

MAIS SAÚDE E MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL



Belém-PA, 2 de agosto de 2013.

A Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior decidiu, após plenária realizada em Belém-PA, se posicionar a favor do Programa Mais Médicos e se colocar como um colaborador pró-ativo dos Ministérios da Educação e da Saúde, em interlocução permanente com a sociedade.

A Andifes entende que o Programa Mais Médicos Para o Brasil, no seu conjunto, tem o mérito de fortalecer o Sistema Único de Saúde, voltado para atender toda a população, principalmente as parcelas mais excluídas do país. A proposta tem um prazo para ser concluída e, durante esse tempo, a entidade vai colaborar para o aprimoramento e a implantação do projeto no país.

Considerando a necessidade do fortalecimento do SUS,
o respeito
aos profissionais de saúde, e uma especial atenção para
a saúde básica,
sobretudo, para a saúde familiar, a instituição entende
como sendo
natural que as universidades federais sejam
interlocutoras destacadas
desta política pública.

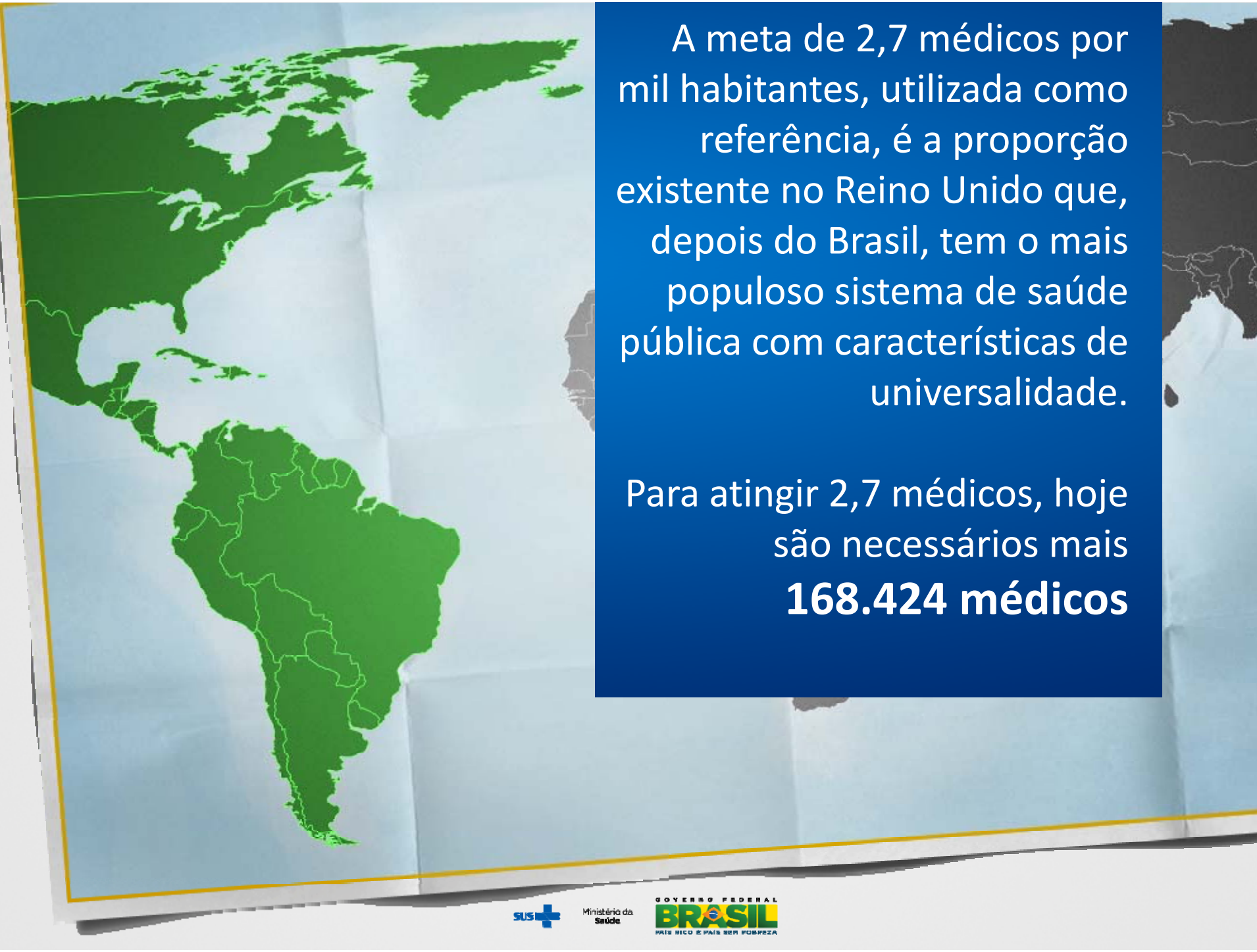
A Andifes também se posiciona favoravelmente à expansão e oferta com qualidade dos cursos de medicina, a universalização e modificação da estrutura de residência médica, o contrato entre a rede de saúde e o SUS, a revisão dos mecanismos e sistemas atuais de certificação, acompanhamento de avaliação dos cursos e a oferta regular de tutores para o acompanhamento integral dos alunos.

