención **estadual**
- Bienestar familiar y control de enfermedades es **central**
- Estado es el actor predominante
- NRHM: el gobierno central transfiere a los programas financiamiento
- Ajuste estructural debilitó la capacidad estatal



Milton de Arruda Martins

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade

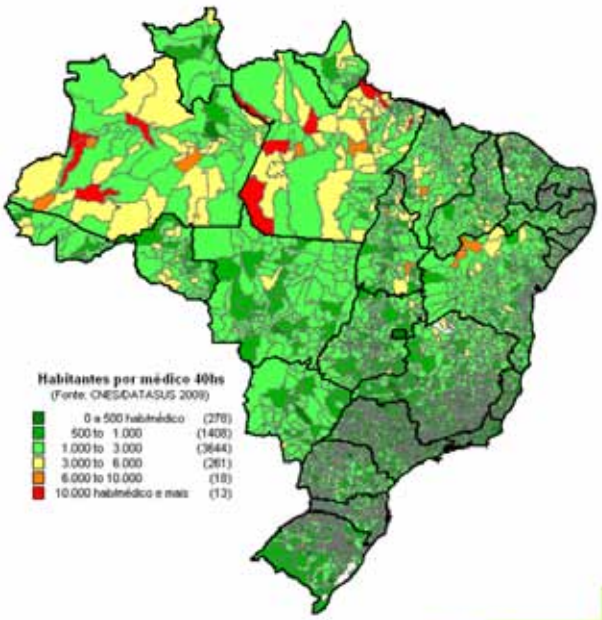
Experiências e Propostas Nacionais

Mílton de Arruda Martins

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

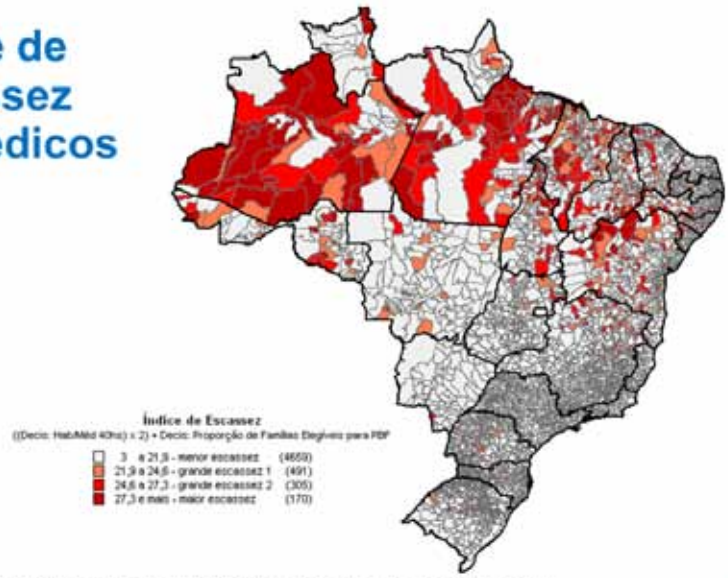
Ministério da Saúde BRASIL

Habitantes por médico



Ministério da Saúde BRASIL

Índice de escassez de médicos



Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
(RORHES - OPAS/MS) - NESCON/ UFMG

Ministério da Saúde BRASIL

Estratégias para provimento e fixação de profissionais de saúde

- Devem ser adotadas estratégias que incluam todos os profissionais e trabalhadores de saúde.
- Políticas para categorias específicas devem ser pensadas no contexto de uma visão geral de trabalho de todos os profissionais e trabalhadores de saúde.

Ministério da Saúde BRASIL

Estratégias para provimento e fixação de profissionais em áreas remotas ou de difícil provimento (Diretrizes da OMS)

- O problema é complexo e há necessidade de múltiplas estratégias que respeitem, inclusive, as diversidades regionais.

- Intervenções Educacionais e Regulatórias
- Incentivos Diretos e Indiretos
- Suporte Social e Profissional

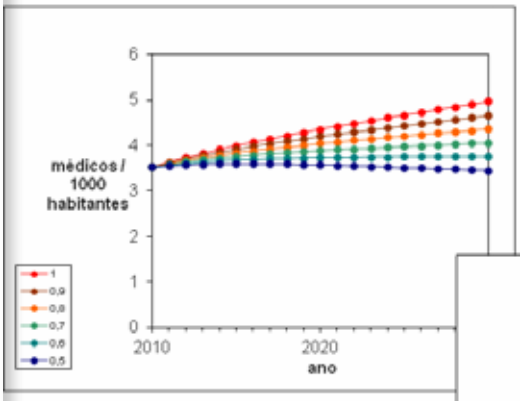
Ministério da Saúde BRASIL

Estratégias para Provimento e Fixação de Médicos

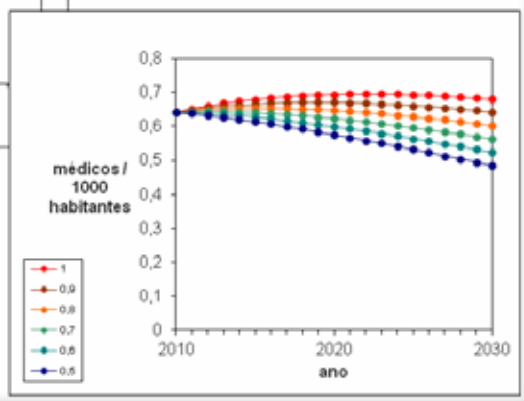
- Iniciativas educacionais relacionadas ao provimento e fixação de médicos no SUS
- Graduação e Residência Médica como fatores de fixação de médicos
- Carreira Multiprofissional e/ou Carreira Médica
- Serviço Militar
- Serviço Civil (de Saúde) para Médicos

Ministério da Saúde BRASIL

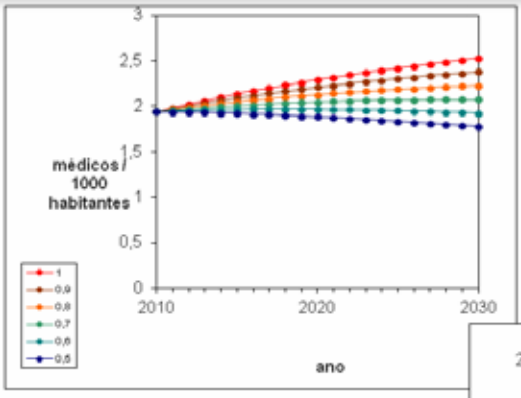
Rio de Janeiro

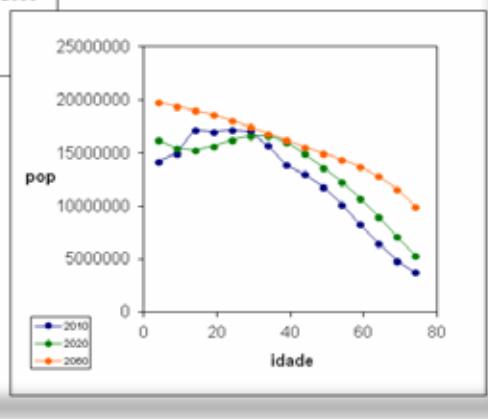


Maranhão



Brasil
Dados para todo o país





Estratégias de formação

- Distribuição da oferta de vagas de graduação equilibrada em relação à população das diferentes regiões do país
- Políticas que priorizem o acesso de estudantes que morem na mesma região da instituição de ensino superior
- Políticas de incentivo a mudanças curriculares (de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e as necessidades do SUS)

Ministério da Saúde BRASIL

Estratégias para Provimento e Fixação de Médicos

- Iniciativas educacionais relacionadas ao provimento e fixação de médicos no SUS
- Graduação e Residência Médica como fatores de fixação de médicos
- Carreira Multiprofissional e/ou Carreira Médica
- Serviço Militar
- Serviço Civil (de Saúde) para Médicos

Ministério da Saúde BRASIL

Estratégias para provimento e fixação de profissionais em áreas remotas ou de difícil provimento (Diretrizes da OMS)

- O problema é complexo e há necessidade de múltiplas estratégias que respeitem, inclusive, as diversidades regionais.

- Intervenções Educacionais e Regulatórias
- Incentivos Diretos e Indiretos
- Suporte Social e Profissional

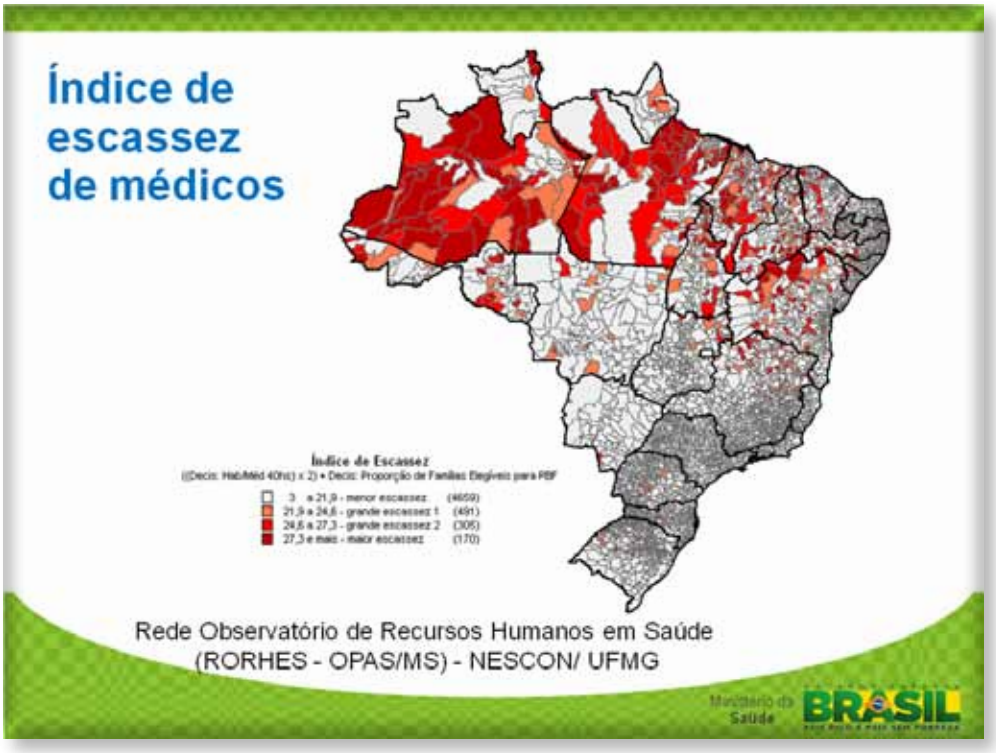
Ministério da Saúde BRASIL

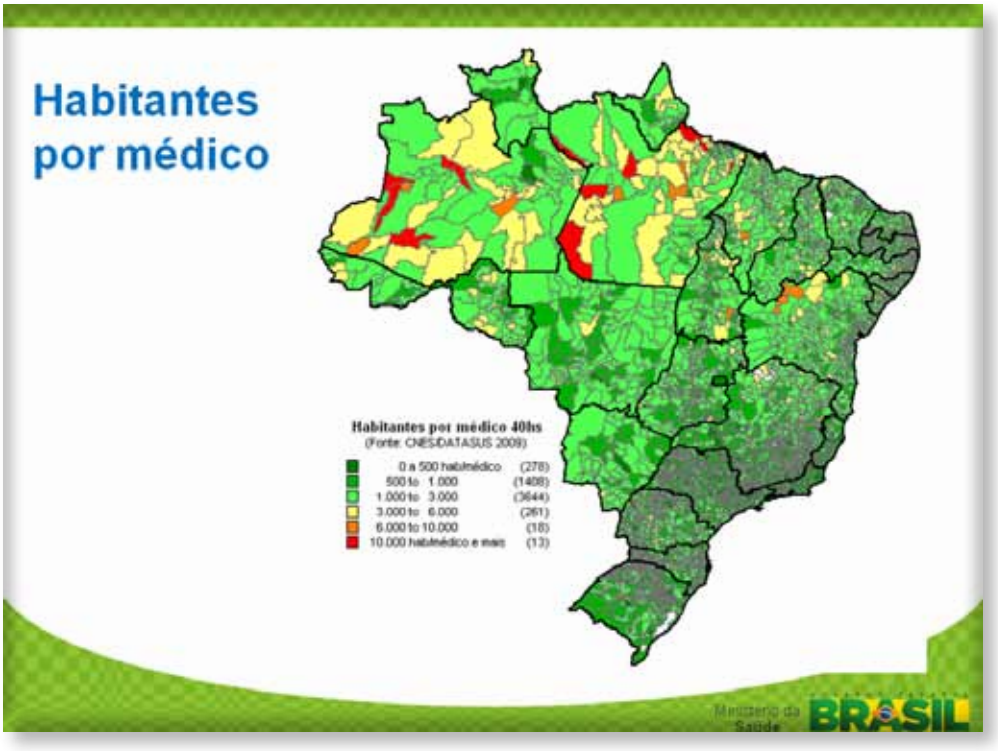
Estratégias para provimento e fixação de profissionais de saúde

- Devem ser adotadas estratégias que incluam todos os profissionais e trabalhadores de saúde.

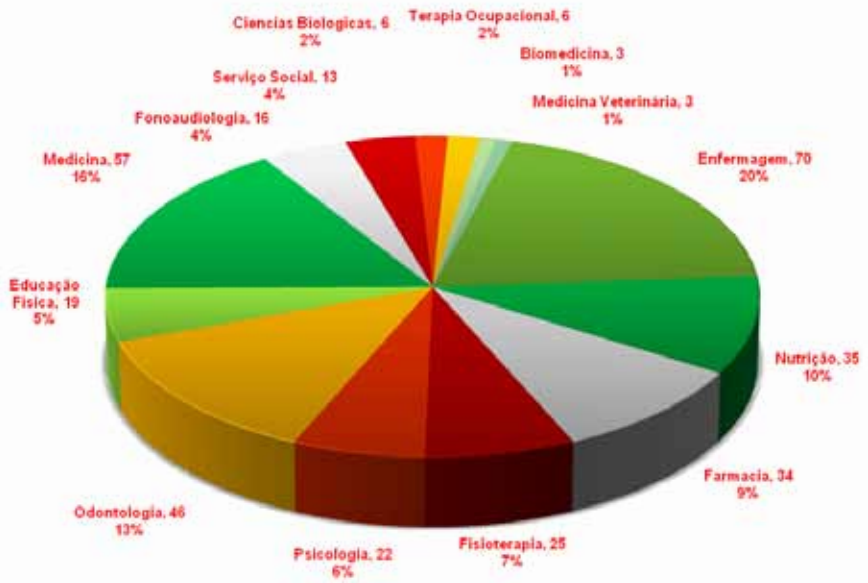
- Políticas para categorias específicas devem ser pensadas no contexto de uma visão geral de trabalho de todos os profissionais e trabalhadores de saúde.

Ministério da Saúde BRASIL


Índice de escassez de médicos
Índice de Escassez
((Decis: Hab/Méd 40hs) x 2) + Decis: Proporção de Famílias Elegíveis para PBF
3 a 21,9 - menor escassez (4659)
21,9 a 24,6 - grande escassez 1 (491)
24,6 a 27,3 - grande escassez 2 (305)
27,3 e mais - maior escassez (170)
Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
(RORHES - OPAS/MS) - NESCON/ UFMG
Ministério da Saúde
BRASIL


Habitantes por médico
Habitantes por médico 40hs
(Fonte: CNES/DATASUS 2009)
0 a 500 hab/médico (278)
500 to 1.000 (1408)
1.000 to 3.000 (3644)
3.000 to 6.000 (261)
6.000 to 10.000 (18)
10.000 hab/médico e mais (13)
Ministério da Saúde
BRASIL

PRÓ-SAÚDE: 354 cursos de graduação



Ministério da Saúde

Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade

Experiências e Propostas Nacionais

Milton de Arruda Martins

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde BRASIL

Serviço de Saúde Voluntário para Médicos

- Comissão MS, MEC, Ministério da Defesa, CONASS, CONASEMS, CFM, AMB, FENAM, DENEM, ABEM, ANDIFES
- Prefeitura Municipal – UBS com Equipe de Saúde da Família, Moradia e Segurança
- MEC – Bônus no Exame de Residência e Autorização para trancar a matrícula na RM caso já tenha sido aprovado
- MS – Ponto de Telessaúde, financiamento da Equipe de Saúde da Família e dos Núcleos de Telessaúde e Tutoria das Universidades
- Universidade ou Escola Médica – Núcleo de Telessaúde e tutores para supervisão
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – Colaboração para formação de Especialista

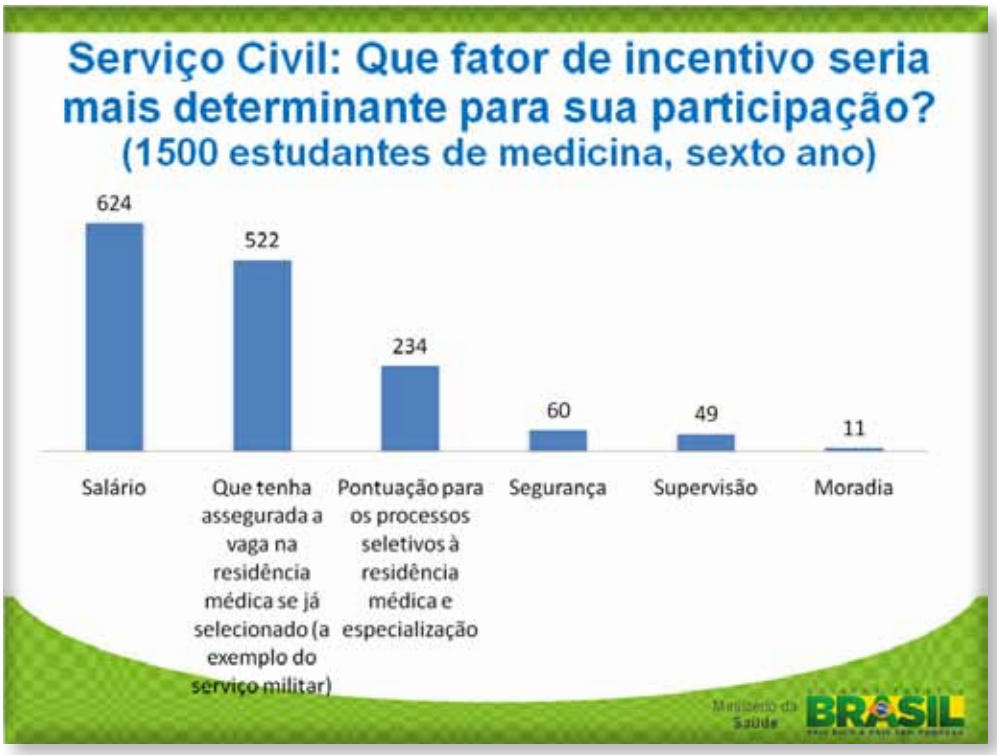
Ministério da Saúde BRASIL

Serviço de Saúde ("civil") Voluntário para Médicos

- Um a dois anos em equipes de saúde da família constituídas, podendo, também, atuar em unidades de urgência;
- Locais definidos a partir do mapa de necessidades de saúde;
- O candidato poderá manter sua vaga na Residência Médica, como acontece com o Serviço Militar;
- Salário de Médico da Estratégia de Saúde da Família
- Bônus para o Exame de Residência Médica;
- Supervisão de Escola Médica local, presencial e/ou através do Telessaúde.

Ministério da Saúde BRASIL

O que o estimularia a optar por um período superior a um ano?
1016
63%
336
21%
160
10%
92
6%
Salário diferenciado
Maior pontuação para o exame de residência
Especialização em Saúde da Família
Local de atuação (Periferia de região metropolitana ou vazio demográfico)
Ministério da Saúde
BRASIL


Serviço Civil: Que fator de incentivo seria mais determinante para sua participação?
(1500 estudantes de medicina, sexto ano)
624
522
234
60
49
11
Salário
Que tenha assegurada a vaga na residência médica se já selecionado (a exemplo do serviço militar)
Pontuação para os processos seletivos à residência médica e especialização
Segurança
Supervisão
Moradia
Ministério da Saúde
BRASIL

Carreiras profissionais

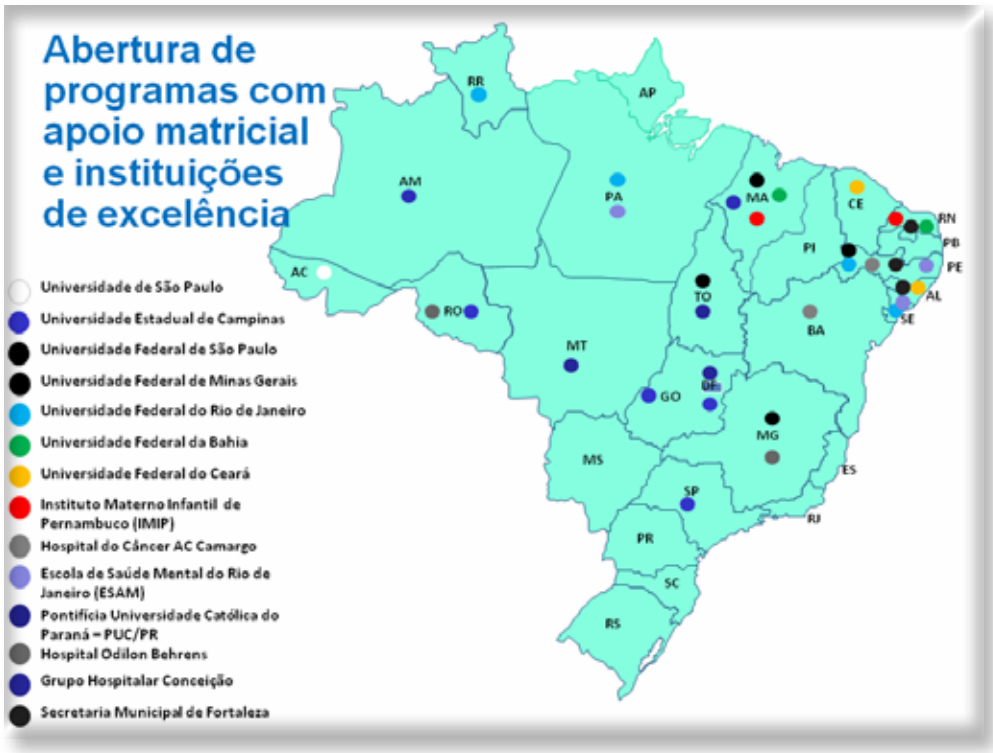
- Há necessidade urgente de aprofundar o debate para tomada de decisões, que tem que ser consensuais entre os três entes da federação (Governo Federal, Estados e Municípios).
- Diálogo e negociação com as entidades profissionais e de trabalhadores é uma política prioritária do MS.
- Experiências de carreiras profissionais na Saúde serão apresentadas neste encontro para serem debatidas.

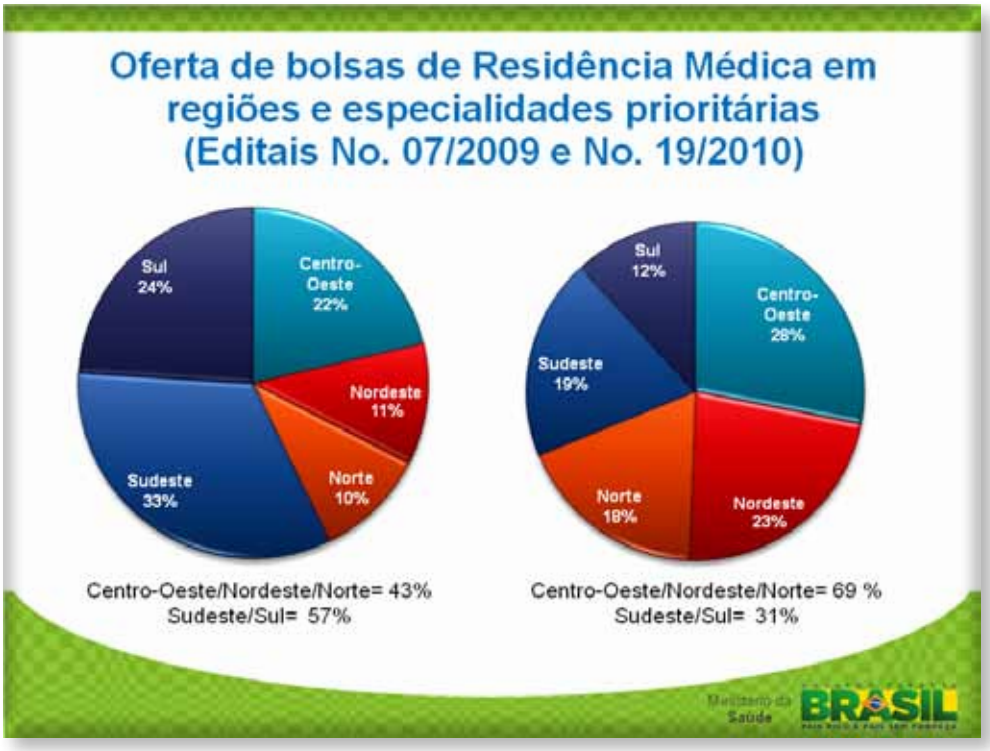
Ministério da Saúde BRASIL

Carreiras profissionais

- A experiência internacional mostra que Carreiras Profissionais e Residência Médica são os principais fatores de fixação de médicos em áreas remotas.
- Existem diretrizes para carreiras multiprofissionais, elaboradas pela Mesa Nacional de Negociação do SUS
- Uma comissão nomeada pelo Ministro da Saúde elaborou em 2010 um projeto de Carreira Especial para médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros para áreas de difícil acesso ou provimento.
- Há vários projetos de lei no Congresso Nacional.
- Uma carreira federal para médicos é uma luta prioritária das Entidades Médicas.

Ministério da Saúde BRASIL


Abertura de programas com apoio matricial e instituições de excelência
Universidade de São Paulo
Universidade Estadual de Campinas
Universidade Federal de São Paulo
Universidade Federal de Minas Gerais
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal do Ceará
Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)
Hospital do Câncer AC Camargo
Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro (ESAM)
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR
Hospital Odilon Behrens
Grupo Hospitalar Conceição
Secretaria Municipal de Fortaleza
RR
AP
AM
PA
MA
CE
RN
PB
PE
AL
SE
PI
AC
RO
TO
BA
MT
DF
GO
MG
ES
MS
SP
RJ
PR
SC
RS


Oferta de bolsas de Residência Médica em regiões e especialidades prioritárias (Editais No. 07/2009 e No. 19/2010)
Sul 24%
Centro-Oeste 22%
Nordeste 11%
Norte 10%
Sudeste 33%
Centro-Oeste/Nordeste/Norte= 43%
Sudeste/Sul= 57%
Sul 12%
Centro-Oeste 28%
Sudeste 19%
Norte 18%
Nordeste 23%
Centro-Oeste/Nordeste/Norte= 69 %
Sudeste/Sul= 31%
Ministério da Saúde
BRASIL

No Brasil, a Residência Médica tem sido a melhor estratégia para fixação de médicos

- Dos egressos da Residência Médica no período entre 1996 e 2005, 82% trabalham na mesma Unidade da Federação.
- Essa porcentagem variou de 43% (Sergipe) e 64% (DF) a 93% (MT) e 92% (AM).

(Observatório de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo)

Ministério da Saúde BRASIL

PET-Saúde

Bolsas e Grupos PET-Saúde

Referência - valores pagos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Atualmente:

- Tutores Acadêmicos e Preceptores = R$ 1.045,89
- Estudantes = R$ 360,00

- Em janeiro de 2010 foram selecionados 111 projetos de 84 IES e 96 Secretarias de Saúde => **461 Grupos PET-Saúde/Saúde da Família;**
- Em maio de 2010 foram selecionados 70 projetos de 60 IES e 68 Secretarias de Saúde => **122 Grupos PET-Saúde/Vigilância em Saúde.**
- Em dezembro de 2010 foram selecionados 69 projetos de 57 IES e 74 Secretarias de Saúde => **80 Grupos PET-Saúde/Saúde Mental/Crack.**

Ministério da Saúde BRASIL

Especializações em Saúde da Família

	Estado	Instituição	2009	2010	2011-1	2011-2	Total
2008-U	MG	UFMG	400	800	400	400	2.000
	SP	Unicamp			1.000		1.000
	RJ	UERJ		300	300	400	1.000
	CE	UFC		1.000			1.000
	SC	UFSC		660	340		1.000
2009-G	BA	SES-BA*	300	1.500	2.000	2.000	5.800
	MG	SES-MG**	2.500	2.500			5.000
2009-U	DF	UnB		300	300	400	1.000
	RS	UFPel		250		750	1.000
	RS	UFCSPA		300	300	400	1.000
	MS	UFMS-Fioc		800	400	400	1.600
	MA	UFMA		300	300	400	1.000
	SP	Unifesp		1.000	1.500	1.500	4.000

Objetivos da UNA-SUS

- Criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais a para área da saúde;
- Disponibilizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e à distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS;
- Criar a Plataforma Arouca, de registro de toda a formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS.

Ministério da Saúde BRASIL

UNA-SUS

Universidade Aberta do SUS

Ministério da Saúde BRASIL

Mapa situacional,
Agosto de 2010
Ponto Projeto Piloto
Ponto Extra
Ponto Projeto Piloto e Extra
Em processo de implantação
9 Núcleos - Projeto Piloto
1.200/912 Total pontos de Telessaúde/Municipios
(361/201) (Pontos/Municipios Extras)
21.353 2ª Opiniões Formativas
288.489 Exames de Apoio
5.900 Equipes de Saúde da Família
Ministério da Saúde
BRASIL

Brasil bvs biblioteca virtual em saúde
Programa Nacional de Telessaúde
Atenção Primária a Saúde
Telessaúde Brasil
Ministério da Saúde
español | english
Contato
Redes
BVS
RNP
RUTE
Núcleos de Telessaúde
Amazonas
Ceará
Goiás
Minas Gerais
Pernambuco
Rio de Janeiro
Rio Grande do Sul
Santa Catarina
São Paulo
Pesquisa
Entre com uma ou mais palavras
Telessaúde Brasil
Pesquisar
Temas Prioritários
Saúde da criança
Saúde do Adolescente e Jovem
Saúde do adulto
Saúde do idoso
Saúde da mulher
Saúde do homem
Saúde bucal
Saúde mental
Saúde da família
Processo de trabalho na atenção primária
Evidências em Atenção Primária
Perguntas e Respostas da Atenção Primária
Políticas e Diretrizes do Ministério da Saúde
Diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
Diretrizes da Associação Médica Brasileira
Recursos Educacionais em Atenção Primária
Objetos de aprendizagem: aulas, videoconferências, manuais
Calculadoras médicas
Animações 3D- Homem Virtual
Diretórios, Catálogos, Serviços
Destaques
CBIS 2010
18 - 22 OCTOBER
Sala de Situação em Saúde
Informações sobre:
Mortalidade Infantil
Pacto pela redução
Perguntas e Respostas da Atenção Primária
Qual é o tratamento medicamentoso mais indicado para hipertensão arterial sistêmica em paciente masculino, meia idade, negro, obeso?
Notícias Telessaúde
Oficina Telessaúde Brasil: Segunda Opinião Formativa, 29 e 30 Setembro, em Brasília
I Encontro de Saúde Mental do HUPE - 14 a 16 setembro 2010
Concurso premiará vídeos em medicina, saúde e telemedicina
Simpósio Virtual de Radiologia Pediátrica
Mesa redonda sobre TECNOLOGIAS EM SAÚDE no Congresso Saúde do Homem HUPE-UERJ - 25/08

Heider Aurélio Pinto

Departamento de Atenção Básica
SAS - Ministério da Saúde

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL gov.br

Garantindo o Acesso a toda a População

Saúde em Todo Lugar

Hêider Aurélio Pinto

Departamento de Atenção Básica
SAS / Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

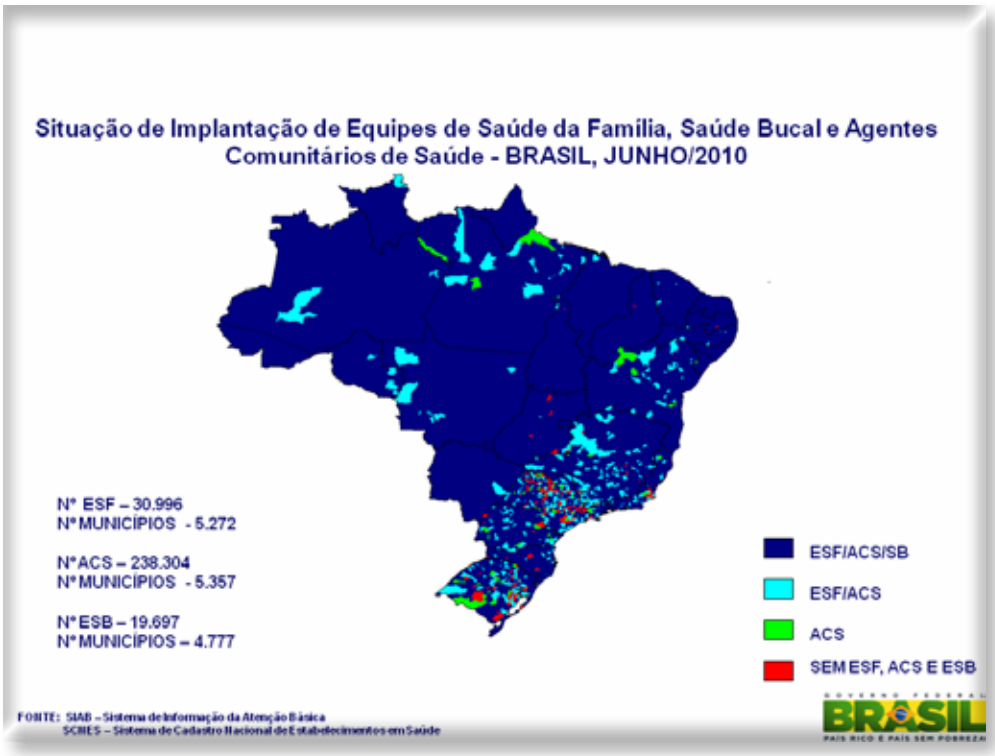
Saúde
Ministério da Saúde

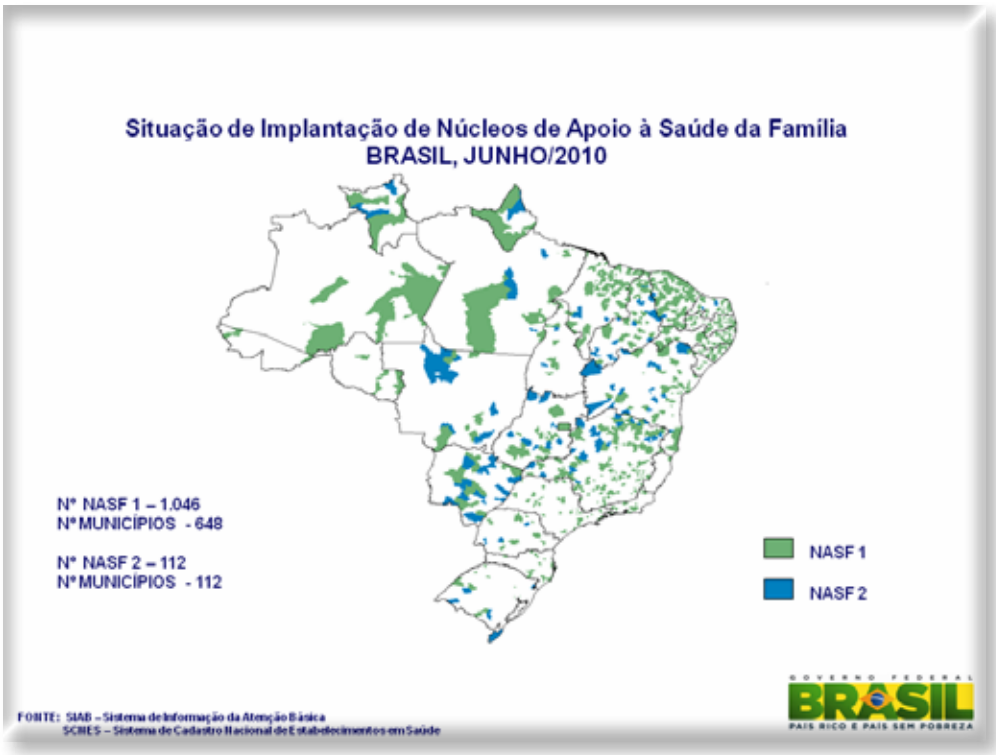
BRASIL gov.br

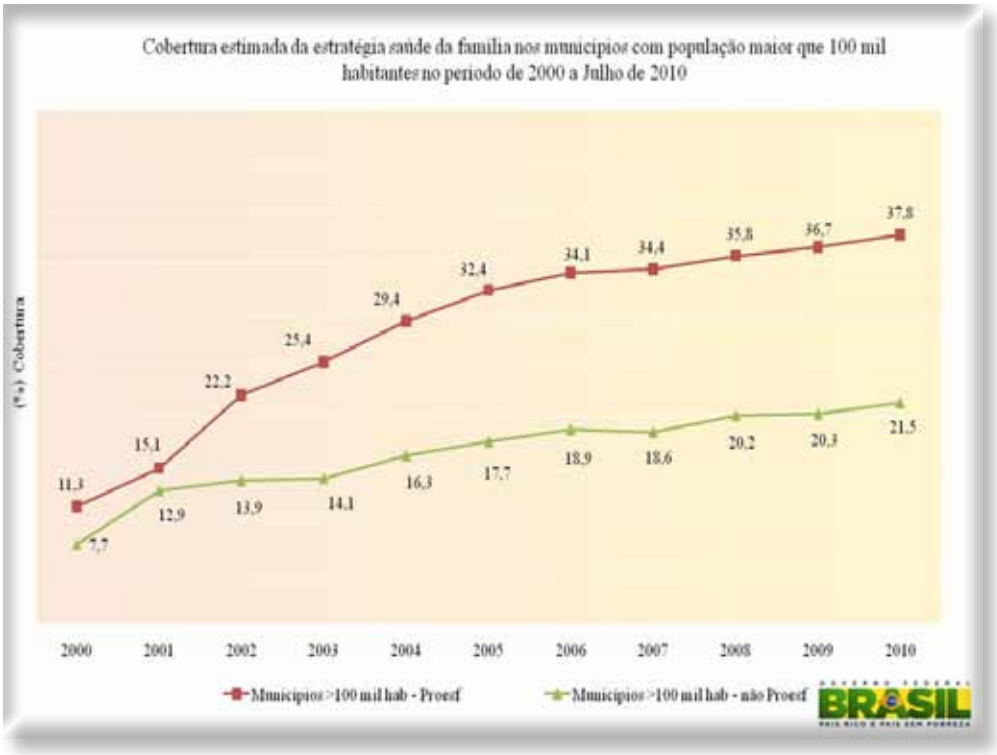
EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TODO O BRASIL

