

A Residência Médica no atual cenário da saúde

Recife, PE
Abril de 2015

Francisco Arsego de Oliveira
Comissão Nacional de Residência Médica

Cenário atual - problemas concretos:

- Parcela significativa da população sem assistência à saúde adequada (especialmente em áreas remotas e vulneráveis).
- Necessidade de fortalecer Atenção Primária à Saúde como opção estruturante do SUS.
- Dissociação entre formação X necessidades sociais.
- Necessidade de qualificação de recursos humanos na área da saúde (em todas as áreas).

Lista de problemas:

1. Parcela significativa da população sem assistência à saúde adequada (especialmente em áreas remotas e vulneráveis).
2. Necessidade de fortalecer Atenção Primária à Saúde como opção estruturante do SUS.
3. Dissociação entre formação X necessidades sociais.
4. Necessidade de qualificação de recursos humanos na área da saúde (em todas as áreas).

Formação médica: contexto brasileiro atual

Entidades
Médicas

APS

CNRM

DIRETRIZES
CURRICULARES

Sociedades
científicas

MEC

SUS

PSF/ESF

ESCOLAS DE
MEDICINA

Congresso
Nacional

ABEM

MS

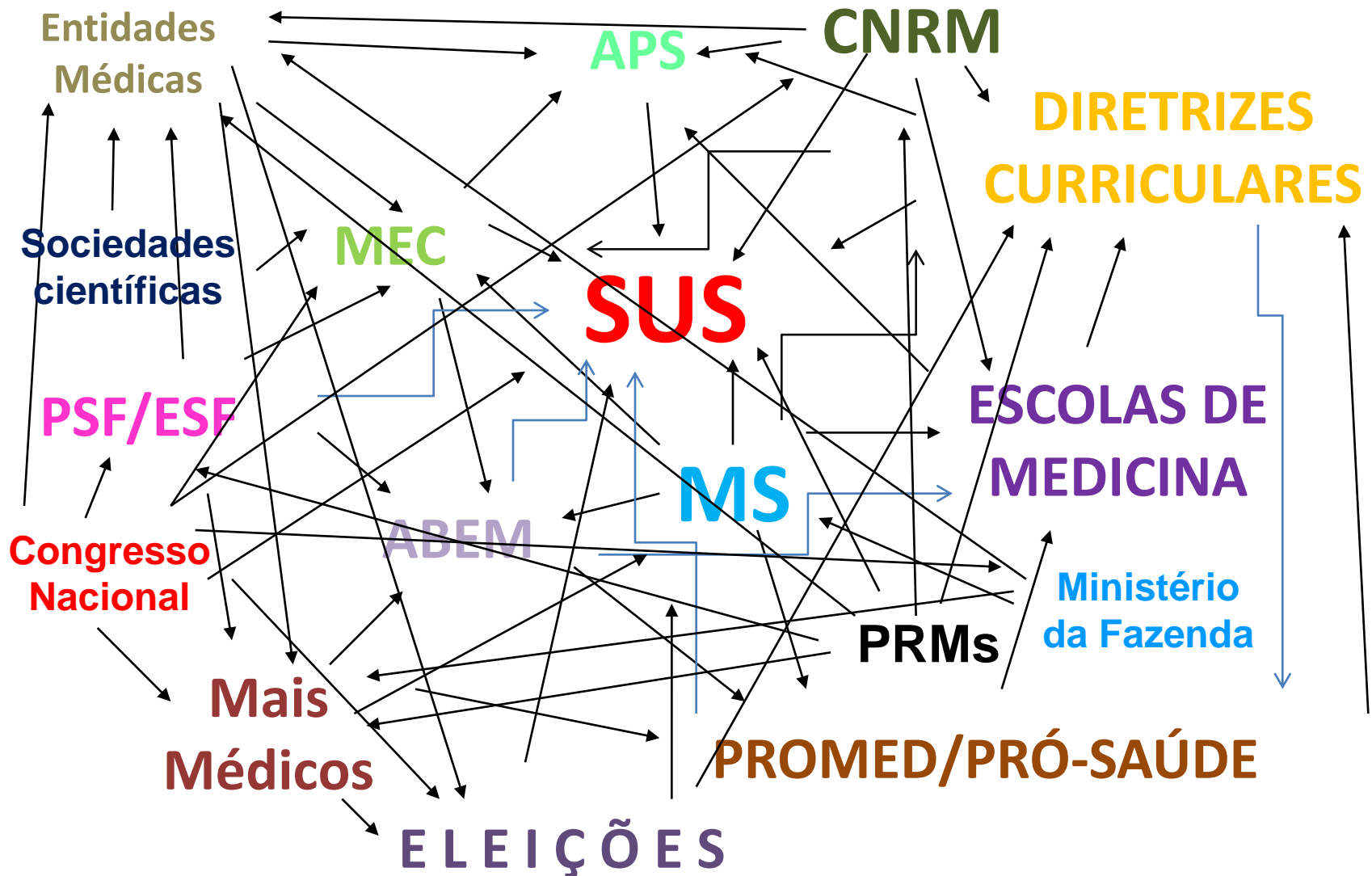
PRMs
Ministério
da Fazenda

Mais
Médicos

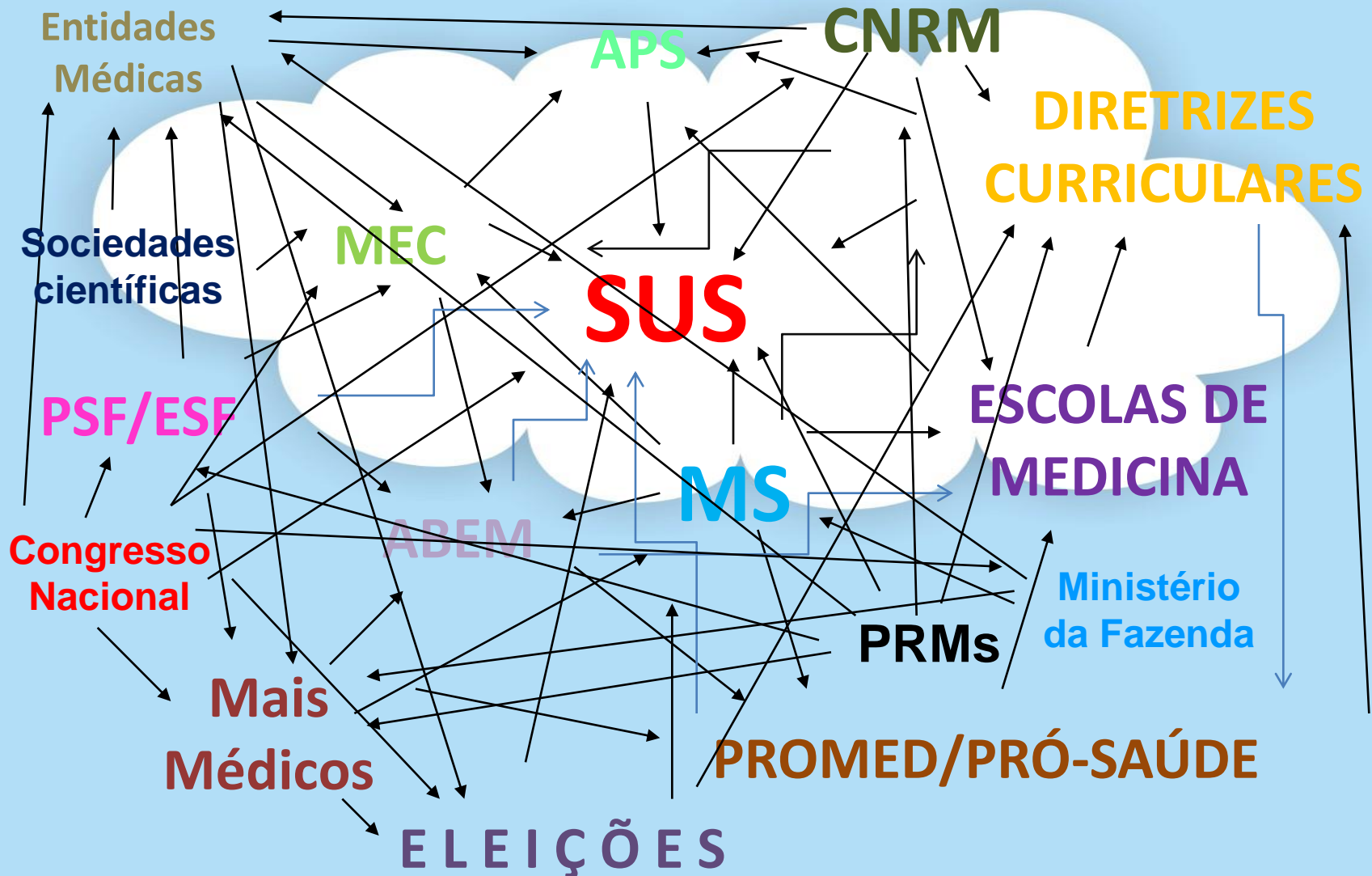
PROMED/PRÓ-SAÚDE

ELEIÇÕES

Formação médica: contexto brasileiro atual

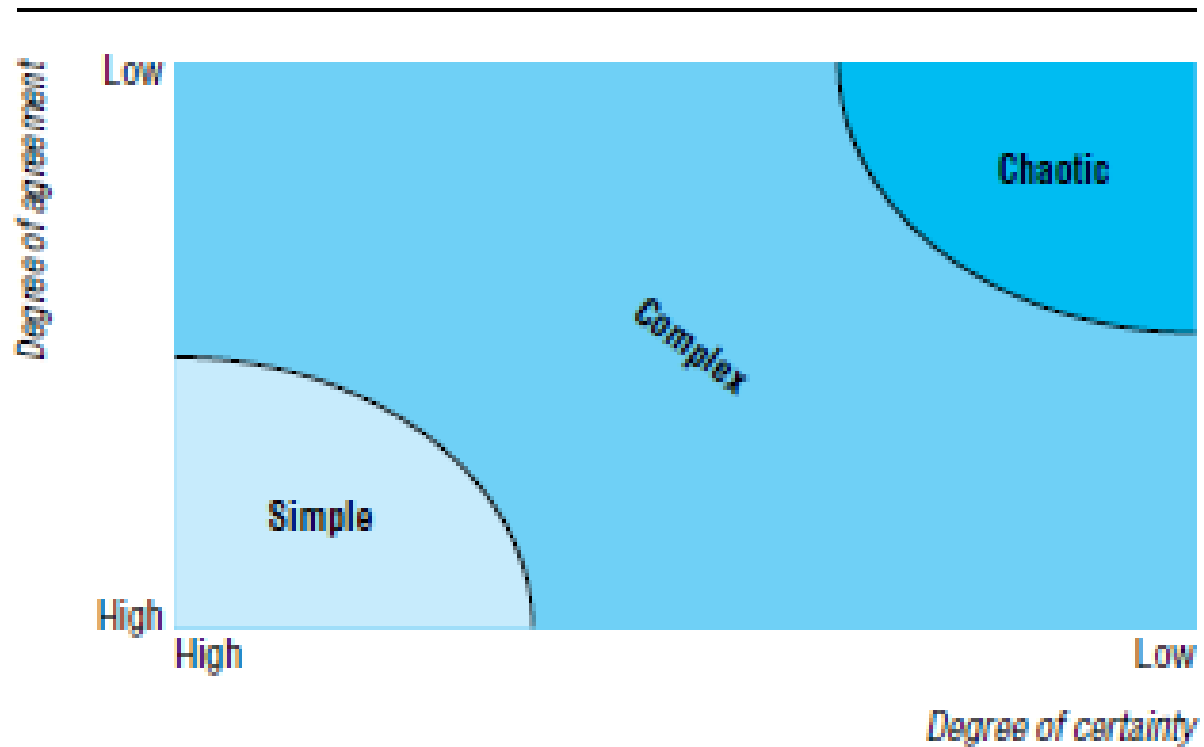


Formação médica: contexto brasileiro atual



Contexto sanitário brasileiro





The certainty-agreement diagram (based on Stacey²³)



