

MODELOS E PARÂMETROS INTERNACIONAIS DE PROJEÇÃO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde
01 a 03 de Outubro de 2013
Belo Horizonte - MG



**ESTAÇÃO DE PESQUISA
DE SINAIS DE MERCADO**



NESCON
núcleo de educação em saúde coletiva
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Autores

- Alice Werneck Massote
 - Ana Cristina de Sousa van Stralen
 - Cristiana Leite Carvalho
 - Jackson Freire Araújo
 - Joice Carvalho Rodrigues
 - Lucas Wan Der Maas
 - Luís Antônio Bonolo de Campos
 - Sabado Nicolau Girardi (Coordenador)
-
- Projeto: Monitoramento da Demanda por Especialidades e Residências Médicas no Brasil.

Introdução

- O provimento de recursos humanos são considerados um dos elementos mais importantes para a prestação de cuidados à saúde. Desta forma, o planejamento de recursos humanos em saúde (RHS) é fundamental para a prestação de serviços de qualidade.
- O planejamento de RHS envolve a estimativa da força de trabalho necessária para atender às demandas futuras de serviço de saúde.
- O objetivo fundamental é assegurar que existam profissionais suficientes, com as especialidades adequadas, no lugar certo, na hora certa, prestando o serviço certo e eficaz, a um custo acessível.

Principais problemas que o planejamento de RHS enfrenta:

- O excesso de profissionais em algumas ocupações ou a falta em outros, produzindo uma má distribuição funcional;
- Má distribuição geográfica da força de trabalho;
- Formação insuficiente ou treinamento inadequado;
- Prestação de serviços desnecessários;
- Profissionais sobrecarregados;
- Alta taxa de rotatividade de pessoal;
- Baixa qualidade no atendimento (privação de determinados serviços de saúde, tempo de espera, etc);.

Introdução

Estimar a força de trabalho necessária implica um balanceamento entre demanda e oferta, que são influenciados por vários fatores imprevisíveis:

- Mudanças demográficas (queda da fecundidade, redução da mortalidade, envelhecimento);
- Mudanças epidemiológicas (modificações nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade);
- Mudanças tecnológicas, avanços científicos e novos tratamentos,
- Mudanças culturais e sociais;
- Mudanças nas políticas governamentais de atração e retenção de profissionais;
- Mudanças da própria força de trabalho em saúde como o envelhecimento e feminização das profissões;
- Mudanças na regulação profissional.

Introdução

- Um aspecto ainda pouco abordado são as mudanças das relações entre profissões em termos de sua jurisdição de trabalho.

Ao examinar isoladamente a prática médica, o planejamento de RHS, muitas vezes ignora a relação entre médicos e outros profissionais, como a transferência de responsabilidades entre especialidades médicas ou entre diferentes categorias profissionais, também conhecida como *task-shifting* (enfermeira anestesta e assistente de médico).

Introdução

- Várias ferramentas de projeção de RHS vem sendo desenvolvidas, no entanto, muitas vezes elas têm se mostrado inadequadas ou são implantadas de forma inadequada. Muitos autores consideram que o contínuo desequilíbrio dos RHS, ora apontando excesso, ora escassez, é resultado de métodos de projeção inadequados.
- O objetivo deste trabalho foi, portanto, fazer uma revisão das abordagens de projeção existentes e levantar os principais parâmetros utilizados internacionalmente para calcular a demanda e oferta de médicos especialistas.

Metodologia

- Busca sistemática nas principais bases de dados (Medline-Ovid, Sciello, Pubmed, etc.).
- Essa busca foi restrita a documentos publicados entre os anos de 1990 e 2011. Procurou-se durante a busca dar destaque a artigos de revisão que abordam o tema.
- Foram realizadas buscas complementares no Google Scholar e foram revisadas as bibliografias dos artigos já recuperados como relevantes.
- Nesta apresentação vamos nos restringir as principais abordagens identificadas na revisão de literatura: baseadas na oferta, na demanda, na necessidade e benchmarking.

Abordagem baseada na Oferta

- Os modelos baseados na oferta buscam projetar o número de médicos e especialistas necessários para atender a população no futuro, levando em consideração o atual serviço prestado e as possíveis mudanças na profissão (envelhecimento, feminização) .
- Os modelos de projeção baseados nesta abordagem entendem que o número, nível e distribuições de profissionais atuais são adequados; que a idade e gênero dos profissionais permanecerão constantes no futuro; e que a quantidade e o perfil demográfico dos profissionais mudam ao longo do tempo de acordo as tendências atualmente observadas.

Abordagem baseada na Oferta

- Principais parâmetros utilizados nesta abordagem:
 - atual razão médicos/habitantes.
 - parâmetros demográficos, como idade e gênero dos profissionais; movimentos migratórios;
 - número de entradas e saídas do mercado de trabalho;
 - jornada de trabalho.

Abordagem baseada na Oferta

- Principais limitações:
 - Parte do pressuposto de que o atual parâmetro de médicos/habitante está adequado;
 - Não explora a distribuição e produtividade dos profissionais de saúde;
 - Muitas vezes não considera a evolução da demanda.