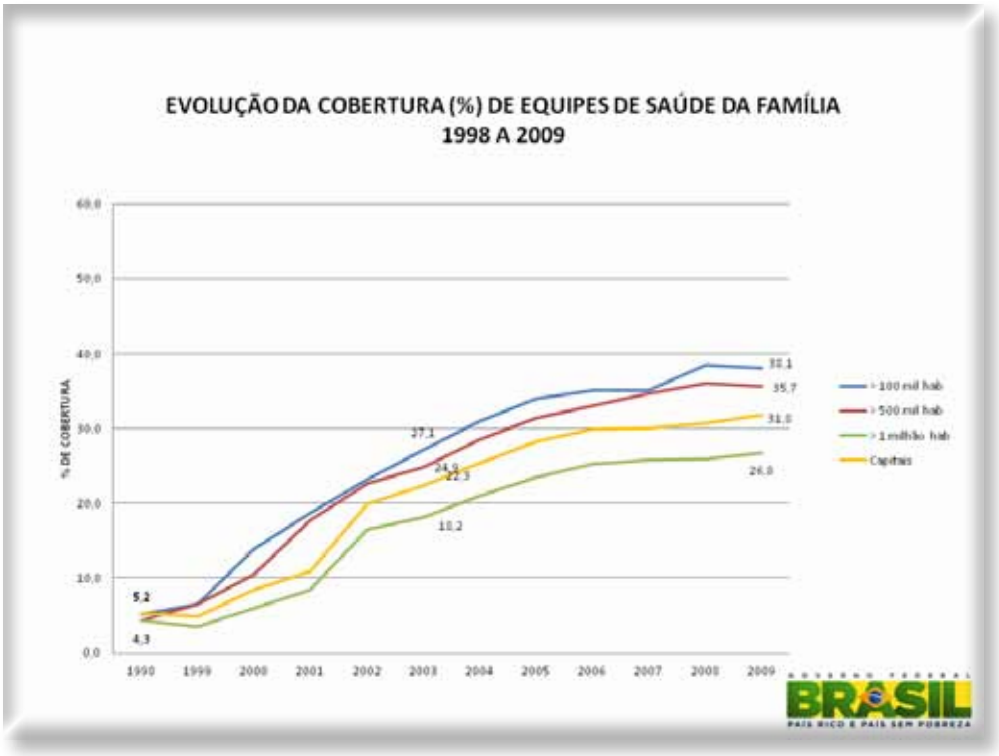
- Os Agentes Comunitários de Saúde passam de 240 mil e chegam a quase 97% dos Municípios
- São mais de 32 mil Equipes de Saúde da Família cobrindo, 95% dos Municípios e quase 55% da População
- As Equipes de Saúde Bucal chegam a quase 20 mil e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família já são quase 1.200
- Nos últimos anos a estratégia vem apresentando um ritmo de crescimento global de 3% ao ano que se expressa também nos Municípios com mais de 100 mil habitantes e nas Capitais do país, como vemos à frente:

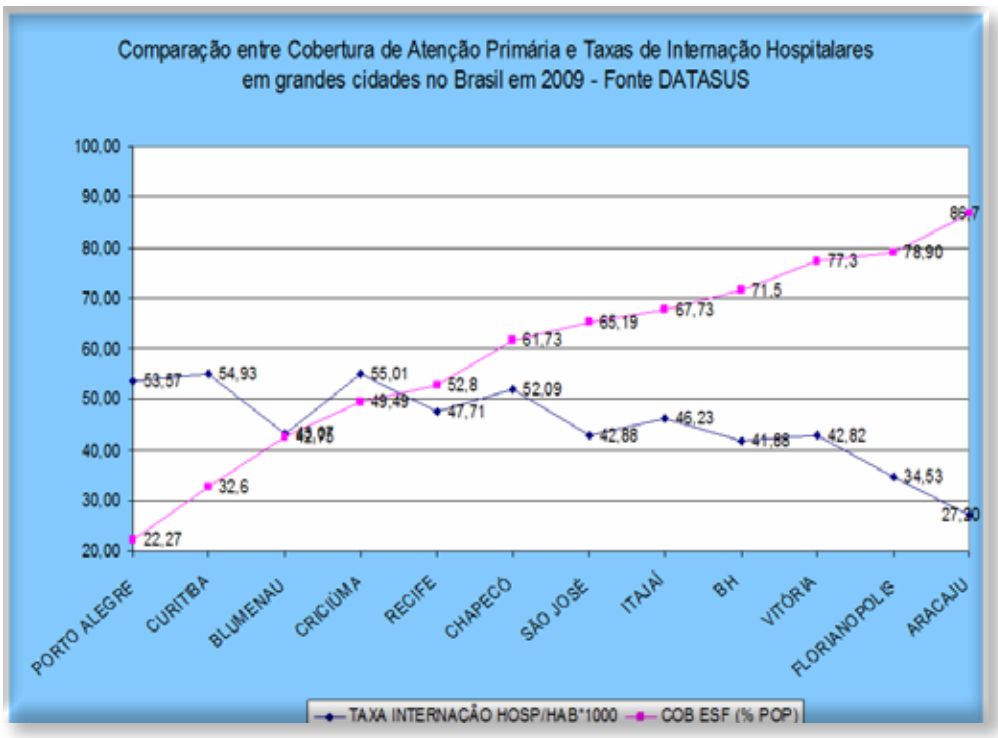
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

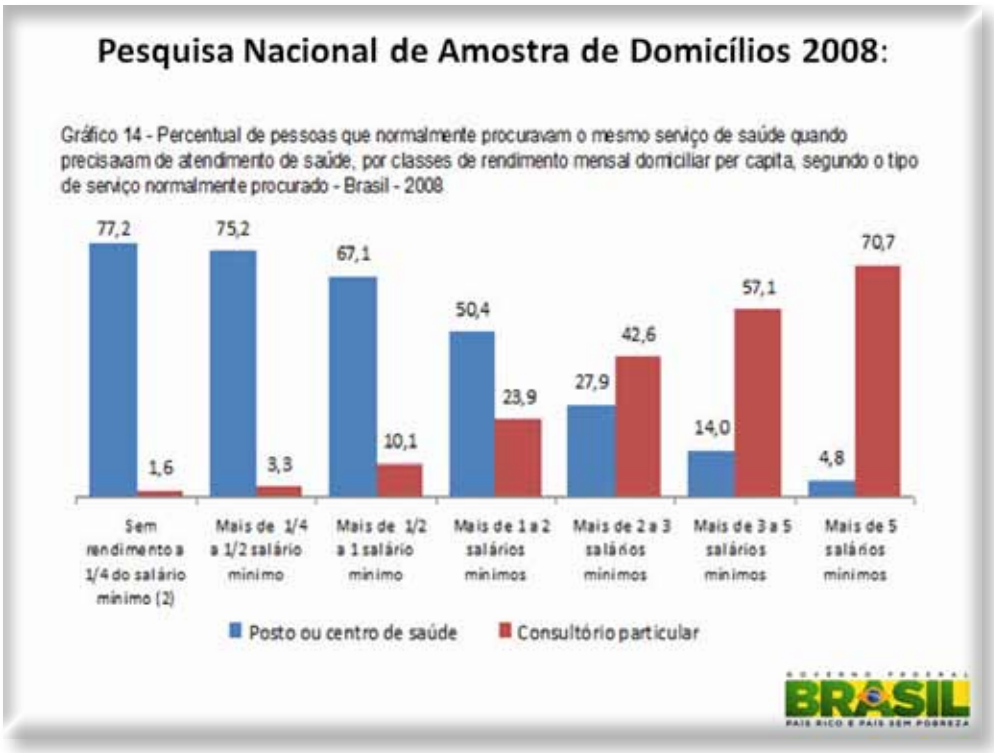

Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - BRASIL, JUNHO/2010
Nº ESF – 30.996
Nº MUNICÍPIOS - 5.272
Nº ACS – 238.304
Nº MUNICÍPIOS - 5.357
Nº ESB – 19.697
Nº MUNICÍPIOS – 4.777
ESF/ACS/SB
ESF/ACS
ACS
SEM ESF, ACS E ESB
FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
BRASIL


Situação de Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família
BRASIL, JUNHO/2010
Nº NASF 1 – 1.046
Nº MUNICÍPIOS - 648
Nº NASF 2 – 112
Nº MUNICÍPIOS - 112
NASF 1
NASF 2
FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
BRASIL


Cobertura estimada da estratégia saúde da familia nos municipios com população maior que 100 mil habitantes no periodo de 2000 a Julho de 2010
(%) Cobertura
11,3
15,1
22,2
25,4
29,4
32,4
34,1
34,4
35,8
36,7
37,8
7,7
12,9
13,9
14,1
16,3
17,7
18,9
18,6
20,2
20,3
21,5
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
Municipios >100 mil hab - Proesf
Municipios >100 mil hab - não Proesf
BRASIL


EVOLUÇÃO DA COBERTURA (%) DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
1998 A 2009
% DE COBERTURA
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
5,2
4,3
27,1
24,9
22,3
18,2
38,1
35,7
31,0
26,0
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
> 100 mil hab
> 500 mil hab
> 1 milhão hab
Capitais
BRASIL


Comparação entre Cobertura de Atenção Primária e Taxas de Internação Hospitalares em grandes cidades no Brasil em 2009 - Fonte DATASUS
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
53,57
54,93
42,95
55,01
47,71
52,09
42,88
46,23
41,88
42,82
34,53
27,90
22,27
32,6
49,49
52,8
61,73
65,19
67,73
71,5
77,3
78,90
85,7
PORTO ALEGRE
CURITIBA
BLUMENAU
CRICIÚMA
RECIFE
CHAPECÓ
SÃO JOSÉ
ITAJAÍ
BH
VITÓRIA
FLORIANÓPOLIS
ARACAJU
TAXA INTERNACÂO HOSP/HAB*1000
COB ESF (% POP)


Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008:
Gráfico 14 - Percentual de pessoas que normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde, por classes de rendimento mensal domiciliar per capita, segundo o tipo de serviço normalmente procurado - Brasil - 2008
77,2
1,6
75,2
3,3
67,1
10,1
50,4
23,9
27,9
42,6
14,0
57,1
4,8
70,7
Sem rendimento a 1/4 do salário mínimo (2)
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo
Mais de 1 a 2 salários mínimos
Mais de 2 a 3 salários mínimos
Mais de 3 a 5 salários mínimos
Mais de 5 salários mínimos
Posto ou centro de saúde
Consultório particular
BRASIL

Saúde
Ministério da Saúde

EVIDÊNCIAS DE RESULTADOS DAS APS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

- **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008**:
- Entre 1998-2008 houve **redução da desigualdade de renda no acesso à consulta médica** de 40% para 25%, quando se compara os 20% mais ricos e os 20% mais pobres da população brasileira
- **A UBS** é o local mais declarado (56,8%) pelas pessoas que normalmente procuram o mesmo serviço de saúde
- Há uma tendência de **participação crescente da utilização do SUS** para atendimentos de saúde (particularmente pelos portadores de doenças crônicas).

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde
Ministério da Saúde

GARGALOS DA APS

- **GESTÃO DO TRABALHO E MERCADO DE TRABALHO:**
- Precarização e não garantia dos Direitos Trabalhistas e Previdenciários
- Dificuldade para prover e fixar profissionais sobretudo médicos: cerca de 400 municípios não tem médicos residentes e quase 1.000 apresentam Insegurança Assistencial
- Alta rotatividade dos Profissionais
- Mercado Predatório entre os Municípios que promove uma espécie de leilão jogando um município contra outro

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde
Ministério da Saúde

APOIO À IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE CARREIRAS

- Fomento à Desprecarização das Relações de Trabalho
- Regularização dos Vínculos de Trabalho e Garantia dos Direitos Trabalhistas e Previdenciários
- Apoio às Gestões Municipais para qualificação de Carreiras Municipais e Regionais com Mobilidade
- Fomento à implantação de Ganhos relacionados a Desempenho, Resultados, Formação e Esforço de Desenvolvimento Profissional

Saúde
Ministério da Saúde

NOVAS MODELAGENS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO A TERRITÓRIOS E POPULAÇÕES DESASSISTIDAS

- **Formatos Específicos de Equipe e Processo de Trabalho** para Áreas de Difícil Acesso, Rarefeitas, Densamente Povoadas, para População de Rua, etc.
- Ampliação das Formas de Inserção Profissional
  - Estímulo à Dupla Inserção do Médico no Território (Atenção Básica e Rede de Urgência)
  - Mais de uma possibilidade de Carga Horária na Atenção Básica

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE E TELESSAÚDE

- **Expansão do Telessaúde (2° Opinião Formativa e Apoio Diagnóstico)**
- Universidades Matriciando e Apoiando a Implantação do Telessaúde nas Regiões de Saúde e Redes de Atenção
- **Ofertas de Educação Permanente e Formação**
- Universalização de Residência e Especialização em Saúde da Família (UNA-SUS)
- Formação Técnica Enfermagem e TSB
- Formação dos ACS

BRASIL

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

RENOVAÇÃO DA REDE FÍSICA DA APS

- Conceito de UBS Ampla, Bonita, que **Acolhe** e faz **1° Atendimento às Urgências**
- Prioridade para Municípios e Áreas do **Mapa da Pobreza e de locais com necessidade de melhoria da Rede Física**
- Impacto na Melhoria das **Condições de Trabalho,** da **Ambiência e Humanização**
- **Banda Larga** em todas as UBS e **Informatização** do Atendimento com gestão da informação individualizada por usuário

BRASIL

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA GARANTIR *"SAÚDE EM TODO LUGAR"*

- RENOVAÇÃO DA REDE FÍSICA
- ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE
- APOIO TÉCNICO E TELESSAÚDE
- NOVAS MODELAGENS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO A TERRITÓRIOS E POPULAÇÕES DESASSISTIDAS
- APOIO À IMPLANTAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DE CARREIRAS
- ESTRATÉGIAS DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

Gestão das Pessoas e Mercado de Trabalho

- Contratos desprotegidos:

- 49,9% médicos (71% contratação temporária)
- 35,6% dos dentistas
- 32,8% das enfermeiras
- 16% dos ACS

UFMG – Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2009)

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

Gestão das Pessoas e Mercado de Trabalho

- O Salário atrai mas não é importante fator de Fixação
- A pesquisa encontrou correlação positiva do valor do Salário com a Rotatividade ou seja, quanto maior o salário pago, maior o giro dos médicos!
- Não é o fato de receber um salário maior que leva à rotatividade, mas a alta rotatividade é que tem levado ao aumento do valor da remuneração dos médicos
- Como a correlação encontrada entre rotatividade e remuneração é positiva, a medida, elevação dos salários, não parece eficaz
- Além disso, os profissionais asumem mais de um emprego para compor a "Renda Esperada":

UFMG – Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2009)

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

Gestão das Pessoas e Mercado de Trabalho

- Fatores que mais estão relacionados à Fixação, se positivos, ou à Rotatividade, se negativos:
- Quanto mais os profissionais **se sentem capacitados** para exercer suas atividades, menor a rotatividade (de uma forma geral, os médicos das eqSF se sentem pouco capacitados a exercer suas funções)
- A segunda maior correlação encontrada com o índice de rotatividade foi o **tempo de locomoção** para chegar ao trabalho
- O terceiro fator de rotatividade encontrado foi a **falta de condições** para realização do trabalho

UFMG – Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2009)

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

Gestão das Pessoas e Mercado de Trabalho

- Fatores mais encontrados nos Profissionais com maior permanência numa mesma Equipe de Saúde da Família e Município:
- Profissionais com mais de 10 anos de formado
- Foram para ESF por identificação com o tipo de trabalho
- Fizeram pós graduação nas clínicas básicas ou em Saúde da Família
- Estatutários ou Selecionados por concurso público
- Têm origem no mesmo tipo de município onde trabalham
- Têm vínculo com a região onde trabalham
- Têm cônjuge e filho(s)

UFMG – Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2009)

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Motivos pelos quais os médicos sairiam da ESF segundo tempo de formado

Motivos pelos quais quer sair ou pelos quais sairia da ESF	Total	Tempo de formado *			
		Menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Para fazer residência	21,4	75,5	34,7	8,8	3,8
Processo de trabalho da ESF (1)	16,7	7,5	12,2	21,1	19,5
Gestão de RH (2)	25,8	9,4	30,6	35,1	26,4
Condições de trabalho (3)	12,3	1,9	10,2	8,8	17,6
Interferência política	18,9	5,7	12,2	19,3	25,2
Outro	5,0	0,0	0,0	7,0	7,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
N	**318**	**53**	**49**	**57**	**159**

(1) Excesso de trabalho; jornada de 40h; e falta de identificação a ESF.
(2) Contrato sem garantias trabalhistas; falta de perspectiva de carreira; remuneração; problemas de relacionamento com a gerência/outros membros da equipe.
(3) Falta de retaguarda da rede; más condições físicas da UBS; escassez de materiais; UBS muito distante; agressões/ameaças .

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

UFMG – Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2009)

Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL

Distribuição dos municípios segundo graus de escassez de médicos em Atenção Primária, por classificação do porte populacional - Brasil, dezembro de 2010

Graus de escassez	Classificação dos municípios						Total
	Capitais e RMs	Mais de 100 mil hab.	Mais de 50 até 100 mil hab.	Mais de 20 até 50 mil hab.	Mais de 10 até 20 mil hab.	Até 10 mil hab.	
Sem escassez (132)	2	3	4	20	32	71	132
Traços (2.318)	95	84	114	333	535	1.157	2.318
Baixa (2.207)	103	64	115	401	576	948	2.207
Moderada (811)	6	11	43	174	208	369	811
Alta (92)	0	1	5	24	20	42	92
Severa (4)	0	0	0	2	1	1	4
Total (5.564)	206	163	281	954	1372	2.588	5.564

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) a partir dos dados do Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS), do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC/DATASUS) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e do Censo Demográfico de 2010.

Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL

Municípios brasileiros segundo graus de escassez do Índice de escassez de médicos em Atenção Primária - Brasil, dezembro de 2010

Graus de escassez	N	%
Sem escassez	132	2,4
Traços	2.318	41,7
Baixa	2.207	39,7
Moderada	811	14,6
Alta	92	1,7
Severa	4	,1
Total	5.564	100

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) a partir dos dados do Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS), do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC/DATASUS) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e do Censo Demográfico de 2010.

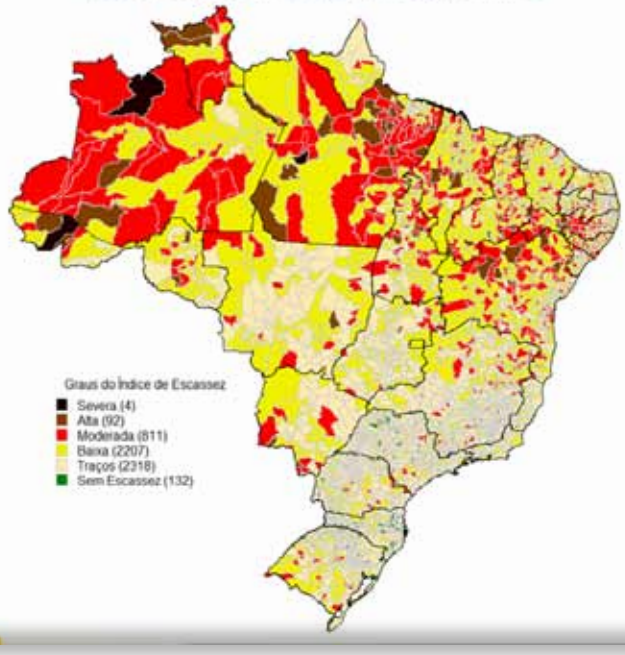
Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL

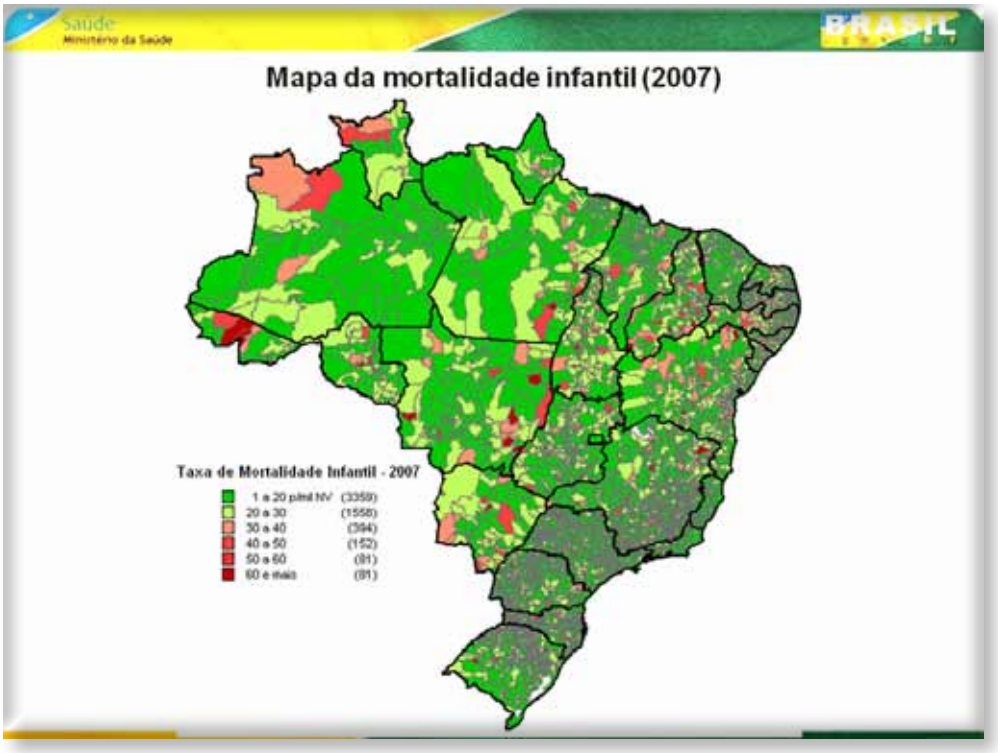
A soma proveniente dos graus em cada um dos indicadores é o valor do índice, variável de 1 a 15, e classificados segundo o quadro abaixo:

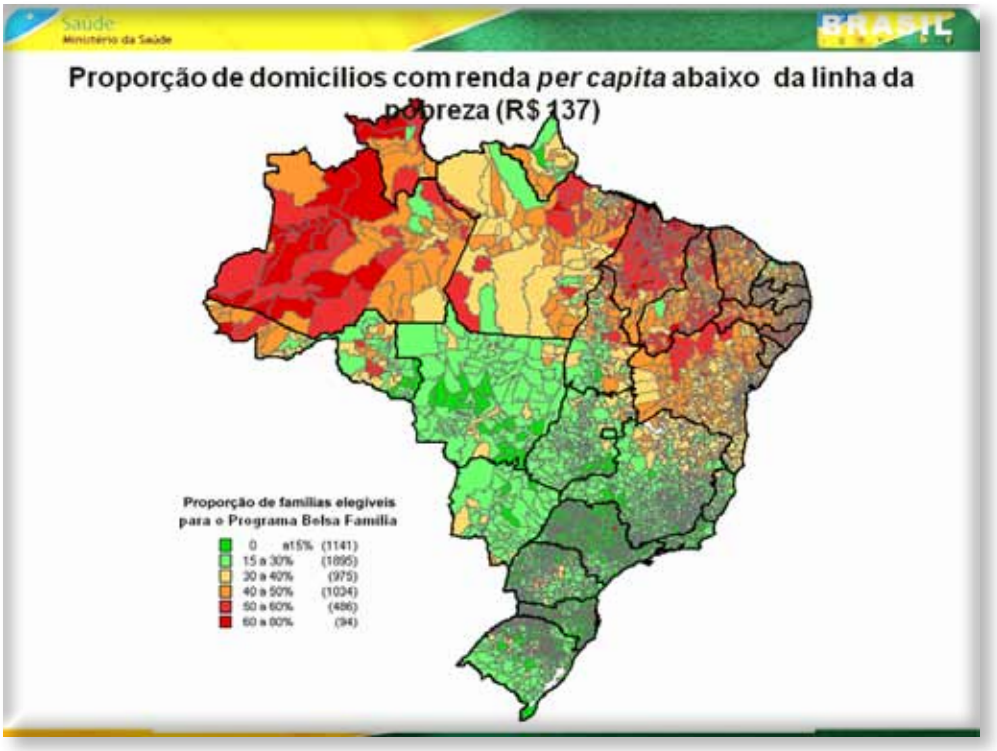
Intervalo do índice	Intensidade da escassez
0	Sem escassez
1-3	Traços
4-6	Baixa
7-9	Moderada
10-12	Alta
13-15	Severa

Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL

Índice de escassez de médicos em Atenção Primária




Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL
Mapa da mortalidade infantil (2007)
Taxa de Mortalidade Infantil - 2007
1 a 20 p/mil NV (3359)
20 a 30 (1558)
30 a 40 (394)
40 a 50 (152)
50 a 60 (81)
60 e mais (81)


Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL
Proporção de domicílios com renda *per capita* abaixo da linha da pobreza (R$ 137)
Proporção de famílias elegíveis para o Programa Bolsa Família
0 at 5% (1141)
15 a 30% (1895)
30 a 40% (975)
40 a 50% (1024)
50 a 60% (486)
60 a 80% (94)

Saúde
Ministério da Saúde

Definição de variáveis e indicadores:

Disponibilidade de profissionais na Atenção primária:

Altas Necessidades de saúde:

Indicadores Relacionados a Carências Socioeconômicas

Saúde
Ministério da Saúde

CONSTRUÇÃO DO MAPA DE NECESSIDADES DE PROFISSIONAIS NAS REDES DE SAÚDE

Objetivos:

- Identificação, ranqueamento e mapeamento das áreas geográficas, territórios e populações que vivenciam situações de carências de médicos em Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde e Unidades mistas
- Construção de Escala para medir a Intensidade da Escassez de Profissionais de Saúde em Atenção Primária.

Saúde
Ministério da Saúde

BRASIL

POLÍTICA DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS

- Ampliação de Vagas de Residência
  - Contratualização com Hospitais prevendo qualificação e expansão de vagas em especialidades conforme o Mapa
  - Pro-Residência garantindo Programas e Bolsas em áreas de necessidade
- Pontuação Específica para Profissionais que atuem na Atenção Primária – SUS:
  - Tempo de Atuação
  - Faixas conforme Índice que expresse dificuldade de atração e fixação de profissionais
  - Formação (Especialização ou Residência em Saúde da Família)
- Estágio nas Residências em Serviços de Áreas com Necessidade de Profissionais daquela Especialidade

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

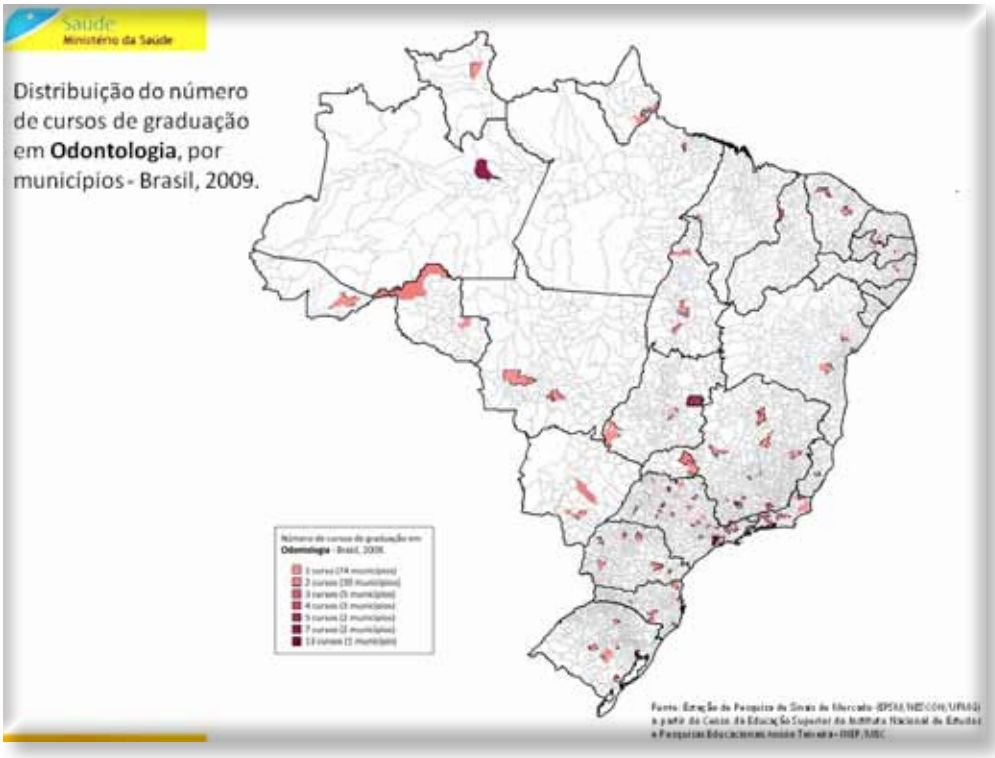
Saúde
Ministério da Saúde

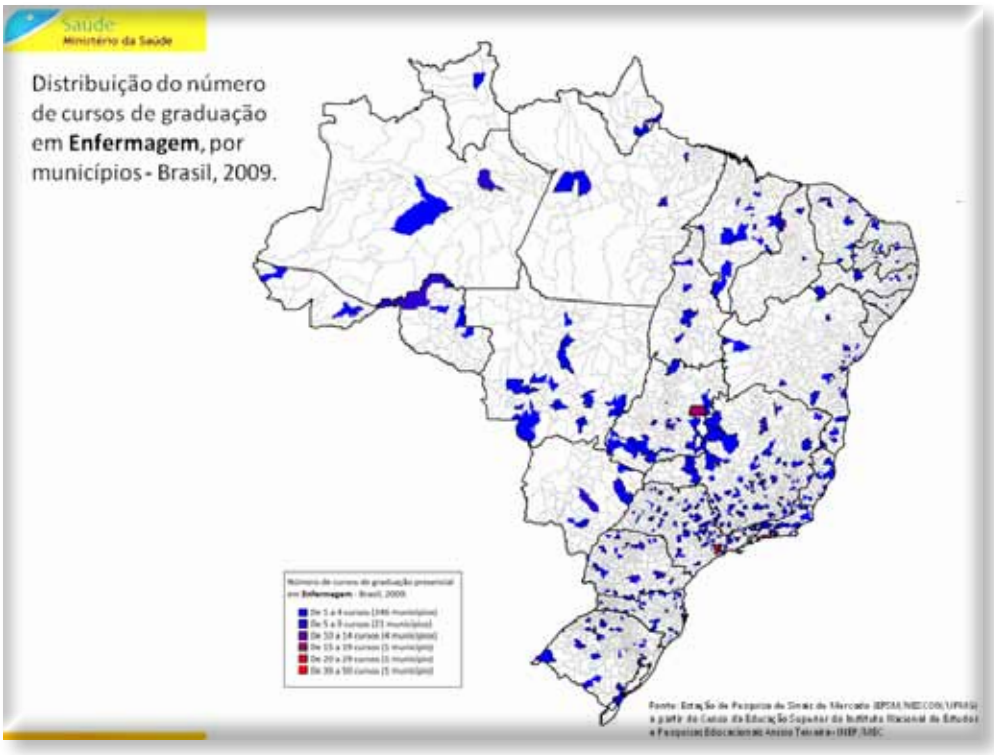
BRASIL

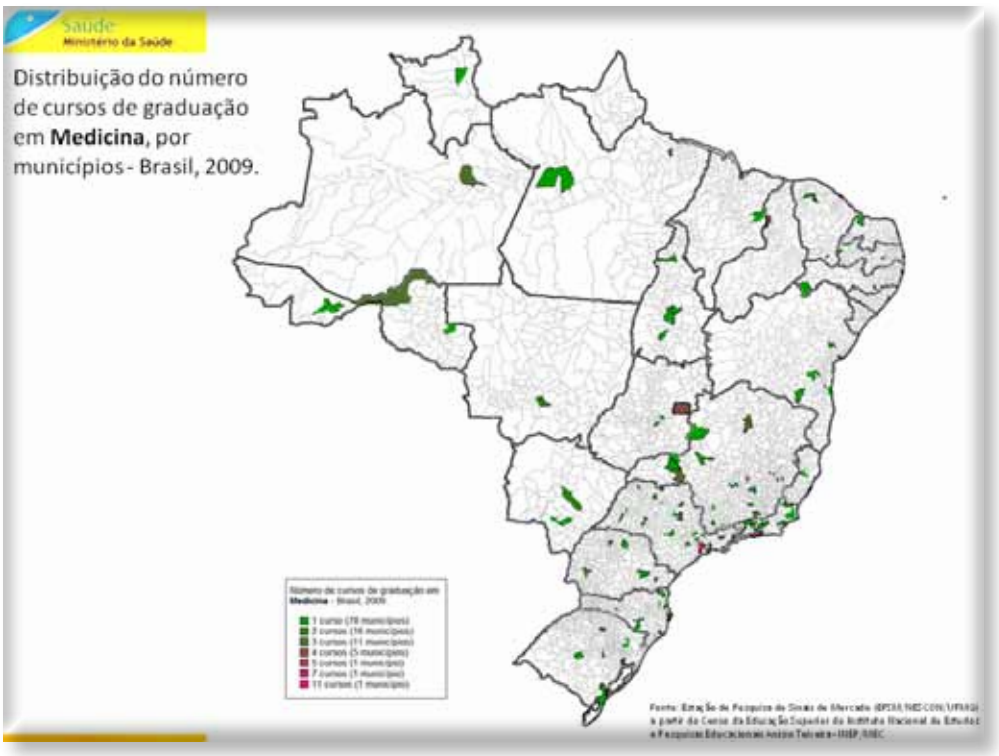
POLÍTICA DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS

- **Combinar Estratégias Regulatórias, Educacionais, Financeiras** e de **Apoio** Técnico e Profissional para garantir profissionais em todos os locais com necessidade
- **Ampliação da Cobertura** das Equipes de Saúde da Família dirigida especialmente às Áreas prioritárias do Programa de Erradicação da Pobreza
- Além das ações de qualificação da Graduação, **Construir Mapas** (regiões e especialidades) de Necessidades de Profissionais e Tendência de Formação p/ orientar as Estratégias:
  - Ampliação de Vagas na Graduação combinando com estratégias como Internato Rural
  - Ampliação de Vagas de Residência (diversas especialidades)

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

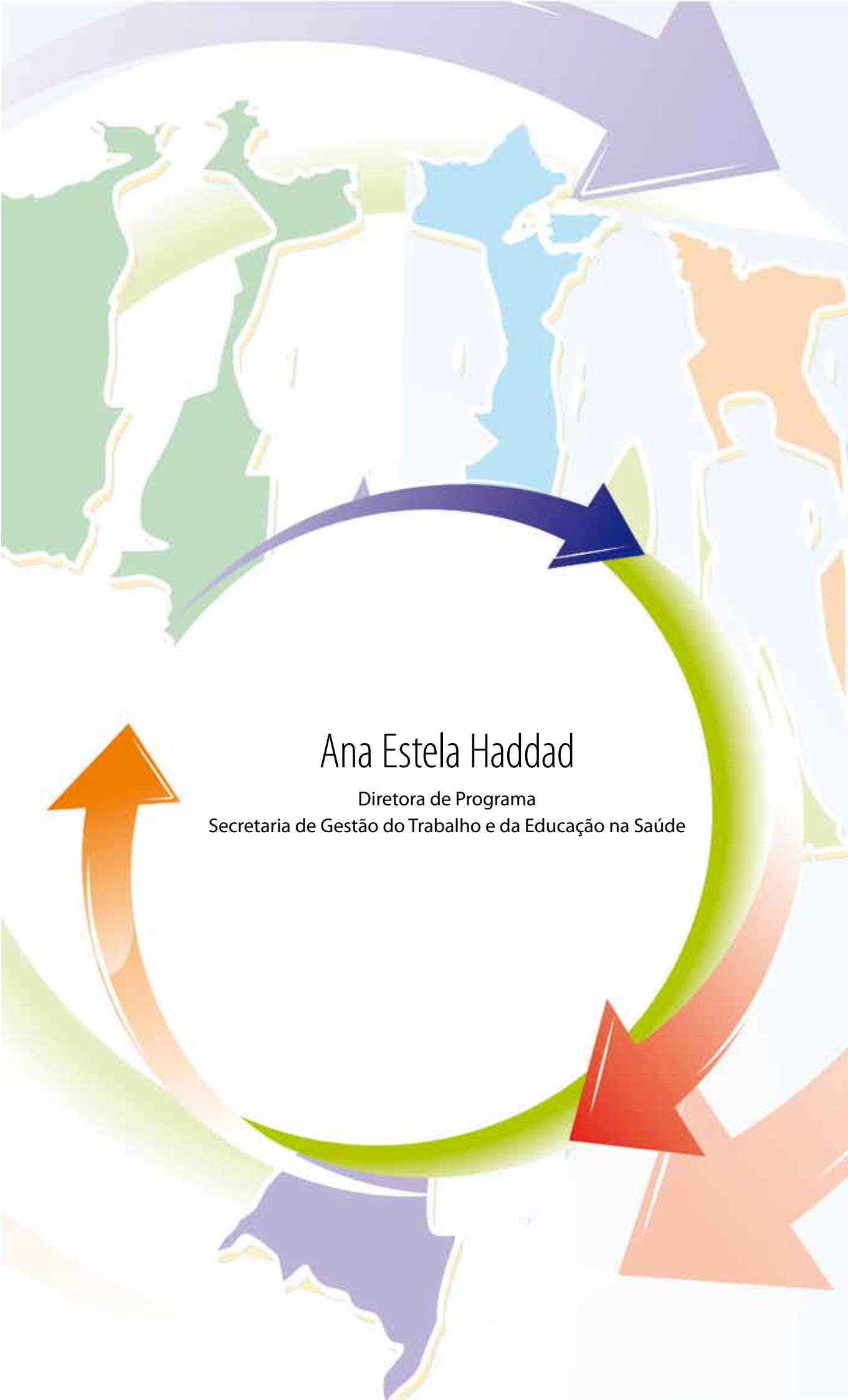

Saúde
Ministério da Saúde
Distribuição do número de cursos de graduação em **Odontologia**, por municípios - Brasil, 2009.


Saúde
Ministério da Saúde
Distribuição do número de cursos de graduação em **Enfermagem**, por municípios - Brasil, 2009.


Saúde
Ministério da Saúde
Distribuição do número de cursos de graduação em **Medicina**, por municípios - Brasil, 2009.

Para fazermos juntos um grande con(s)(c)erto!!!

Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL
Vamos preparar os instrumentos...
GOPE
GOPE



Ana Estela Haddad

Diretora de Programa
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

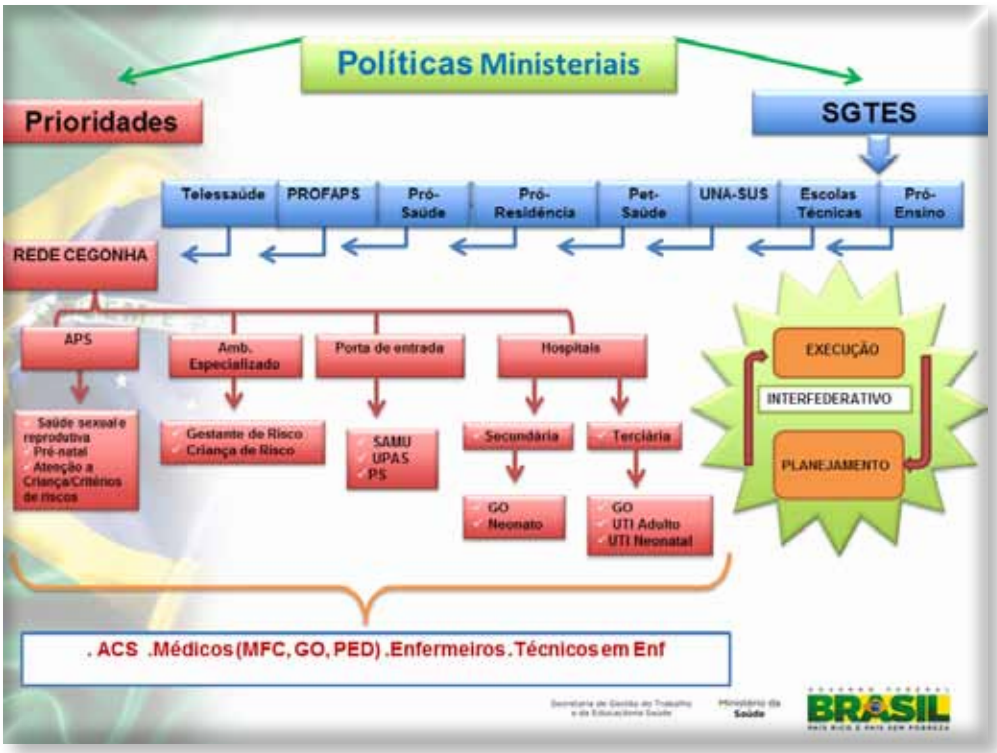
Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade
Brasília, 13 e 14 de abril de 2011
Iniciativas Educacionais relacionadas ao Provimento e à Fixação de Profissionais da Saúde no SUS: Graduação e Residência como Fatores de Fixação
Ana Estela Haddad
Diretora de Programa
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL

Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para 2011-2015
1. Garantir acesso de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a política de atenção primária e especializada
Equipe PET-Saúde – UFC 2010
Equipe PET-Saúde – UFPA 2010
2. Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio da promoção e vigilância em saúde, com especial atenção ao combate à Dengue
BRASIL

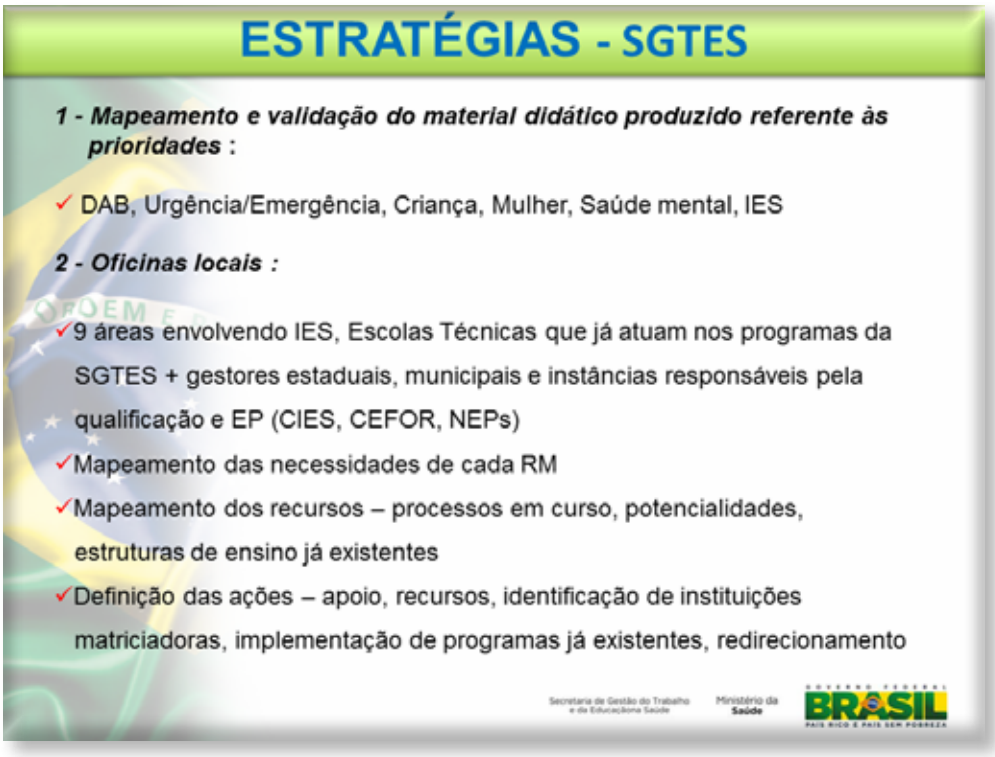
3- Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança – Rede Cegonha
Equipe PET-Saúde – UFC – 2010
Palestra para Gestantes
4. Aprimorar a rede de urgência e emergência, expansão e adequação das UPAs, SAMU, pronto-socorros e centrais de regulação, articulados à rede de atenção
Ministério da Saúde
BRASIL

ETSUS – RR
Certificação de Agentes Indígenas de Saúde
Área Yanomami
Certificação de Agentes Indígenas de Saúde
Área Leste de Roraima
5. Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
Ministério da Saúde
BRASIL

6. CONTRIBUIR PARA A ADEQUADA FORMAÇÃO, ALOCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO , VALORIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DO SUS
Capacitação ACS - SC
Capacitação ACS - MS
ACS - RR
BRASIL


Políticas Ministeriais
Prioridades
SGTES
Telessaúde
PROFAPS
Pró-Saúde
Pró-Residência
Pet-Saúde
UNA-SUS
Escolas Técnicas
Pró-Ensino
REDE CEGONHA
APS
Saúde sexual e reprodutiva
Pré-natal
Atenção a Criança/Critérios de riscos
Amb. Especializado
Gestante de Risco
Criança de Risco
Porta de entrada
SAMU
UPAS
PS
Hospitais
Secundária
GO
Neonato
Terciária
GO
UTI Adulto
UTI Neonatal
EXECUÇÃO
INTERFEDERATIVO
PLANEJAMENTO
. ACS .Médicos (MFC, GO, PED) .Enfermeiros .Técnicos em Enf
BRASIL

Prioridades
Rede de Urgência/Emergência
Rede Cegonha
Saúde Mental
Democratização das relações de trabalho e valorização do trabalhador
ProgeSUS
Desprecarização
Negociação do trabalho
Carreira
Fixação e provimento
Saúde do trabalhador
Trabalhador do SUS
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL


ESTRATÉGIAS - SGTES
1 - Mapeamento e validação do material didático produzido referente às prioridades :
✓ DAB, Urgência/Emergência, Criança, Mulher, Saúde mental, IES
2 - Oficinas locais :
✓9 áreas envolvendo IES, Escolas Técnicas que já atuam nos programas da SGTES + gestores estaduais, municipais e instâncias responsáveis pela qualificação e EP (CIES, CEFOR, NEPs)
✓Mapeamento das necessidades de cada RM
✓Mapeamento dos recursos – processos em curso, potencialidades, estruturas de ensino já existentes
✓Definição das ações – apoio, recursos, identificação de instituições matriciadoras, implementação de programas já existentes, redirecionamento
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
BRASIL

Mapa situacional, Agosto de 2010
Ponto Projeto Piloto
Ponto Extra
Ponto Projeto Piloto e Extra
Em processo de implantação
9 Núcleos - Projeto Piloto
1.200/912 Total pontos de Telessaúde/Municípios
(361/201) (Pontos/Municípios Extras)
21.353 Teleconsultas
288.489 Exames de Apoio
5.900 Equipes de Saúde da Família
Ministério da Saúde
BRASIL

Telessaúde
Telessaúde Brasil no Modelo de Atenção do SUS

www.telessaudebrasil.org.br
7mil visitas/mês
17mil páginas visualizadas/mês
Fonte: Google Analytics – abril a agosto/2010
Ministério da Saúde
BRASIL

www.telessaudebrasil.org.br
Pesquisa de acesso ao site
Visitas
Fonte: Google Analytics – abril a agosto/2010
5 principais países que mais acessam a BVS APS
Brasil – Venezuela – Portugal – EUA – Angola
Ministério da Saúde
BRASIL

Diminuição de Custos

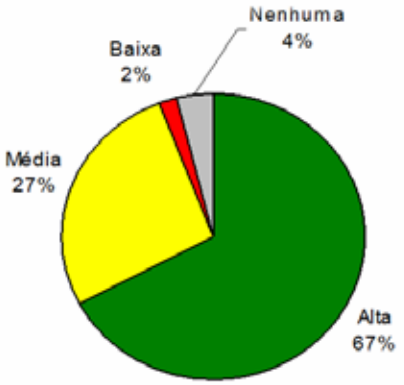
A avaliação piloto de 33 municípios das regiões Norte e Nordeste de Minas Gerais concluiu:

- ✓ O custo do atendimento presencial na atenção básica, por encaminhamento, foi cerca de oito vezes maior que o custo da segunda opinião a distância.
- ✓ A redução em média de 5 encaminhamentos/município/mês, ou 1,5 % dos encaminhamentos que podem ser impactados pelo sistema de telessaúde, é suficiente para cobrir os custos das atividades de telessaúde.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Fixação dos profissionais

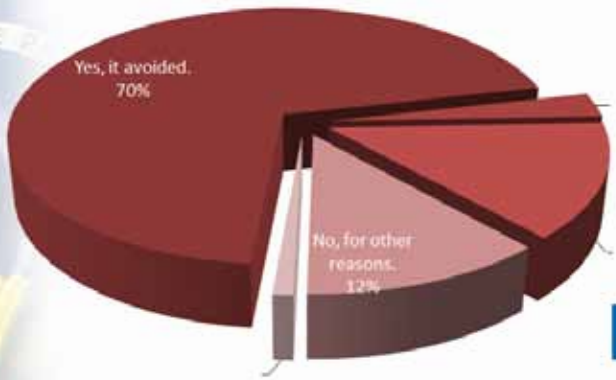
O estudo de avaliação conduzido no Núcleo de Telessaúde de Minas Gerais, vinculado ao Hospital das Clínicas, no qual foram entrevistados 105 profissionais de Equipes de Saúde da Família de 32 municípios atendidos pelo Programa, mostrou que 67% dos entrevistados considerou o acesso à capacitação no município como um fator de alta importância na sua decisão de permanecer no município remoto.



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Resultados do Rio Grande do Sul

Porcentagem de casos em que se evitou a referência de pacientes para outros serviços



Ministry of Health

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Graduação: Reorientação da Formação O SUS como Rede-Escola

- ✓ **Pró-Saúde** – apoio às IES e gestores municipais de saúde, com foco na APS / ESF
- ✓ **PET Saúde** – Bolsas tutoria, preceptoria e monitoria. Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Saúde Mental
- ✓ **Pró-Ensino na Saúde** – parceria com a CAPES para a formação docente e desenvolvimento de pesquisa na área de ensino na saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

PRÓ-SAÚDE: a Percepção dos Atores

*[...]sabemos quanto o Pró-Saúde significa em termos de **mudança de paradigma**.. A gente evoluiu do **docente-assistencial** para o **assistente-docencial**, praticamente[...]essa progressão na medida em que, ao mesmo tempo que se presta o serviço, as pessoas ensinam e estudam [...](CONASS)*

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Dimensão 3 - PS I como fortalecedor do SUS

PRÓ-SAÚDE

[...] mas se o MEC não estivesse junto nesse processo, a possibilidade de envolver as universidades era muito menor. Ele tem um papel político, [...] e é a quem os reitores se reportam. a [...] Então na hora que você coloca os dois ministérios para sentar junto, um ouvindo outro, quer dizer, na hora que o CONASEMS está sendo cogitado pra sentar na Comissão Nacional de Residência Médica, isso é um avanço que não tem precedente. E isso é o Ministério da Saúde pautando junto com os gestores essa questão. Eu não tenho dúvida que é um processo de avanço e que vai continuar, a gente espera [...] (CONASEMS)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Dimensão 3 - PS I como fortalecedor do SUS

PRÓ-SAÚDE

"Quando a gente pensa em entrar na área da saúde, a gente pensa mais na área curativa. Então assim, trabalhar no hospital, trabalhar com pronto atendimento [...] Essa oportunidade que a gente teve de ir até uma assistência primária, que trabalha a prevenção, e entender como é que tudo funciona, a questão da referência, da contra-referência. Então hoje eu tenho uma outra visão do que é assistência primária, assistência básica". (Aluna CGL)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Participantes

PET-Saúde

- ✓ Integram o Programa Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde, selecionadas por meio de Editais.
- ✓ O Programa permite a participação de docentes, profissionais dos serviços e estudantes de graduação da área da saúde e afins, os quais recebem bolsas nas modalidades de tutoria, preceptoria e monitoria estudantil, respectivamente, formalizando a caracterização dos Grupos PET-Saúde.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Abrangência do Programa

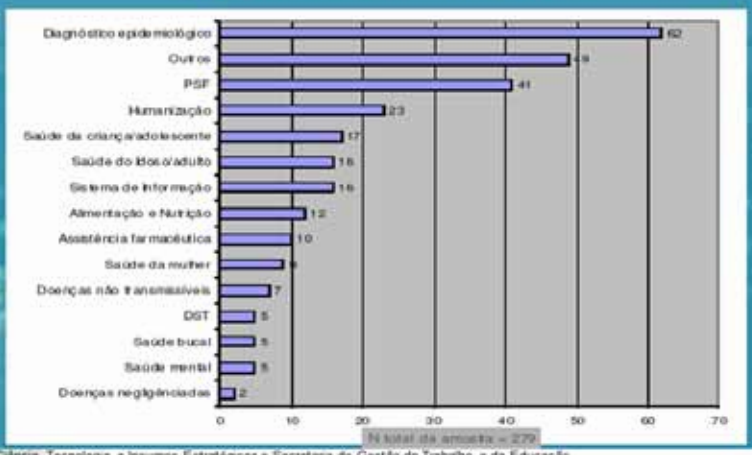
PET-Saúde

	Nº de Projetos selecionados	Nº de grupos PET-Saúde	Proporção Grupos	Bolsas/mês	Recursos (bolsas) já empenhados
PET-Saúde/SF 2009 Edital nº 12/2008	84	306	1 T: 6 P: 30 E	5.814	R$ 30.078.803,00
PET-Saúde/SF 2010/2011 Edital nº 18/2009	111	461	1 T: 6 P: 30 E	8.759	R$ 65.012.271,33
PET- Saúde/VS 2010/2011 Edital nº 7/2010	70	122	1 T: 2 P: 8 E	1.348	R$ 4.442.587,00
PET-Saúde/SM 2011 Edital nº 27/2010	69	80	1 T: 3 P: 12 E	1.280	R$ 8.163.417,60
2011	250	663		11.387	

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Planos de Pesquisa para Qualificação da Atenção Básica em Saúde

Distribuição por tema de pesquisa dos projetos PET-Saúde/2009

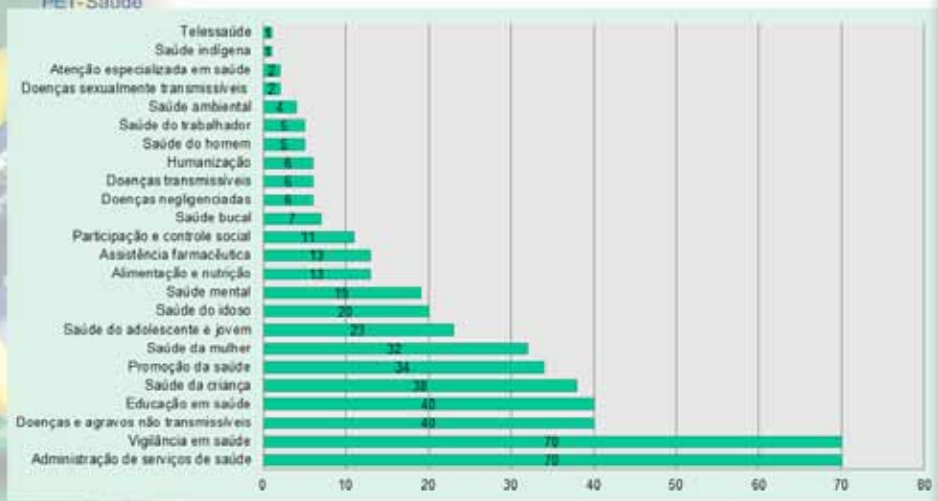


Fonte: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ministério da Saúde, 2009.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Distribuição das pesquisas propostas pelos projetos PET-Saúde/Saúde da Família 2010/2011

PET-Saúde



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Sustentabilidade

- ✓ Coordenação e dialogo com gerentes a nível dos serviços
- ✓ Participação efetiva dos preceptores
- ✓ Reforço interdisciplinar na atividade assistencial
- ✓ Institucionalização da pesquisa como recurso p/ o serviço
- ✓ Divulgação das atividades na comunidade
- ✓ Planejamento assistencial com base epidemiológica
- ✓ Incentivo aos agentes comunitários

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Sustentabilidade (academia)

- ✓ Readequação curricular
- ✓ Melhor acolhimento dos alunos
- ✓ Articulação com programas de extensão
- ✓ Avaliação formativa
- ✓ Educação permanente
- ✓ Contrato estável e institucionalizado entre IES e gestor municipal da saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

" O mérito da proposta atual se deve à coordenação que foi possível estabelecer entre os dois setores – o de saúde e de educação – conduzindo a uma atuação harmônica que respalda interesses de ambos os setores. Esta revisão dos relatórios evidencia, em um número significativo dos mesmos, as vantagens reconhecidas não apenas para a reorientação do processo formativo mas, também, para a dinamização e reorganização dos próprias unidades de serviços e maior integração das equipes de saúde da família".

(José Roberto Ferreira)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

...Segundo o ponto de vista desses atores, na relação entre todos os participantes se gerou uma força que mobilizou o grupo para a necessidade de se fazer uma opção de atuação cooperativa e produção colaborativa. Como alguns chamaram a atenção, disso resultou algo maior que a soma das partes do vivenciado, numa estratégia que lembra os círculos de cultura propostos por Paulo Freire, e que está conduzindo a revisão das práticas e indicando novos caminhos".

(José Roberto Ferreira)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Desafios

PRÓ-SAÚDE

- ✓ Marco legal normatizador da integração ensino-serviço (SUS escola).
- ✓ Planejamento conjunto do processo assistencial e de ensino-aprendizagem.
- ✓ Sustentabilidade das mudanças alcançadas.
- ✓ Maior envolvimento do gestor estadual.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Desafios

- **Interdisciplinaridade**
  - ✓ **Articulação entre os cursos**
  - ✓ **Integração curricular**
- **Qualificação técnica/pedagógica dos docentes**

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde – Pró-Ensino
SGTES-SESu-CAPES

- ✓ Mestrado Profissional na área de **Ensino na Saúde**
- ✓ Formação docente e desenvolvimento da linha de pesquisa de **ensino na saúde** em programas avaliados pela CAPES, mínimo nota 4.
- ✓ Mestrado Profissional Associado à Residência Médica e em Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

Áreas Temáticas Priorizadas

- ✓ Gestão do ensino na saúde
- ✓ Curriculo e processo ensino-aprendizagem na formação em saúde
- ✓ Avaliação no Ensino na Saúde
- ✓ Formação e desenvolvimento docente na saúde
- ✓ Integração universidades e serviços de saúde
- ✓ Políticas de integração saúde e educação
- ✓ Tecnologias presenciais e à distância no Ensino na Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde | Ministério da Saúde | BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

PRÓ-RESIDÊNCIA

RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde | Ministério da Saúde | BRASIL

Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS

Das Câmaras Técnicas

Art. 12. As Câmaras Técnicas, instâncias de assessoramento permanente da CNRMS, serão criadas por proposição do Plenário, aprovadas por maioria simples de votos, com finalidade de examinar matérias e questões de natureza específica, referentes ao credenciamento e recredenciamento dos programas de residência multiprofissional e em área profissional de saúde, e às linhas de cuidado em saúde.

§ 1o As Câmaras Técnicas serão formadas por, no mínimo, três instituições, órgãos e segmentos indicados pela CNRMS com aprovação do Plenário. Cada um desses apontará seu representante para compor a Câmara Técnica.

§ 2o Cada Câmara Técnica elegerá um coordenador de suas atividades dentre seus componentes.

§ 3o As Câmaras Técnicas funcionarão por prazo indeterminado, nos termos do ato de sua criação.

Art. 13. Compete às Câmaras Técnicas:

I - apreciar processos que lhe forem distribuídos e sobre eles emitir parecer opinativo, subsidiando as decisões do Plenário da CNRMS em matérias e questões de natureza específicas; e

II - responder às consultas encaminhadas pelo Plenário da CNRMS.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde · Ministério da Saúde · BRASIL

Câmaras Técnicas - pressupostos

- ✓ **Necessidades de saúde e as políticas de saúde** são referências para a criação de áreas de especialização que requeiram formação na modalidade de residência (espcialização em serviço) - olhar da gestão e do controle social
- ✓ **Critérios técnicos específicos** para o desenvolvimento das especializações das diferentes profissões – o olhar das entidades profissionais;
- ✓ **Aspectos político-pedagógicos** para organização dos programas - olhar das associações de ensino, coordenações de programa e residentes.

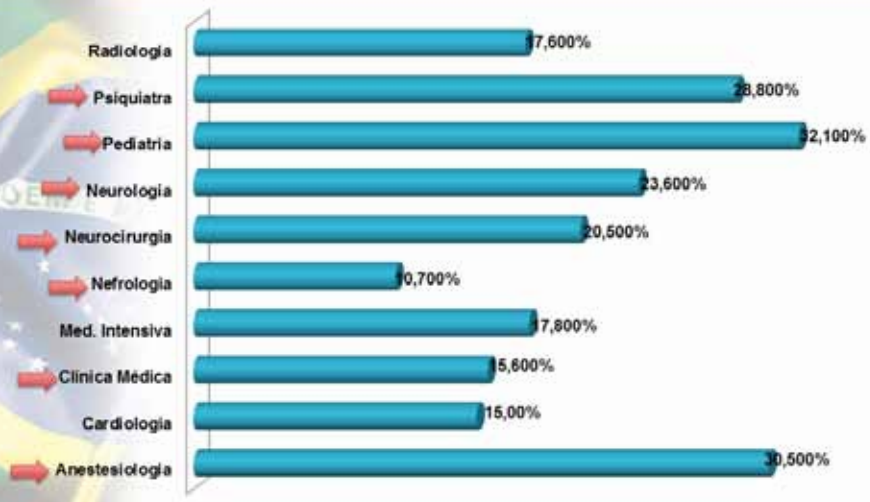
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde · Ministério da Saúde · BRASIL

Câmaras Técnicas

- ✓ Câmara Técnica de Atenção Primária e Saúde Coletiva
- ✓ Câmara Técnica de Saúde Mental
- ✓ Câmara Técnica de Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- ✓ Câmara Técnica de Intensivismo, Urgência e Emergência
- ✓ Câmara Técnica de Saúde Funcional
- ✓ Câmara Técnica de Saúde Ambiental e Animal

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Percentual de gestores hospitalares que encontram "muita dificuldade" no recrutamento, por especialidade

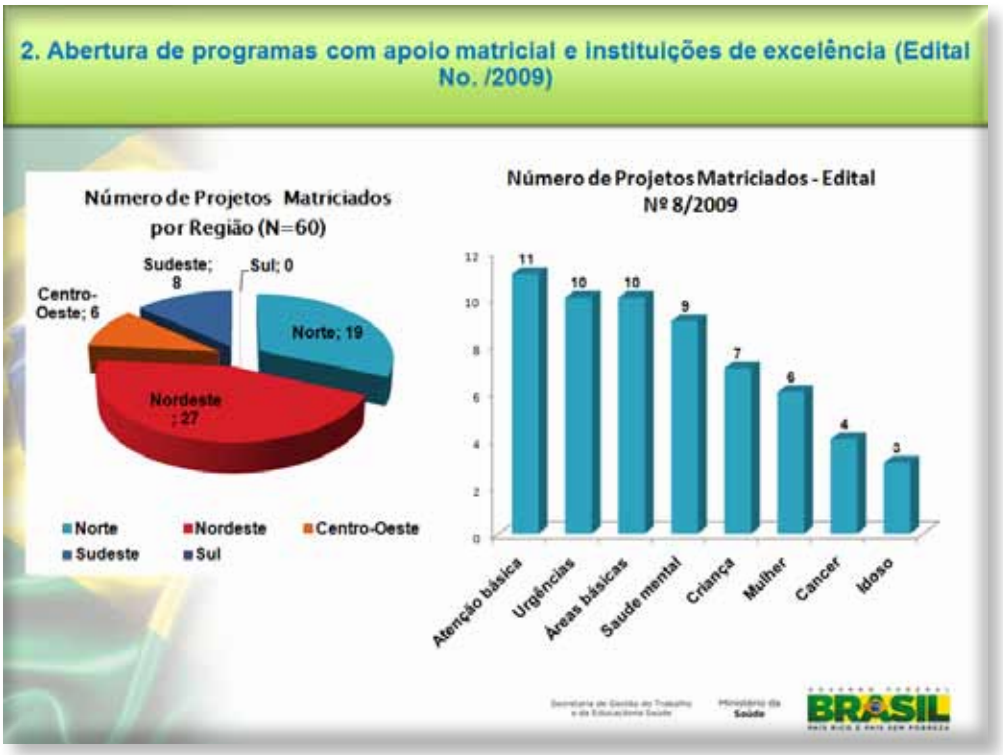


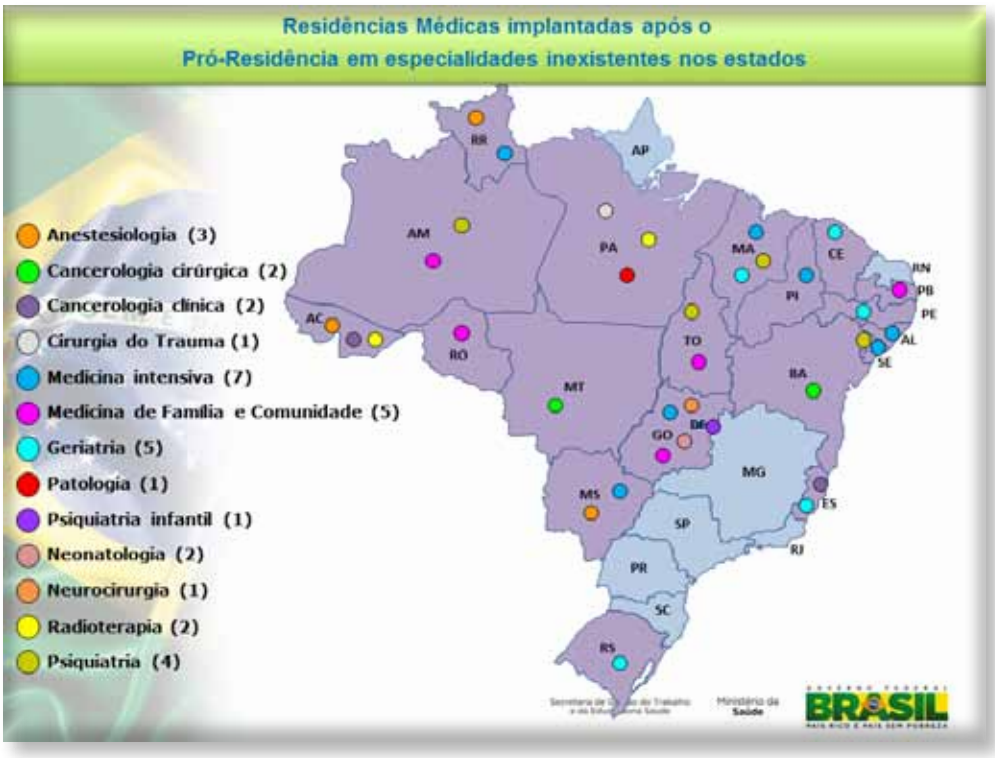
Mais de 30% relatam que a dificuldade aumentou últimos 2 anos

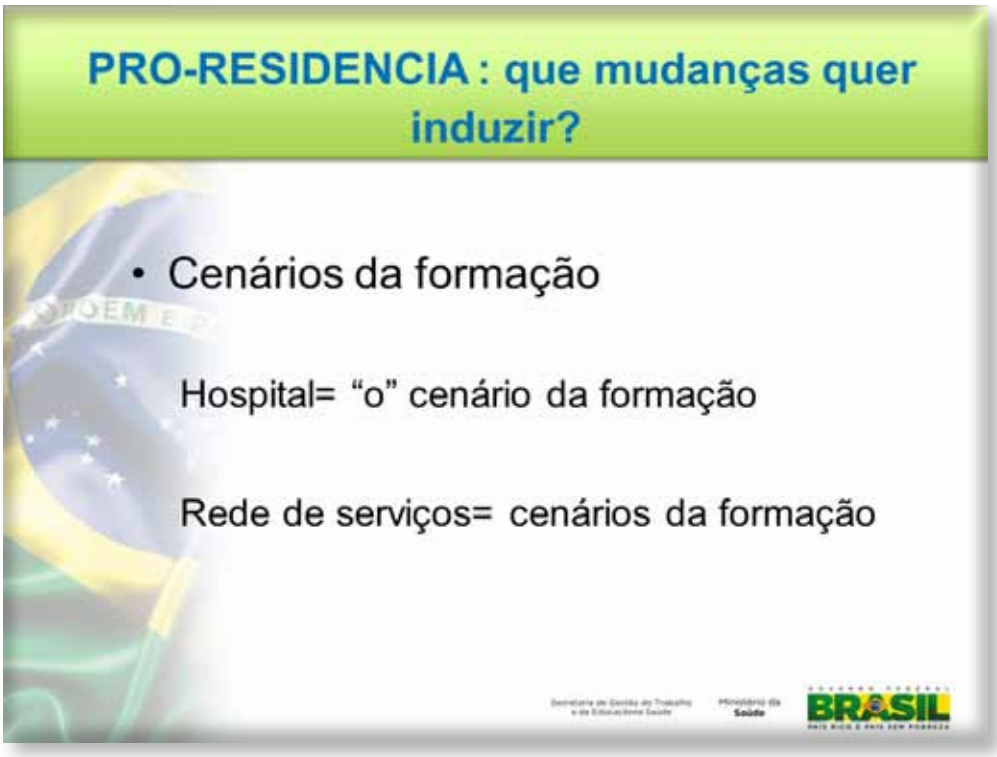
Fonte: ObservaRH /Nescon/UFMG, 2006

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

PRÓ-RESIDÊNCIA - PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS
1. Oferta de bolsas de Residência Médica em regiões e especialidades prioritárias (Editais No. 07/2009 e No. 19/2010)
2. Abertura de programas com apoio matricial e instituições de excelência (Edital No. 8/2009)
BRASIL


2. Abertura de programas com apoio matricial e instituições de excelência (Edital No. /2009)
Número de Projetos Matriciados por Região (N=60)
Sudeste; 8
Sul; 0
Centro-Oeste; 6
Norte; 19
Nordeste ; 27
Norte
Nordeste
Centro-Oeste
Sudeste
Sul
Número de Projetos Matriciados - Edital Nº 8/2009
11
10
10
9
7
6
4
3
Atenção básica
Urgências
Áreas básicas
Saude mental
Criança
Mulher
Cancer
Idoso
BRASIL


Residências Médicas implantadas após o
Pró-Residência em especialidades inexistentes nos estados
Anestesiologia (3)
Cancerologia cirúrgica (2)
Cancerologia clínica (2)
Cirurgia do Trauma (1)
Medicina intensiva (7)
Medicina de Família e Comunidade (5)
Geriatria (5)
Patologia (1)
Psiquiatria infantil (1)
Neonatologia (2)
Neurocirurgia (1)
Radioterapia (2)
Psiquiatria (4)
RR
AP
AM
PA
MA
CE
RN
PB
PE
AL
SE
PI
AC
RO
TO
MT
BA
DF
GO
MG
ES
MS
SP
RJ
PR
SC
RS
Ministério da Saúde
BRASIL


PRO-RESIDENCIA : que mudanças quer induzir?
• Cenários da formação
Hospital= "o" cenário da formação
Rede de serviços= cenários da formação
Ministério da Saúde
BRASIL

Tem-se que construir um Sistema de Saúde de Ensino, pois o papel isolado de Hospital de Ensino está superado

Mas....