Samuel

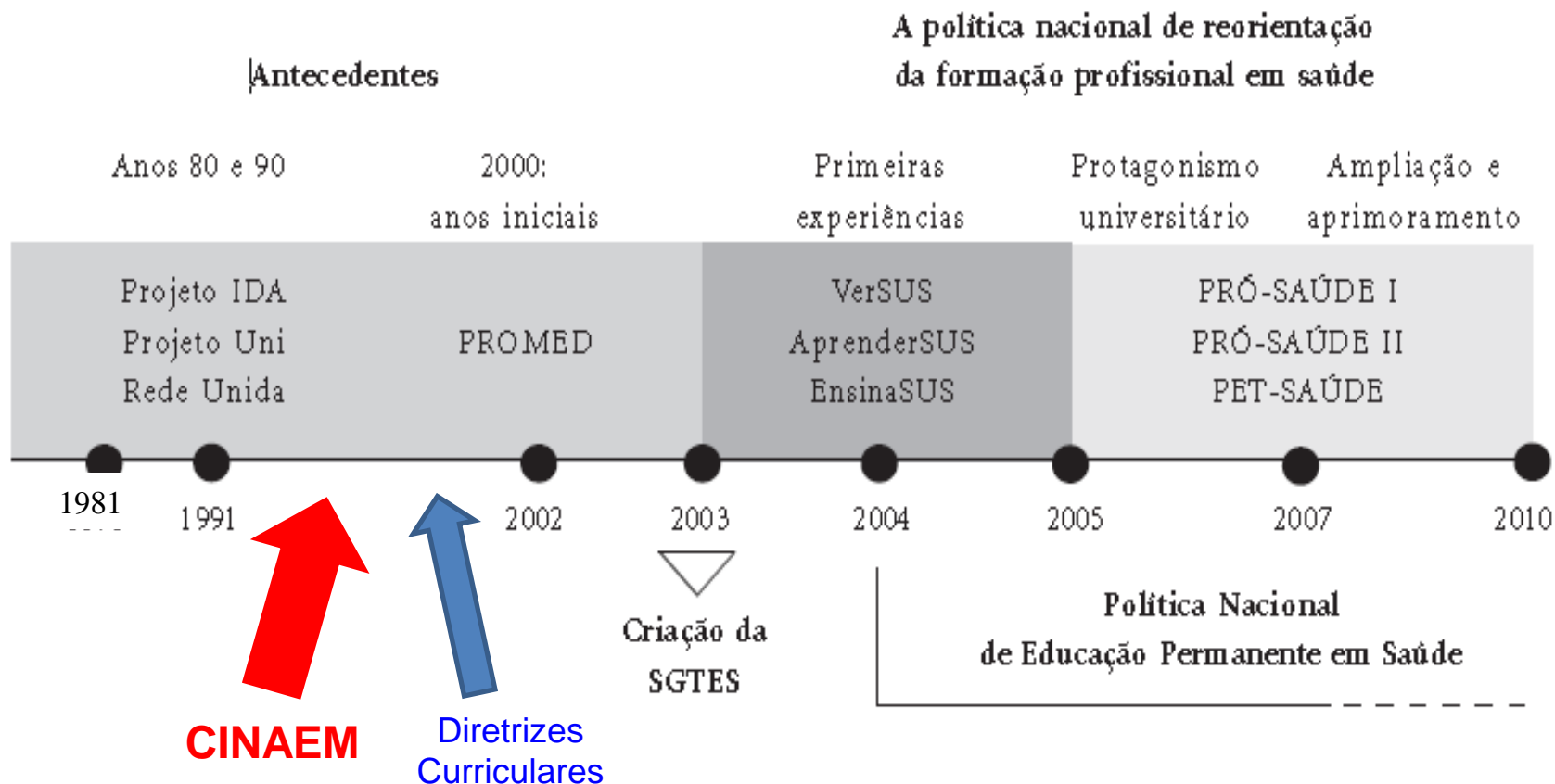


Figura 1. Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil, décadas de 1980 e 90 e anos 2000.

Fonte: Elaboração dos autores, 2011.