Abordagem baseada na Demanda

- Os modelos baseados na demanda buscam prever o número de médicos necessários a partir da quantidade e tipos de serviços de saúde demandados pela população, levando em consideração as mudanças demográficas da população.
- Esta abordagem parte do pressuposto de que a atual demanda para cuidados de saúde e composição dos serviços de saúde está adequada; que o perfil dos profissionais de saúde (idade e gênero) permanecerá constante no futuro; e que o perfil demográfico da população muda ao longo do tempo de acordo com projeções baseadas nas tendências atualmente observadas.

Abordagem baseada na Demanda

- Os principais parâmetros utilizados nesta abordagem incluem:
 - taxas de utilização de serviços de saúde
 - razão de médicos/habitante;
 - perfil demográfico e epidemiológico da população;
 - nível de renda da população;
 - surgimento de novas doenças;
 - impacto de novas tecnologias.

Abordagem baseada na Demanda

➤ Principais limitações:

- Requer uma grande quantidade de dados muitas vezes não disponíveis e/ou de difícil mensurabilidade;
- Os parâmetros são sensíveis ao ambiente e rapidamente alterados;
- Ignora evidências de que o aumento da oferta de médicos pode aumentar a utilização dos serviços;
- Perpetua a utilização atual dos serviços, não levando em consideração os serviços inadequados;
- Não leva em consideração a demanda para serviços não curativos, como a medicina preventiva e a pesquisa.

Abordagem baseada na Necessidade

- Esta abordagem, também conhecida como abordagem epidemiológica, busca definir e prever déficits de cuidados de saúde para projetar o número de médicos necessário para manter a população saudável.
- Os modelos baseados nesta abordagem utilizam evidências epidemiológicas de cada área de especialidade e, baseado na opinião de profissionais e peritos sobre a necessidade de cuidado, projeta o número de profissionais necessários;

Abordagem baseada na Necessidade

- Principais parâmetros utilizados:
 - estado de saúde da população;
 - padrões de prevalência e incidência de doenças;
 - taxas de procedimentos realizados por especialidade;
 - padrões de atendimento (número de consultas, número de internações, etc.).

Abordagem baseada na Necessidade

➤ Principais limitações:

- Necessita de dados detalhados sobre a eficácia de serviços médicos de determinadas condições de saúde;
- Geralmente não considera mudanças tecnológicas e mudanças na organização de serviços de saúde;
- Pode ter um caráter mais subjetivo, pois depende da opinião de peritos;
- Ignora a questão da eficiência na alocação dos profissionais entre diferentes setores da sociedade.

Abordagem Benchmarking

- Os modelos que utilizam como base o ‘Benchmarking’ buscam projetar o número de profissionais de saúde a partir de uma estimativa “ideal” de força de trabalho em saúde.
- Estes modelos buscam identificar países, regiões e/ou organizações de saúde que possuem uma similaridade demográfica e de perfis de saúde, porém diferem no custo e desenvolvimento de recursos de saúde;
- Países que possuem um menor número de médicos ativos, sem afetar a qualidade da atenção ao paciente são considerados *benchmarks*. Estes benchmarks são então utilizados como parâmetros para estimar a força de trabalho médica ideal.

Abordagem Benchmarking

- Principal parâmetro utilizado:
 - razão de médicos/habitantes

Como a abordagem de benchmarking é geralmente mesclada a abordagens baseadas na oferta e na demanda, os parâmetros utilizados seriam iguais aos da abordagem com a qual o modelo foi mesclado.

Abordagem Benchmarking

- Principais limitações:
 - Desconsidera importantes fatores não mensuráveis, como diferenças políticas e culturais;
 - Geralmente não possui um critério claro de escolha para a referência;
 - Dificuldade na obtenção de comparabilidades aceitáveis.

Projeção de especialistas Brasil 2030

- A EPSM realizou uma projeção do número total de médicos no Brasil para 2030 utilizando-se o modelo demográfico, baseado na abordagem de oferta.
- A partir desta projeção geral foram realizadas duas projeções por especialidades médicas através da técnica *Benchmarking*, tendo como referência o modelo americano e o canadense.
- O número de médicos/habitante no Brasil para 2030 foi estimado considerando-se o número atual e a distribuição de médicos/habitante nos Estados Unidos e no Canadá, distribuídos por especialidades.
- Desta forma foi possível avaliar a falta ou excesso de mão de obra no Brasil, nas especialidades médicas consideradas no estudo.

Benchmarking (Modelo EUA)

Brasil 2010-2030: Razão médico-habitante e estimativas de médicos segundo especialidades selecionadas, adotando o modelo dos EUA.