A rede de unidades de saúde ainda não está adequadamente preparada para ser campo de ensino para a residência.

DE QUEM É ESSE PROBLEMA?

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

A construção de uma boa relação entre as instituições formadoras e os gestores do SUS visando a descentralização dos cenários de formação envolve um período de maturação.

QUEM FAZ PARTE DESSA CONSTRUÇÃO?

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — BRASIL

PRO-RESIDÊNCIA: que mudanças quer induzir?

- ✓ Referencial dominante: RM como programa educacional
- ✓ Incluir dimensão de trabalho como espaço de construção de capacidades e responsabilização pela organização do cuidado

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Financiamento Estudantil – FIES (LEI N° 12.202 de 14 de janeiro de 2010)

LEI Nº 12.202, DE 14 DE JANEIRO DE 2010.

Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos **profissionais do magistério público e médicos** dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências).

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — Ministério da Saúde — GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Lei n° 12.202/2010

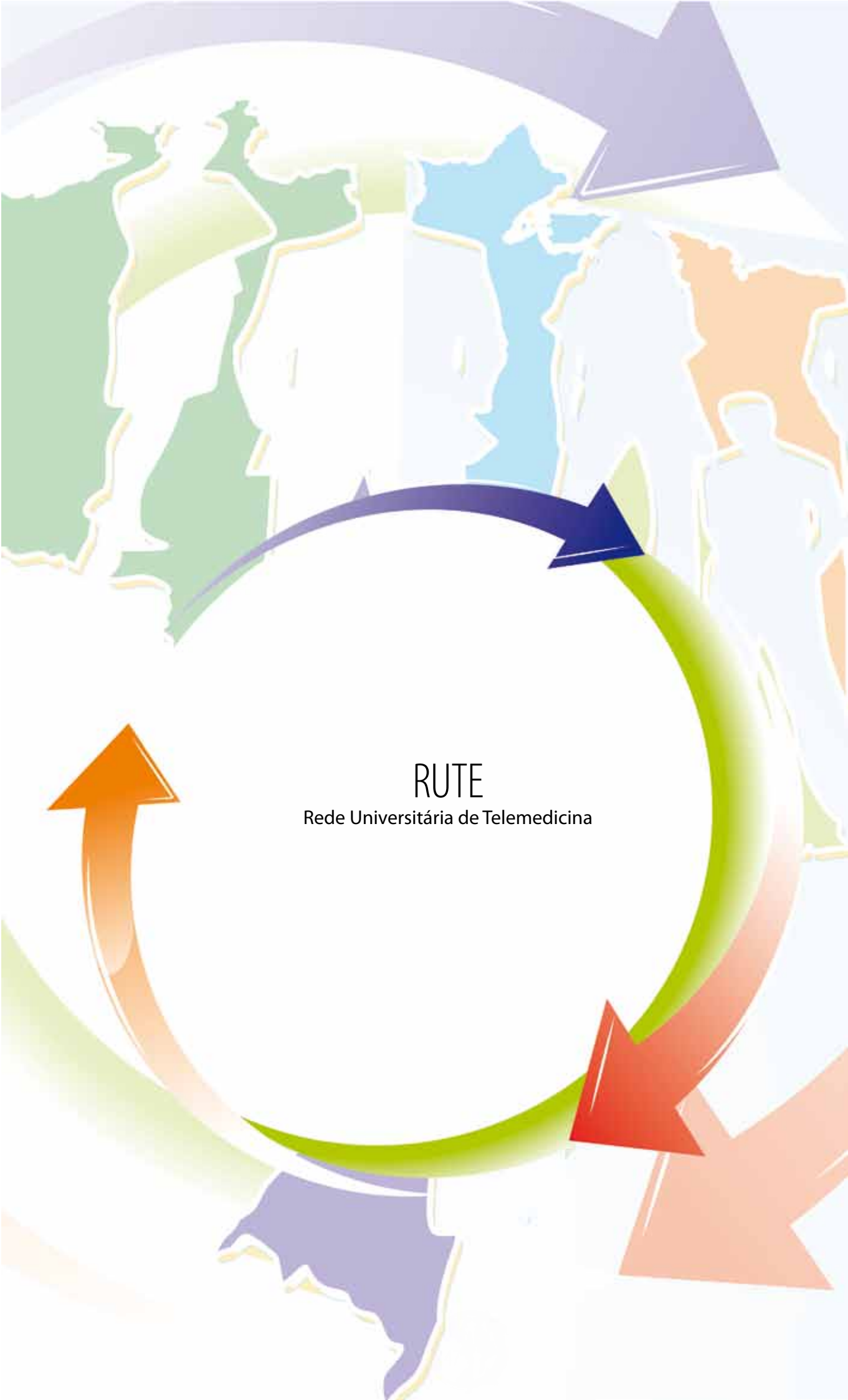
- Art. 2º O Capítulo II da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 6º-B:
- "Art. 6º-B. O Fies poderá abater, na forma do regulamento, mensalmente, 1,00% (um inteiro por cento) do saldo devedor consolidado, incluídos os juros devidos no período e independentemente da data de contratação do financiamento, dos estudantes que exercerem as seguintes profissões:
- I - professor em efetivo exercício na rede pública de educação básica com jornada de, no mínimo, 20 (vinte) horas semanais, graduado em licenciatura; e
- II - médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção desse profissional, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, na forma do regulamento.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde · Ministério da Saúde · BRASIL

[...]a gente pode ser insatisfeito com tudo que aconteceu, porem é inegável que o Brasil jamais viveu tal avanço democrático como nós vivemos contemporaneamente. ***E isso significa inclusão****, significa tratar a clientela não como doente, não como necessitado, não como vulnerável. Mas* ***como sujeito da sua história corporal, da sua história biológica, da sua história social****. Isso exige uma outra atitude, que alias quem pode produzir a reflexão sobre isso é a academia também, mas não só ela, o serviço também[...](CONASS)*

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde · Ministério da Saúde · BRASIL

www.saude.gov.br/sgtes
Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Milton de Arruda Martins
Diretor de Gestão da Educação na Saúde
Sigisfredo Brenelli
Diretora de Programa
Ana Estela Haddad
Diretora de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
Denise Mota Dau
Obrigada !
Ministério da Saúde
BRASIL


RUTE
Rede Universitária de Telemedicina

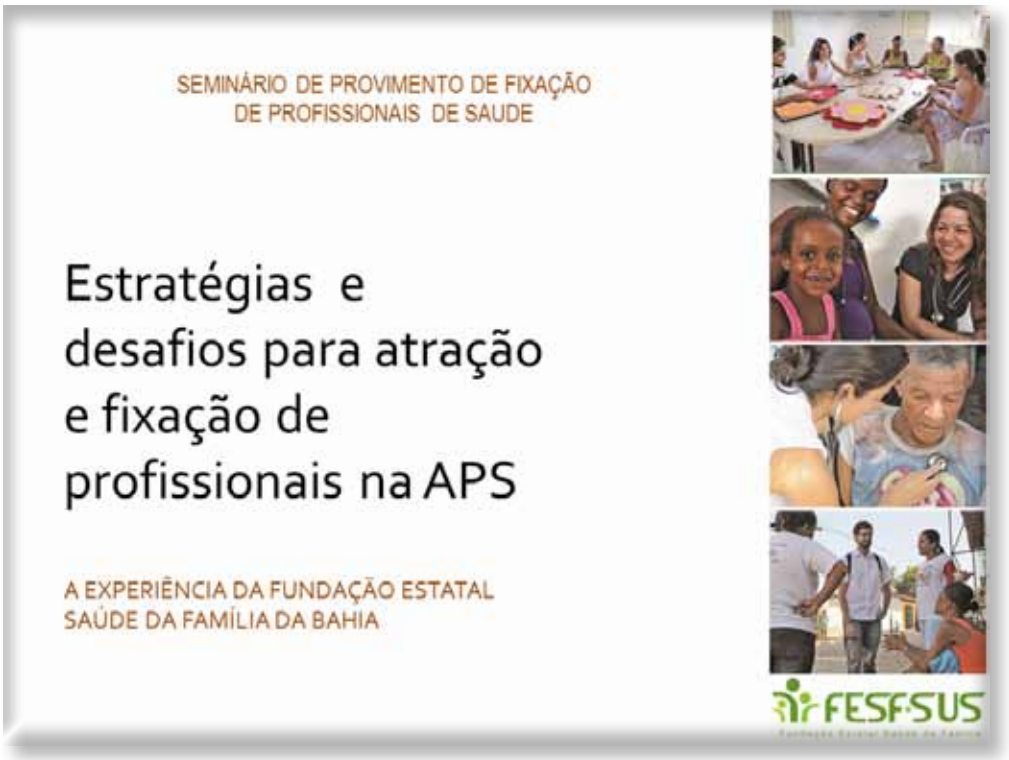
AREA DE ABRANGÊNCIA
Inovação e Sustentabilidade
5º Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde do CBTms
http://www.cbtms.org.br
19 – 22 de Novembro de 2011
Manaus, Amazonas – Brasil

www.rute.rnp.br
calendário de eventos SIG
Abril 2011
Próximos Eventos
14/04/2011
Videoconferência do SIG Saúde de Crianças e Adolescentes, 11h às 12h.
14/04/2011
Videoconferência do SIG Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), 9h às 10h.
14/04/2011
Webconferência do SIG TeleEnfermagem, 14h às 17h. Teleimersão Clínica: Cuidados de enfermagem para a prevenção de erros e eventos adversos com antibiótico.
15/04/2011
Videoconferência do SIG TelePsiquiatria, 10h às 12h.
FINEP

A evolução da Rede Universitária de Telemedicina (Rute)
Ministério da Ciência e Tecnologia
**Hospital Universitário da UFPI
*HU da UFMA
**Faculdade de Medicina Veterinária da UFT
**Faculdade de Enfermagem da UNIFAP
**HU João de Barros Barreto da UFPA
**HU Betina Ferro de Souza da UFPA
**Faculdade de Medicina da UFRR
*Hospital Getulio Vargas da UFAM
**HU Júlio Müller da UFMT
**Faculdade de Medicina da UNIR
**Faculdade de Medicina da UFAC
**Hospital das Clínicas da UFG
**HU Maria Aparecida Pedrossian da UFMS
*Hospital das Clínicas da Unicamp
*Hospital das Clínicas da FMUSP
*Hospital São Paulo da Unifesp
*HU da USP
*Instituto Dante Pazzanese
*Hospital de Clínicas da UFPR
*HU Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC
*Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA)
**Hospital de Clínicas da UFRGS
**Hospital Universitário da UFSM
**HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior da FURG
**Hospital Escola da UFPEL
**Maternidade Escola Assis Chateaubriand da UFC
*Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC
*Hospital das Clínicas da UFPE
*HU Lauro Wanderley da UFPB
**HU Alcides Carneiro da UFCG
**HU Ana Bezerra da UFRN
**Hospital de Pediatria da UFRN
**Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN
**HU Onofre Lopes da UFRN
*HU Prof. Alberto Antunes da UFAL
**Hospital Universitário da UFS
*HU Prof. Edgar Santos da UFBA
**Centro Pediátrico Hesannah de Oliveira da UFBA
**Maternidade Climério de Oliveira da UFBA
**Hospital Universitário na UnB
*Hospital das Clínicas da UFMG
**Hospital de Clínicas da UFU
**Hospital Escola da UFTM
**Hospital Universitário da UFJF
*HU Cassiano Antônio de Moraes da UFES
*Canal Saúde (Fiocruz)
*HU Pedro Ernesto e FCM da UERJ
**HU Antônio Pedro da UFF
**HU Gaffrée e Guinle da UNIRIO
**Inst. de Psiquiatria da UFRJ
**Inst. de Puer. e Ped. Martagão Gesteira da UFRJ
**Inst. de Neurologia Deolindo Couto da UFRJ
**Inst. de Doenças de Tórax da UFRJ
**Inst. de Ginecologia da UFRJ
**Hospital Escola São Francisco de Assis da UFRJ
**Maternidade Escola da UFRJ
**HU Clementino Fraga Filho da UFRJ
RNP
RUTE
47 núcleos operacionais
10 núcleos operacionais até o final de 2011
*fase1
**fase2

João Batista Cavalcante

Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia


SEMINÁRIO DE PROVIMENTO DE FIXAÇÃO
DE PROFISSIONAIS DE SAUDE
Estratégias e desafios para atração e fixação de profissionais na APS
A EXPERIÊNCIA DA FUNDAÇÃO ESTATAL
SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA
FESF-SUS

Desprecarizar os vínculos trabalhistas e implantar uma Carreira Pública Intermunicipal
FESF-SUS

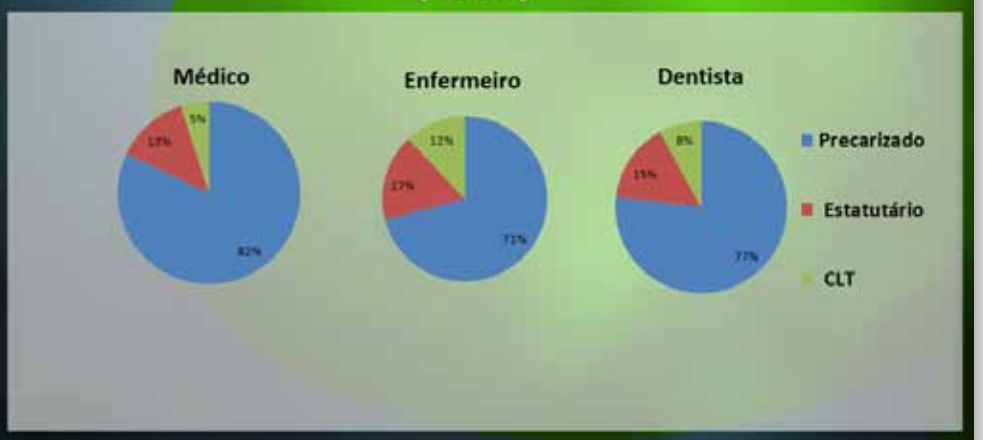
Alguns problemas crônicos

- Vínculo precário, vulnerabilidade a pressões políticas
- Nenhuma mobilidade
- Instabilidade nas equipes
- Mercado Predatório
- Pouco incentivo à fixação
- Precário apoio para atualização clínica

= Falta de perspectiva, desestímulo, saúde da família como "falta de opção" ou "pé–de-meia"

FESF-SUS
Fundação Estatal Saúde da Família

Formas de vínculo segundo profissões de nível superior que atuam na ESF / Bahia (2008)



Distribuição dos municípios segundo tempo médio de permanência dos médicos no PSF (2008)

Tempo médio	n	%	% acumulado
Até 6 meses	31	14,5	
De 7 a 11 meses	16	7,5	22,0
1 ano	54	25,2	47,2
De 13 a 23 meses	10	4,7	51,9
2 anos	50	23,4	75,2
3 anos	19	8,9	84,1
4 anos	14	6,5	90,7
Mais de 4 anos	4	1,9	92,5
Não há rotatividade	11	5,1	97,7
Não-resposta	5	2,3	100,0
Total	214	100,0	

O que é mais Importante para o Trabalhador? – responderam os Gestores

FATOR	%
G1- Remuneração	82%
G2- Boas Condições de Trabalho	40%
G2- Existência de Vínculo Trabalhista	37%
G2- Disponibilidade de Instrumentos e Equipamentos Necessários aos Trabalhos	33%
G3- Oferta de Capacitação	28%
G3- Disponibilidade de Exames	23%
G3- Possibilidade de Referenciamento	23%

O que é mais Importante para o Trabalhador? – responderam os Trabalhadores

FATORES	%
G1-Benefícios e Direitos Trabalhistas	69%
G1- Educação Permanente	66%
G1- Disponibilidade de Instrumentos e Equipamentos Necessários aos Trabalhos	65%
G1- Existência de Vínculo Trabalhista	62%
G1- Carreira com Mobilidade	62%
G1- Remuneração	61%
G2- Educação de Qualidade para os Filhos	55%

O que faz o trabalhador desistir do emprego?

FATOR	%
Interferência Política	20%
Instabilidade no Emprego	18%
Infra-Estrutura Inadequada	15%
Atraso no Pagamento	15%
Rotatividade e Equipe Incompleta	13%

A construção da FESF-SUS

- Comissão Paritária do CES que aprovou as Leis antes de serem enviadas ao Legislativo
- Aprovação das leis na Assembléia Legislativa e em mais de 110 Câmara de Vereadores
- A Instituição da FESF-SUS foi o maior movimento legislativo Municipal da história da Bahia (um orgulho para a Saúde da Família no Brasil)

A construção da FESF-SUS

- Formulação e Debate da Proposta desde início do Governo (em 2007)
- Muita Resistência inicial, mas o esclarecimento, debate e credibilidade superou a desconfiança
- Aprovação no Conselho Estadual de Saúde
- Aprovação na Conferência Estadual de Saúde:
- FE como uma das Modalidades de Gestão do SUS-BA

A construção da FESF-SUS

- Consulta Pública para Aprovação do Plano de Emprego Carreira e Salários da FESF-SUS
- 1° Etapa de celebração dos Contratos de Gestão com os Município: 69 Municípios
- Realização do 1° Concurso_ Público Intermunicipal para a Saúde da Família do Brasil em Março
- 2° Etapa: Ano de 2011 expansão de 100% - 138 Municípios
- **Novo Concurso Público em junho de 2011**

Singularidades da FESF-SUS

- Um Arranjo Interfederativo que possibilita que os municípios unidos, com o apoio do Estado, possam:
- Desenvolver uma Gestão Compartilhada
- Atuar de maneira Solidária e Articulada
- Regular, em conjunto, o mercado de trabalho
- Ter Ganhos de Escala
- Concretizar Politicas de Equidade
- *Um arranjo que cai como uma luva para as Redes de Atencao (Lenir Santos)*

Pra quê a FESF-SUS!

- I- Interiorizar, Expandir e Desenvolver a Estratégia de Saúde da Família em toda a Bahia
- II- Carreira, Valorização e Desenvolvimento do Trabalhador e Qualificação do Trabalho
- Constituição de um Sistema Público **Interfederado** que Determina para todos os Trabalhadores:
  - Concurso, Distribuição, Mobilização e Remuneração
  - Carreira c/ Mobilidade similar à do Judiciário, Bancos Estatais, Exército, etc.

FESF-SUS
Fundação Estatal Saúde da Família

Pra quê a FESF-SUS!

- III- Avançar na Educação Permanente e Produção de Conhecimento:
  - Ação Cooperada que promove amplo Investimento em Pós-Graduação e abrangente Processo de EP p/ Trabalhadores e Gestores
  - Telessaúde e 2° Opinião Formativa
  - Mestrado Profissional
  - Tutoria para Graduação e Pós-Graduação
  - Pesquisa e Produção de Inovações Tecnológicas

FESF-SUS
Fundação Estatal Saúde da Família

Pra quê a FESF-SUS!

IV- Desenvolver, Mordenizar e Informatizar a Gestão Municipal

Sistemas de Monitoramento e Avaliação da Qualidade

Informatização das Unidades

Desenvolvimento de Softwares que facilitam e qualificam o trabalho

Pra quê a FESF-SUS!

- V- Equidade e Qualidade no SUS Bahia

Com Recursos do Governo Estadual e Federal compoe Fundo de Equidade que permite a promocao de Lógicas de Equidade como subsidiar os Custos dos Municípios mais Pobres

A Carreira na FESF-SUS:

- Baseada em 2 anos de pesquisa e submetida a Consulta Pública
- Garante todos os Direitos:

  13°, Terço de Férias, insalubridade, licença Saúde, Maternidade, Aposentadoria, FGTS, etc.
- Víncula à Instituição dando Segurança e Perspectiva de Planejar a Vida, a Formação, os Ganhos, Progredir numa Carreira com regras claras até à Aposentadoria

FESF-SUS
Fundação Estatal Saúde da Família

A Carreira na FESF-SUS:

- Remuneração Variável baseada em Metas (Qualitativas e Quantitativas) Pactuadas com as Equipes, Gestores e Comunidade (até 20%)
- Premio de Inovação e Qualidade (R$ 4.250)
- Adicional de Localização (de 0 a 100%)
- Adicional de Fixação para Estabilidade de mais de 2 anos (10%)
- Adicional Condição Especial de Trabalho (até 20%)
- Gratificação por EP (até 20%)

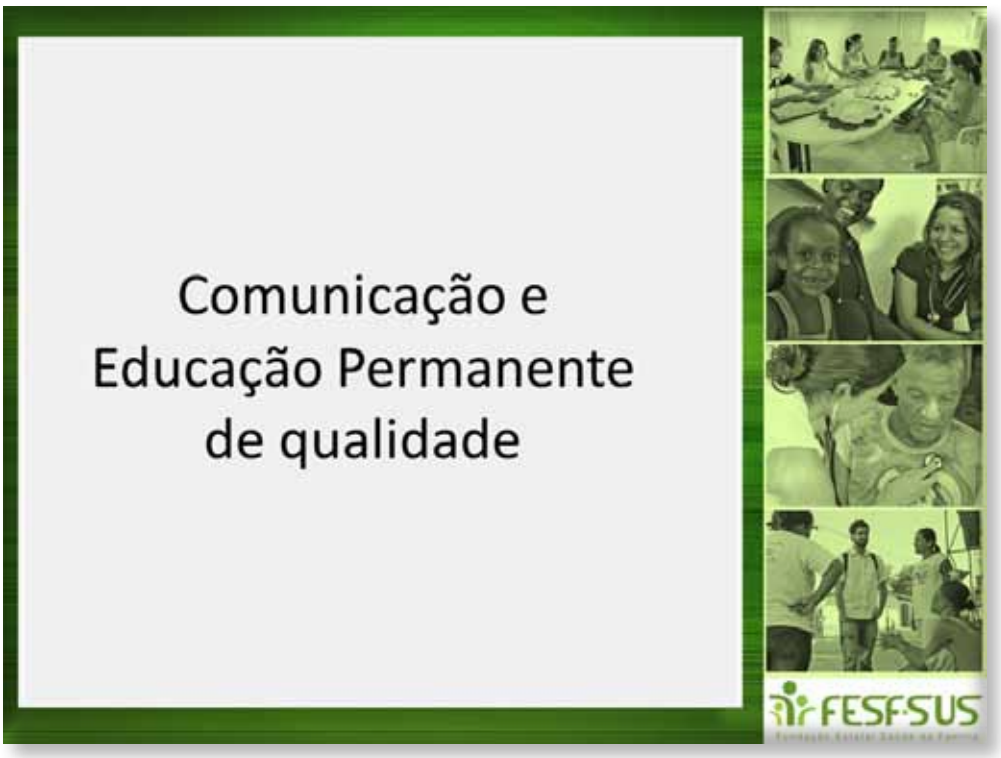
FESF-SUS
Fundação Estatal Saúde da Família

A Carreira na FESF-SUS:

- **Progressões a cada 2 anos (**pode intercalar**):**
- por **Antiguidade -** até 30%
- por **Mérito** - até 56%
- por **Titulação** - até 20% (Especialista em Saúde da Família/6% - Mestrado/6% - Especializações 4%)
- Correção pela Inflação a cada ano

A Carreira na FESF-SUS:

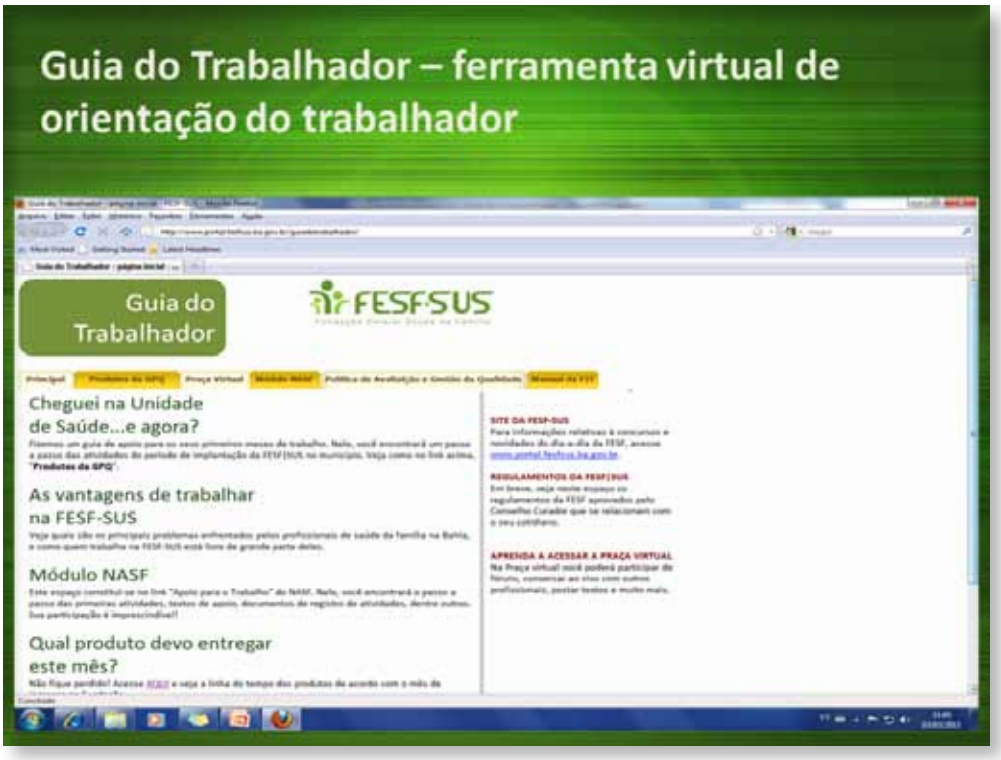
- Mobilidade, sem demissão, entre os Municípios com regras claras, públicas e isonômicas
- Não pode ser demitido sem justa causa, insuficiência de desempenho ou descumprimento de contrato
  - Processo Administrativo com Direito a Ampla Defesa
- Participação e Gestão Democrática
  - Representante no Conselho Curador
  - Acordo Coletivo de Trabalho


Comunicação e
Educação Permanente
de qualidade
FESF-SUS

Praça Virtual
ESF-SUS
Cuidar bem
Gilate Coelho Neto
Ambientes de Interação
Telessaúde
Cursos
Fórum geral dos trabalhadores
Atualizar Fórum
Neste fórum cada um escolhe se fazer ou não a assinatura
Obrigar todos a serem assinantes
Mostrar assinantes
Suspender o recebimento de mensagens deste fórum via email
A Praça pretende encurtar distâncias neste imenso Estado que é a Bahia, facilitar os encontros, a construção de amizades e de solidariedade, mostrar para um colega em outro lugar que "é possível", que "vale a pena se empenhar e seguir na aposta", justamente quando ele teve um dia difícil e ficou um pouco desmotivado.
O objetivo deste fórum é dialogar com os diversos colegas espalhados em toda a Bahia sobre vários temas, problemas e soluções importantes para o dia a dia do trabalho e para fortalecer a Saúde da Família na Bahia. Ou seja, este é um fórum de temas livres, todos os trabalhadores podem propor temas novos para o debate e troca