Brasil precisa de médicos



Médicos/mil habitantes

Brasil	1,8
Argentina	3,2
Uruguai	3,7
Portugal	3,9
Espanha	4
Reino Unido	2,7
Austrália	3
Itália	3,5
Alemanha	3,6



A meta de 2,7 médicos por mil habitantes, utilizada como referência, é a proporção existente no Reino Unido que, depois do Brasil, tem o mais populoso sistema de saúde pública com características de universalidade.

Para atingir 2,7 médicos, hoje
são necessários mais
168.424 médicos

22 estados estão abaixo da média nacional

Destes, 5 apresentam menos de 1 médico por mil habitantes - AC, AP, MA, PA e PI



Brasil:

1,83 médicos/mil habitantes

700 municípios não têm sequer 1 médico residindo no município

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

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

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

Hospitais (públicos e privados) sofrem com a falta de especialistas

Pesquisa aponta dificuldade de obter especialistas



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

* somente hospitais públicos

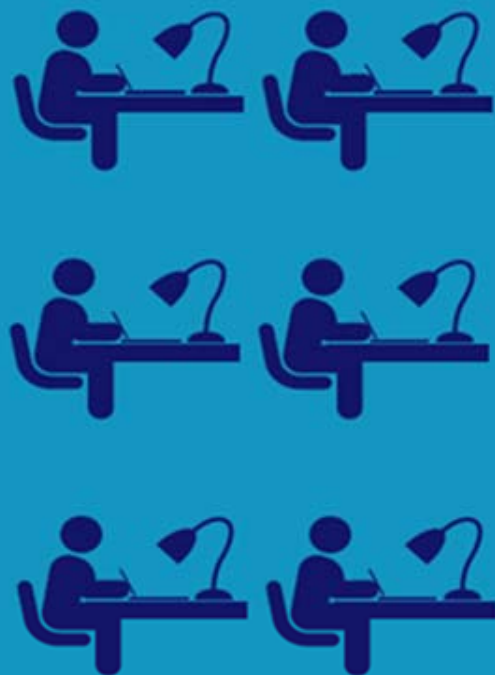
** somente hospitais privados



Implantar o segundo ciclo no curso de medicina (modelo inglês)