Especialidades	Razão médicos por 100 mil hab.			Número de médicos (FTE)		
	2010	2030	Dif.	2010	2030	Dif.
Anestesiologista	7,4	13,4	6,0	14.423	30.103	15.680
Cardiologista	6,5	7,3	-0,6	12.674	16.405	3.731
Cirurgião geral	8,3	8,1	-0,2	16.124	18.270	2.146
Clínico	34,8	38,1	3,3	67.429	85.611	18.182
Geriatria	0,5	4,5	4,0	980	10.015	9.035
Ginecologista e obstetra	14,8	14,7	-0,1	28.699	33.050	4.351
Intensivista	2,6	4,6	2,0	5.098	10.334	5.236
Mastologista	0,6	0,6	0,1	1.118	1.430	312
Neurocirurgião	1,3	1,5	0,1	2.541	3.100	559
Neurologista	2,4	4,2	1,8	4.700	8.098	3.398
Oftalmologista	5,6	6,5	0,9	10.909	14.324	3.415
Ortopedista	7,5	8,6	1,1	14.514	18.761	4.247
Pediatra	17,0	18,4	1,4	33.021	41.332	8.311
Saúde da família	19,0	38,2	19,2	36.808	85.770	48.962
Psiquiatria	3,1	13,6	10,5	5.929	30.501	24.572

Fonte: relatório final "Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil", EPSP/NESCON/FM/UFMG, 2012.

Benchmarking (Modelo Canadá)

Brasil 2010-2030: Razão médico-habitante e estimativas de médicos segundo especialidades selecionadas, adotando o modelo do Canadá.

Especialidades	Razão médicos por 100 mil hab.			Número de médicos (FTE)		
	2010	2030	Dif.	2010	2030	Dif.
Anestesiologista	7,4	7,2	-0,2	14.423	16.268	1.845
Cardiologista	6,5	5,6	-0,9	12.674	12.625	-49
Cirurgião geral	8,3	8,1	-0,2	16.124	18.191	2.067
Clínico	34,8	12,3	-22,6	67.429	27.502	-39.927
Geriatria	0,5	5,7	5,2	980	12.801	11.821
Ginecologista e obstetra	14,8	5,5	-9,3	28.699	12.426	-16.273
Intensivista	2,6	4,6	2,0	5.098	10.334	5.236
Mastologista	0,6	0,6	0,1	1.118	1.430	312
Neurocirurgião	1,3	0,6	-0,7	2.541	1.355	-1.186
Neurologista	2,4	1,1	-1,3	4.700	2.497	-2.203
Oftalmologista	5,6	3,3	-2,3	10.909	7.467	-3.442
Ortopedista	7,5	2,9	-4,6	14.514	6.581	-7.933
Pediatra	17,0	5,2	-11,9	33.021	11.603	-21.418
Saúde da família	19,0	76,5	57,5	36.808	171.829	135.021
Psiquiatria	3,1	9,8	6,7	5.929	21.949	16.020

Task-shifting

- Nos Estados Unidos, alguns planejadores de políticas de RHS utilizam como parâmetro as razões de médicos/habitantes da *Kaiser Permanente*, que é uma das maiores seguradoras de saúde americana, conhecida internacionalmente pela sua forma única de planejamento de profissionais de saúde;
- Um dos principais diferenciais da *Kaiser Permanente* é a utilização de *task-shifting*, como, por exemplo, o uso de assistentes de médicos e enfermeiros anestesiistas;
- A utilização de *task-shifting* tem, por sua vez revelado razões de médicos/habitantes bastante inferiores às razões dos Estados Unidos em geral.

Task-shifting

Densidade de Médicos Ativos da *Kaiser Permanente*,
comparado com a oferta de médicos por 100.000 habitantes
(2000-2002) nos Estados Unidos.

Especialidades	Kaiser Permanente	EUA
Cardiologista	2.9	6.6
Cirurgia Geral	5.8	10.6
Ginecologia/Obstetrícia	10.1	13.1
Intensivista	1.2	0.7
Medicina Interna	27.6	43.5
Médico da Família	12.7	30.2
Neurocirurgia	0.8	1.5
Neurologia	1.7	3.6
Ortopedia	4.1	6.9
Pediatra	15,3	19.0
Psiquiatria	5.7	13,5
Radiologia	5.3	9.5

Fonte: Weiner, J. P., 2004.

Algumas considerações

- Não existe uma fórmula única para se estabelecer a razão ideal de médicos por habitantes.
- Normalmente os planejadores de RHS utilizam uma combinação de modelos e métodos para realizar projeções de médicos, que são constantemente moldados e adaptados.
- A literatura evidencia que as projeções não podem ser realizadas isoladamente, pois são altamente dependentes de fatores demográficos, sociais, culturais e econômicos, que afetam o sistema de saúde.

Algumas considerações

- Apesar de todas as abordagens listadas estarem sujeitas a falhas, cada modelo serve como um elemento indicativo para os planejadores de políticas públicas.
- A história evidencia que é difícil fazer previsões, mas por outro lado, para agirmos, previsões são indispensáveis.
- O valor das previsões aumenta, quando temos meios para intervir, por exemplo, através da definição de vagas, de horários de trabalho, do escopo de prática médica, etc.
- O planejamento da força de trabalho não precisa ser perfeito, mas para ser eficaz, deve ser visto como um processo interativo, que vai sendo aprimorado ao longo do tempo.

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
Observatório de Recursos Humanos em Saúde - UFMG

Obrigada!

Ana Cristina de Sousa van Stralen
anastralen@nescon.medicina.ufmg.br

Site: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>