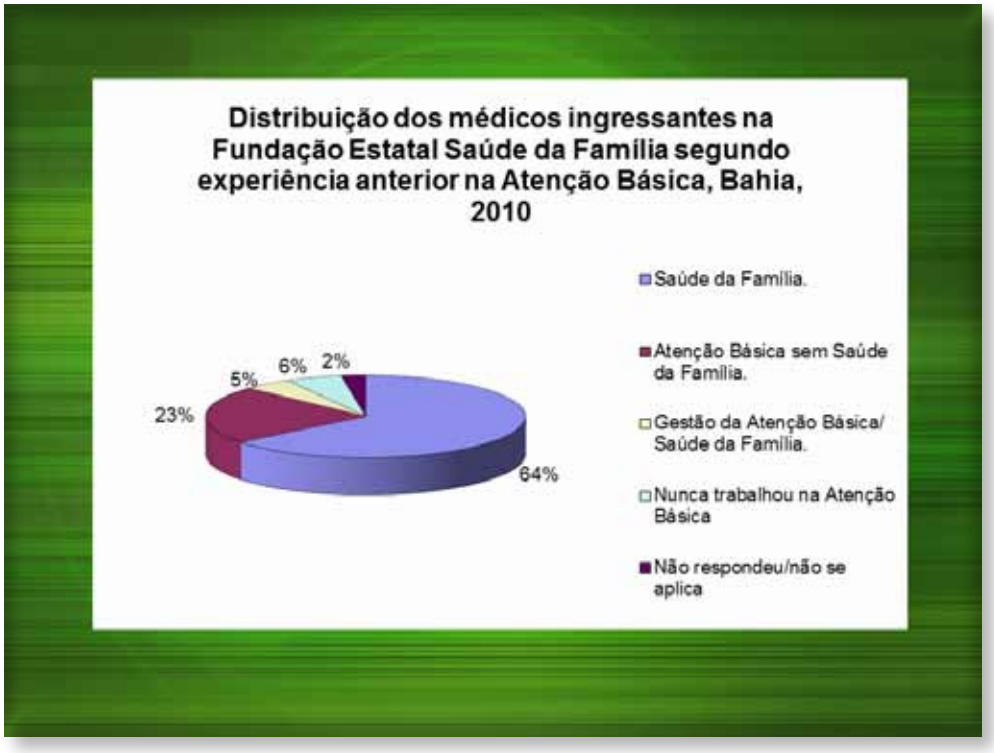
Biblioteca Virtual

MAPS – Ferramenta on-line de monitoramento da atenção básica

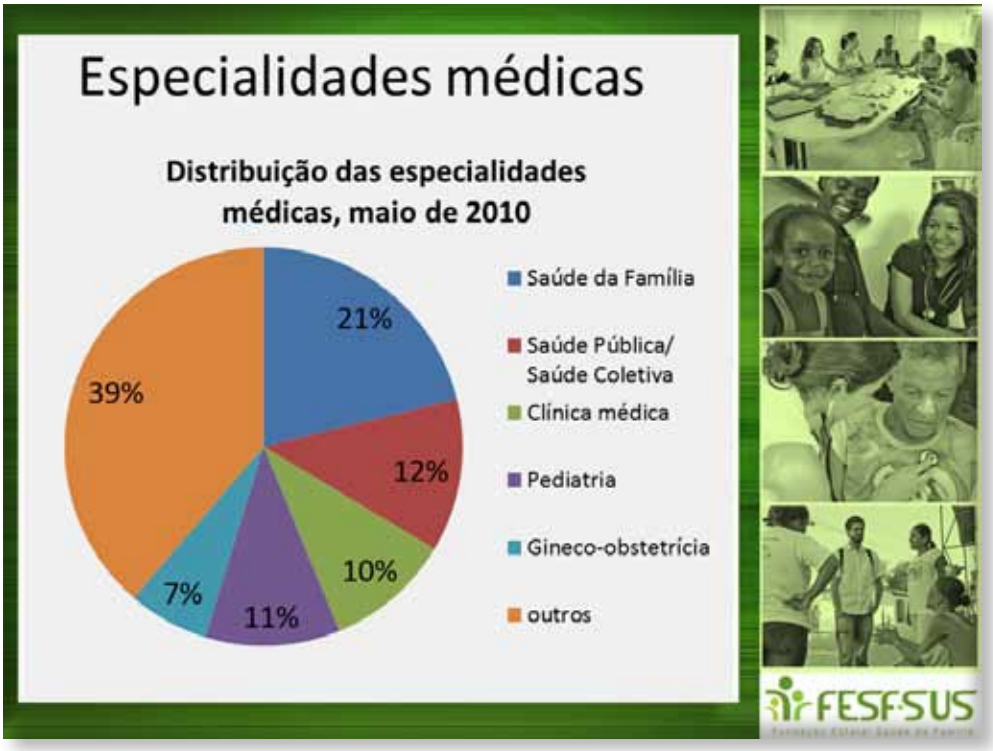


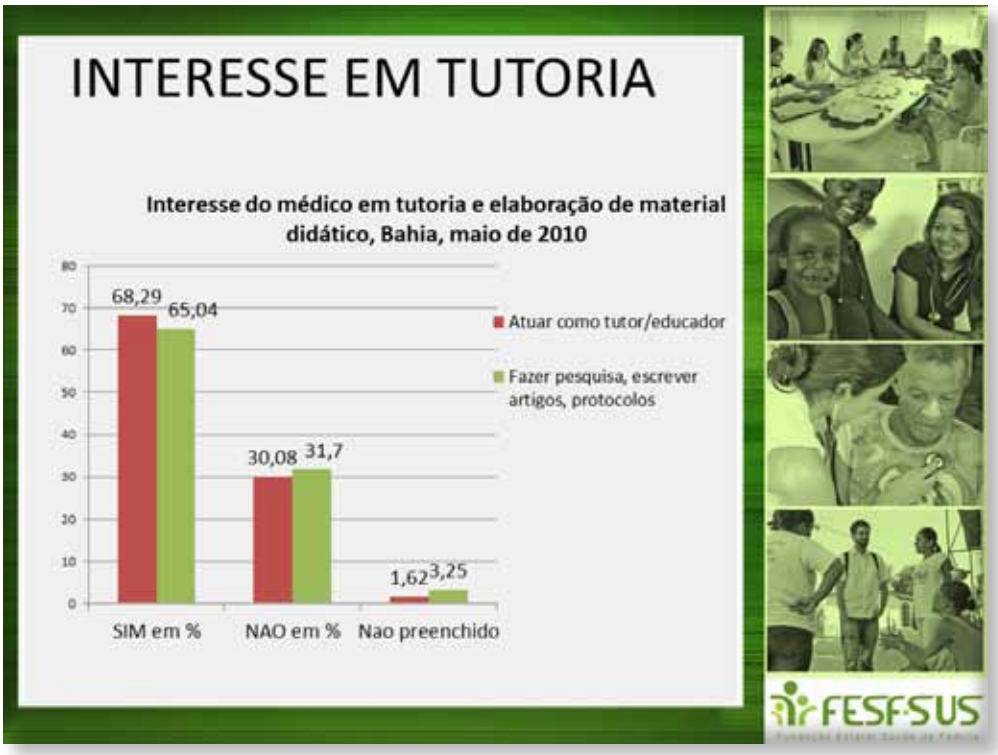
1° Concurso Público

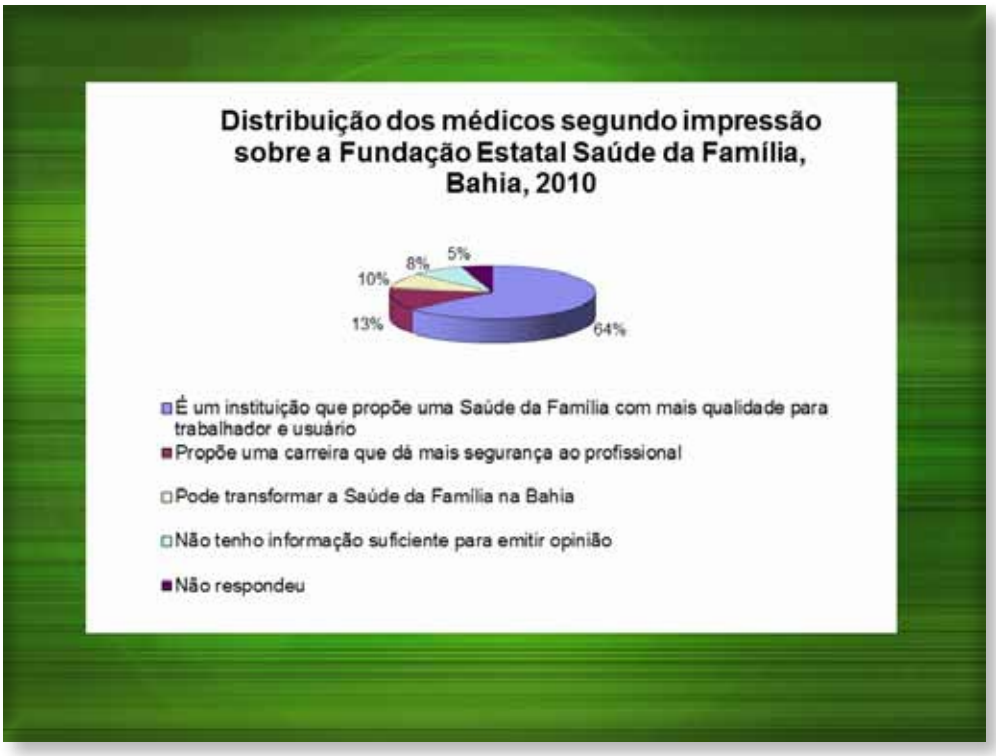
EMPREGO	INSCRITOS	REALIZARAM AS PROVAS
Médicos Geral	1.748	1.315
Médicos de Família	1.284	983
Dentista	3.569	2.741
Enfermeiro	17.299	11.941
Sanitarista	1.009	687
GERAL	37.920	22.405


Distribuição dos médicos ingressantes na Fundação Estatal Saúde da Família segundo experiência anterior na Atenção Básica, Bahia, 2010
64%
23%
5%
6%
2%
Saúde da Família.
Atenção Básica sem Saúde da Família.
Gestão da Atenção Básica/ Saúde da Família.
Nunca trabalhou na Atenção Básica
Não respondeu/não se aplica

Distribuição dos médicos ingressantes na Fundação Estatal Saúde da Família segundo forma de contratação anterior na Atenção Básica, Bahia, 2010
21%
42%
7%
30%
Vínculo Público Temporário
Prestação de Serviço/Cooperativa
CLT
Outros, não respondeu ou não se aplica


Especialidades médicas
Distribuição das especialidades médicas, maio de 2010
21%
12%
10%
11%
7%
39%
Saúde da Família
Saúde Pública/ Saúde Coletiva
Clínica médica
Pediatria
Gineco-obstetrícia
outros
FESF-SUS


INTERESSE EM TUTORIA
Interesse do médico em tutoria e elaboração de material didático, Bahia, maio de 2010
80
70
60
50
40
30
20
10
0
68,29
65,04
30,08
31,7
1,62
3,25
SIM em %
NAO em %
Nao preenchido
Atuar como tutor/educador
Fazer pesquisa, escrever artigos, protocolos
FESF-SUS


Distribuição dos médicos segundo impressão sobre a Fundação Estatal Saúde da Família, Bahia, 2010
5%
8%
10%
13%
64%
É um instituição que propõe uma Saúde da Família com mais qualidade para trabalhador e usuário
Propõe uma carreira que dá mais segurança ao profissional
Pode transformar a Saúde da Família na Bahia
Não tenho informação suficiente para emitir opinião
Não respondeu

Trabalhadores e pretensão de residir no seu local de atuação
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
85
35
3
95
24
7
75
32
9
Médicos
Enfermeiros
Dentistas
Sim
Não
Não Preenchido
FESF-SUS

Em Síntese: qual o Perfil desses Médicos

- Mais de 50% atuam entre 3 e 15 anos na SF
- 64% já trabalhavam na SF
- 70% tem Pós-Graduação sendo que metade destes em SF e SP e 28% em Especialidades Raízes
- 65% a 70% querem ser Tutores e fazerem nova Formação na Saúde da Família
- 85% buscam, segurança, carreira e qualidade e entendem que a FESF lhes oferece isso

DESAFIOS

- Fixação de profissionais, principalmente médicos é um importante desafio!
  - O nó do Financiamento
    - remuneração x carga horária
    - Custos da desprecarização
- Implementação de gestão compartilhada numa instituição interfederada
- Mudança cultural de valorização da APS

"A experiência está sendo gratificante. A interação aqui é boa e conseguimos desempenhar um trabalho interessante. A FESF-SUS oferece um suporte bacana, envia produtos que estimulam e dão gás. Não é um trabalho numeral, é qualitativo. Quero meus amigos aqui. Venham! O projeto é muito bom"
Valter | Médico
CONCURSO PÚBLICO
2011
FESF-SUS
MÉDICO DA FAMÍLIA

Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conselho Nacional de
Secretarias Municipais de Saúde

Seminário Nacional de Provimento e Fixação de Profissionais em Áreas Remotas, Isoladas e de Maior Vulnerabilidade

Abril de 2011

CONASEMS

Fixação de Profissionais em Áreas Remotas, Isoladas e de Maior Vulnerabilidade

Tema prioritário para a diretoria do **CONASEMS**

- Dificuldades concretas para o gestor municipal de saúde fixar profissionais, em especial, o médico;
- Prejuízos na prestação dos serviços de saúde à população dessas áreas(extrema cobrança);
- Necessidade de debate e busca de saídas solidárias e cooperativas entre as três esferas de governo

CONASEMS

Fixação de Profissionais em Áreas Remotas, Isoladas e de Maior Vulnerabilidade

Considerações para o aprofundamento do tema

- Questão Geográfica
- Questão Econômica
- Questão Social
- Questão cultural

Tendência à fixação nas regiões mais desenvolvidas econômica, social e culturalmente

CONASEMS

Fixação de Profissionais em Áreas Remotas, Isoladas e de Maior Vulnerabilidade

Problema complexo, presente em diversos países, intervenção exige estratégias múltiplas e combinadas:

- Gestão da Educação
- Gestão do Trabalho
- Regulação
- Incentivos Financeiros

São medidas suficientes para o enfrentamento do problema? NÃO .

CONASEMS

Fixação de Profissionais em Áreas Remotas, Isoladas e de Maior Vulnerabilidade

Estado da Arte/2009

- 387 municípios sem médicos residentes
- Disponibilidade bastante baixa (<10%) de médicos de saúde da família
- Elevada rotatividade
- Escassez de médicos especialistas
- Outras categorias, à princípio, parecem não apresentar as mesmas dificuldades que a área médica

CONASEMS

Fixação de Profissionais em Áreas Remotas, Isoladas e de Maior Vulnerabilidade

Temas de relevância na **Agenda Tripartite do SUS**

- Consenso acerca da proporção médico/população nas diversas especialidades
- Quantificação da demanda médica no SUS
- Identificação da oferta e distribuição profissional
- Definição do perfil médico necessário para o SUS
- Formação condizente com o perfil e a demanda SUS
- Superação de obstáculos de gestão → Efeitos da LRF

CONASEMS

Fixação de Profissionais em Áreas Remotas, Isoladas e de Maior Vulnerabilidade

Propostas

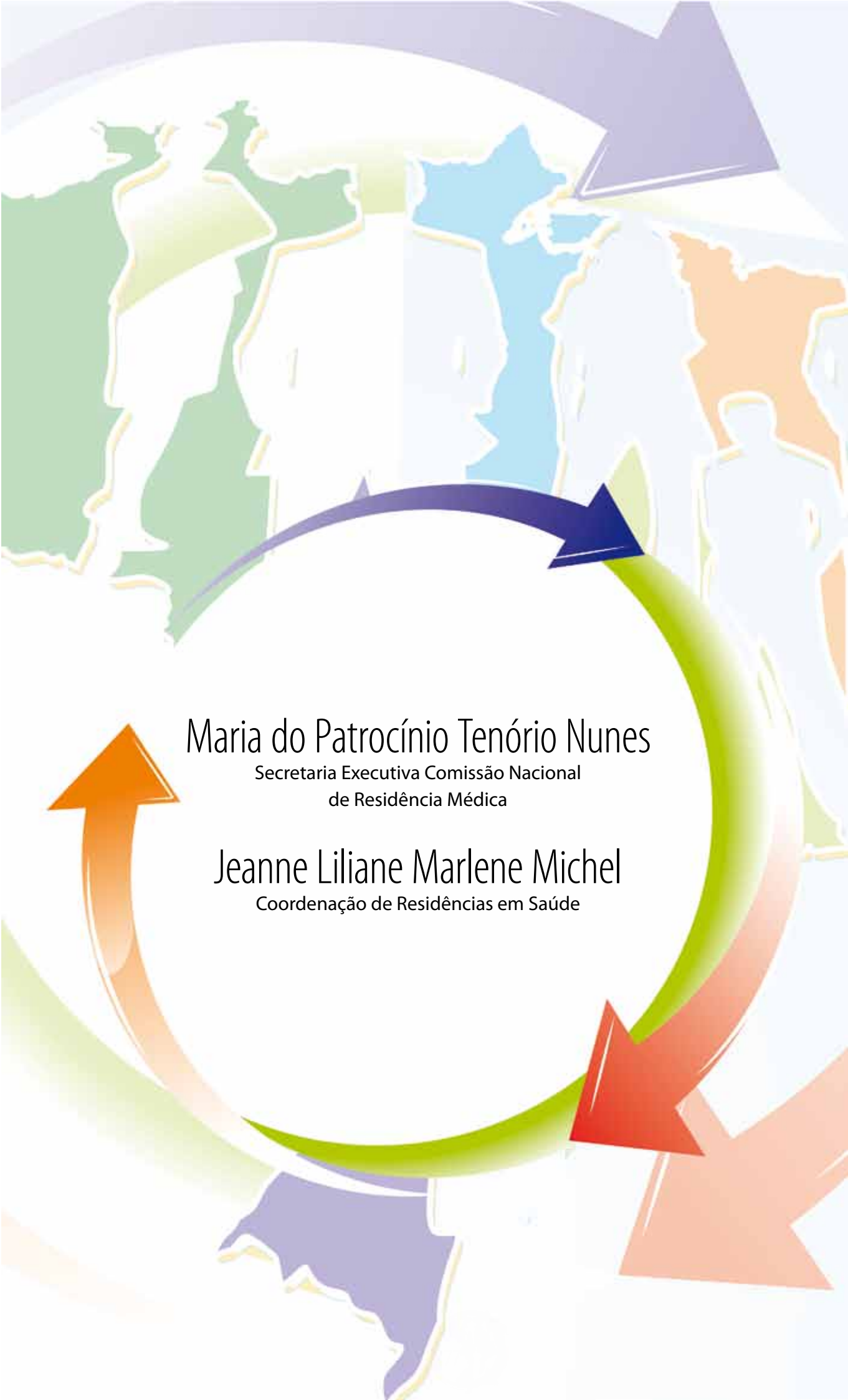
- Apoio técnico e financeiro aos municípios
- Estímulo à implantação de PCCS
- Serviço civil obrigatório e ou voluntário
- Rediscussão do processo de validação de diplomas estrangeiros
- Aumento de vagas de residência médica
- Outras formas de financiamento para a ESF e Atenção Básica
- Investimento

CONASEMS

Antônio Carlos Figueiredo Nardi

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

www.conasems.org.br



Maria do Patrocínio Tenório Nunes

Secretaria Executiva Comissão Nacional
de Residência Médica

Jeanne Liliane Marlene Michel

Coordenação de Residências em Saúde

Iniciativas Educacionais relacionadas ao Provimento e a Fixação de Médicos no SUS

Graduação e Residência Médica como fatores de Fixação de Médicos

Profa. Dra. Maria do Patrocínio Tenório Nunes
Secretaria Executiva Comissão Nacional de Residência Médica

Profa. Dra. Jeanne Liliane Marlene Michel
Coordenação de Residências em Saúde

QUANTOS MÉDICOS SE MANTIVERAM ATUANDO NO CANADÁ E NEWFOUNDLAND E LABRADOR (NL)?

Características e Preditores de um graduado na Memorial University of Newfoundland permanecer no Canadá em NL após a RM

FATORES PREDITORES de "Estar Trabalhando" no CANADÁ

Fator	OR	IC 95%
Sexo Feminino	1,44	1,01 - 2,04
Ter nascido no Canadá	3,71	1,15 – 2,21
Graduação 1980	1,52	1,02 – 2,24
Graduação 1990	2,01	1,31 – 3,09
RM na Memorial University of Newfoundland	1,59	1,53 - 9,01

National and provincial retention of medical graduates of Memorial University of Newfoundland.

CMAJ. 2006 Aug 15;175(4):357-60.
Mathews M, Rourke JT, Park A.

Ano	Habitantes	Crescimento 5 anos	Crescimento 10 anos
2006	505,469	-1.5	-8.4

Faculdade de Medicina
Memorial University of Newfoundland

Forma 50% dos médicos

QUANTOS MÉDICOS SE MANTIVERAM ATUANDO NO CANADÁ E NEWFOUNDLAND E LABRADOR (NL)?

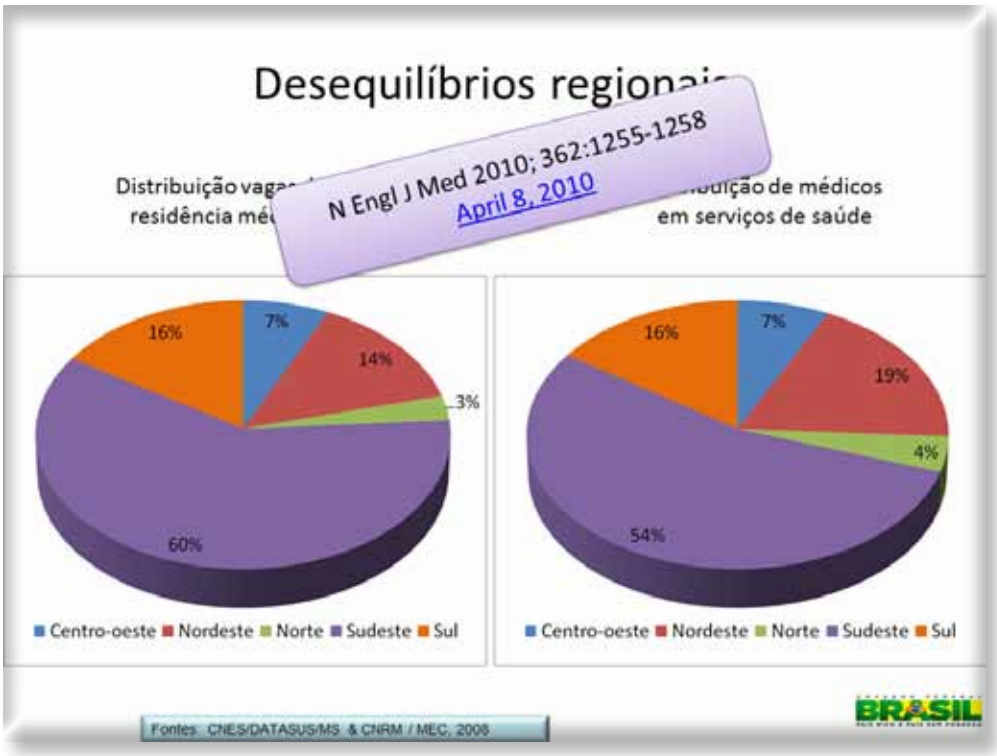
Características e Preditores de um graduado na Memorial University of Newfoundland permanecer no Canadá em NL após a RM

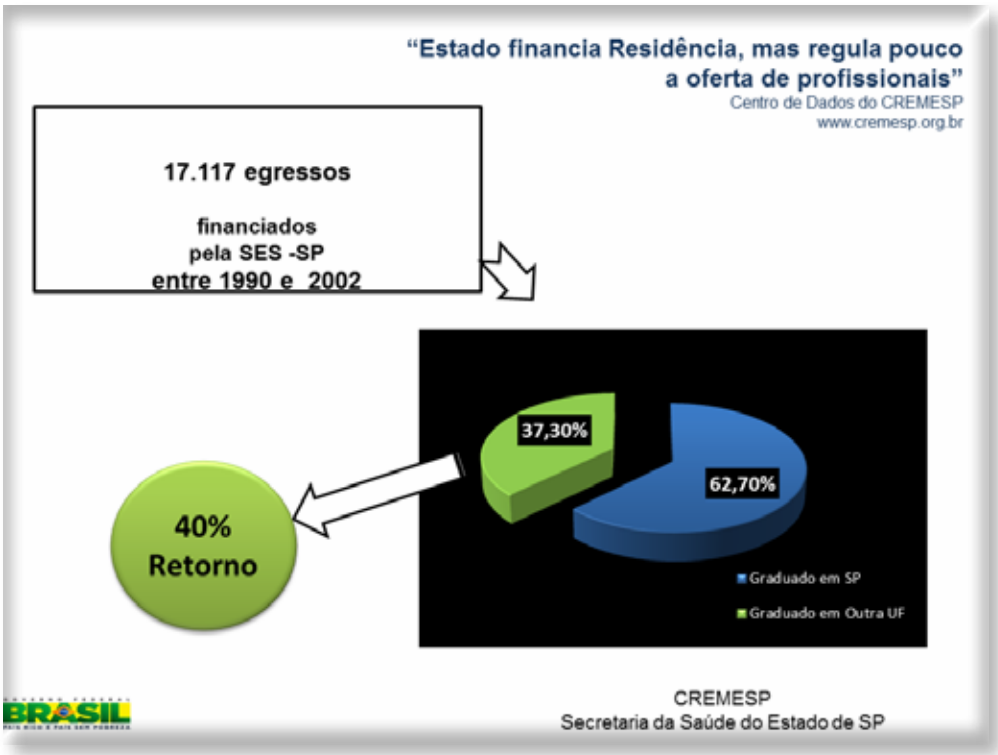
FATORES PREDITORES de "Estar Trabalhando" em NL

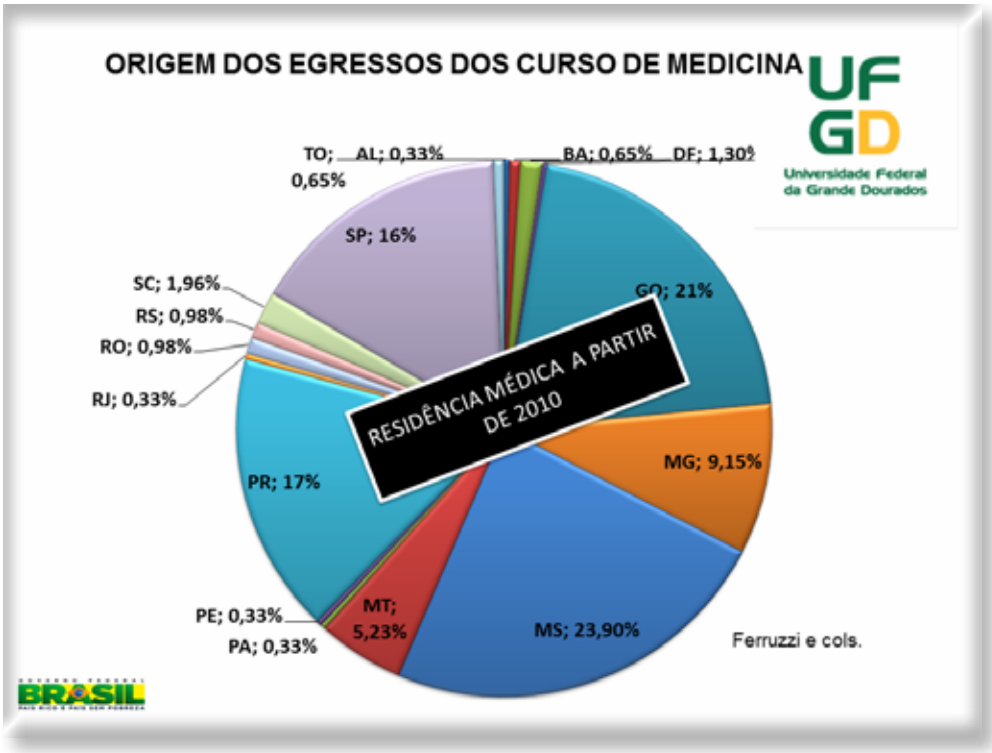
Fator	OR	IC 95%
Background Rural	1,37	1,04 – 1,81
Ter nascido em Newfoundland e Labrador	9,23	15,52 – 15,44
RM na Memorial University of Newfoundland	5,28	3,80 – 7,34

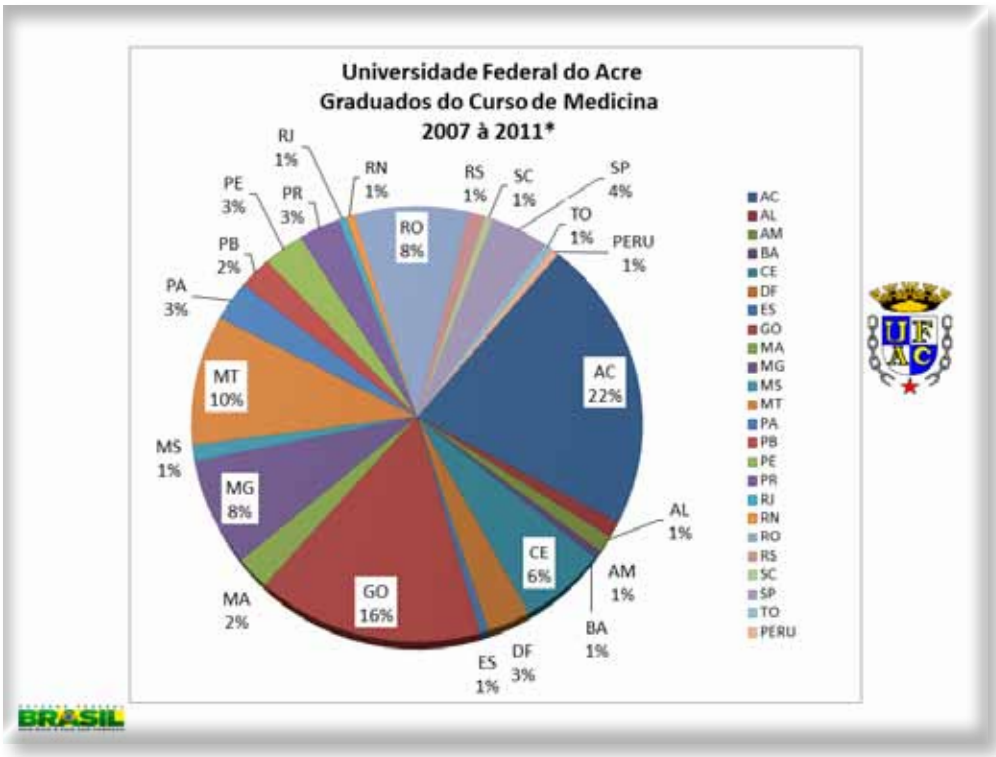
National and provincial retention of medical graduates of Memorial University of Newfoundland.

CMAJ. 2006 Aug 15;175(4):357-60.
Mathews M, Rourke JT, Park A.

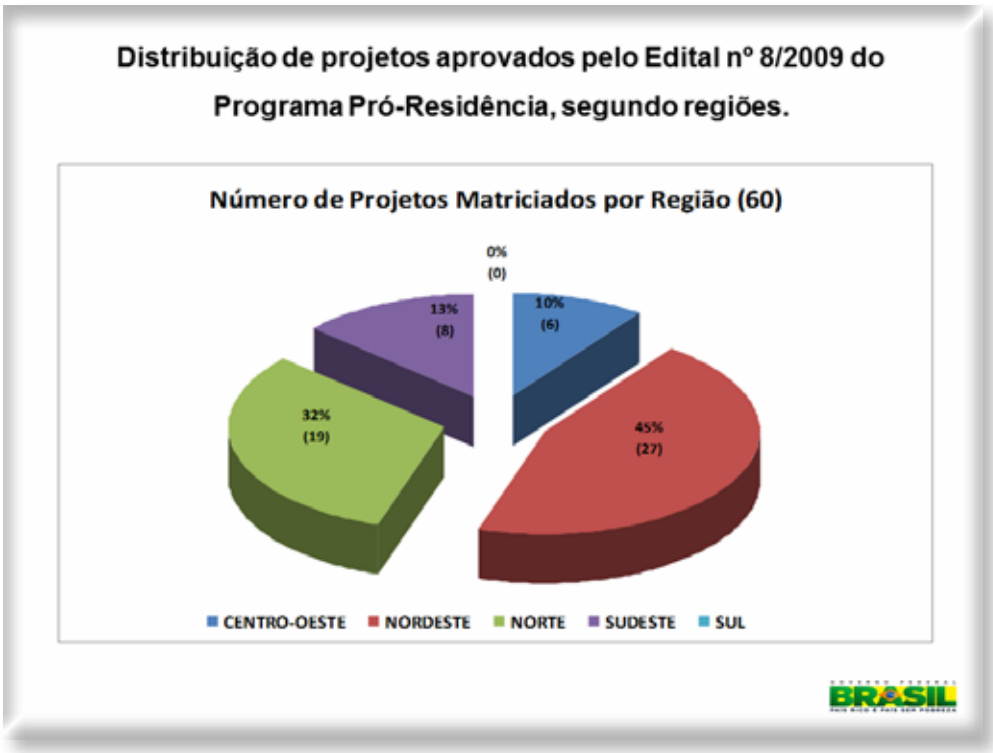

Desequilíbrios regionais
N Engl J Med 2010; 362:1255-1258
April 8, 2010
Distribuição vagas
residência méd
ição de médicos
em serviços de saúde
7%
14%
3%
16%
60%
Centro-oeste Nordeste Norte Sudeste Sul
7%
19%
4%
16%
54%
Centro-oeste Nordeste Norte Sudeste Sul
Fontes: CNES/DATASUS/MS & CNRM / MEC, 2008
BRASIL

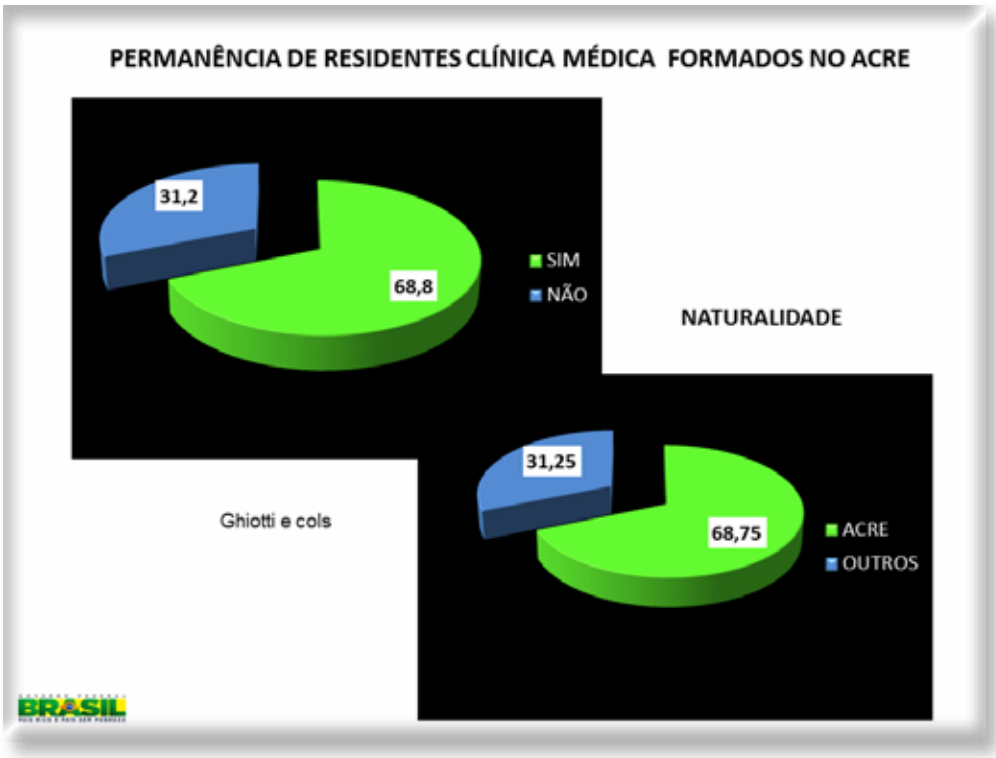

"Estado financia Residência, mas regula pouco a oferta de profissionais"
Centro de Dados do CREMESP
www.cremesp.org.br
17.117 egressos
financiados
pela SES -SP
entre 1990 e 2002
37,30%
62,70%
40%
Retorno
Graduado em SP
Graduado em Outra UF
BRASIL
CREMESP
Secretaria da Saúde do Estado de SP

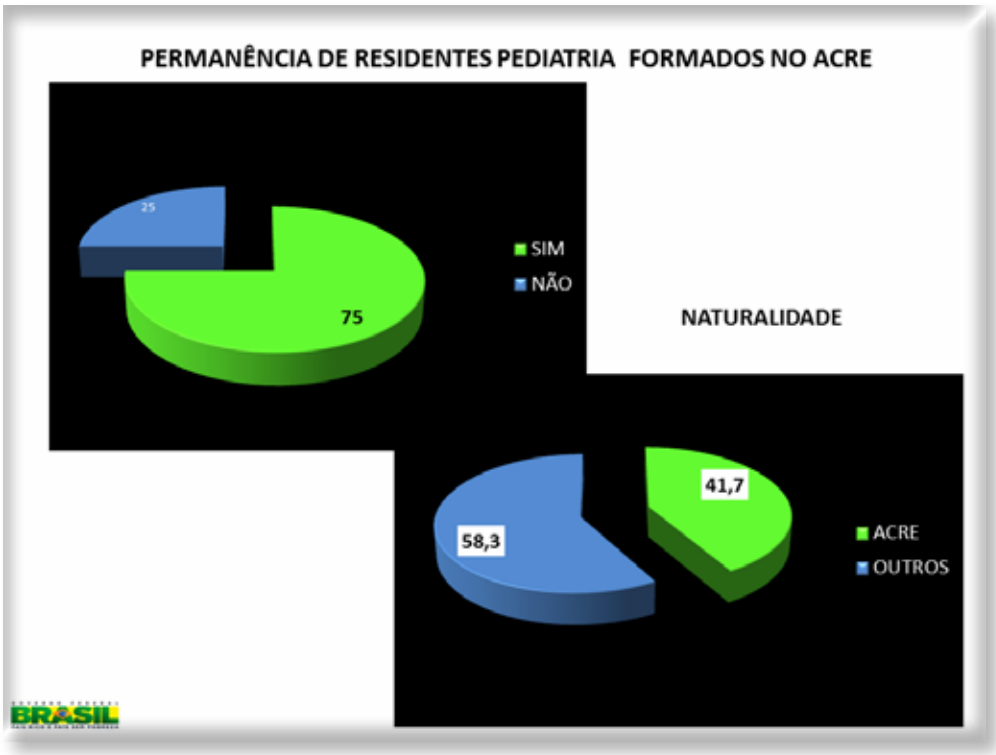

ORIGEM DOS EGRESSOS DOS CURSO DE MEDICINA
UFGD
Universidade Federal da Grande Dourados
TO; 0,65%
AL; 0,33%
BA; 0,65%
DF; 1,30%
SP; 16%
GO; 21%
SC; 1,96%
RS; 0,98%
RO; 0,98%
RJ; 0,33%
RESIDÊNCIA MÉDICA A PARTIR DE 2010
MG; 9,15%
PR; 17%
PE; 0,33%
PA; 0,33%
MT; 5,23%
MS; 23,90%
Ferruzzi e cols.
BRASIL