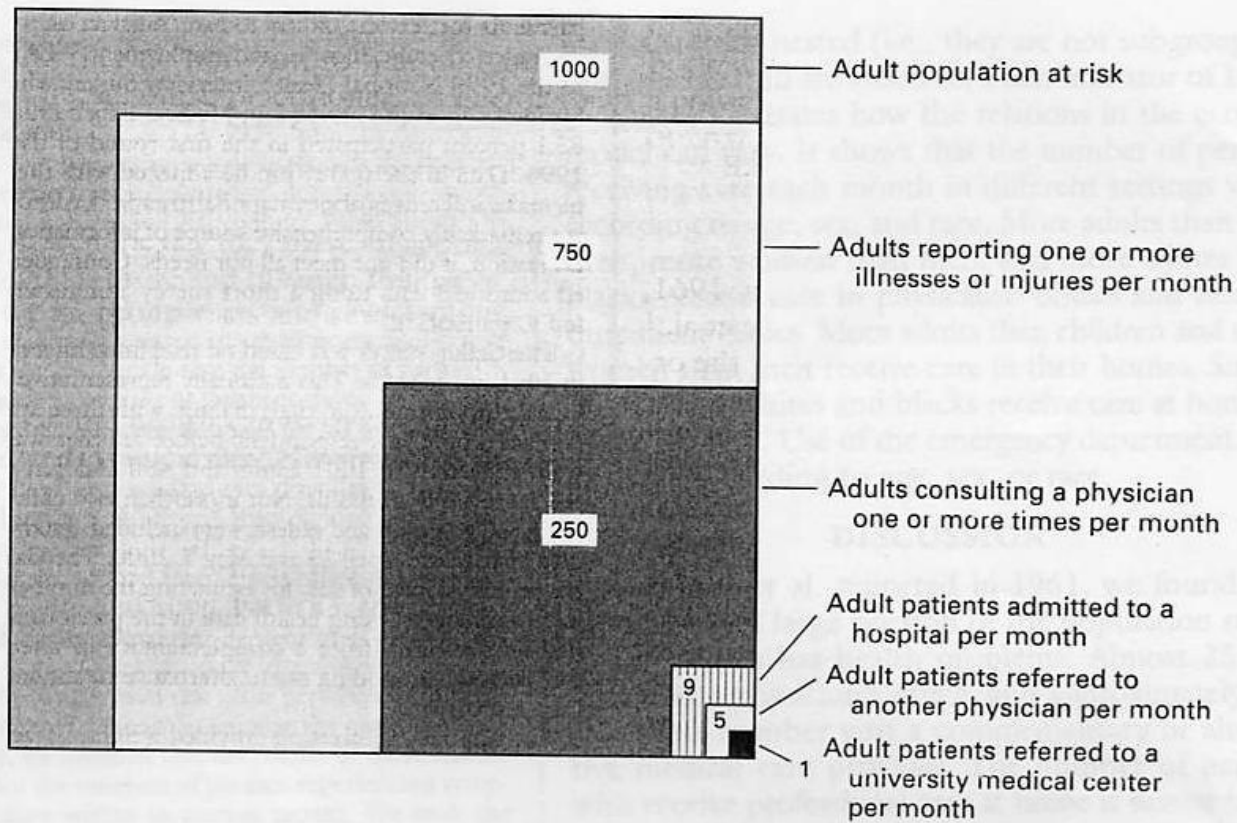


Figure 1. Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care.

Data are for persons 16 years of age and older. Reprinted from the 1961 report by White et al.¹

What Is a 21st-Century Doctor? Rethinking the Significance of the Medical Degree

Olle ten Cate, PhD

Abstract

The undergraduate medical degree, leading to a license to practice, has traditionally been the defining professional milestone of the physician. Developments in health care and medical education and training, however, have changed the significance of the medical degree in the continuum

of education toward clinical practice. The author discusses six questions that should lead us to rethink the current status and significance of the medical degree and, consequently, that of the physician. These questions include the quest for core knowledge and competence of the doctor, the place of

the degree in the education continuum, the increasing length of training, the sharing of health care tasks with other professionals, and the nature of professional identity in a multitasking world. The author concludes by examining ways to redefine what it means to be a “medical doctor.”

■

Innovation in Medical Education

David A. Asch, M.D., and Debra F. Weinstein, M.D.

On July 29, 2014, the Institute of Medicine (IOM) released its report on the governance and financing of graduate medical education (GME).¹ An important incidental finding of the IOM's study was that the evidence base available to inform future directions for the substance, organization, and financing of GME is quite limited. The limited evidence reflects a systematic lack of research investment in an area of health care that we believe deserves better.

ture and content for GME, along with questions that extend beyond GME: What should change in undergraduate medical education, and how should we ensure the continued competence of physicians 20 to 30 years into practice? We also face active debate and a lack of evidence about how to better distribute financial support for GME, whether and how to support the education of other clinicians (in addition to physicians), and to what extent federal GME funding is an effective or

other consensus reports.² The committee also proposed a governance mechanism to set research priorities and coordinate large-scale efforts such as multi-institutional studies or nationwide pilot programs. We propose the following approach.

First, valid and feasible measures of training success need to be defined. The fundamental goal of medical training is the production of a workforce capable of delivering economically sustainable care that will improve the

Estimating the Residency Expansion Required to Avoid Projected Primary Care Physician Shortages by 2035

Stephen M. Petterson, PhD¹

Winston R. Liaw, MD, MPH²

Carol Tran, MD³

Andrew W. Bazemore, MD, MPH¹

¹Robert Graham Center, Washington, DC

²Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia

³University of Virginia, Charlottesville, Virginia

ABSTRACT

PURPOSE The purpose of this study was to calculate the projected primary care physician shortage, determine the amount and composition of residency growth needed, and estimate the impact of retirement age and panel size changes.

METHODS We used the 2010 National Ambulatory Medical Care Survey to calculate utilization of ambulatory primary care services and the US Census Bureau to project demographic changes. To determine the baseline number of primary care physicians and the number retiring at 66 years, we used the 2014 American Medical Association Masterfile. Using specialty board and American Osteopathic Association figures, we estimated the annual production of primary care residents. To calculate shortages, we subtracted the accumulated primary care physician production from the accumulated number of primary care physicians needed for each year from 2015 to 2035.

RESULTS More than 44,000 primary care physicians will be needed by 2035. Current primary care production rates will be unable to meet demand, resulting in a shortage in excess of 33,000 primary care physicians. Given current production, an additional 1,700 primary care residency slots will be necessary by 2035. A 10% reduction in the ratio of population per primary care physician would require more than 3,000 additional slots by 2035, whereas changing the expected retirement age from 66 years to 64 years would require more than 2,400 additional slots.