Graduação

Primeiro Ciclo



Graduação em
medicina

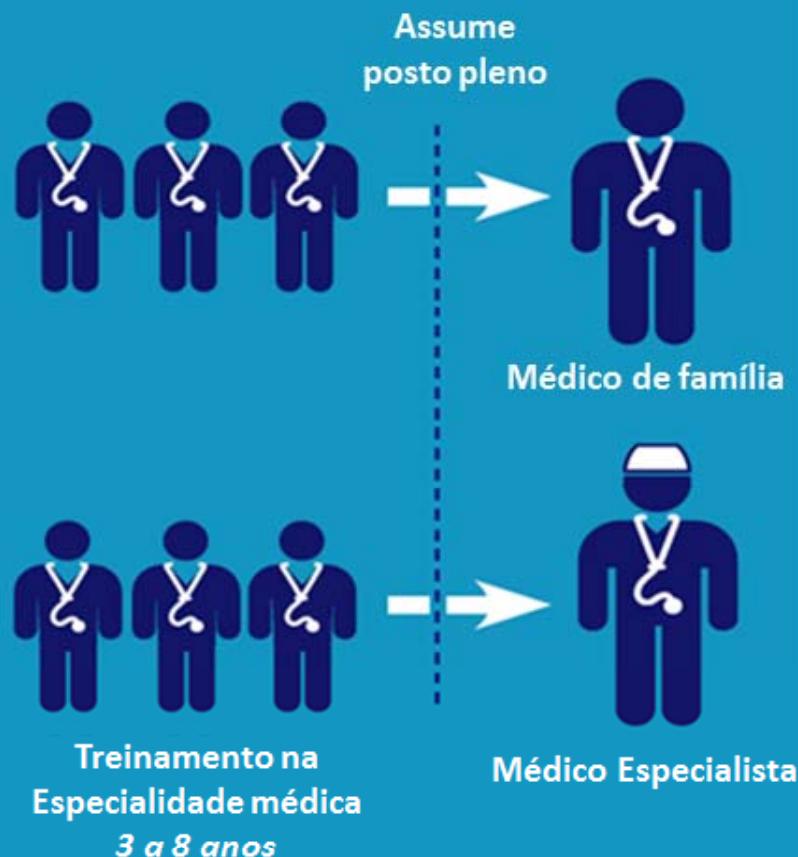
Segundo Ciclo



Treinamento prático
supervisionado NHS*
2 anos

* National Health System,
Sistema Nacional de Saúde

Pós- Graduação



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

ANÁLISE E PROPOSIÇÕES À MP 621/2013



Contextualização

- Em reunião realizada no Auditório do MEC, em 16/07/13, com a presença dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, foi instituído Grupo de Trabalho formado por docentes representantes de Faculdades de Medicina e de IFES para análise e formulação de proposições sobre a MP 621/2013.



Contextualização

- Em reunião realizada na Sala de Reuniões da SESu, em 17/07/13, com a presença dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, foi designada pela ***Comissão de Especialistas em Ensino Médico***, Grupo de Trabalho para análise e formulação de proposições sobre a MP 621/2013.



Síntese das RECOMENDAÇÕES formuladas



ITEM I – Duração do Curso de Medicina e orientação para desenvolvimento e fortalecimento do Curso.

- Manutenção da integralização curricular em seis anos.
- Fortalecimento de aplicação das DCNM com acompanhamento e avaliação de sua efetiva implantação.
- Projeto pedagógico e percurso formativo tendo como objetivo central a formação para o SUS.



ITEM I – Duração do Curso de Medicina e orientação para desenvolvimento e fortalecimento do Curso.

- Internato Médico com duração mínima de dois anos;
- Contrato organizacional entre MS e gestores municipais e estaduais para viabilizar 40% da carga horária do Curso, o treinamento em serviço na Rede SUS, com pelo menos 30% do Internato na Atenção Básica.
- Assegurar a preceptoria por parte de servidores da Rede SUS.
- Combater a “canibalização da rede pública” por cursos privados



ITEM II – EXPANSÃO E OFERTA DE CURSOS DE MEDICINA

- No caso de instituições públicas: análise rigorosa da necessidade social, contribuição para redução de desigualdades, demais normas estabelecidas na Portaria Normativa Nº 15, de 22 de julho de 2013.
- No caso de instituições privadas: por meio de edital, como estabelecido na Portaria Normativa Nº 2, da SERES, de 1 de fevereiro de 2013.



ITEM III – UNIVERSALIZAÇÃO E MODIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

- Acesso universalizado aos programas de RM até 2017.
- Programas de RM desenvolvidos no âmbito do SUS.
- Primeiro ano da RM desenvolvido, em caráter obrigatório, no âmbito da Atenção Primária em Saúde e Urgência/Emergência, para as áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e analisada a viabilidade de sua aplicação nas especialidades de acesso direto.



ITEM III – UNIVERSALIZAÇÃO E MODIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

- Estratégias para fortalecimento da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, devendo, até 2017, suas vagas representarem 40% das vagas totais de RM ofertadas.
- Necessidade de formação de especialistas em áreas carentes definidas em articulação com a CNRM. Desenvolvimento da Residência Multiprofissional.
- Universalização do Programa de Formação de Preceptores de Residência Médica oferecido pela ABEM, SBMFC e outras instituições, em todas as regiões do País e garantindo o seu financiamento.



ITEM IV – CONTRATO ORGANIZATIVO ENTRE A REDE DE SAÚDE/SUS E CADA INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA OFERTA DE CURSO DE MEDICINA

- URGÊNCIA na efetivação desse contrato organizativo que garanta o acesso, como cenário de prática, às unidade de saúde em todos os níveis de complexidade, estabelecendo como prioridade o atendimento aos Cursos de Medicina de instituições públicas.
- Contrato deverá contemplar a designação de preceptores da rede de saúde, regulamentar sua relação com a instituição responsável pelo Curso de Medicina e definir mecanismos de valorização desses profissionais, notadamente os da atenção básica em saúde.



ITEM IV – CONTRATO ORGANIZATIVO ENTRE A REDE DE SAÚDE/SUS E CADA INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA OFERTA DE CURSO DE MEDICINA

- Contrato deverá estabelecer obrigações mútuas entre as partes e definir a dinâmica de funcionamento da rede de saúde escola afeita a cada Curso de Medicina.



ITEM IV – CONTRATO ORGANIZATIVO ENTRE A REDE DE SAÚDE/SUS E CADA INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA OFERTA DE CURSO DE MEDICINA

- Garantia de apoio aos 21 cursos que estão sendo criados no processo de expansão dos Cursos de Medicina nas IFES, concebidos com forte assentamento na rede pública de saúde e fortes bases na comunidade.
- A diminuição de médicos no SUS não será superada sem um plano de carreira, uma política salarial e melhores condições de trabalho, com responsabilização dos gestores.



ITEM V – REVISÃO DOS MECANISMOS E SISTEMAS ATUAIS DE CERTIFICAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS CURSOS DE MEDICINA

- Aspectos relativos ao Curso, ao contrato organizativo com a rede de saúde, à integração ensino-serviço, às atividades de preceptoria, a contribuição do Curso ao SUS local e sua responsabilidade social.
- Ampliar, em cursos situados em locais remotos ou desassistidos, o recrutamento de alunos locais como estratégia de fixação, aliada à instituição de programas de RM.
- Priorizar o recrutamento docente entre os profissionais locais, como incentivo à fixação, promovendo-se, progressivamente a titulação dos mesmos, utilizando-se de ferramentas de EAD e apoio da telessaúde.



ITEM VI – OFERTA REGULAR DE PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO PARA A DOCÊNCIA

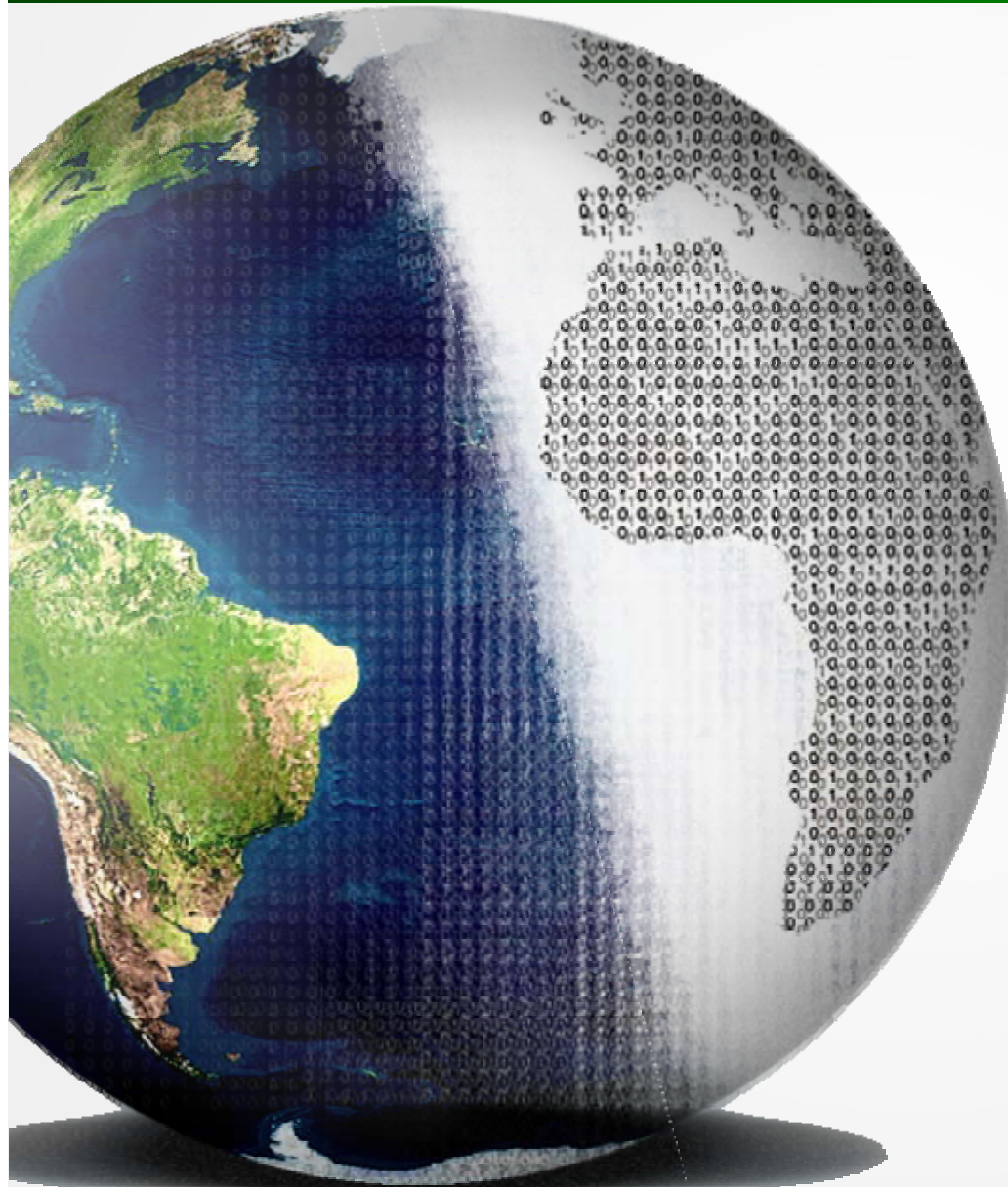
- Oferta regular, pela SESu, em bases regionais, de programa de desenvolvimento docente para os Cursos de Medicina e de formação de preceptores para o ensino de graduação, Internato e Residência Médica, com tempo protegido para essas atividades de formação.

ITEM VII – ESTRUTURAÇÃO DA REDE DO SUS

Necessidade de qualificação da estrutura de serviços da rede do SUS em paralelo com o desenvolvimento dos cursos, com efetivo combate à precariedade da estrutura e à precariedade do trabalho.



Atuação dos médicos estrangeiros no mundo



% de médicos que se graduaram no exterior



Inglaterra: 37%



EUA: 25%



Austrália: 22%



Canadá: 17%



Brasil: 1,79%



Dados de IMG (*International Medical Graduates*) dos EUA, 2007

- Entre 1987 a 2006 de 267 mil médicos que fizeram a certificação, 62,3% tiveram êxito.
- Os IMGs (*International Medical Graduates*) atendem majoritariamente parte da população que não possui seguro de saúde, população vulnerável dos grandes centros e aqueles que residem em áreas rurais.
- Para incentivar a ida de médicos estrangeiros para áreas com escassez de profissionais de saúde (*Health Professional Shortage Area/HPSA*) o *Department Health and Human Services/HHS* aprova a renúncia do visto J-1(*exchange visitor*, modalidade onde os IMGs são obrigados a retornarem para os seus países de origem durante 2 anos subsequentes ao término do programa) desde que os IMGs concordem em trabalhar durante 3 anos em uma HPSA na atenção primária ou saúde mental.

Dados de IMG (*International Medical Graduates*) da Austrália

- Existe o Advanced Standing Certificate que permite um registro limitado, por um período de 12 meses de prática/estágio supervisionado em local autorizado pela AMC/ Australian medical Council.
- A Austrália enfrenta o problema da escassez de profissionais de saúde, especialmente em áreas rurais e remotas. Médicos formados na Austrália são resistentes em deixar a cidade, por isso, o serviço de saúde em área rural depende fortemente de IMGs. O recrutamento de IMGs é, portanto uma medida central no combate à escassez de profissionais em áreas rurais e remotas na Austrália . Uma das principais políticas que direcionam os IMGs para regiões de escassez de profissional é o 10-Year Moratorium.

Dados de IMG (*International Medical Graduates*) da Austrália

- Uma das principais críticas em relação a esta política é que permite que médicos que não receberam o treinamento na Austrália sejam alocados em áreas rurais isoladas onde recebem pouca ou nenhuma supervisão, além de negar o direito de o profissional viver e trabalhar em um local de sua própria escolha.
- Em contrapartida, documento publicado pelo *Rural Health Workforce Australia* em 2011 revela que a estratégia de recrutamento de IMGs através do *10-year Moratorium* tem contribuído significativamente para o aumento de médicos na atenção primária em áreas rurais da Austrália.
- Dos 1.452 novos médicos em áreas rurais na Austrália entre 2000 e 2008, 82% eram IMGs. Em 2008 os IMGs constituíam cerca de 40% da força de trabalho em áreas rurais.

AIHW Medical Labour Force Survey de 2009.

Gilles, M. T., Wakerman, J., Durey, A. (2008). Disponível em:

http://www.publish.csiro.au/?act=view_file&file_id=AH080655.pdf/

Parliamentary Inquiry into Overseas Trained Doctors – The 10-Year Moratorium. Rural Health Workforce Australia, 2011. Disponível em:

<http://nrha.ruralhealth.org.au/cms/uploads/publications/nrha-otd-submission-16-02-11.pdf/>



Ministério da
Saúde



OBRIGADO!!!!