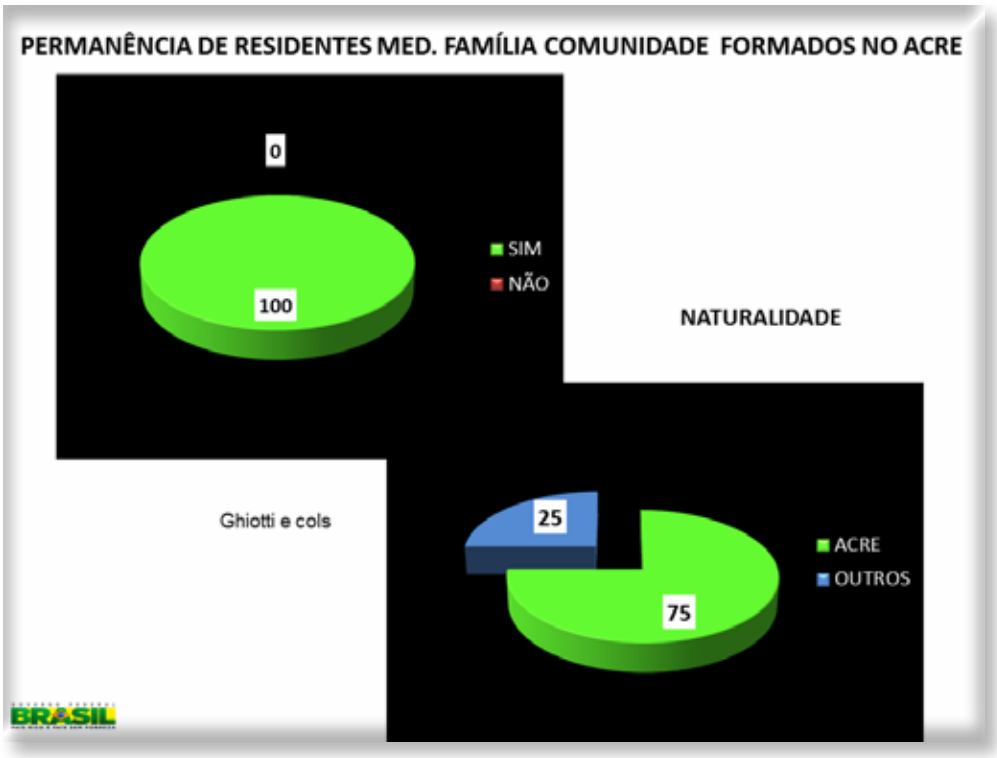

Universidade Federal do Acre
Graduados do Curso de Medicina
2007 à 2011*
RJ 1%
RN 1%
RS 1%
SC 1%
SP 4%
PE 3%
PR 3%
RO 8%
TO 1%
PERU 1%
PB 2%
PA 3%
AC 22%
MT 10%
MS 1%
MG 8%
AL 1%
CE 6%
AM 1%
MA 2%
GO 16%
BA 1%
ES 1%
DF 3%
AC
AL
AM
BA
CE
DF
ES
GO
MA
MG
MS
MT
PA
PB
PE
PR
RJ
RN
RO
RS
SC
SP
TO
PERU
BRASIL

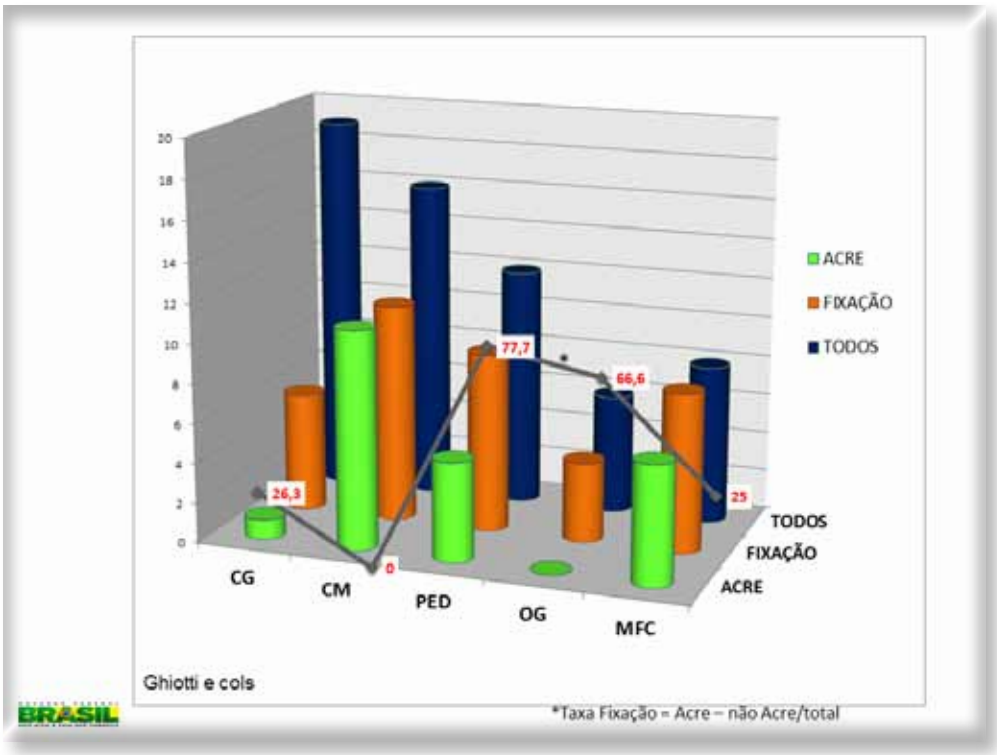
RESIDÊNCIAS - DIMENSÕES
Política
Educativa
•Planejamento da Força de Trabalho em Saúde
•Mercado de Trabalho
•Necessidades e Perfis
•Gestão da RM
•Qualidade da Aprendizagem e ensino
•Perfis de Formação
•Currículos
Relações com a Graduação, PG, Mercado de Trabalho
Melhorar o cuidado em saúde buscando o avanço da qualidade da educação
BRASIL

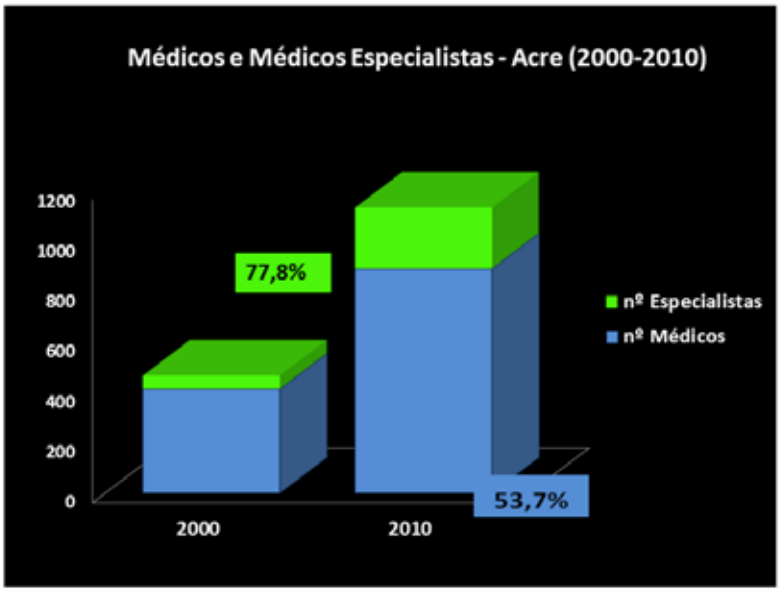

Distribuição de projetos aprovados pelo Edital nº 8/2009 do Programa Pró-Residência, segundo regiões.
Número de Projetos Matriciados por Região (60)
0% (0)
10% (6)
45% (27)
32% (19)
13% (8)
CENTRO-OESTE
NORDESTE
NORTE
SUDESTE
SUL
BRASIL


PERMANÊNCIA DE RESIDENTES CLÍNICA MÉDICA FORMADOS NO ACRE
31,2
68,8
SIM
NÃO
NATURALIDADE
31,25
68,75
ACRE
OUTROS
Ghiotti e cols
BRASIL

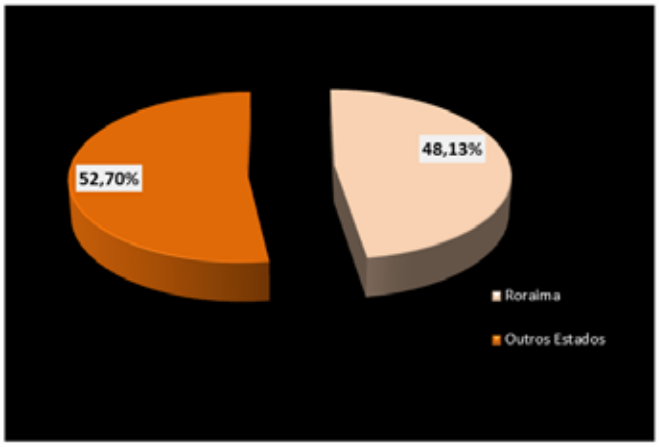

PERMANÊNCIA DE RESIDENTES PEDIATRIA FORMADOS NO ACRE
25
75
SIM
NÃO
NATURALIDADE
41,7
58,3
ACRE
OUTROS
BRASIL


PERMANÊNCIA DE RESIDENTES MED. FAMÍLIA COMUNIDADE FORMADOS NO ACRE
0
100
SIM
NÃO
NATURALIDADE
Ghiotti e cols
25
75
ACRE
OUTROS
BRASIL

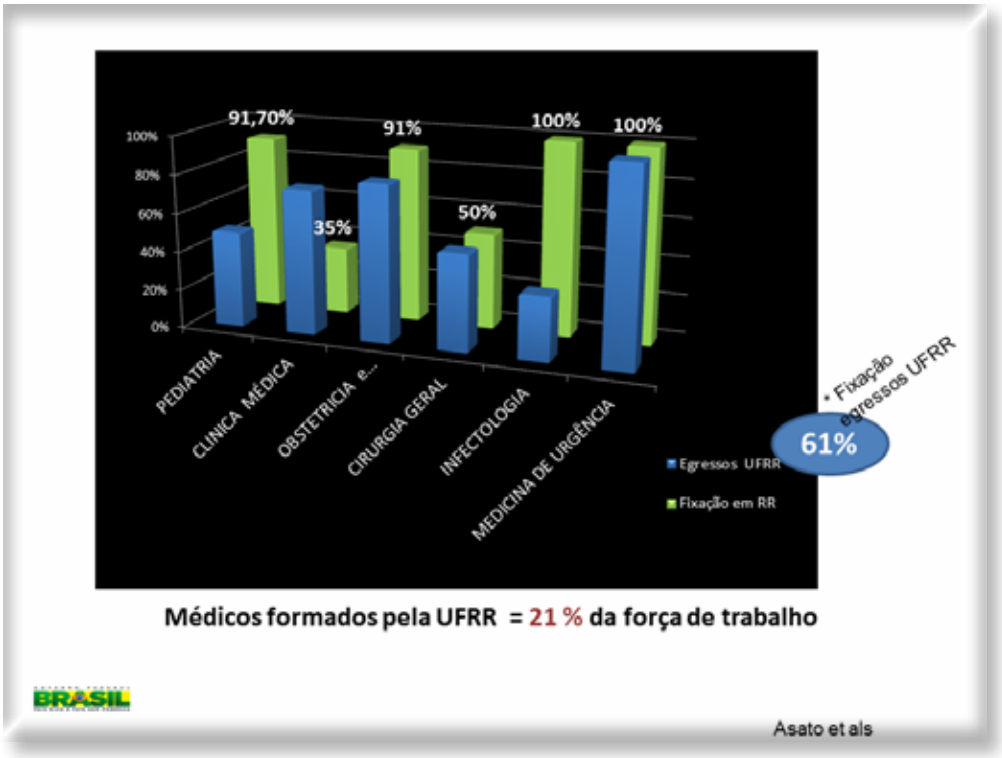

20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
26,3
0
77,7
66,6
25
CG
CM
PED
OG
MFC
ACRE
FIXAÇÃO
TODOS
Ghiotti e cols
BRASIL
*Taxa Fixação = Acre – não Acre/total

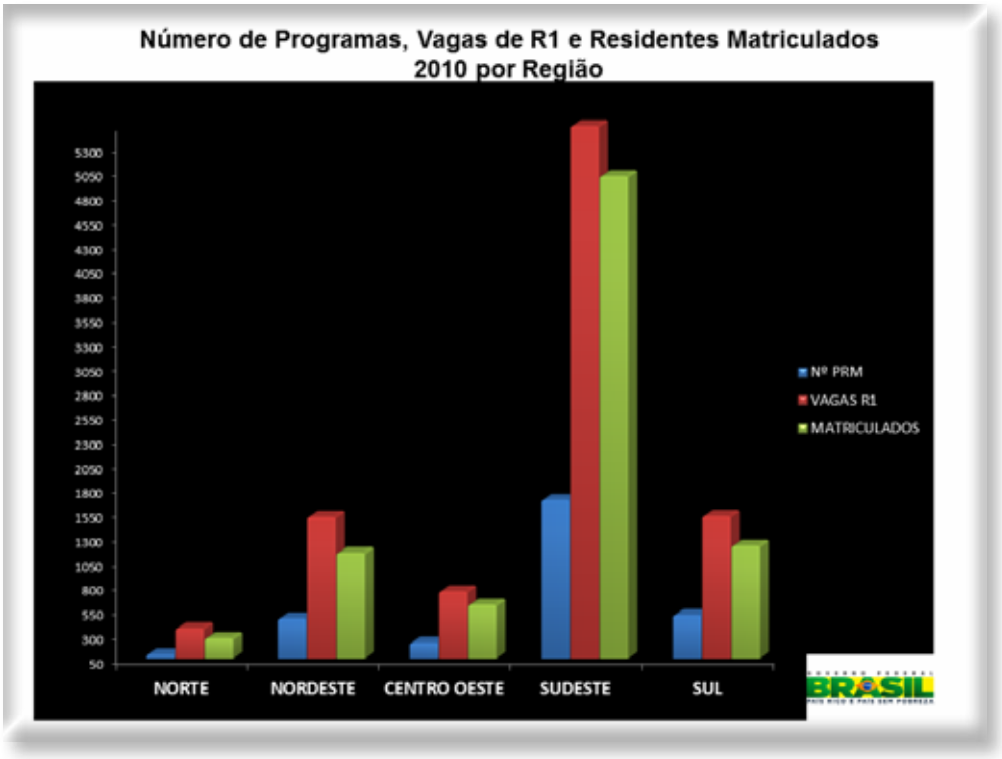


Origem Egressos do Curso Medicina da UFRR

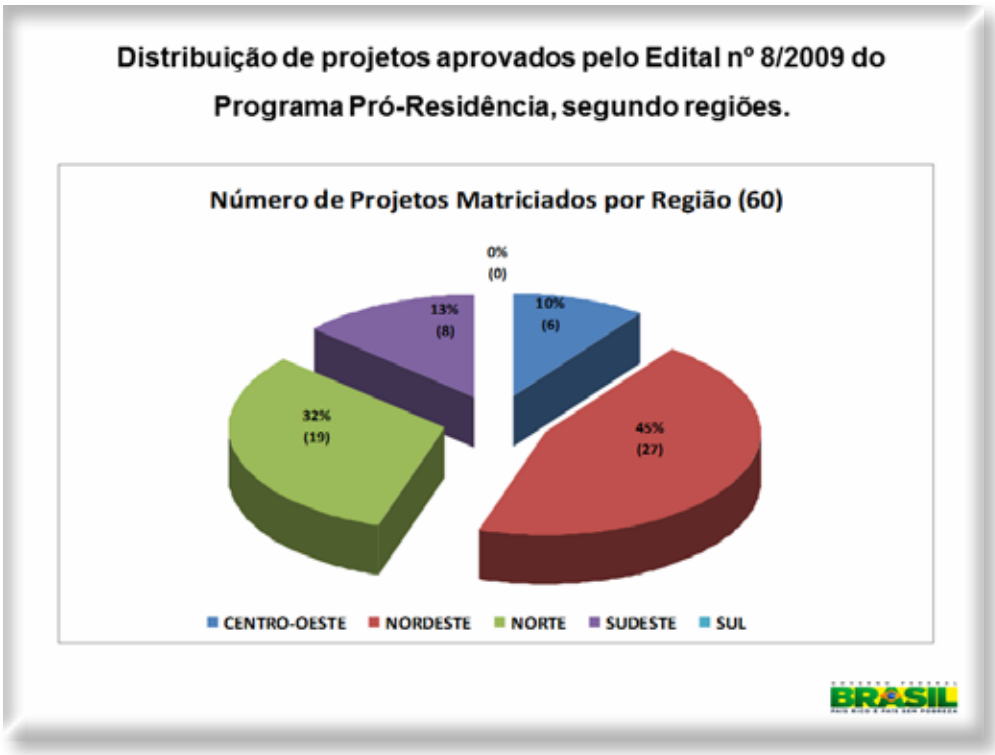


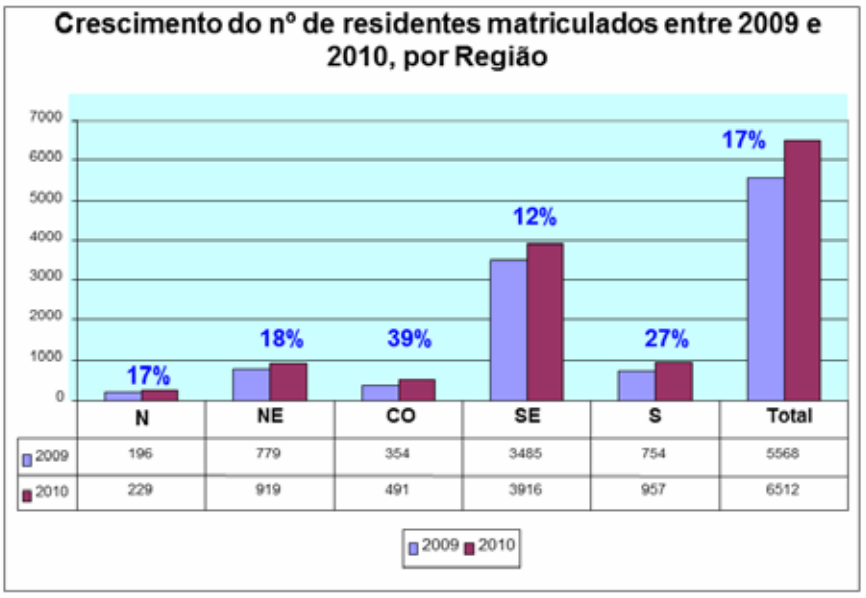
Asato et als

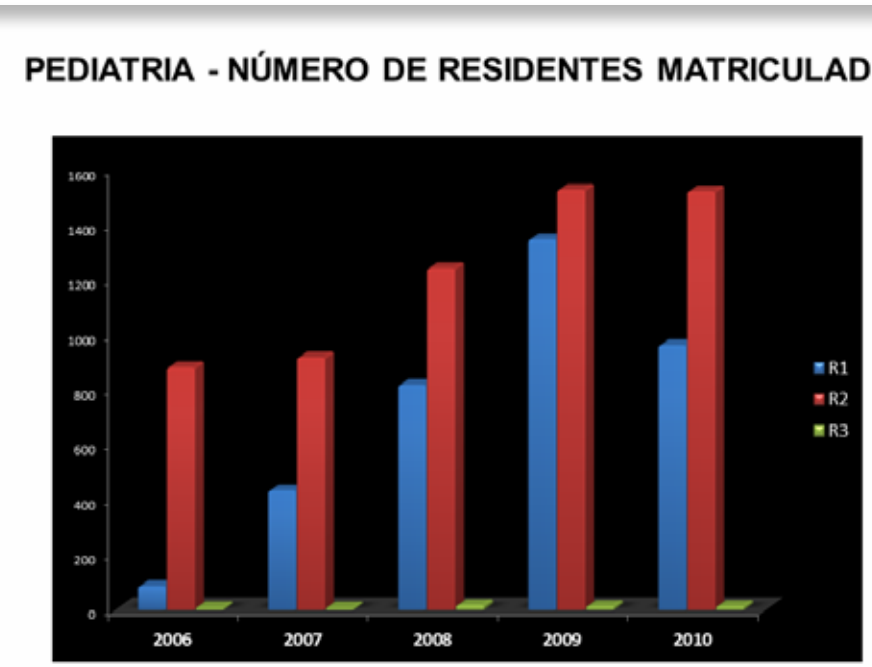

91,70%
91%
100%
100%
35%
50%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
PEDIATRIA
CLINICA MÉDICA
OBSTETRICIA e...
CIRURGIA GERAL
INFECTOLOGIA
MEDICINA DE URGÊNCIA
Egressos UFRR
Fixação em RR
* Fixação egressos UFRR
61%
Médicos formados pela UFRR = 21 % da força de trabalho
BRASIL
Asato et als

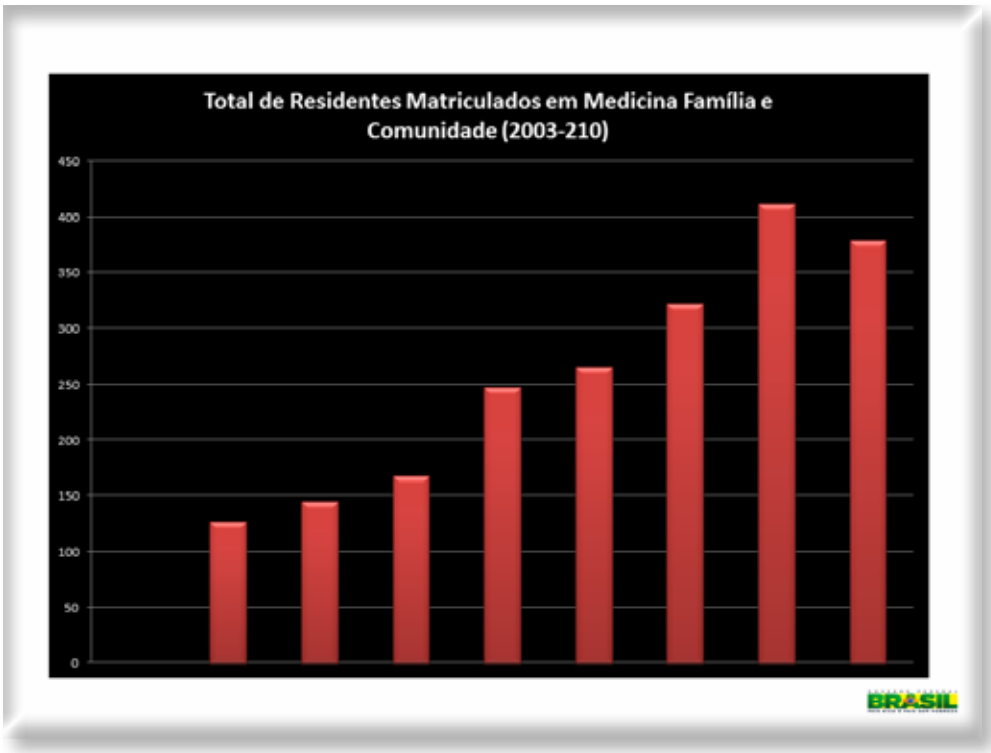

Número de Programas, Vagas de R1 e Residentes Matriculados
2010 por Região
5300
5050
4800
4550
4300
4050
3800
3550
3300
3050
2800
2550
2300
2050
1800
1550
1300
1050
800
550
300
50
Nº PRM
VAGAS R1
MATRICULADOS
NORTE
NORDESTE
CENTRO OESTE
SUDESTE
SUL
BRASIL

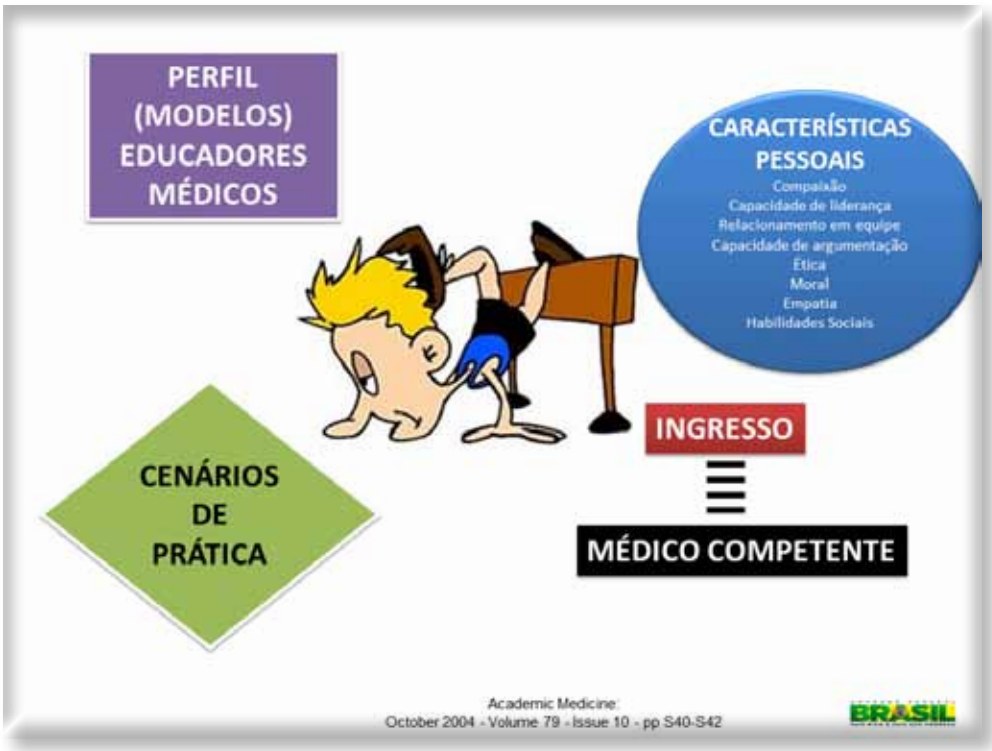
RESIDÊNCIAS - DIMENSÕES
Política
Educativa
•Planejamento da Força de Trabalho em Saúde
•Mercado de Trabalho
•Necessidades e Perfis
•Gestão da RM
•Qualidade da Aprendizagem e ensino
•Perfis de Formação
•Currículos
Relações com a Graduação, PG, Mercado de Trabalho
Melhorar o cuidado em saúde buscando o avanço da qualidade da educação
BRASIL


Distribuição de projetos aprovados pelo Edital nº 8/2009 do Programa Pró-Residência, segundo regiões.
Número de Projetos Matriciados por Região (60)
0% (0)
10% (6)
45% (27)
32% (19)
13% (8)
CENTRO-OESTE
NORDESTE
NORTE
SUDESTE
SUL
BRASIL


Crescimento do nº de residentes matriculados entre 2009 e 2010, por Região
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
17%
18%
39%
12%
27%
17%
N
NE
CO
SE
S
Total
2009
196
779
354
3485
754
5568
2010
229
919
491
3916
957
6512
2009
2010


PEDIATRIA - NÚMERO DE RESIDENTES MATRICULADOS
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
2006
2007
2008
2009
2010
R1
R2
R3


Total de Residentes Matriculados em Medicina Família e Comunidade (2003-210)
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
BRASIL


PERFIL (MODELOS) EDUCADORES MÉDICOS
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS
Compaixão
Capacidade de liderança
Relacionamento em equipe
Capacidade de argumentação
Ética
Moral
Empatia
Habilidades Sociais
CENÁRIOS DE PRÁTICA
INGRESSO
MÉDICO COMPETENTE
Academic Medicine
October 2004 - Volume 79 - Issue 10 - pp S40-S42
BRASIL

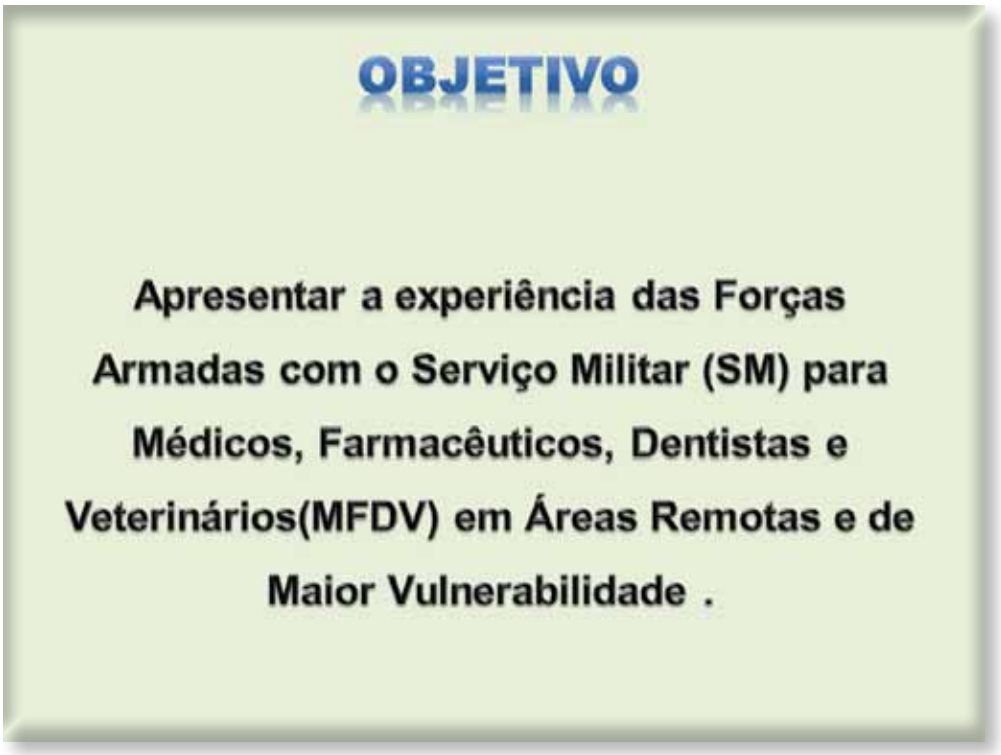
Cel. Valter Vieira Sampaio Filho

Seção de Serviço Militar do Ministério da Defesa

Ten. Cel. Paulo Felipe de Oliveira Costa

Diretoria do Serviço Militar - EB

MD
Ministério da Defesa
Experiência com Serviço Militar na Saúde
Cel VALTER VIEIRA SAMPAIO FILHO
Seção de Serviço Militar do Ministério da Defesa
Ten Cel PAULO FELIPE DE OLIVEIRA COSTA
Diretoria de Serviço Militar - EB


OBJETIVO
Apresentar a experiência das Forças Armadas com o Serviço Militar (SM) para Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários(MFDV) em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade .

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Serviço Militar Obrigatório (SMO)
3. O SMO para Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários (MFDV)
4. Aspectos da Lei nº 12336, de 26/10/2010
5. Considerações atuais
6. Conclusão

1.INTRODUÇÃO

"Onde estiver um cidadão brasileiro, lá estará o Serviço Militar."

"Se todos os cidadãos usufruem das benesses da Pátria, nada mais justo que todos participem da sua defesa."
Olavo Bilac (1865-1918)

2.SERVIÇO MILITAR OBRIGATÓRIO (SMO)

BASE LEGAL:

- A Constituição Federal de 1988 consagra o princípio do SMO para os indivíduos do sexo masculino, nos seguintes termos:

Art. 143. O serviço militar é obrigatório nos termos da lei.

§ 1º - às Forças Armadas compete, na forma da lei, atribuir serviço alternativo aos que, em tempo de paz, após alistados, alegarem imperativo de consciência, entendendo-se como tal o decorrente de crença religiosa e de convicção filosófica ou política, para se eximirem de atividades de caráter essencialmente militar.

§ 2º - As mulheres e os eclesiásticos ficam isentos do serviço militar obrigatório em tempo de paz, sujeitos, porém, a outros encargos que a lei lhes atribuir.

Obs: este artigo da CF / 88 foi regulamentado pela Lei nº 8239 / 91 (Serviço Alternativo ao SMO).

- A Lei do Serviço Militar (LSM - Lei nº 4375, de 17 de agosto de 1964), dispõe que:

Art 2º Todos os brasileiros são obrigados ao Serviço Militar, na forma da presente Lei e sua regulamentação.

§ 1º A obrigatoriedade do Serviço Militar dos brasileiros naturalizados ou por opção será definida na regulamentação da presente Lei.

§ 2º As mulheres ficam isentas do Serviço Militar em tempo de paz e, de acordo com suas aptidões, sujeitas aos encargos do interesse da mobilização.

CONSCRIÇÃO NO MUNDO

3. O SMO PARA O MFDV

- LEGISLAÇÃO BÁSICA:

- **Lei do Serviço Militar (LSM) - Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964;**
- **Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM) - Decreto nº 57.654, de 20 de janeiro de 1966;**
- **Lei de Prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários (LMFDV) - Lei nº 5.292, de 08 de junho de 1967;**
- **Regulamento da Lei de Prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários - Lei nº 5.292, de 08 de junho de 1967; e**
- **Lei nº 12.336, de 26 de outubro de 2010, que alterou as Leis nº 4.375/64 e nº 5.292/67.**

- DURAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR INICIAL (ART 6º DA LMFDV):

Art 6º Os estágios de que trata o art. 3º, em princípio, terão a duração normal de 12 (doze) meses.

§ 1º O EAS poderá:

a) ser reduzido de até 2 (dois) meses ou dilatado de até 6 (seis) meses, pelos Ministros Militares; e

b) ser dilatado além de 18 (dezoito) meses, em caso de interesse nacional, mediante autorização do Presidente da República.

§ 2º As reduções ou dilações de que trata o parágrafo anterior serão, feitas mediante ato específico e terão caráter compulsório

- ADIAMENTO DE INCORPORAÇÃO (ART 29 DA LSM):

Art 29. Poderão ter a incorporação adiada:

e) os que estiverem matriculados ou que se candidatarem à matrícula em Institutos de Ensino (IEs) destinados à formação, residência médica ou pós-graduação de médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários até o término ou a interrupção do curso. (Redação dada pela Lei nº 12.336, de 2010)

- PRESTAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR (ART 3º DA LMFDV):

Art 3º Os brasileiros natos, MFDV diplomados por IE, oficial ou reconhecido, prestarão o Serviço Militar normalmente nos Serviços de Saúde ou Veterinária das Forças Armadas.
Parágrafo único. A prestação do Serviço Militar de que trata o presente artigo será realizada, em princípio, através de estágios:

a) de Adaptação e Serviço (EAS);

b) de Instrução e Serviço (EIS).

- PROCESSO DE SELEÇÃO:

- **Encargo**: das Regiões Militares (RM), por meio das Seções de Serviço Militar Regionais (SSMR);
- **Realização**: Comissões de Seleção Especiais (CSE), formadas por elementos das três Forças;
- **Critérios**: físico, psicológico e moral;
- **Institutos de Ensino de MFDV**: informam sobre os MFDV ainda na situação de estudante, bem como, imediatamente depois de concluírem o curso.
- **Estudante**: apresentar-se, ainda como estudante, no 2º semestre do ano de conclusão do curso, independentemente de editais, avisos ou notificações.

4. ASPECTOS DA LEI Nº 12336, DE 26/10/2010

- ALTERAÇÕES NA LSM:

- Nova redação de artigos

TÍTULO III
Do Recrutamento para o Serviço Militar

CAPÍTULO III
Da Convocação

Art 17. A classe convocada será constituída dos brasileiros que completarem 19 (dezenove) anos de idade entre 1º de janeiro e 31 de dezembro do ano em que deverão ser incorporados em Organização Militar da Ativa ou matriculados em Órgãos de Formação de Reserva.