CONCLUSIONS To eliminate projected shortages in 2035, primary care residency production must increase by 21% compared with current production. Delivery models that shift toward smaller ratios of population to primary care physicians may substantially increase the shortage.

Ann Fam Med 2015;13:107-114. doi: 10.1370/afm.1760.

Advance Data Tables

2015 Main Residency Match®

Table 1. Match Summary, 2015.....	1
Table 3. Positions Offered in the Matching Program, 2011-2015.....	3
Table 4. Applicants in the Matching Program, 2011-2015.....	5
Table 7. Positions Offered and Number Filled by U.S. Seniors and All Applicants, 2011-2015.....	6
Table 8. Positions Offered and Percent Filled by U.S. Seniors and All Applicants, 2011-2015.....	8
Table 10. U.S. Seniors Matched to PGY-1 Positions by Specialty, 2011-2015.....	10
Table 16. Number of Couples in the Match and Match Outcome, 1987-2015.....	11
Figure 7. Percent of Matches by Choice and Type of Applicant, 2015.....	12

Não se constrói um
sistema de saúde de qualidade
sem médicos de qualidade!

Não se constrói um
sistema de saúde de qualidade
sem médicos de qualidade!

Médicos no país:
número insuficiente e com má distribuição

Menor média de médicos

Relação de 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

Fonte: Ministério da Saúde e OCDE



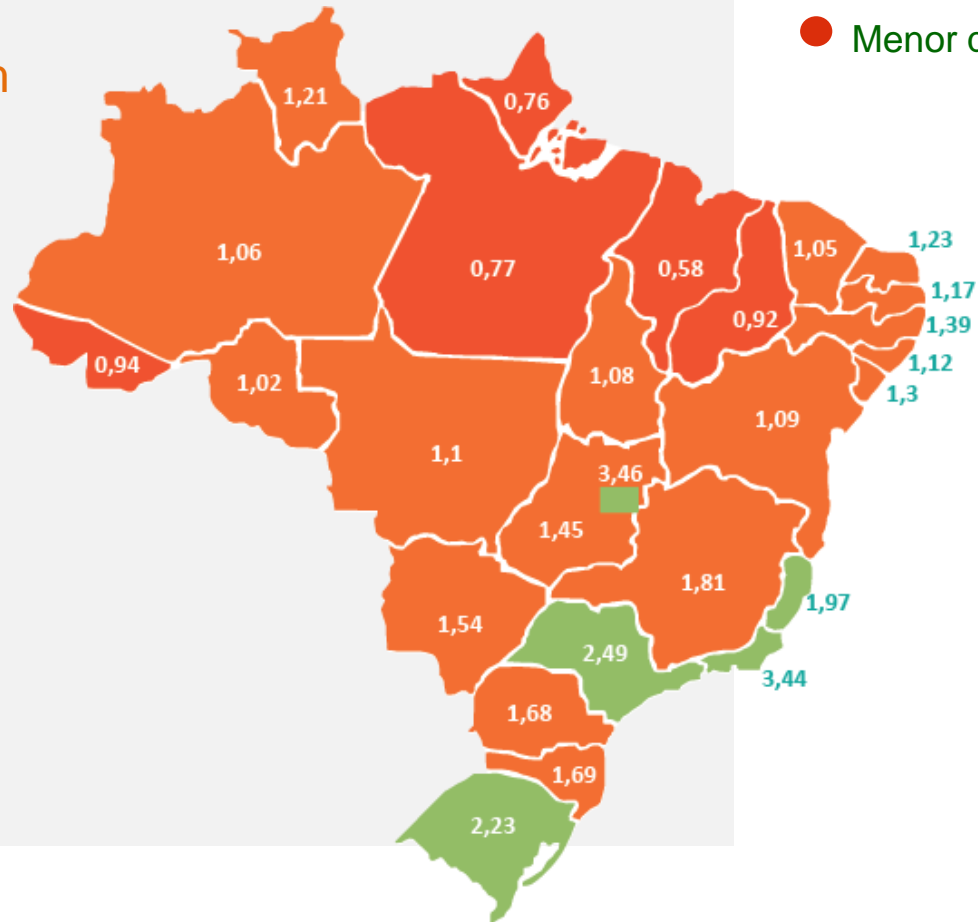
Desigualdade nos estados

- Acima de 1,8/mil
- Entre 1/mil e 1,8/mil
- Menor que 1/mil

22 estados estavam abaixo da média nacional – 1,8/mil habitantes

5 estados tinham menos de 1 médico por mil habitantes:

- Acre
- Amapá
- Maranhão
- Pará
- Piauí



“Problemas complexos exigem soluções complexas e sistêmicas.”



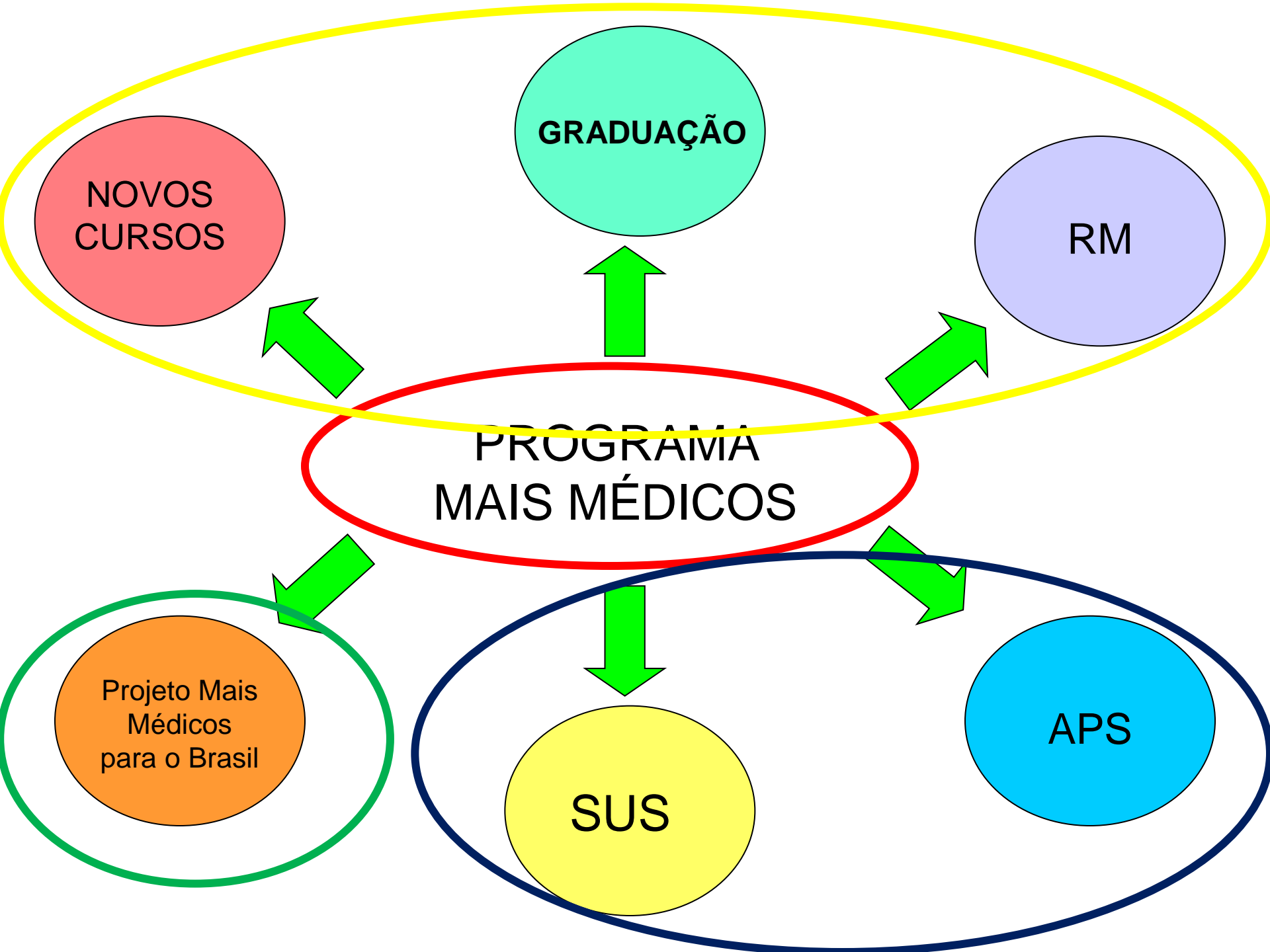
Eugênio Vilaça Mendes

Lei nº 12.871 – 22/10/2013 “Lei do Mais Médicos”

Art. 1º É instituído o **PROGRAMA MAIS MÉDICOS**, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

- I - **diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS**, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - **fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País**;
- III - **aprimorar a formação médica no País** e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - **ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS**, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - **fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço**, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - **promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras**;
- VII - **aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País** e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - **estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS**.





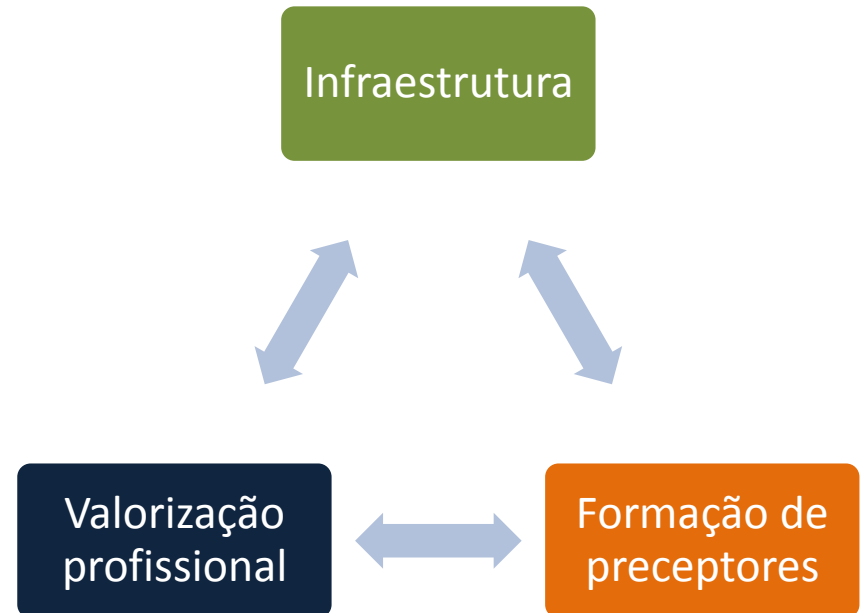


Impacto na formação médica

- 30% da carga horária do internato serão desenvolvidos na APS e em serviços de urgência e emergência.
- Avaliação específica a cada 2 anos.
- Universalização da residência médica em 2018.
- Programas com acesso direto: genética, medicina do trânsito, medicina do trabalho, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia, radioterapia.
- 1 ou 2 anos obrigatórios em MGFC para acesso a todas as demais especialidades.
- Estabelecimento de contrato organizativo da ação pública ensino-serviço.
- Possibilidade de pagamento de bolsa de preceptoria.

Convicções:

- Residência Médica é o padrão-ouro na formação médica.
- Necessidade de reafirmar um modelo assistencial que tenha a APS como base.
- Necessidade de enfrentar:
 - Problemas de infraestrutura
 - Formação de preceptores
 - Valorização profissional
- **Ninguém concretiza um projeto desse porte sozinho**





The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective
MARCH 5, 2015

INTERNATIONAL HEALTH CARE SYSTEMS

A Precious Jewel — The Role of General Practice
in the English NHS

Martin Marshall, M.D.

***"hard times demand a
willingness to think and act
differently"***

- “Joia da Coroa”:
 - Melhor cuidado
 - Melhor custo-efetividade
 - Mais satisfação
 - Melhor forma de organizar o sistema de saúde!
- **Complexidade da atenção à saúde**
- **Necessidade de um modelo assistencial**
- **Formação médica**
- **Financiamento**

Residência Médica: desafios

- **Integrar a Residência Médica**

- Às Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina e demais políticas públicas.
- Ao SUS (com papel constitucional de ordenador de recursos humanos na área da saúde)

- **Avançar**

- Numericamente: universalização em 2018 para cerca de 18.000 egressos.
- Criação de vagas de residência.
- Preenchimento de vagas ociosas.
- Qualitativamente: com critérios definidos, sistema de monitoramento e integração com as sociedades de especialidade.
- No processo de repensar a maneira como formamos médicos e especialistas.
- Na atualização do rol de competências de cada especialidade:
 - Conhecimentos, habilidades e atitudes

Residência Médica: desafios imediatos

- Superar o desconhecimento da área de MFC/APS
 - Resolução sobre PRMs em Medicina de Família e Comunidade
 - Criação da Câmara Técnica de Atenção Básica/Saúde Coletiva
- Definir competências do médico em formação (todas as especialidades)
 - Atualização da Resolução CNRM nº 02/2006
- Estabelecer formação de preceptores
 - Políticas indutoras
- Garantir o aporte de recursos financeiros para esses avanços.
- Ter consciência da diversidade brasileira.
- Criar estrutura administrativa e de informática que dê suporte a todo esse trabalho em nível nacional e que permita o seu controle através de indicadores pertinentes.
- Estruturação das CEREMs.
- Aprofundar o diálogo com entidades médicas e centros formadores.
- Discutir os pré-requisitos para os PRMs.



CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS para Medicina de Família e Comunidade

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



Desafio

Integração

Qualidade





Saskatchewan Archives Board S-B.13,375.293

Obrigado!

arsego.cnrm@hcpa.ufrgs.br