§ 1º Os brasileiros das classes anteriores ainda em débito com o serviço militar, bem como os médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários possuidores de Certificado de Dispensa de Incorporação, sujeitam-se às mesmas obrigações impostas aos da classe convocada, sem prejuízo das sanções que lhes forem aplicáveis na forma desta Lei e de seu regulamento.

TÍTULO IV
Das Isenções, do Adiamento de Incorporação e da Dispensa de Incorporação

CAPÍTULO III
Da Dispensa de Incorporação

Art 30. São dispensados de incorporação os brasileiros da classe convocada;

.....

§ 6º Aqueles que tiverem sido dispensados da incorporação e concluírem os cursos em IEs destinados à formação de médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários poderão ser convocados para a prestação do serviço militar.

TÍTULO IX
Disposições Gerais

CAPÍTULO V
Disposições Diversas

Art 75. Constituem prova de estar o brasileiro em dia com as suas obrigações militares:

.....

d) o Certificado de Dispensa de Incorporação.

.....

§ 3º Para os concluintes de curso de ensino superior de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária, o Certificado de Dispensa de Incorporação de que trata a alínea 'd' do **caput** deste artigo deverá ser revalidado pela região militar respectiva, ratificando a dispensa, ou recolhido, no caso de incorporação, a depender da necessidade das Forças Armadas, nos termos da legislação em vigor.

- **Acréscimo de artigo**

TÍTULO VI
Do Licenciamento, da Reserva dos Certificados de Alistamento de Reservista, de Dispensa de Incorporação e de Isenção

CAPÍTULO III
Dos Certificados de Alistamento Militar, de Reservista, de Dispensa de Incorporação e de Isenção

Art. 40-A. O Certificado de Isenção e o Certificado de Dispensa de Incorporação dos brasileiros concluintes dos cursos de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária terão validade até a diplomação e deverão ser revalidados pela região militar competente para ratificar a dispensa ou recolhidos, no caso de incorporação, a depender da necessidade das Forças Armadas.

- ALTERAÇÕES NA LMFDV:

TÍTULO I

Das Finalidades

Art 1º Em tempo de paz, o Serviço Militar prestado nas Forças Armadas - Marinha, Exército e Aeronáutica - pelos brasileiros regularmente matriculados em Institutos de Ensino (IEs), oficiais ou reconhecidos, destinados à formação, residência médica ou pós-graduação de médicos, farmacêuticos, dentistas ou veterinários (IEMFDV), ou diplomados pelos referidos estabelecimentos, obedecerá às prescrições desta Lei e à sua regulamentação.

.....

§ 2º Os brasileiros que venham a ser diplomados por IEs congêneres, de país estrangeiro, sujeitam-se ao disposto neste artigo, desde que os diplomas sejam reconhecidos pelo Governo brasileiro.

§ 3º As mulheres diplomadas pelos IEs citados são isentas do Serviço Militar em tempo de paz e, de acordo com as suas aptidões e especialidades, sujeitas aos encargos do interesse da mobilização.

CAPÍTULO II
Da Obrigatoriedade

Art 4º Os concluintes dos cursos nos IEs destinados à formação de médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários que não tenham prestado o serviço militar inicial obrigatório no momento da convocação de sua classe, por adiamento ou dispensa de incorporação, deverão prestar o serviço militar no ano seguinte ao da conclusão do respectivo curso ou após a realização de programa de residência médica ou pós-graduação, na forma estabelecida pelo caput e pela alínea "a" do parágrafo único do art. 3º, obedecidas as demais condições fixadas nesta Lei e em sua regulamentação.

5. CONSIDERAÇÕES ATUAIS

A. QUANTOS MFDV SÃO ENVIADOS PARA ÁREAS REMOTAS? QUAIS AS ÁREAS DE MAIOR NECESSIDADE DE PROVIMENTO?

Vagas preenchidas em 2010 – 8ª RM

Guarnição	Médico	Farmacêutico	Dentista	Enfermagem (nível superior e técnico)
Belém / PA	16	-	6	10 (nível técnico)
Marabá / PA	16	1	2	2 (nível superior) 1 (nível técnico)
Imperatriz / MA	2	-	-	-
Altamira / PA	-	1	-	-
Itaituba / PA	2	-	-	-
Santarém / PA	1	-	-	-
Macapá / AP	1	-	-	3 (nível técnico)
Clevelândia do Norte / AP	-	1	-	-
Tucuruí / PA	1	-	-	-

Vagas preenchidas em 2011 – 8ª RM

Guarnição	Médico	Farmacêutico	Dentista	Enfermagem (nível superior e técnico)
Belém / PA	16	2	4	4 (nível superior) 7 (nível técnico)
Marabá / PA	13	1	1	-
Altamira / PA	1	1	-	-
Itaituba / PA	1	-	-	-
Santarém / PA	2	-	1	-
Macapá / AP	2	1	1	1 (nível técnico)
Clevelândia do Norte / AP	2	-	1	2 (nível técnico)
Tucuruí / PA	1	-	-	-

B. EXISTEM VOLUNTÁRIOS PARA O EAS?

Voluntários – 8ª RM

Especialidade	Segmento Feminino		Segmento Masculino	
	Formados (voluntários)	Voluntários de anos anteriores	Formados (convocados obrigatórios)	Voluntários de anos anteriores
Médicos	16	13	115	5
Farmacêuticos	0	34	0	11
Dentistas	1	93	10	42
Veterinários	1	7	2	1
Total	18	147	127	59
	165		186	

C. É FEITA ALGUMA DIVULGAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR DENTRO DAS UNIVERSIDADES DA ÁREA DE SAÚDE?

2006/2007

2009/2010

D. OS MÉDICOS MILITARES TEMPORÁRIOS QUE SERVEM EM ÁREAS REMOTAS SÃO ESPECIALISTAS?

R. Não. Os médicos convocados para as áreas remotas são, em sua grande maioria, não especialistas. Os que já possuem alguma especialidade são aproveitados, na maior parte dos casos, nos hospitais das maiores cidades da RM.

E. QUAIS AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NESSE PERÍODO EM QUE ESTÃO NESSAS ÁREAS ISOLADAS?

R. Falta de contato com a família;
Dificuldade de especialização;
Adaptação à vida militar; e
Descontinuidade nos estudos.

F. OS MÉDICOS DE CARREIRA TAMBÉM SÃO COMPULSADOS PARA ÁREAS REMOTAS?

Guarnição	Médico		Farmacêutico		Dentista	
	Tmpr	Carreira	Tmpr	Carreira	Tmpr	Carreira
Marabá / PA	16	17	5	4	11	6
Imperatriz / MA	2	1	0	0	2	0
Altamira / PA	2	1	1	1	2	0
Santarém / PA	2	1	0	1	1	1
Itaituba / PA	2	1	0	0	2	0
Guajará-Mirim / RO	3	1	1	1	3	1
Tabatinga / AM	1	10	5	3	5	4
Tefé / AM	1	6	2	2	6	1
Sª G. Cachoeira / AM	21	7	13	3	21	4
Barcelos / AM	1	1	1	0	1	0
Humaitá / AM	1	0	1	0	1	0
Cruzeiro do Sul / AC	0	3	1	1	1	0

G. QUANTOS MFDV PARTICIPAM DO EIS?

Vagas preenchidas em 2011 – 8ª RM

Situação	Médico	Farmacêutico	Dentista	Veterinário	Enfermagem (nível superior e técnico)
EAS	149	45	146	11	2 (nível superior) 14 (nível técnico)
EIS	39	3	8	0	2 (nível superior) 14 (nível técnico)

6. CONCLUSÃO

Pontos considerados relevantes para a importância do SMO para MFDV em regiões carentes:

- Elevado número de municípios no país (da ordem de 5.560), dos quais 75% possuem um contingente populacional abaixo de 20 mil habitantes, e apresentam baixo IDH;
- A maioria dos municípios tem como principal fonte de recursos o repasse do Fundo de Participação dos Municípios;
- Muitos municípios não possuem profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas), impondo à população constantes deslocamentos na busca de atendimento médico e consequente sobrecarga no sistema de saúde dos maiores centros dotados de infraestrutura;
- Dificuldades da estrutura governamental para alocar profissionais em diversas regiões do país;
- A falta de infraestrutura urbana e de ofertas de serviços públicos em determinados municípios têm dificultado a atração de profissionais, particularmente da área de saúde, em regiões carentes do país;e
- As necessidades de especialização e de constante aperfeiçoamento levam os profissionais médicos para os grandes centros.

ENCERRAMENTO

MD

SUBMOB / SESMIL
disemi@defesa.gov.br

Maria Luiza Fernandes
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - MG

SEMINÁRIO DE FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE

SAÚDE DA FAMÍLIA
SUS-BH

SUS

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

Região Metropolitana de Belo Horizonte

População - 2.424.295 hab.

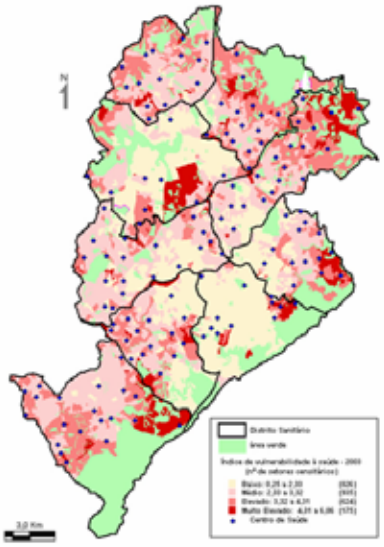
R. Metropolitana:
34 municípios
5.068.369 hab.
(IBGE, 2007)

Fortalezas

SAÚDE DA FAMÍLIA
SUS-BH

- ESF com 78% de cobertura
- 557.208 famílias assistidas
- 1,8 milhões de cadastrados
- Gestores e trabalhadores comprometidos
- Continuidade das políticas públicas no Município e 23% do tesouro municipal aplicados na saúde

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BH



Indice de Vulnerabilidade a Saúde

Categorização da população de Belo Horizonte pelo risco de adoecimento:

Muito elevado

Elevado

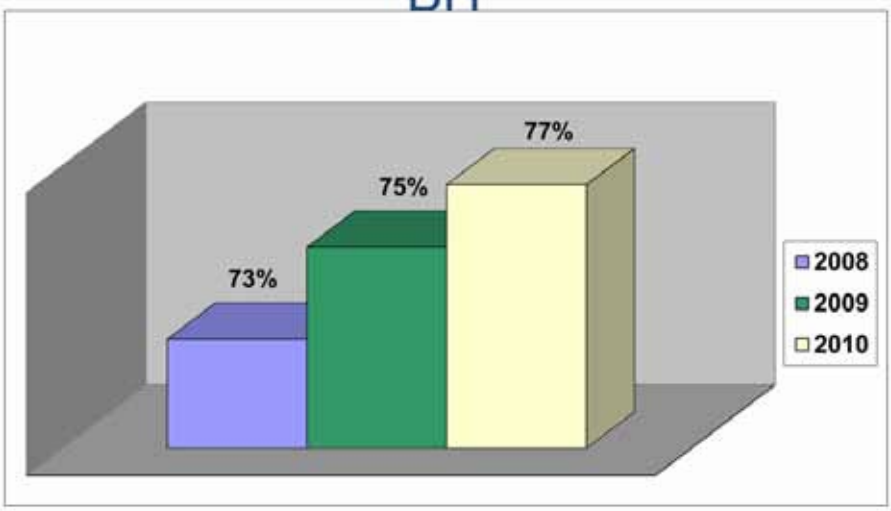
Médio

Baixo

545 ESF
264 ESBucal
147 Centros de Saúde
2.535 ACS

58 ESMental
192 pediatras
146 clínicos
147 GO
152 Assistentes Sociais
48 NASF
Práticas Integrativas
30 Academias da Cidade
Lian Gong em 125 CS

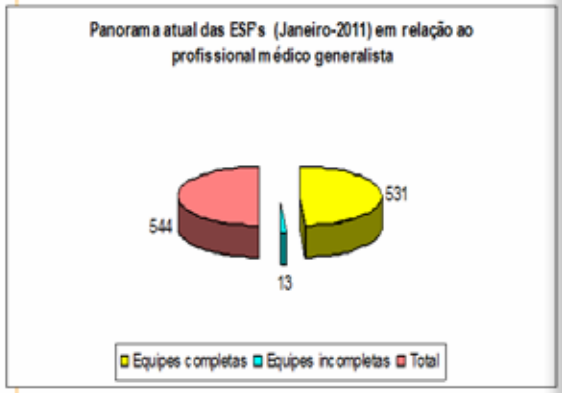
Cobertura populacional do PSF em BH



Estabilidade das ESF

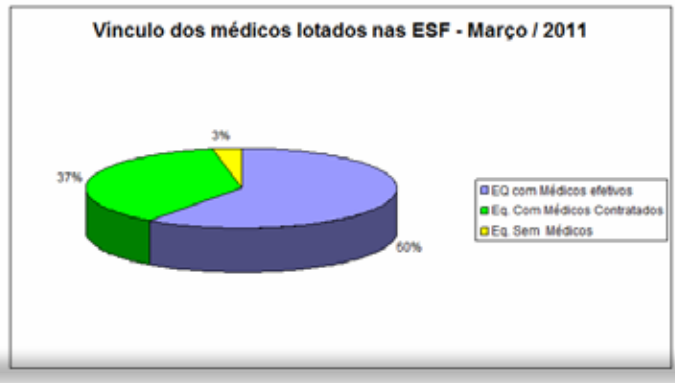
Percentual de ESF sem médicos

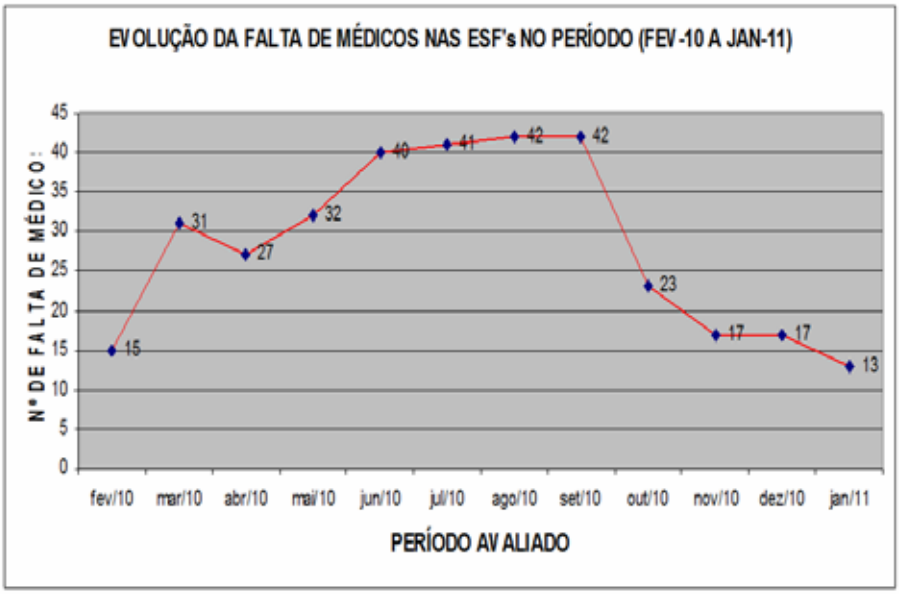
- 6% março 2005
- 19% março 2007
- 5,79% março 2010
- 2,4% Janeiro 2011
- 3% março 2011



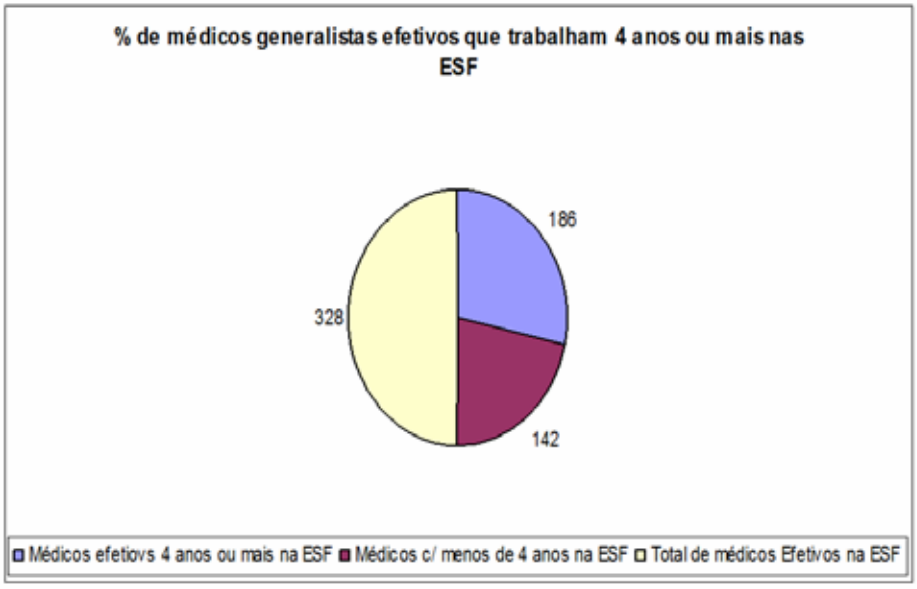
2007- 507 ESF

2011- 545 ESF





Fontes CNES- SMSA – Belo Horizonte

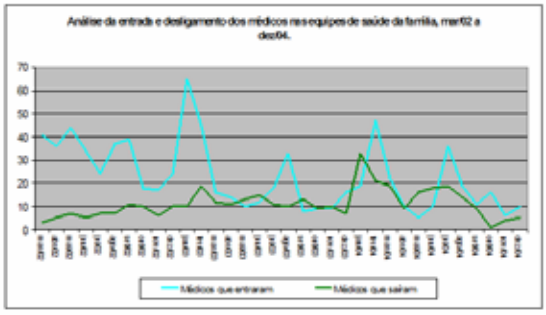


Rotatividade de profissionais- 2007

Desafio(19% das ESF sem médicos - 97 ESF)

estabilização das equipes

- Entrada e saída de profissionais uma constante
- Entrada média de 17 médicos/mês
- Desligamento médio 12 médicos/mês

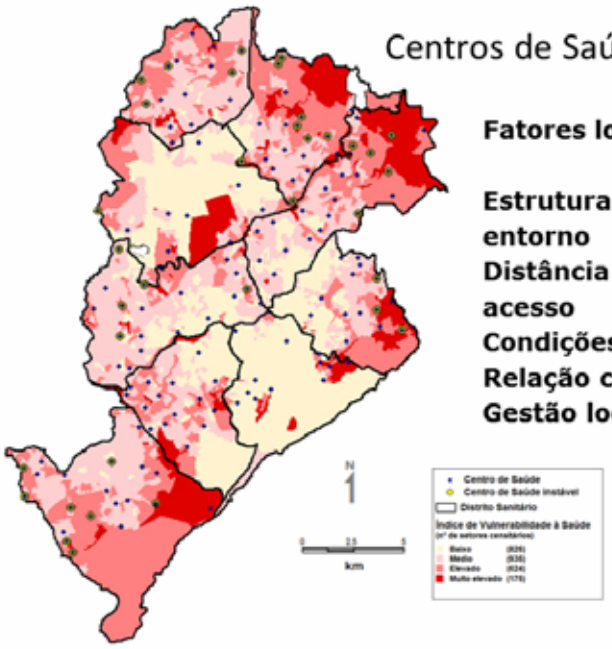


Projeto para ampliar a retenção dos profissionais

Objetivos

- Identificar os centros de saúde com maior dificuldade de retenção
- Identificar os principais motivos
- Fatores gerais
- Fatores localizados nestas unidades
- Definir e monitorar estratégias de intervenção
- Ampliar retenção de médicos

Centros de Saúde Instáveis



Fatores locais relacionados

Estrutura física da unidade e do entorno
Distância ou dificuldade de acesso
Condições sociais da área
Relação com a comunidade
Gestão local

Plano de Ação

Eixos

Valorização da Medicina de Família e prática médica na APS

Gestão do Trabalho

Gestão e ação gerencial

Infra-estrutura

Ação intersetorial

Valorização da Medicina de Família e Prática Médica na APS

Fatores que favorecem a segurança profissional:

- **Número de famílias adscritas por ESF**
- **Multidisciplinaridade e apoio matricial (ESM, ESB, NASF, Academias da Cidade, Lian Gong)**
- **A APS inserida em uma Rede de Saúde estruturada, integrada e complementar, garantindo a continuidade do cuidado**
- **A integração das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras**
- **Assistência farmacêutica - elenco de medicamentos (226 medicamentos padronizados na AP)**
- **Possibilidades propedêuticas adequadas**
- **Diretrizes Clínicas**
- **Protagonismo na gestão**

BOA PRÁTICA PROFISSIONAL

Valorização da Medicina de Família e Prática Médica na APS

Qualificação Profissional

- Residência Médica
- Oficinas de Qualificação da Atenção Primária
- Projeto de Educação Permanente - horário protegido
- Projeto Gestão Clínica
- Curso de Especialização em Saúde da Família
- Videoconferências
- Teleconsultorias
- Apoio Matricial (ESM, Médicos de apoio NASF e especialistas)

OFICINAS

- Busca da consolidação da APS como eixo estruturador da atenção à saúde no município.
- Reorientação dos processos de trabalho das ESF por meio das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária.
- 10 oficinas temáticas capacitando mais de 10.000 profissionais.
- Oficinas Locais:
- 500 encontros entre uma oficina e outra, atingindo os 10.000 trabalhadores

SAÚDE DA FAMÍLIA SUS-BH

Figura 1. Temas abordados nos módulos das oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, MG

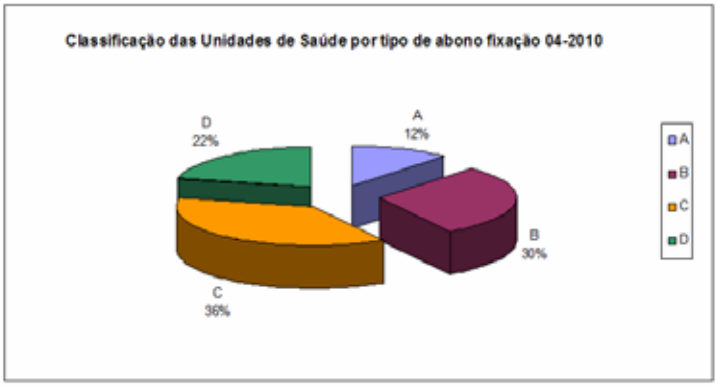
Módulos das Oficinas de Qualificação da APS
Módulo 1 – Avaliação da Atenção Primária à Saúde
Módulo 2 – Redes de atenção à saúde e regulação assistencial
Módulo 3 – Diagnóstico local e territorialização
Módulo 4 – Organização para atendimento à demanda espontânea
Módulo 5 – Organização da atenção programada
Módulo 6 – A agenda das equipes e contratos internos de gestão
Módulo 7 – Abordagem familiar
Módulo 8 – Promoção à saúde
Módulo 9 – Apoio diagnóstico e assistência farmacêutica
Módulo 10 – Vigilância em saúde

Gestão do trabalho

Para todos os Centros de Saúde

- Reajuste salarial
- Jornada de 40 hs a partir de 2011 - incorpora a aposentadoria
- Criação de unidades "D" (abono de fixação)Cartão alimentação para profissionais de nível superior com jornada de 8h.
- Realização de novo concurso público
- Monitoramento contínuo dos motivos de desligamento de médicos

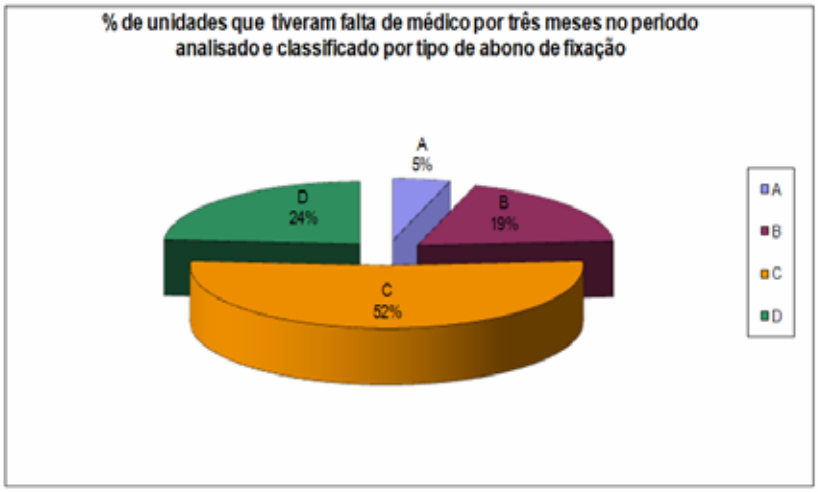
CLASSIFICAÇÃO ATUAL DOS CS EM RELAÇÃO AO ABONO DE FIXAÇÃO



- Incremento de 24 Novos CS de 04-1997 a 2010

SAÚDE DA FAMÍLIA

Análise das ESF em 150 dias (2010) - Equipes sem cobertura do profissional médico generalista (21) por um período de três meses, intercalados ou contínuos, classificada por tipo de abono.



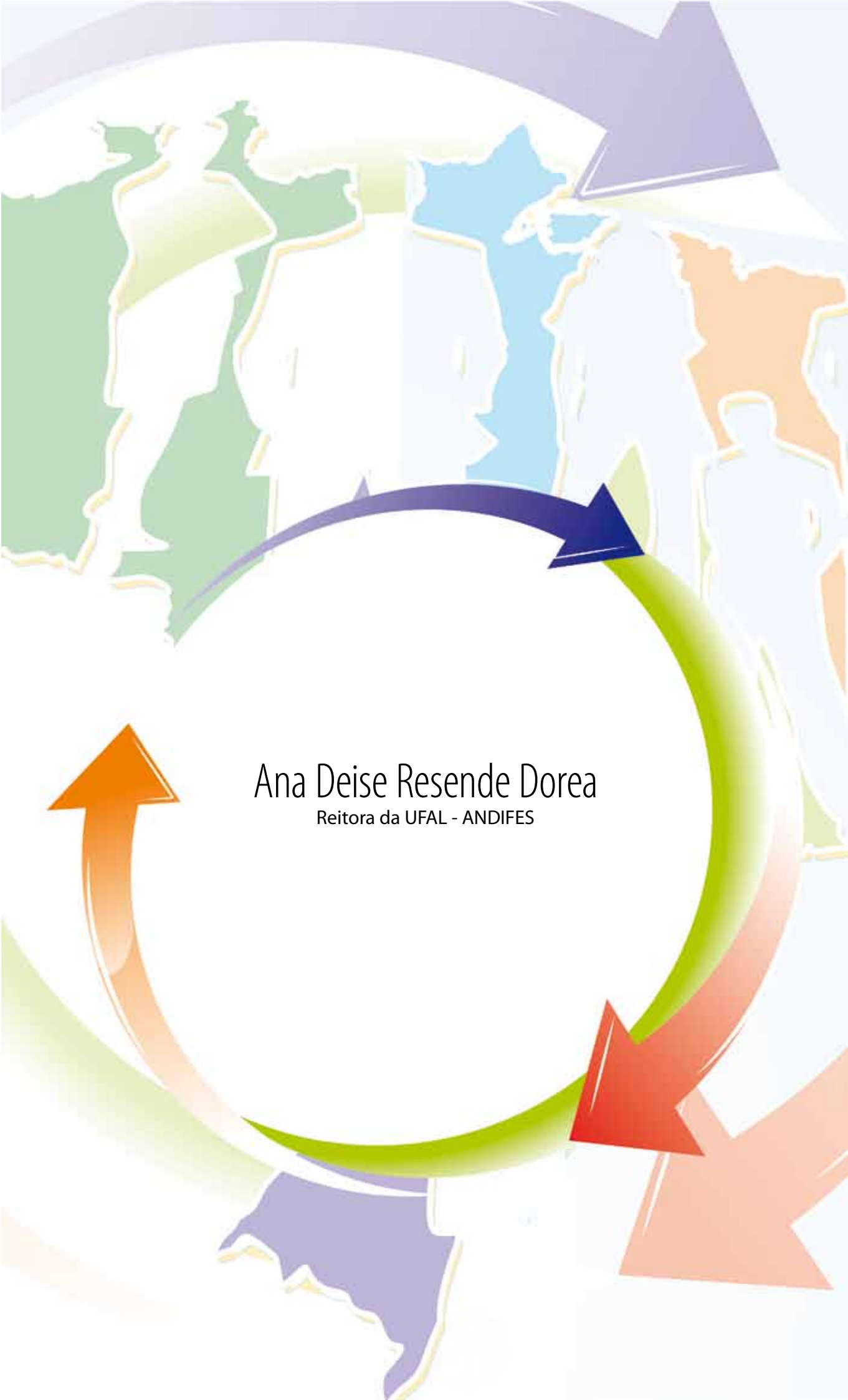
Motivos de desligamento dos profissionais médicos - 2007

1. Condições do Contrato Administrativo; remuneração
2. Carga horária exigida
3. Más condições de trabalho
4. Excesso de demanda
5. Violência na área da unidade
6. Insuficiência de suporte da atenção especializada
7. Frágil e conflituosa relação com as unidades de urgência
8. Desvalorização dos profissionais que atuam nos CS

- **Motivos de desligamento dos profissionais médicos - 2011**

1. Estudos (residência médica e outros)
2. Condições do Contrato Administrativo; remuneração
3. Incompatibilidade de carga horária (atividades na iniciativa privada).
4. Más condições de trabalho
5. Excesso de demanda
6. Desvalorização dos profissionais que atuam nos CS

Grata!
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
(31)-3277-63-92
SMSA@PBH.GOV.BR



Ana Deise Resende Dorea

Reitora da UFAL - ANDIFES

Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de maior Vulnerabilidade

Iniciativas Educacionais Relacionadas ao Provimento e à Fixação de Profissionais da Saúde no SUS

Ana Dayse Rezende Dorea
Reitora da UFAL
ANDIFES

Brasília, 13 e 14 de abril de 2011.

ANDIFES

1 CONSIDERAÇÕES

1.1 Setor Saúde:

- Importante na geração de emprego na economia brasileira e mundial

1.2 Complexidade do setor na gestão de pessoas

- Mercado de trabalho
- Legislação
- Regulação
- Mecanismos de contratação
- Práticas educativas
- Instituições Formadoras
- Movimentos sociais

1.3 Tentativas de Reordenamento

- Não foram capazes de responder: PIASS, PISUS, PITS

ANDIFES

2 Graduação e Residência Médica como fatores de Fixação de Médicos

2.1 Estratégias de Fixação:

- Não depende exclusivamente ou prioritariamente da educação médica.
- Toda estratégia é política e depende da integração permanente nas esferas Federal, Estadual, Municipal e das Associações de Classe.
- Impedimento trabalhista: EC 29.

ANDIFES

2 Graduação e Residência Médica como fatores de Fixação de Médicos

2.2 Estratégias Educacionais:

- Estágio Rural Obrigatório
- Projetos específicos de prestação de serviços supervisionados em áreas remotas e vulneráveis: *ONG´s na Amazônia, Projeto Rondon, Bandeira Científica*
- PET Saúde
- Telemedicina - Redes de Diagnósticos
- Abertura de campos de estágios no interior
- Residência Médica em Hospitais do interior

ANDIFES

2 Graduação e Residência Médica como fatores de Fixação de Médicos

2.3 Estratégias Questionáveis:

- Abertura de Faculdades de Medicina no Interior
- Risco de permanência dos menos competitivos
- Obrigatoriedade de Serviço Civil

ANDIFES

3 O Caso de Alagoas

Relatório de Fiscalização

CRM/AL 2009

ANDIFES

3.1 Salário atual do médico

- Médicos entrevistados – 71
- Menor remuneração – R$ 2.500,00
- Remuneração média – R$ 3.964,80
- Maior remuneração – R$ 6.000,00
- Desvio padrão – R$ 770,83

ANDIFES

3.2 Presença do médico no SUS

MÉDICOS	Freq.	Percent.
PRESENTES	75	26,3%
AUSENTES	210	73,7%
TOTAL	285	100%

ANDIFES

3.4 Número de médico por Residência Abril 2011

Nº Total	Capital	Interior
3.769	3.320	449

ANDIFES

3.3 Horário da presença do médico no ESF

Hora	Sim	%	Não	%	Total
7-8	0	0,0	1	100,0	1
8-9	10	34,5	19	65,5	29
9-10	12	32,4	25	67,6	37
10-11	17	42,5	23	57,5	40
11-12	7	17,9	32	82,1	39
12-13	4	50,0	4	50,0	8
13-14	2	9,1	20	90,9	22
14-15	6	20,0	24	80,0	30
15-16	4	14,8	23	85,2	27
16-17	5	19,2	21	80,8	26
17-18	0	0,0	4	100,0	4
Total	67	25,5	196	75,5	263

ANDIFES

3.6 Total por Faixa Etária do Médico

De 20 a 25	29
De 26 a 30	216
De 31 a 35	358
De 36 a 40	384
De 41 a 45	434
De 46 a 50	470
De 51 a 55	556
De 56 a 60	551
Acima de 60	440

ANDIFES

3.5 Cobertura Estratégia de Saúde da Família e Total de Repasse Financeiros

Região	Alagoas
% Cobertura ESF	77
PAB Fixo	4.786.492,41
ACS	3.770.020,00
Total ESF ESF Quilombola Assentado	 766 6
Repasse por ESF ESF Quilombola Assentado	 915.200,00 57.600,00
Repasse Total (mês) ESF ESF Quilombola Assentado	 6.304.000,00 57.600,00
Valor Total por Município ESF Com Assentado e/ou Quilombola	6.316.600,00

ANDIFES

3.7 Cobertura Estratégia de Saúde: Municípios onde a UFAL esta presente

Cidade	% Cobertura ESF
Arapiraca	71
Delmiro Gouveia	57
Maceió	27
Palmeira dos Índios	100
Penedo	100
Santana do Ipanema	71
Viçosa	64

Dos 102 municípios alagoanos 70,5% possuem 100% de Cobertura ESF

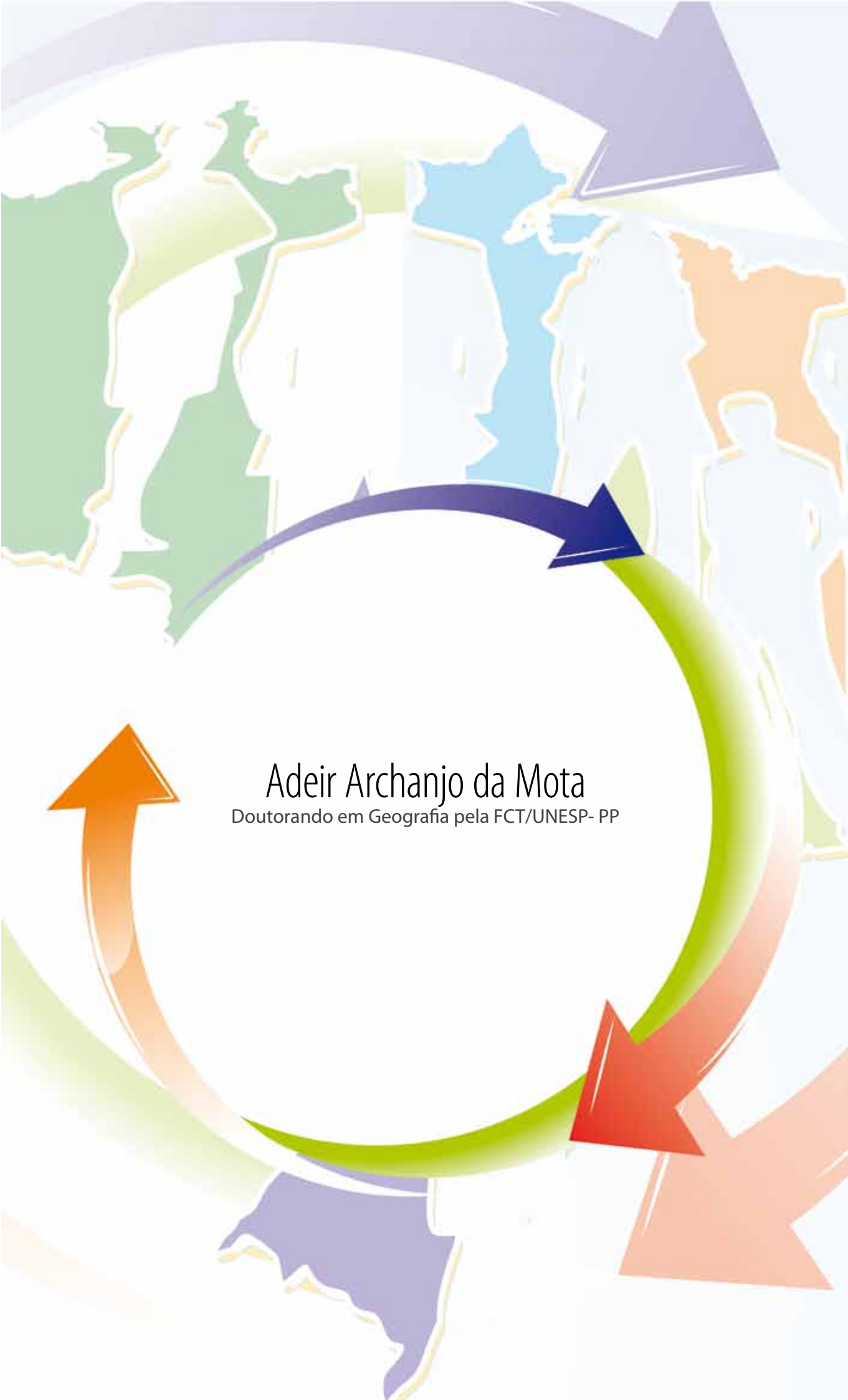
ANDIFES

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como combinar estratégias políticas e educacionais para proporcionar o acesso qualificado à saúde e garantir os preceitos constitucionais do SUS?

ANDIFES

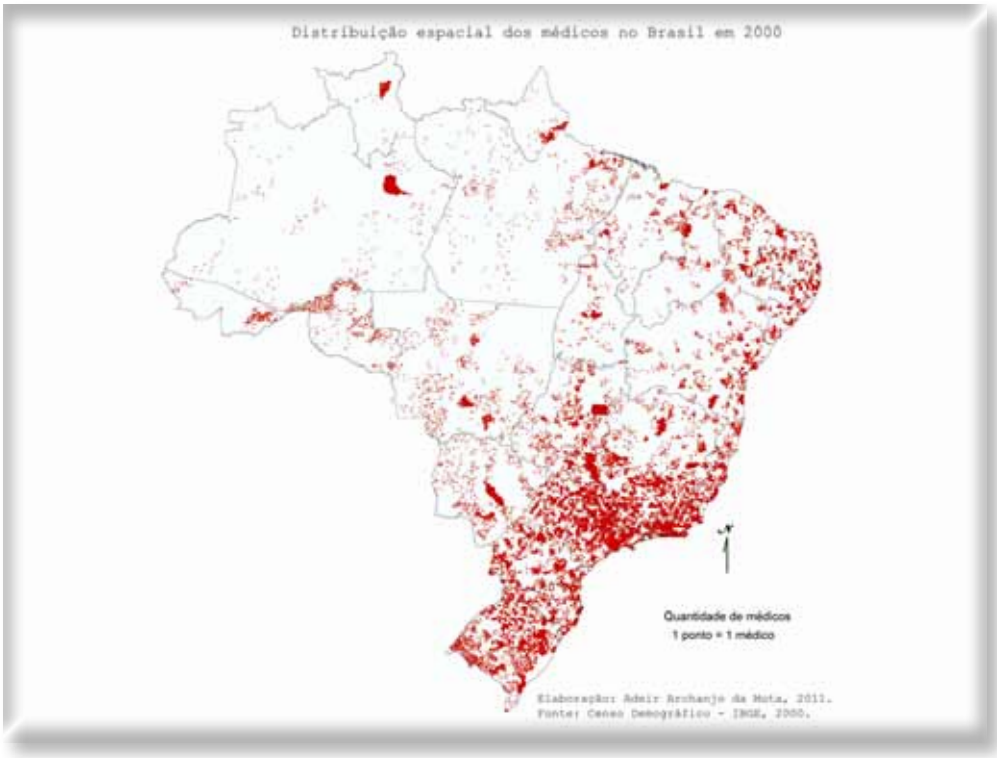
Obrigada!
Profª Ana Dayse Rezende Dorea
Reitora da Ufal
ANDIFES
Site: www.ufal.edu.br
E-mail: gr@reitoria.ufal.br
Telefones: 55 82 3214 1100/1006
ANDIFES

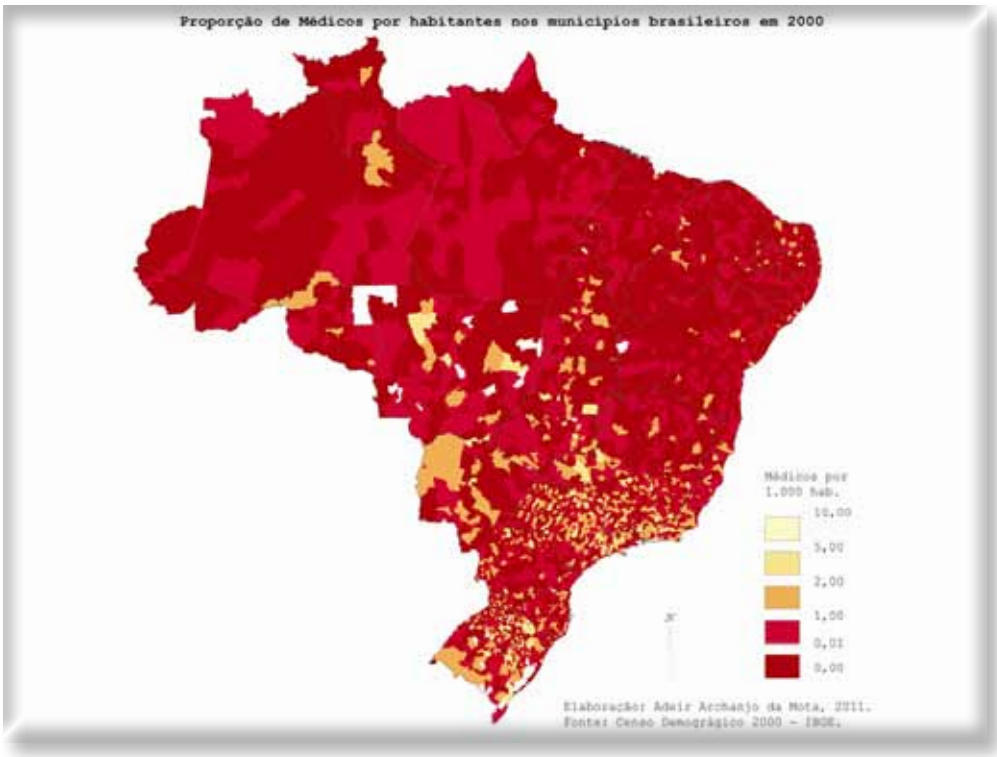


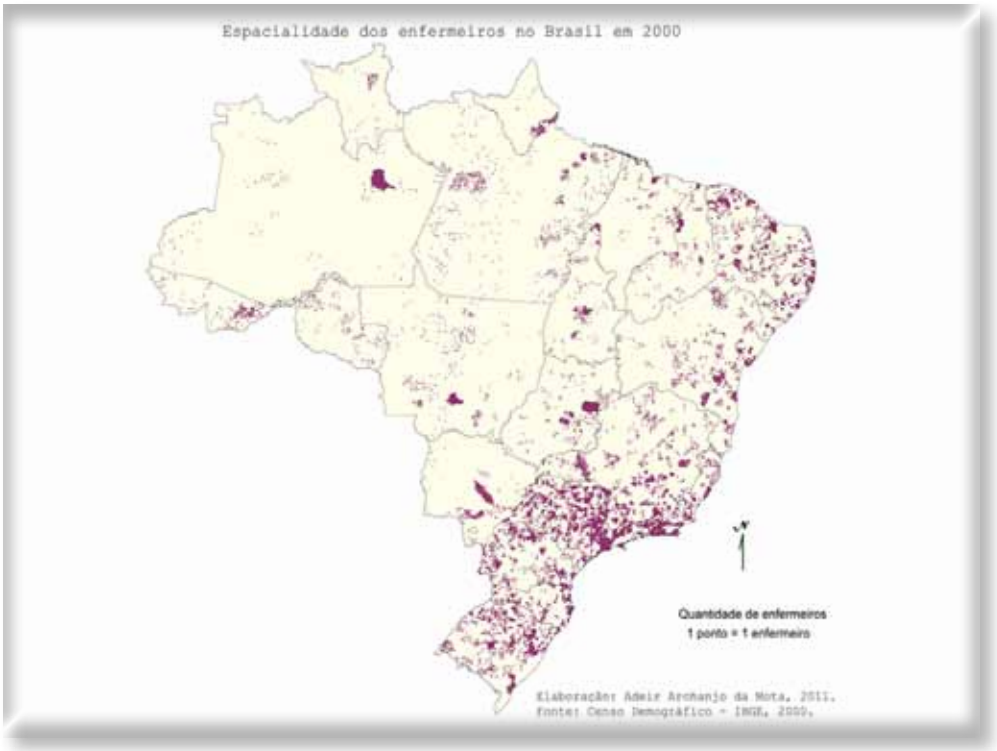
Adeir Archanjo da Mota
Doutorando em Geografia pela FCT/UNESP- PP

A Espacialidade do Ensino Superior e dos profissionais da área de saúde no Território no início do século XXI

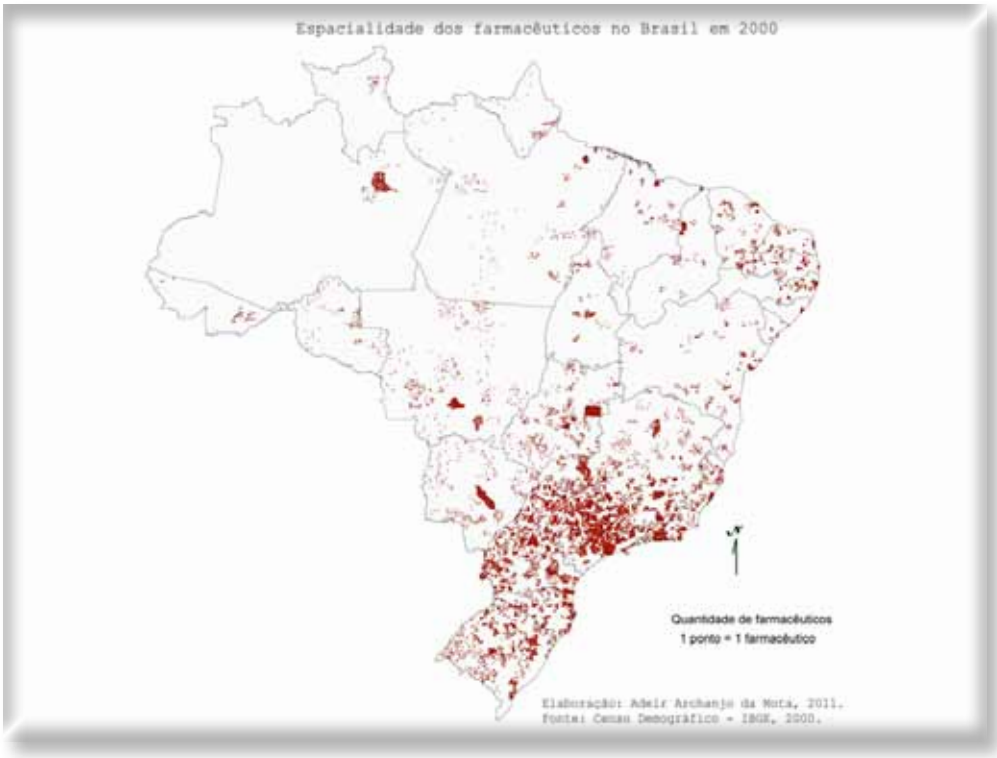
Adeir Archanjo da Mota
arcanjogeo@hotmail.com
Doutorando em Geografia pela FCT/UNESP- PP
Pesquisador do CEMESPP e do Observatório das Metrópoles
Bolsista CNPq


Distribuição espacial dos médicos no Brasil em 2000
Quantidade de médicos
1 ponto = 1 médico
Elaboração: Adair Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2000.


Proporção de Médicos por habitantes nos municípios brasileiros em 2000
Médicos por
1.000 hab.
10,00
5,00
2,00
1,00
0,01
0,00
Elaboração: Adair Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico 2000 - IBGE.

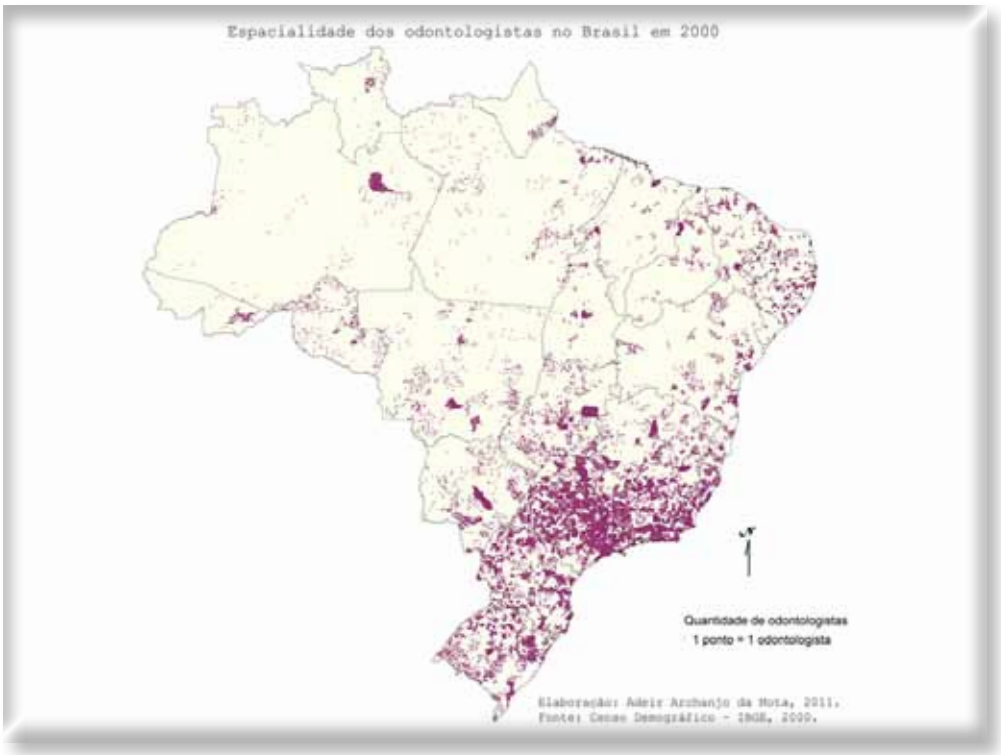

Espacialidade dos enfermeiros no Brasil em 2000
Quantidade de enfermeiros
1 ponto = 1 enfermeiro
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2000.

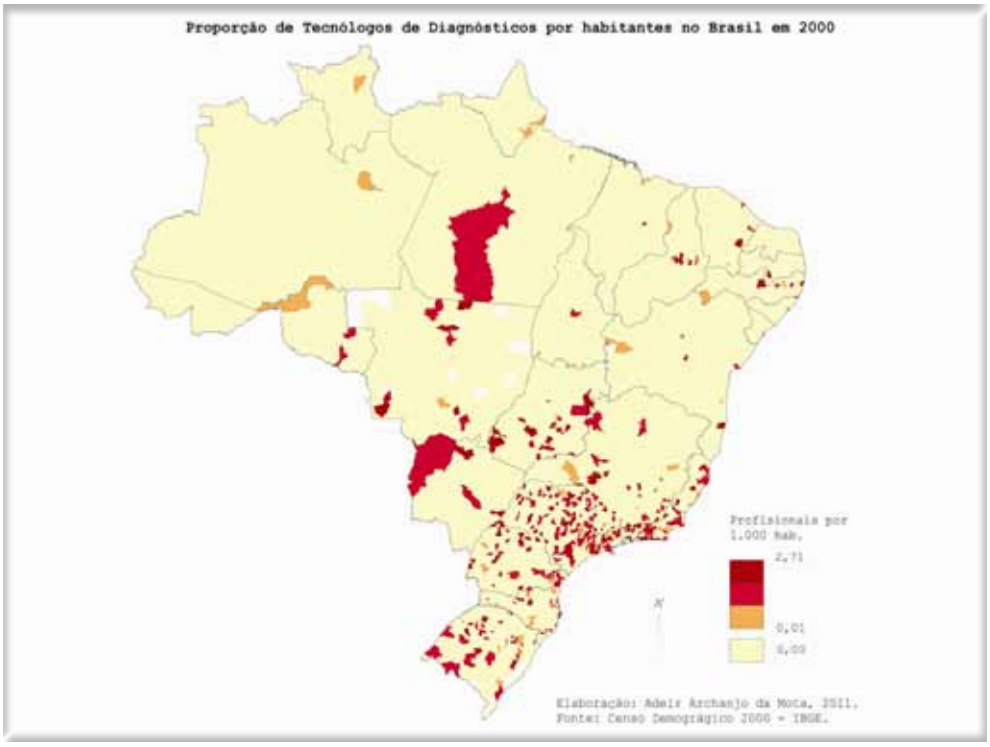
Proporção de Enfermeiros por Habitantes nos Municípios Brasileiros em 2000
Enfermeiros por 1.000 hab.
10,00
5,00
2,00
1,00
0,01
0,00
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico 2000 - IBGE.

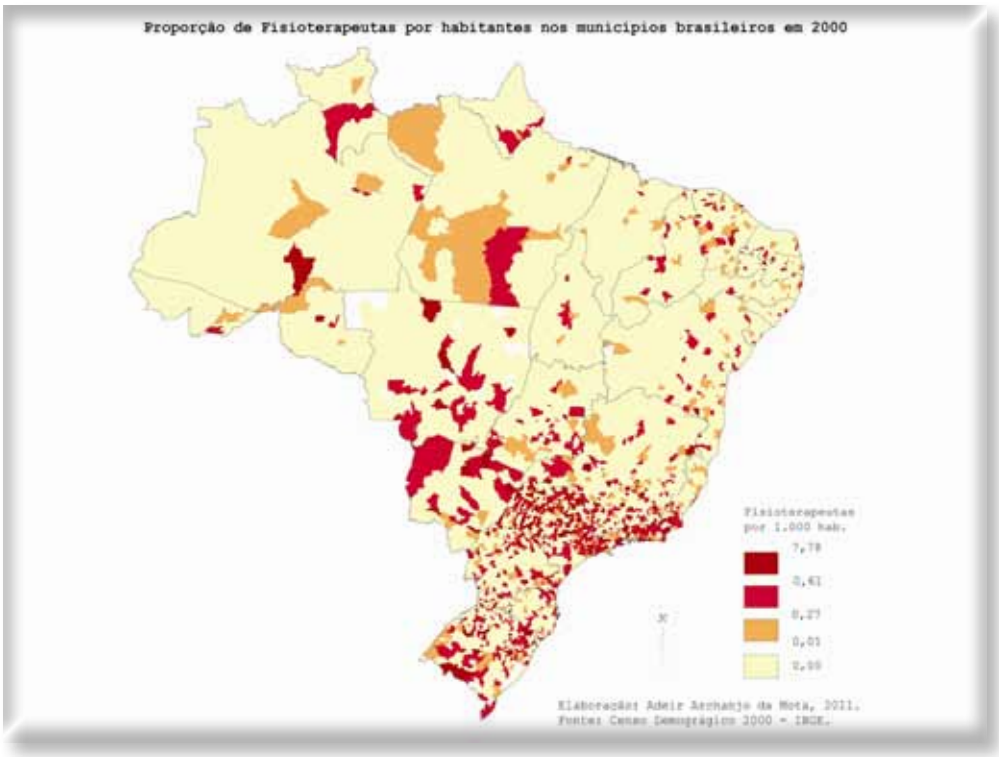

Espacialidade dos farmacêuticos no Brasil em 2000
Quantidade de farmacêuticos
1 ponto = 1 farmacêutico
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2000.

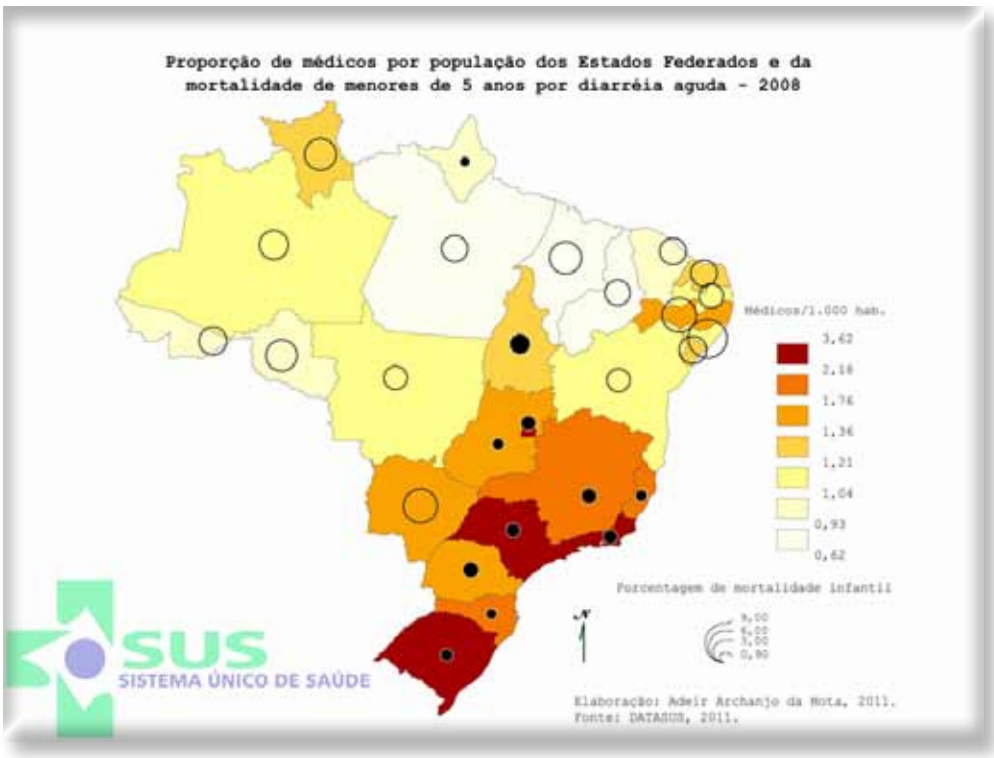
Proporção de Farmacêutico por habitantes nos municipios brasileiros em 2000
Farmacêutico
por 1.000 hab.
7,00
4,00
2,00
1,00
0,01
0,00
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográgico 2000 - IBGE.

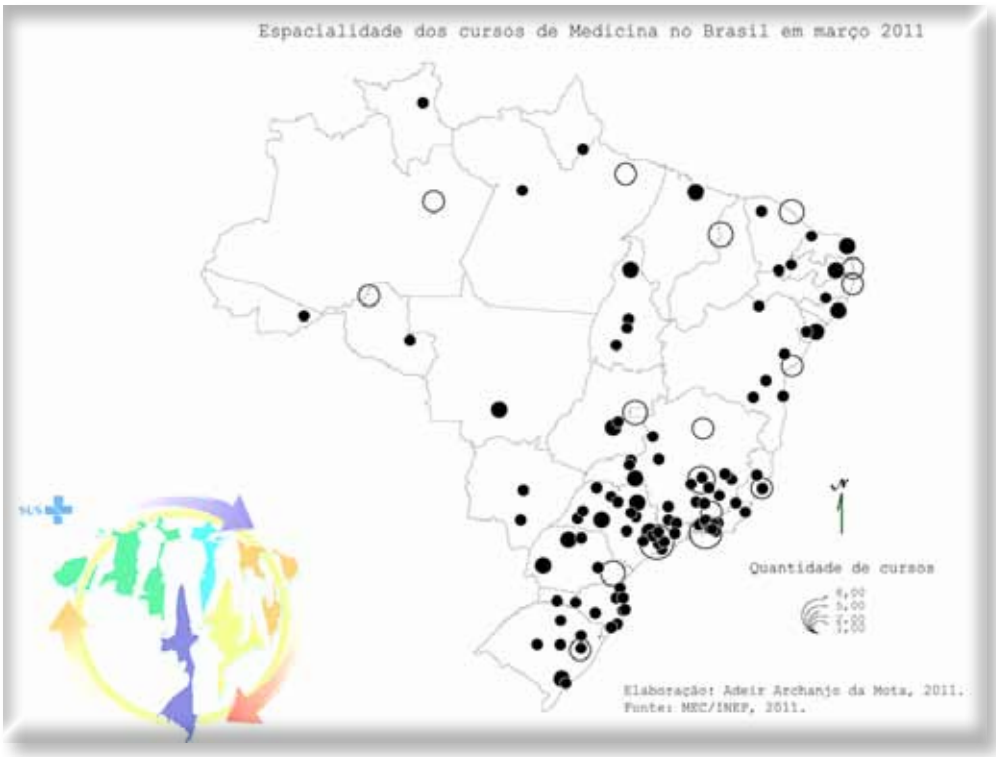
Proporção de Odontologistas por Habitantes nos Municipios Brasileiros em 2000
Odontologistas por 1.000 hab.
10,00
5,00
2,00
1,00
0,01
0,00
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográgico 2000 - IBGE.

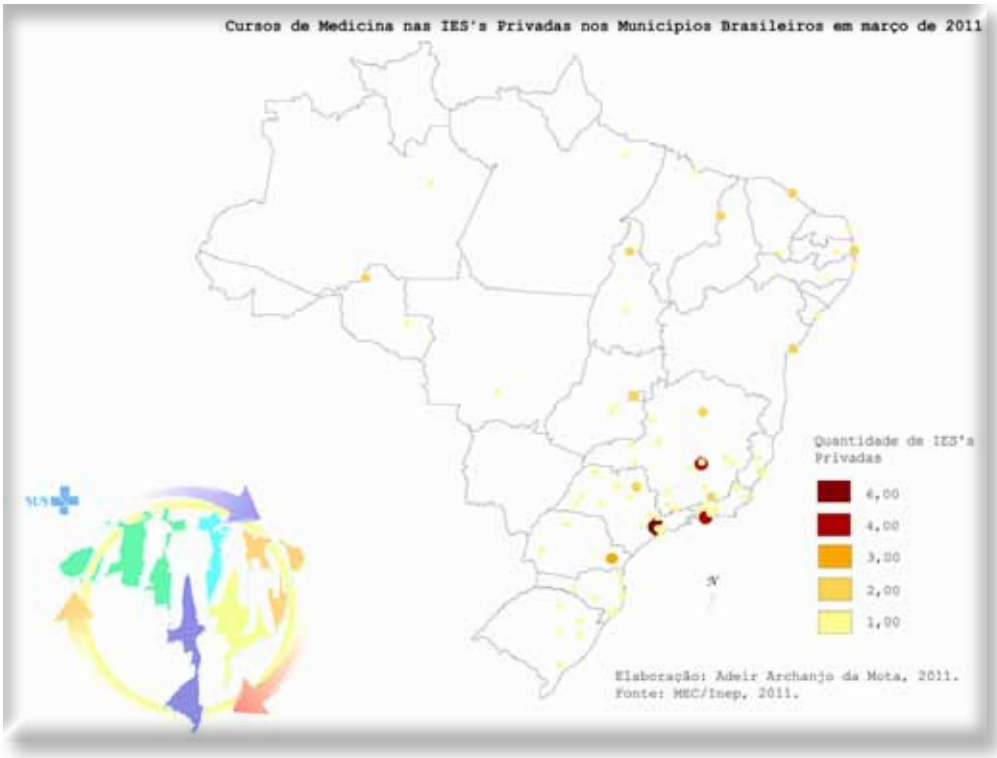

Espacialidade dos odontologistas no Brasil em 2000
Quantidade de odontologistas
1 ponto = 1 odontologista
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2000.

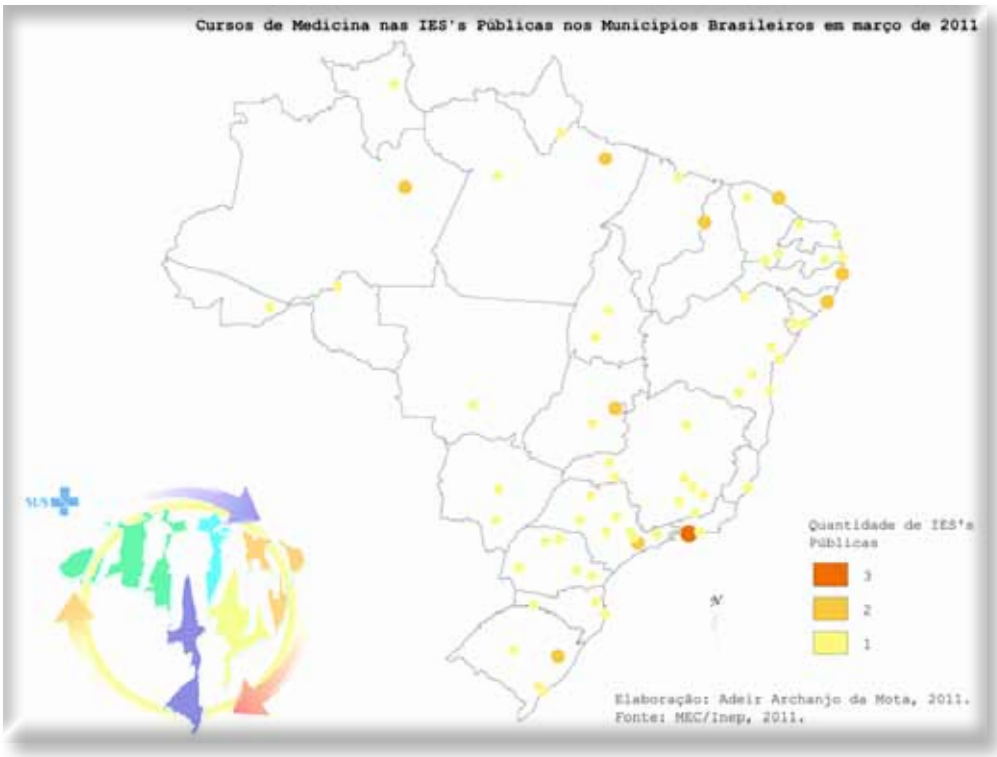

Proporção de Tecnólogos de Diagnósticos por habitantes no Brasil em 2000
Profissionais por 1.000 hab.
2,71
0,01
0,00
N
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico 2000 - IBGE.


Proporção de Fisioterapeutas por habitantes nos municípios brasileiros em 2000
Fisioterapeutas por 1.000 hab.
7,78
3,41
0,27
0,01
0,00
N
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: Censo Demográfico 2000 - IBGE.


Proporção de médicos por população dos Estados Federados e da mortalidade de menores de 5 anos por diarréia aguda - 2008
Médicos/1.000 hab.
3,42
2,18
1,76
1,36
1,21
1,04
0,93
0,62
Porcentagem de mortalidade infantil
SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: DATASUS, 2011.


Espacialidade dos cursos de Medicina no Brasil em março 2011
Quantidade de cursos
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: MEC/INEP, 2011.


Cursos de Medicina nas IES's Privadas nos Municípios Brasileiros em março de 2011
Quantidade de IES's Privadas
6,00
4,00
3,00
2,00
1,00
N
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: MEC/Inep, 2011.


Cursos de Medicina nas IES's Públicas nos Municípios Brasileiros em março de 2011
Quantidade de IES's Públicas
3
2
1
N
Elaboração: Adeir Archanjo da Mota, 2011.
Fonte: MEC/Inep, 2011.

Navio de Assistência Hospitalar "Soares de Meirelles"
Apoio de saúde para as populações ribeirinhas da Amazônia
U21
Adquirido em parceria com o Ministério da Saúde.
Incorporado à Armada em 23 de novembro de 2010.
BRASIL

ANEXO A
Programação do Seminário

1º DIA – 13 de abril de 2011

8h - Credenciamento

9h – Abertura Oficial
MS, MEC, CONASS, CONASEM, CNS e OPAS

10h – **Experiências e Desafios** – Limites e Possibilidades sobre Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde
Coordenação: *Félix Rigoli* – Coordenador da Unidade Técnica de Recursos Humanos – OPAS/OMS Brasil

Experiências Internacionais
Hugo Mercer - Consultor da área de Recursos Humanos da OMS

Experiências e Propostas Nacionais
Milton Arruda Martins – Secretário da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

12h – Debate

13h - Almoço

14h – **Necessidades e Estratégias de Provimento e Fixação de Médicos no SUS**
Coordenação: Comissão Intergestora de Recursos Humanos - CIRH

Perspectivas dos Gestores do SUS
Antônio Carlos Figueiredo Nardi - Presidente do CONASEMS
Beatriz Dobashe - Presidente do CONASS

Perspectivas do MS
Helvécio Miranda – Secretário de Atenção à Saúde
Heider Aurélio Pinto – Diretor do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

16h30 – Debate

17h – Coffee End

2º DIA – 14 de abril de 2011

9h – **Iniciativas Educacionais relacionadas ao Provimento e a Fixação de Médicos no SUS**
Coordenação: *Sigisfredo Brenelli* – Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Adib Jatene - Diretor Geral do HCOR - Instituto do Coração

Graduação e Residência Médica como fatores de Fixação de Médicos
Maria do Patrocinio Tenório Nunes – Secretária Executiva da Co missão Nacional de Residência Médica do MEC
Luiz Claudio Costa – Secretário de Educação Superior do MEC
Ana Dayse Resende Dorea - Vice-Presidente da Andifes
Ana Estela Haddad – Diretora de Programa da SGTES/MS

Debatedores:
Representante da ABEM (a confirmar)
Representante da UNE (a confirmar)
Parlamentar (a confirmar)

11h30 Debate

12h30 Almoço

14h – **Estratégias de Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde no SUS**
Coordenação: *Denise Motta Dau* – Diretora do Departamento da Regulação do Trabalho na Saúde
Diretrizes da Carreira Multiprofissional do SUS
Waltovânio Cordeiro de Vasconcelos
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS

Experiências Exitosas de Carreira Médica
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – MG
João Batista Cavalcante
Diretor Geral da Fundação Estatal Saúde da Família - BA

Experiência com Serviço Militar na Saúde
Cel. Valter Vieira Sampaio Filho - Seção de Serviço Militar - MD

Debatedores:
Aloísio Tibiriçá Miranda - Representante do CFM
Márcio Costa Bichara - Diretor de Saúde Suplementar (FENAM)
Parlamentar (a confirmar)

15h30 - Debate

16h30- Encaminhamentos e Encerramento
Milton Arruda Martins – Secretário da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

17h – Coffee End

ISBN 978-85-334-1841-5

Ouvidoria do SUS
136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Organização Pan-Americana da Saúde

CONASS

CONASEMS

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA