

**ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS
PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA**

DOCUMENTO TÉCNICO Nº 1

Relatório técnico apresentando à Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) com o produto da Consultoria especializada em levantamento bibliográfico acerca da execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico na Austrália.

Consultor Especialista

Lana [REDACTED] **Lima**

Escritório Regional da OEI no Brasil

Brasília, 27 de janeiro de 2023

Sumário

1.	CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1	Objetivo Geral	3
1.2	Objetivo Específico	3
2.	RELATÓRIO	3
3.	CONCLUSÃO.....	54

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Objetivo Geral

A presente consultoria parte, dentre outras, das prioridades definidas pela Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), em especial com o objetivo de aprimoramento das políticas públicas de atenção primária à saúde do Brasil. A pesquisa de experiências mundiais, principalmente na abordagem de solucionar lacunas em sistemas complexos, apresenta-se como etapa importante tanto da criação e implementação, quanto do fortalecimento de estratégias de intervenção que objetivam, de forma ampla, alcançar resultados positivos de saúde à população com sustentabilidade do sistema.

1.2 Objetivo Específico

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência n.8277, que o produto a ser entregue refere-se a documento técnico contendo relatório com levantamento bibliográfico acerca da execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico na Austrália.

2. RELATÓRIO

Previamente ao desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma revisão da literatura associada ao tema e objetivos do trabalho por meio de consulta a bibliotecas digitais, como o MEDLINE e o Google Scholar; além de publicações governamentais oficiais e de instituições que cooperam com o sistema de saúde australiano.

Palavras-chave: general practitioners; postgraduate medical training; rural workforce; medical faculty; advanced skills; scope of practice; vocational education; primary health care; rural population; family physicians; clinical decision making, clinical decision support, guidelines, medical education; general practice; in-practice experience; primary health care.

O corpo da revisão conta com o seguinte sumário:

- A) Introdução sobre o sistema de Saúde na Austrália – Medicare
- B) Situação de Saúde na Australia com relação ao grau de afastamento geográfico das grandes cidades
- C) Dados de serviços médicos ofertados na APS da Austrália
- D) Medicare e faturamento médico
- E) Incentivos para Faturamento em Massa
- F) Classificações geográficas para destino da força de trabalho médico
- G) Introdução às políticas de provimento e formação médica
- H) Políticas de apoio ao trabalho médico
- I) Dados e opiniões do RACGP sobre o fomento médico na Austrália
- J) A importância de aprimoramento da governança para aumento da eficácia da força de trabalho em saúde: o caso de médicos formados no exterior
- K) Planejamento para a autossuficiência da força de trabalho australiano
- L) Estratégia de Saúde Digital: integração e comunicação oportuna entre generalistas e especialistas.
- M) Aprimorando a força de trabalho médica a partir de diretrizes clínicas
- N) A importância das faculdades rurais

A) Introdução sobre o sistema de Saúde na Austrália – Medicare

O sistema de saúde da Austrália é considerado um dos melhores do mundo, sendo provido por meio de uma parceria público-privada que atua na promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, além da redução dos riscos em saúde.

O governo nacional australiano é o responsável pela criação e implementação de políticas, regulamentos e financiamentos em saúde, ao passo que a gestão dos serviços públicos, bem como o gerenciamento das relações para com os profissionais de saúde e unidades hospitalares ficam ao encargo dos estados e territórios australianos. O serviço de saúde público australiano, também conhecido como Medicare, é universal, garantindo cobertura para todos os cidadãos australianos.

O financiamento para a saúde australiana vem de várias fontes, incluindo o governo australiano; governos estaduais, territoriais e locais; e fontes não-governamentais, como seguros privados de saúde e pagamentos "out of pocket" (diretamente pago pelos cidadãos).

O governo nacional é o principal responsável pelo financiamento dos serviços de saúde; regulamentação dos produtos de saúde, serviços e mão-de-obra; e liderança política da saúde nacional. Os estados e territórios australianos são os principais responsáveis pela distribuição e gestão dos serviços públicos de saúde (incluindo hospitais públicos, saúde comunitária e atendimento odontológico público), e a regulação dos prestadores de cuidados em saúde e recursos privados em saúde. Governos locais financiam e distribuem alguns serviços de saúde assim como programas de saúde ambiental.

Esse sistema público é auxiliado por seguros privados de saúde opcionais. Estes seguros permitem ao cidadão um tratamento hospitalar como um paciente privado e serve também para serviços de saúde auxiliares (como fisioterapia e serviços odontológicos) fornecidos fora de um hospital.

O serviço de saúde público australiano – o Medicare – é universal, estando disponível para todos os cidadãos e residentes permanentes, assim como para as pessoas com vistos temporários de países com os quais a Austrália tem acordos recíprocos. O governo australiano também fornece algum tipo de assistência para requerentes de asilo enquanto seus pedidos são processados, incluindo a elegibilidade temporária para o Medicare. Já os imigrantes sem documentos que não são elegíveis para o Medicare, aqueles que experimentam dificuldades financeiras e requerentes de asilo podem solicitar a assistência de organizações não-governamentais (ONGs).[

O Medicare fornece acesso gratuito ou subsidiado para a maioria dos serviços médicos. Os benefícios do Medicare são baseados em uma tabela de honorários – o Medicare Benefits Schedule (MBS) – que são definidos pelo governo australiano após discussão com a classe

médica. O Medicare não cobre serviços médicos e hospitalares que não são clinicamente necessários (como cirurgias apenas por razões estéticas) e serviços de ambulância.

Quando um paciente procura a assistência médica extra-hospitalar, o Medicare reembolsará 100% da taxa de MBS por um médico de clínica geral e de 85% da taxa de MBS para um especialista. O Medicare não cobre: a maioria dos exames e tratamentos dentários, a maioria dos serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, podologia, psicologia e acupuntura, óculos e lentes de contato, aparelhos auditivos e outros aparelhos.

Existem quatro grandes áreas de gastos em saúde na Austrália: hospitais, atenção primária à saúde, outros gastos recorrentes (pesquisa, transporte de pacientes, administração, serviços médicos) e gastos de capital (relacionados à infraestrutura da saúde). Na Austrália, observa-se que tanto o governo australiano quanto os governos estaduais e territoriais são as duas principais fontes de recursos para a saúde. Os seguros privados em saúde e os governos estaduais e territoriais gastam mais em hospitais, enquanto os pagamentos “out of pocket” e os gastos do governo australiano predominam na área de atenção primária à saúde.

B) Situação de Saúde na Austrália com relação ao grau de afastamento geográfico das grandes cidades

Cerca de 7 milhões de pessoas – ou 28% da população australiana – vivem em áreas rurais e remotas, que abrangem muitos locais e comunidades diversas. Esses australianos enfrentam desafios únicos devido à sua localização geográfica e muitas vezes têm piores resultados de saúde do que as pessoas que vivem em áreas metropolitanas.

Os dados mostram que as pessoas que vivem em áreas rurais e remotas têm taxas mais altas de hospitalizações, mortes, ferimentos e também têm pior acesso e uso de serviços de atenção primária à saúde do que as pessoas que vivem nas *grandes cidades*.

A grande maioria dos australianos vive em grandes cidades em comparação com áreas rurais e remotas. Em 2021, a proporção de australianos por área de afastamento era: 72% nas principais cidades; 18% nas áreas regionais do Interior, 8,0% nas áreas regionais exteriores, 1,1% em áreas remotas e 0,8% em áreas muito remotas.

Os aborígenes e as pessoas das Ilhas do Estreito de Torres são mais propensos a viver em áreas urbanas e regionais em comparação com áreas mais remotas. No entanto, a proporção da população total que é indígena aumenta conforme aumenta o afastamento; 1,8% dela reside nas *grandes cidades* e 32% em áreas remotas e *muito remotas*. Os australianos indígenas têm menor expectativa de vida, maior carga de doença, pior estado de saúde autorreferido e maior probabilidade de serem hospitalizados do que os não indígenas.

A carga de doença refere-se ao impacto quantificado de viver e morrer prematuramente de uma doença ou lesão. Em 2018, segundo dados do NHS, a carga total de doenças e lesões na Austrália aumentou com o aumento do afastamento. *As grandes cidades* experimentaram a menor carga por população, enquanto *as áreas remotas e muito remotas* experimentaram a maioria. A taxa de carga de doenças em *áreas remotas e muito remotas* foi 1,4 vezes maior do que a *das grandes cidades*.

Em 2019-20, segundo dados do NHS, as pessoas que vivem em áreas muito remotas foram hospitalizadas 2,6 vezes mais com relação a pessoas que vivem em *grandes cidades* e 1,4 vezes mais quando comparadas à de áreas remotas. As hospitalizações potencialmente evitáveis destinam-se a condições em que a hospitalização poderia ter sido potencialmente evitada através da prestação de intervenções de saúde preventivas individualizadas adequadas e da gestão precoce da doença, geralmente prestada nos cuidados primários e em contextos comunitários.

A taxa de mortes potencialmente evitáveis (mortes com menos de 75 anos de idade por condições que são evitáveis através de cuidados primários ou hospitalares, como o rastreio de câncer) intensificou à medida que o afastamento aumentou. Em 2020, 17% de todas as mortes na Austrália foram potencialmente evitáveis; sendo o risco 3 vezes mais alto para as mulheres e 2,1 vezes maior para homens que residem em áreas muito remotas em comparação com os residentes nas grandes cidades.

Quanto ao Medicare, os dados de 2020-2021 mostram que o número de atendimentos primários não hospitalares, como consultas com médicos generalistas, foi menor em áreas remotas e *muito remotas* (índice de 4,7 e 3,4 por pessoa, respectivamente), do que nas áreas regionais externas (índice de 6,1 por pessoa) e áreas *regionais internas* e *grandes cidades* (6,8 por pessoa para cada área). Quanto ao tipo de faturamento em massa, financiado pelo governo, foram mais altas em áreas muito remotas (91%) e *grandes cidades* (90%) e ligeiramente menores, mas semelhantes, em áreas regionais (87%) e mais baixas em áreas *remotas* (86%).

Os australianos que vivem em áreas remotas e *muito remotas* experimentam escassez de força de trabalho de saúde, em especial a médica, apesar de terem uma maior necessidade de serviços profissionais com um escopo mais amplo de prática. Para a maioria dos profissionais de saúde, incluindo médicos generalistas e especialistas, dentistas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde aliados, há um declínio acentuado na taxa de profissionais por 100.000 habitantes, com exceção de enfermeiras e parteiras.

C) Dados de serviços médicos ofertados na APS da Austrália

A atenção primária é o primeiro contato que uma pessoa tem com o sistema de saúde. É muitas vezes sinónimo de clínica geral, no entanto, na Austrália, o setor abrange uma série de serviços de saúde públicos, privados, não governamentais e diversos prestadores de serviços. Ela abrange os cuidados ofertados por médicos generalistas subsidiados pelo *Medicare*, saúde aliados, enfermagem, obstetrícia e serviços de profissionais de saúde aborígenes.

Segundo o AIHW, em 2020 e 2021, cerca de 256 milhões de serviços de cuidados primários subsidiados pelo *Medicare* na Austrália foram realizados, incluindo, mas não se limitando a, atendimentos de médicos generalistas (171 milhões), atendimentos de profissionais de saúde aliados (27 milhões) e serviços prestados por enfermeiros, parteiras e profissionais de saúde aborígenes (4,3 milhões). Em torno de 85% dos australianos tiveram, pelo menos, um serviço ofertado por médicos generalistas subsidiado pelo *Medicare*.

Dos 171 milhões de serviços ofertados por médicos generalistas, 108 milhões foram de um tipo de atendimento denominado de 'consulta de nível B', definida como a consulta que possui um tempo de duração menor que 20 minutos; e 58 mil foram de consultas por videoconferência.

Em toda a Austrália, as mulheres (88%) foram mais propensas a consultar um médico do que os homens (81%) e receberam mais serviços de generalistas por pessoa (índice de 7,6, em comparação com 5,7 para os homens).

O número de serviços ofertados por médicos generalistas aumentou com a idade e foi maior para aqueles com 80 anos ou mais (17,8 serviços por pessoa). E uma proporção menor das pessoas que vivem em áreas metropolitanas com Rede Primária de Saúde (PHN) teve consultas frequentes com médicos generalistas subsidiada pelo *Medicare* (84%), em comparação com as pessoas que vivem em as áreas regionais de PHN (87%).

Em 2019-2020, aproximadamente um terço de todos os gastos com saúde do governo nacional foram destinados aos cuidados primários (US\$ 66,9 bilhões). Destes, US\$ 13,3 bilhões foram para serviços médicos iniciais, principalmente generalistas, US\$ 12,9 bilhões foram para produtos farmacêuticos subsidiados e US\$ 11,9 bilhões foram para outros medicamentos.

Em 2020-2021, US\$ 17 bilhões foram pagos em benefícios do *Medicare* para serviços de cuidados primários, incluindo serviços dos médicos generalistas, profissionais de saúde aliados e outros atendimentos. A maior parte desse gasto foi para atendimentos pelos médicos (51%), seguido por diagnóstico por imagem (24%), atendimentos especializados (14%) e saúde aliada (10%).

D) Medicare e faturamento médico

O recurso para financiar o Medicare é oriundo da taxação no imposto de renda. A taxa cobrada pelo Medicare à comunidade australiana é de cerca de 2% do rendimento tributável. Se o cidadão não possuir seguro hospitalar privado, ou ganhar acima de um limite de renda, uma taxa extra do *Medicare* é cobrada para que este acesse os serviços de saúde.

O pagamento médico pode ser distinto a depender de sua preferência. Se o médico faturar em massa, ou seja, faturar consultas e procedimentos de acordo com uma tabela fixada pelo Medicare, o custo é pago diretamente pelo governo ao médico. Se o faturamento não for desse tipo, o paciente deve pagar pelo atendimento e pode solicitar o reembolso do governo.

O faturamento em massa abranger visitas a médicos generalistas e especialistas, a realização de exames de imagem como raio-x, a análise patológica e os exames oftalmológicos realizados por optometristas.

E) Incentivos para Faturamento em Massa

Médicos em áreas regionais, rurais e remotas têm mais responsabilidades e lidam com casos mais complexos e taxas mais altas de doenças crônicas. Por isso em 2020, o sistema de classificação, usado para determinar a elegibilidade de destinar incentivos de faturamento em massa mais altos que o padrão, foram atualizados e destinados a áreas rurais e remotas. Esses incentivos no faturamento estimulam os médicos a fornecer serviços a grupos de pacientes vulneráveis, como pessoas com cartões de concessão e crianças menores de 16 anos em áreas rurais e remotas.

Todos os médicos generalistas que cobram em massa podem reivindicar esse tipo de incentivo rural. A elegibilidade para o Incentivo de cobrança em massa rural será baseada na localização da atuação do médico, como por exemplo, em áreas classificadas como 2 a 7 pelo Modelo Monash Modificado (MM). O incentivo aumenta com o afastamento, logo, quanto mais remota a localização, maior o pagamento.

Os incentivos visam torna as práticas regionais, rurais e remotas mais viáveis financeiramente, incentivar mais médicos a trabalhar nessas áreas, aumentar o acesso aos serviços de saúde para as pessoas que vivem nessas áreas e tornar os cuidados de saúde mais acessíveis para os australianos vulneráveis.

Em comparação com as grandes cidades, o incentivo em massa rural é 150% superior nas zonas MM 2, 160% maior em áreas MM 3 a 4 (US \$ 10,40 por consulta elegível), 170% maior nas áreas MM 5 (US \$ 11,05 por consulta elegível), 180% em áreas MM 6 (US\$ 11,70

por consulta elegível) e 190% nas áreas MM 7 (até US \$ 12,35 por consulta elegível). Atualmente, mais de 12.000 médicos regionais, rurais e remotos são elegíveis para esses incentivos.

As classificações das áreas são sempre reavaliadas, de acordo com o contexto atual. Áreas anteriormente consideradas metropolitanas, como por exemplo, *Kiama, Russell Island e Jam Jerrup*, são atualmente reconhecidas como rurais. Áreas com algumas das maiores concentrações de médicos na Austrália e que tiveram crescimento populacional significativo desde o ano de 1991, com população superior a 20.000 habitantes, não estão mais elegíveis. Estes incluem: *Canberra, Gosford-Wyong, Maitland, Newcastle, Queanbeyan, Sunshine Coast, Gawler, Geelong, Melton, Península Mornington, Pakenham, Baldivis, Ellenbrook e Mandurah*.

F) Classificações geográficas para destino da força de trabalho médico

Todas as áreas externas às grandes cidades australianas são consideradas como áreas regionais e rurais. O governo utiliza sistemas de classificação geográfica para definir o quanto rural ou remota é uma área e para decidir como planejar e priorizar a distribuição da força de trabalho médico. Também, a partir da classificação, o Departamento de Saúde cria políticas e programas mais uniformes, podendo direcionar treinamento, incentivos e serviços para os lugares prioritários.

Todos os tipos de classificações são baseados em dados do *Australian Bureau of Statistics* (ABS). O ABS coleta dados populacionais a cada cinco anos por meio de um censo nacional. O ABS também define a distância e limites dos territórios.

Algumas das classificações das áreas combinam critérios do montante de faturamento em massa, da população, dados sociais e geográficos do Medicara para mapear as áreas que precisam de mais força de trabalho médico. Os governos estaduais e territoriais decidem como distribuir a força de trabalho em suas próprias jurisdições por meio da classificação de Área de Necessidade. Já o governo federal define as classificações da Área Prioritária de Distribuição e do Distrito de Escassez de Força de Trabalho.

1) Área de necessidade (AoN)

Uma Área de Necessidade é uma localização geográfica onde as necessidades médicas de sua população não estão sendo completamente atendidas. Os governos estaduais e territoriais australianos determinam suas próprias localizações de AoN.

Os governos nomeiam locais de AoN para que médicos, graduados em medicina fora da Austrália e com registro limitado, trabalhem onde são mais necessários. Esses profissionais

são avaliados para averiguar se possuem habilidades, treinamento e experiência necessários para realizar a prática médica com segurança.

Os requisitos para este tipo de registro são definidos no Conselho Médico da Austrália. Os requisitos incluem: prova de elegibilidade, experiência em clínica geral ou cuidados primários por pelo menos 3 anos e a conclusão bem-sucedida de uma entrevista clínica estruturada, atividades capitaneadas pelo *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP) ou pelo *Australian College of Rural and Remote Medicine* (ACRRM)

O registro limitado para área de necessidade também exige que os médicos cumpram um plano de supervisão, construam um plano de desenvolvimento profissional, autorizarem a apresentação de relatórios periódicos dos seus supervisores sobre segurança e competência para a prática e apresentem desempenho e progresso satisfatórios.

2) Área prioritária de distribuição (DPA)

As áreas prioritárias de distribuição também são locais com escassez de serviços médicos. O sistema de classificação de prioridade identifica áreas com níveis mais baixos de serviços de médicos generalistas, em comparação com áreas de referência. O DPA foi introduzido em 2019 para substituir o sistema de Distritos de Escassez de Força de Trabalho usado anteriormente para a prática generalista. Atualmente, este último sistema é apenas utilizado para a prática médica especializada.

Em meados de 2022, uma série de iniciativas destinadas a aumentar a oferta de médicos nas áreas prioritárias foram implementadas, sendo estas: todas as áreas classificadas como MM2 foram automaticamente classificadas como áreas prioritárias de distribuição; todas as regiões classificadas como DPA por circunstâncias excepcionais durante os anos de 2021 e 2022, tiveram a sua classificação prorrogada em 2023; e outras regiões específicas, em áreas metropolitanas, também foram classificadas como áreas prioritárias.

A metodologia do sistema de classificação DPA deriva de um estudo pormenorizado sobre características da área, como: os faturamentos médicos pelo Medicare; a demografia; a complexidade da topografia, como a presença ou distancia percorria até rodovias, existência de fronteiras, montanhas, ilhas, parque nacionais, entre outros; o status socioeconômico dos pacientes; e o grau de afastamento da área por meio do Modelo Monash Modificado. Por exemplo, se o nível de faturamento médico for, de forma relevante, inferior ao valor de referência, a área recebe o status de DPA. Existem, também, algumas regras já pré-definidas: as áreas classificadas como MM2 a MM7 e o território do Norte são automaticamente classificadas DPA, enquanto que as áreas metropolitanas internas classificadas como MM1 são automaticamente classificadas como não-DPA.

Atualmente, na Austrália, há 827 áreas geográficas, não sobrepostas, classificadas como áreas prioritárias de distribuição de força médica. Essa lista é atualizada a cada ano e a classificação de uma área pode mudar quando houver uma mudança significativa no acesso aos cuidados de saúde, tanto devido a mudanças na força de trabalho quanto na composição da população. No geral, a remoção de DPA de uma área sinaliza que um aumento positivo no acesso aos serviços médicos foi obtido.

A prática médica, em uma área classificada como DPA, pode ser ofertada de forma mais ampla à grupos de médicos generalistas, pois esse *status* é usado como parte da Lei de Seguro de Saúde de 1973, que visa permitir a contratação de médicos graduados em escolas externas a Austrália para áreas rurais, fornecendo a eles direito ao faturamento em massa pelo Medicare.

No final de 2021, uma revisão abrangente e completa do mecanismo DPA foi concluída, incluindo a avaliação da eficácia da DPA na identificação de áreas da Austrália que sofrem escassez de serviços médicos em relação às necessidades da comunidade. Em 30 de março de 2022, o Governo publicou o relatório de Revisão da Classificação da Área Prioritária de Distribuição (APD) e publicou revisão oito recomendações para melhorar a precisão e a eficiência do mecanismo.

3) Distrito de Escassez de força de trabalho (DWS)

DWS é definida, basicamente, como uma área na qual a população tem pouco acesso a médicos especializados. Os dados de faturamento do *Medicare* são utilizados para obter um índice de referência de especialistas para a população em cada área geográfica na Austrália.

Portanto, uma área é classificada como distrito de escassez se a sua proporção de especialistas em relação à população é inferior à média nacional ou se a área é considerada rural ou remota pela classificação da *Australian Statistical Geography Standard - Remoteness Area (ASGS-RA)*.

Médicos especialistas formados no exterior, sujeitos a Lei de Seguro de Saúde da Austrália de 1973, podem trabalhar em um local classificado como DWS para conseguir ter acesso o *Medicare*.

De forma geral, é considerada, automaticamente, uma DWS se a localidade for classificada como Área de Afastamento nível 3 ou superior, ou se a proporção de especialistas for menor do que 3 profissionais por 100.000 habitantes. Em julho de 2022, havia 8 especialidades que poderiam prestar serviço nesses locais: anestesia, cardiologia, radiologia diagnóstica, cirurgia geral, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, oncologia e psiquiatria.

Sob o esquema *Bonded Medical Places* (BMP), os especialistas podem trabalhar em locais classificados no Modelo Monash 2-7, em locais que não sejam áreas metropolitanas das principais capitais ou até mesmo em um local metropolitano, se este for, especificadamente, considerado DWS para a especialidade.

4) Modelo de Monash Modificado (MM)

O Modelo Monash Modificado é o modo como o governo nacional australiano define se uma cidade é rural, remota ou muito remota. Ele auxilia na distribuição da força de trabalho em saúde, sendo também baseado na classificação da *Australian Statistical Geography Standard - Remoteness Area* (ASGS-RA). O governo atualiza a lista de áreas a cada 5 anos, após cada censo realizado pelo *Australian Bureau of Statistics* (ABS).

Tanto a classificação de Área Prioritária de Distribuição (DPA) quanto alguns programas governamentais utilizam o MM para definir seus requisitos de elegibilidade. Atualmente, existe uma ampla gama de programas para incentivar médicos a treinarem e trabalharem em comunidades rurais, como o *WIP (Workforce Incentive Program/ Programa de incentivo à força de trabalho)*, *BMP (Bonded Medical Program)* e *BBI (Bulk Biding Incentives – Incentivo a faturamento em massa)*.

O modelo classifica uma área de acordo com o seu afastamento geográfico e o tamanho da cidade, em uma escala de categoria nível 1 a 7. De uma forma geral, as áreas definidas como MM1 são os centros metropolitanos australianos; as definidas como MM2, correspondem aos centros regionais, as MM3 são as grandes cidades rurais; MM4 são as cidades rurais medianas; MM5 são as cidades rurais menores; MM 6 são as comunidades remotas; e MM7 são as comunidades muito remotas.

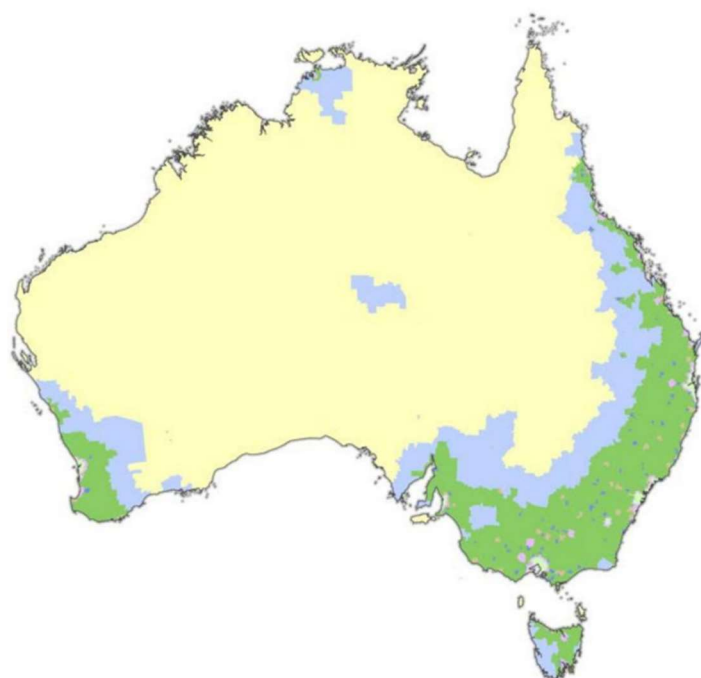
De forma mais específica, a tabela abaixo traz os critérios pormenorizados.

Tabela de classificações do Modelo de Monash modificada

MM1	Todas as áreas categorizadas como ASGS-RA1.
MM2	Áreas categorizadas como ASGS-RA 2 e ASGS-RA 3 que estão em, ou dentro de 20 km de distância da malha rodoviária de uma cidade com uma população superior a 50.000 habitantes
MM3	Áreas categorizadas como ASGS-RA 2 e ASGS-RA 3 que não estão em MM 2 e estão em, ou dentro de 15 km de distância da malha rodoviária de uma cidade com uma população entre 15.000 e 50.000 habitantes
MM4	Áreas categorizadas ASGS-RA 2 e ASGS-RA 3 que não estão em MM 2 ou MM 3 e estão em, ou dentro de 10 km de distância da malha rodoviária de uma cidade com uma população entre 5.000 e 15.000.

MM5	Todas as outras áreas em ASGS-RA 2 e 3.
MM6	Todas as áreas categorizadas em ASGS-RA 4 que não estão em uma ilha povoada e que está separada do continente a mais de 5 km da costa, ou ilhas de classificação MM 5 com uma população inferior a 1.000.
MM7	Todas as outras áreas.

Um mapa australiano com o Modelo Monash Modificado é mostrado abaixo



O MMM é usado para determinar a elegibilidade para uma variedade de programas de força de trabalho de saúde, como incentivos de cobrança em massa rural, programa de incentivo à força de trabalho, programa médico vinculado.

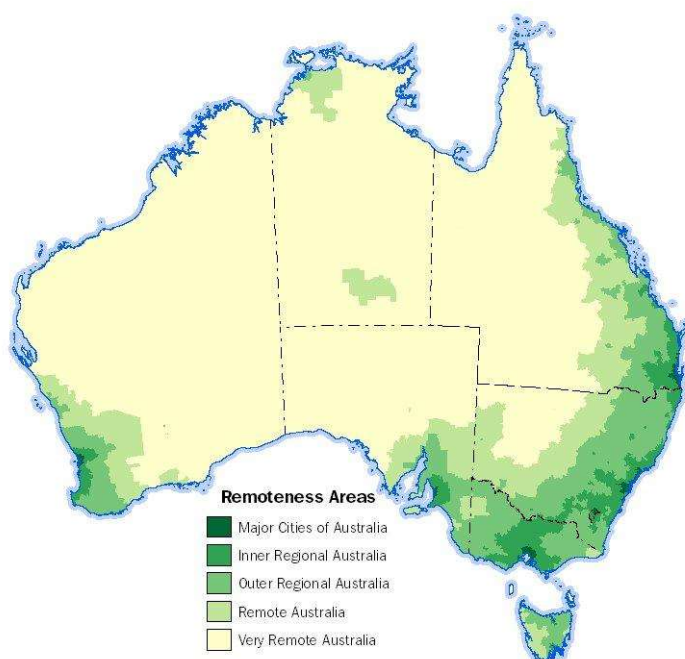


5) Padrão Australiano de Geografia Estatística (ASGS)

O *Australian Statistical Geography Standard (ASGS)* é uma base de dados geográficos que podem ser analisados em conjunto para diferentes fins. Os dados são do *Australian Bureau of Statistics (ABS)* e de outras organizações. O ASGS determina 5 níveis de afastamento para áreas remotas (ASGS-RA), de acordo a população e a distância dos serviços. O acesso aos serviços é quantificado através do Índice de Acessibilidade e Afastamento da Austrália (ARIA+), produzido pelo Centro de Estudos de População e Migração.

A classificação em áreas de afastamento destina-se à análise de dados estatísticos principalmente para fomentar o campo de pesquisa e o desenvolvimento de políticas na Austrália.

Um mapa das Áreas de Afastamento, de 2016, é mostrado abaixo.



6) Área rural, remota e metropolitana (RRMA)

A classificação em Área Rural, Remota e Metropolitana é mais antiga e foi desenvolvida em 1994, usando dados do censo do *Australian Bureau of Statistics*. Ela divide a Austrália em 3 zonas e 7 classes: zona metropolitana (classes 1 e 2), zona rural (classes 3 a 5) e zona remota (classes 6 e 7). O RRMA é uma ferramenta de uso geral para políticas e programas relacionados a áreas rurais e remotas e não reflete o crescimento populacional desde o Censo de 1991.

G) Introdução às políticas de provimento e formação médica

Na Austrália, 25% dos alunos, que adentram a faculdade de Medicina, devem vir de zonas rurais. Quanto aos aborígenes, em 2014, foi a primeira vez que a porcentagem de alunos de Medicina aborígenes refletiu essa população, e atualmente 2,5% dos alunos são aborígenes, percentual semelhante para a população geral. Há muitos programas e organizações que apoiam e orientam médicos e alunos aborígenes durante o curso para que continuem sua formação.

As faculdades de Medicina, exceto a de uma universidade, estão envolvidas em um esquema de treinamento clínico rural. Na escola médica existe a bolsa de estudo *John Flynn Scholarship*, a qual permite que, a cada ano, durante quatro ou cinco anos da

universidade, alguns alunos atuam duas semanas em comunidades. O objetivo desse programa é aprender sobre a vida na comunidade rural e não apenas sobre a prática clínica.

Na Austrália, também há oferta de bolsas para formação médica, que financiam o curso baseado no acordo de trabalhar em áreas rurais e remotas após a formação. É um sistema de progressão invertida - quanto mais remoto o lugar, menos tempo de trabalho é necessário.

Há formas diferentes de categorizar a necessidade de profissionais, como por exemplo, segundo regiões remotas ou em áreas com escassez de médicos. Na falta de profissionais de determinada especialidade, os profissionais também podem contar com bolsa de estudos. No treinamento para médico de família, a política do governo estabelece que metade dos médicos precisa ter treinamento em áreas rurais e remotas. Tal treinamento para formar médicos de família ocorre após o término do curso de Medicina, do internato, da residência e do registro profissional.

Os programas de treinamento envolvem diversas instituições em toda a Austrália. Para alocar treinamentos que atendam a essas cotas, algumas estão localizadas em áreas rurais e outras em áreas urbanas. Ao longo dos anos, notou-se um aumento de vagas para bolsas e a competitividade de concorrência. Visto que é um modelo de formação, as instituições são contratadas para encontrar clínicas e fornecer treinamento aos médicos nesses lugares. Contudo, está ficando mais difícil encontrar clínicas suficientes nas áreas rurais e remotas para treinamento, porque os médicos após o treinamento tornam-se médicos de família e permanecem nesses locais.

Há várias questões referentes aos programas de provimento médico em áreas rurais que requerem maior atenção. Há programas de substituição temporária, porque, provavelmente, uma das maiores dificuldades de atrair médicos para as áreas rurais é que não há tempo livre para feriados ou para realizar um curso. Esse programa, financiado pelo governo, treina médicos da cidade para trabalharem como substitutos em áreas rurais e melhorarem suas habilidades em emergência médica, anestesia, cirurgia e obstetrícia. Eles fazem um curso de curta duração e depois trabalham como substitutos. Outra estratégia oferecida é a criação de campus universitários na região rural, denominadas de Escolas Clínicas Rurais. A maioria das escolas de Medicina adotaram uma escola clínica rural para que os alunos façam a maior parte do curso nas áreas rurais.

A Constituição australiana não permite o recrutamento de profissionais, por isso que todo o foco está em destiná-los para as áreas rurais e remotas durante o curso, seja na faculdade de Medicina ou em treinamento profissionalizante.

Cada vez mais frequente, muitos municípios construíram unidades médicas e apoiaram os familiares dos profissionais a encontrar acomodação e emprego. Isso é cada vez

mais comum nos municípios. É uma solução específica, principalmente nas comunidades que apresentam maiores dificuldades em obter um médico de família permanente.

Existe também organização de médicos rurais, em cada estado, que oferece amplo apoio aos profissionais dessas comunidades. Essas organizações iniciaram suas atividades como estratégia local, mas passaram a receber recursos do governo federal. Elas fornecem um programa de atualização aos médicos e desenvolvem estratégias de apoio às famílias, como por exemplo, um fim de semana na praia. Enquanto os médicos fazem treinamento, suas famílias realizam atividades sociais.

Outro componente importante em áreas rurais e remotas é o serviço médico para aborígenes. Embora a maioria dos aborígenes more nas cidades, existem muitas unidades de saúde para os aborígenes apenas em áreas rurais e remotas. Os médicos treinam nessas unidades e têm o apoio das pessoas que chamamos de educadores culturais e mentores culturais, pois a história aborígene é aquela de que o homem branco invadiu suas terras e de que a sua saúde é muito pior do que a de muitos outros australianos. Seu sistema de relacionamento é bem diferente dos modelos ocidentais. Os profissionais precisam criar um relacionamento, muito mais do que em uma cultura ocidental ou europeia, pois a vários assuntos que, a depender do modo, não podem ser indagados.

O treinamento também especifica a frequência da visita, sendo que, no início da formação haverá alguém para apoiar em toda consulta. A supervisão é mais intensa no início do treinamento. À medida que as pessoas progredem, exige-se menos. Os educadores culturais e os mentores culturais estão presentes o tempo todo para mediar dúvidas entre as diferentes culturas. Essas estratégias fomentam a denominada, segurança cultural.

A maior parte do financiamento de políticas de provimento médico é federal. A atenção primária também é federal, enquanto os hospitais estão a cargo do estado.

Com relação a outros programas destinados a médicos formados no exterior, eles exigem que, para ter acesso aos recursos federais, o trabalho deve ser realizado em uma região rural ou remota por até dez anos. A taxa de retenção é muito baixa, principalmente pela diferença cultural, onde na maioria das vezes, há o cumprimento das atividades e mudança para a zona urbana.

O programa da rede OTD (*Overseas Trained Doctors*) - Médicos Formados no Exterior, atua em duas áreas de foco: apoio no treinamento para a obtenção do registro geral de médico para trabalhar na Austrália; e o apoio a obter treinamento para médico de família, sendo este último com melhor resposta que o primeiro.

Para iniciar o programa de treinamento para médicos de família, uma avaliação é feita sobre a aprendizagem necessária de cada médico e só após, um programa de

aprendizagem individual é desenvolvido, focado não apenas nas habilidades necessárias, mas também na aprendizagem da cultura australiana e no funcionamento o Sistema de Saúde da Austrália.

Na Austrália, há um sistema de classificação que divide o país conforme seu nível rural. Há cinco categorias diferentes que quantificam a força médica existente e em cada uma delas, com base nessa proporção, são alocados o número de estagiários correspondentes para a área.

À nível nacional, a análise da população de uma área é realizada e utiliza-se, como base, a proporção de, aproximadamente, 1:1500 (médico por habitantes). Os médicos em treinamento são então alocados para tentar alcançar essa proporção, porém o processo é afinado após o alinhamento realizado com os governos locais e os provedores de treinamento, no intuito de identificar se existe a estrutura necessária para receber o médico.

Há também um processo de seleção para o treinamento. Pelo menos, oito critérios são necessários para ser um médico de família. Duas formas de teste verificam esses critérios e então uma pontuação é alcançada. Nos exames, são avaliadas habilidades como resiliência e uma combinação de características clínicas e de personalidade. Os dois exames medem essas características e mostram alta correlação.

Quando o profissional se candidata ao treinamento, ele já escolhe nomear os provedores de sua primeira preferência e segunda preferência. As regiões de Melbourne, Sydney e Brisbane são as mais populares, desta forma, as pessoas com maior pontuação tendem a ir para essas áreas. Também há certo potencial de decisão sobre a oferta, cerca de 5% das vagas, para situações, como por exemplo: se o provedor já tiver conhecido o médico em algum treinamento de preparação na área, este médico pode ter preferência, mesmo que sua pontuação não lhe permita ingressar neste determinado local. Após a implementação desse tipo de sistema de alocação, a taxa de desistência diminuiu.

Há evidências de que o processo de seleção prevê o desempenho durante a carreira. Além disso, há evidências de que os alunos de medicina que apresentaram desenvolvimento precário durante a faculdade ou no decorrer do treinamento de preparação profissional, geralmente, são aqueles que são mais criticados pelos pacientes e perdem seus registros profissionais no decorrer do tempo.

Os médicos que recebem treinamento em medicina de família precisam ir para as áreas definidas, mas quando terminam o treinamento podem ir para qualquer lugar do País. Ele pode ter acesso ao pagamento do governo e criar um serviço de Medicina de Família ou clinicar em qualquer lugar da Austrália. Se desejar trabalhar em área rural, poderá receber mais. Atualmente, com relação ao passado, houve aumento da permanência de profissionais nas localidades mais remotas da Austrália. Pesquisas demonstram que após cinco anos do

treinamento, 40% dos médicos ainda estavam nas áreas rurais e remotas; e três anos depois, 60% ainda estavam nas regiões rurais e remotas.

A carreira de médico de família, na Austrália é, muitas vezes, vista como uma carreira menor em relação ao médico que atua no hospital. É importante informar que um médico de hospital, por vezes, recebe maiores valores, porém, trabalha por mais horas.

Na análise das preferências de cada geração na Austrália, a Medicina de Família está se tornando mais atraente por ser mais flexível quanto ao tempo de trabalho e pela variedade de atividades pode-se realizar. Por um período de 12 semanas, o médico júnior faz, como parte do estágio de Medicina de Família, o estágio em medicina rural e remota, sendo este o período de maior feedback satisfatório pelos estudantes, pois estes relatam que estão em maior contato com os pacientes e podem tomar decisões clínicas. Por outro lado, no período no hospital, como existem muitos estagiários, há grande dificuldade de se conduzir um paciente.

Como parte do treinamento para trabalhar em áreas rurais, os médicos de família fazem mais procedimentos, praticam casos de emergência médica e, geralmente, têm como especialidades adicionais: anestesia, obstetrícia ou cirurgia. A telessaúde tem permitido que os médicos de família trabalhem mais sob a supervisão de consultores experientes.

Para manter o registro médico na Austrália, é necessário que o profissional realize treinamento contínuo e a cada ano comprove que mantém suas habilidades. Essa qualificação pode ser feita de forma online, por meio das Agências de Força de Trabalho Rural (*Rural Workforce Agencies*), que oferecem treinamento aos fins de semana.

Há 3 áreas principais que possuem programas de formação em medicina: formação clínica; educação, para construção de força de trabalho de professores que possuam habilidades pedagógicas para diversas qualificações para o ensino de Medicina de Família; e a prática acadêmica. Como parte desses programas, os médicos podem cumprir período acadêmico com financiamento por 12 meses e devem elaborar um projeto de pesquisa que contará em sua formação. Os programas objetivam incentivar pesquisas focadas na prática geral

As supervisões remotas são realizadas via telessaúde, telefone ou Skype. Os supervisores fornecem apoio e treinamento, mas precisam fazer, pelo menos, se o período for de seis meses, quatro visitas presenciais por período, para avaliarem os registros dos profissionais.

A agência federal *Health Workforce Australia* é uma das que financiaram várias acomodações para médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em áreas prioritárias e com altos custos de moradia.

H) Políticas de apoio ao trabalho médico

Políticas, estratégias e programas australianos apoiam médicos generalistas e especialistas a trabalharem em locais regionais, rurais e remotos. Existe tanto apoio à médicos australianos a trabalhar e treinar no exterior quanto a médicos do exterior a praticar medicina na Austrália.

O governo financia programas e iniciativas para apoiar médicos e especialistas que visam fortalecer o planejamento da força de trabalho; garantir uma força de trabalho altamente capaz e qualificada; abordar a escassez de mão-de-obra e melhorar o acesso aos serviços de saúde, especialmente em áreas regionais, rurais e remotas; apoiar a força de trabalho de saúde indígena para fornecer cuidados culturalmente seguros aos aborígenes e às pessoas das Ilhas do Estreito de Torres.

1) Estratégia Nacional da Força Médica de Trabalho

A Austrália vem desenvolvendo uma estratégia nacional para orientar o planejamento, a longo prazo, da força de trabalho médica em todos os níveis de governo. Será o resultado de uma colaboração significativa das principais instituições médicas de todo o país e pretende definir ações práticas e alcançáveis para construir uma força de trabalho médica sustentável e altamente treinada. Os ministros da Saúde aprovaram a estratégia em dezembro de 2021.

O objetivo é abordar as questões da mão-de-obra médica, explorando ações que se enquadram nas principais prioridades: reequilibrar a oferta e a distribuição de médicos no país, reformar os percursos de formação médica, definir as capacidades necessárias a força de trabalho médica generalista e construir uma força de trabalho médica flexível e responsiva.

Ela também inclui prioridades contextuais abrangentes que visam aumentar a força de trabalho médica aborígine e das Ilhas do Estreito de Torres, aprimorando a segurança cultural, apoiando os novos modelos de cuidados e aprimorando o bem-estar do médico.

2) Estratégia de Saúde Rural mais Forte (SRHS)

A Estratégia de Saúde Rural Mais Forte é uma estratégia planejada para 10 anos, iniciada em 2018/2019 com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas na Austrália através do fornecimento de uma força de trabalho em saúde de qualidade distribuída em todo o país de acordo com a necessidade das comunidades. Ela prioriza comunidades rurais e remotas e outras áreas que têm dificuldade para atrair médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde aliados.

A estratégia tem como meta a contratação de 3.000 médicos generalistas e 3.000 enfermeiros até o ano de 2028. Para tal, inclui uma série de incentivos, financiamento direcionado e acordos de vínculo que dão aos médicos mais oportunidades de treinar e praticar na Austrália rural. Também fortalece o papel dos enfermeiros e profissionais de saúde aliados para oferecer modelos mais multidisciplinares e baseados em equipe de atenção primária à saúde.

A SRHS é composta por muitas iniciativas organizadas sob 3 eixos: ensinar, treinar, recrutar e reter.

- Ensinar

Cinco programas de escolas médicas rurais foram estabelecidos na região de *Murray-Darling* para formar a rede *Murray-Darling Medical Schools Network*, em Nova Gales do Sul e Victoria.

A rede oferece aos alunos a opção de estudar e treinar em mais de 20 comunidades regionais e rurais, permitindo assim que os estudantes de medicina façam a maior parte de seus estudos e treinamentos na região rural. Essa estratégia é baseada nas evidências que mostram que os alunos são mais propensos a trabalhar em áreas rurais depois de se formarem se são oriundos de área rural e/ou realizam uma formação rural de longa duração.

Os objetivos da *Murray-Darling Medical Schools Network*, a curto e longo prazo são: aumentar o número de estudantes de medicina que estudam em áreas rurais; aumentar o número de graduados em medicina que trabalham em zonas rurais; construir instalações de ensino novas ou ampliadas e acomodações estudantis extras em vários locais rurais na região; e beneficiar os hospitais rurais através do aumento do pessoal e da sustentabilidade da força de trabalho.

A rede é composta pela Universidade de Nova Gales do Sul (Sydney, Port Macquarie e Wagga), Universidade de Sydney (Dubbo), Universidade Charles Sturt (Orange), Coorte Rural de Ponta a Ponta de Monash - Saúde Rural (Bendigo, Mildura), Universidade de Melbourne (Shepparton) e Universidade La Trobe (Bendigo e Albury-Wodonga).

Ela baseia-se no investimento do governo australiano na formação rural de estudantes de saúde através do Programa de Treinamento Multidisciplinar em Saúde Rural (RHMT), o qual financia 21 universidades, que juntas criaram uma rede nacional de escolas clínicas rurais, departamentos universitários de saúde rural, Programa Médico do Território do Norte, faculdades de odontologia e 26 centros regionais de treinamento encarregados de desenvolver habilidades médicas dentro de uma região e orientar estudantes e estagiários. O

objetivo do RHMT é aprimorar a retenção de profissionais de saúde médicos, de enfermagem, odontológicos e afins na Austrália rural e remota.

Uma recente avaliação, independente do governo, do programa RHMT constatou que a procura pelas escolas rurais triplicaram desde o início dos anos 2000; entre 2016 e 2018, mais de 30% dos estudantes de medicina, apoiados pelo governo australiano, passaram um ano ou mais em escolas rurais; e profissionais graduados com a experiência em clínica rural (média de 20 semanas) estavam trabalhando mais na Austrália regional, rural e remota. Embora a avaliação tenha destacado o ambiente complexo em que o programa opera, em geral, constatou que este tem sido uma resposta apropriada e um importante contribuinte para lidar com a escassez de força de trabalho em saúde rural. A avaliação foi realizada *pela Kristine Battye Consulting* (KBC Australia) de meados de 2019 a meados de 2020.

- Treinar

No eixo do treinamento da Estratégia de Saúde Rural Mais Forte, está o Programa de Formação de Médicos Juniores (JDTP) que financia apoio educativo a médicos em formação e treinamento em estabelecimentos rurais de cuidados primários à saúde, além do apoio salarial para médicos juniores que trabalham em hospitais privados. O governo australiano investiu US\$ 63,6 milhões adicionais em 4 anos, de 2018 a 2022, elevando o investimento total para mais de US \$ 174 milhões em relação a 2019.

Os objetivos do JDTP são: garantir que haja um fornecimento contínuo de médicos para prestar serviços de saúde em toda a Austrália; fornecer educação, treinamento e supervisão para médicos juniores em ambientes rurais de atenção primária à saúde; e aumentar o acesso a uma formação de elevada qualidade para os médicos em formação nas zonas rurais e no setor privado.

O *Private Hospital Stream* (PHS) financia hospitais privados para oferecer estágios médicos e apoiar médicos juniores a trabalhar em ambientes expandidos. Tem um forte foco no apoio à formação de médicos juniores em áreas rurais, regionais e remotas (MM 2 a 7). Isso inclui a promoção de parcerias entre provedores de hospitais privados, hospitais públicos rurais e outros ambientes de treinamento (como Serviços Médicos Aborígenes) que trabalham como parte de redes de treinamento expandidas.

O PHS apoia hospitais privados a empregar médicos juniores durante o período da pós-graduação; aumenta a capacidade nacional de realizar estágios médicos; e apoia médicos juniores a trabalhar em ambientes expandidos, incluindo uma parte do trabalho em comunidades rurais.

Nas escolas médicas da Austrália, no ano seguinte à graduação na universidade, os estudantes de medicina precisam completar um estágio para obter o registro geral de médico. Os estágios são principalmente baseados em hospitais. Por isso, um grande número de médicos juniores trabalha no sistema hospitalar público das cidades. Por vezes, eles apresentam dificuldade em iniciar ou permanecer em uma formação contínua em regiões rurais e remotas.

O fluxo para a atenção primária rural ajuda a financiar o treinamento e a supervisão em ambientes de cuidados primários rurais para garantir que os médicos juniores, que se mudam para esses ambientes, continuem a fornecer cuidados de alta qualidade. Ele incentiva os médicos em formação a trabalhar na clínica geral rural, a criar novos postos de trabalho, além de ajudar os médicos juniores a obter prática rural qualificada por meio de treinamento e supervisão.

O Fluxo de Cuidados Primários Rurais apoia os médicos em formação através de 2 medidas: por meio do Fundo de Inovação em Formação de Médicos Juniores Rurais (RJDTIF) permite que os médicos juniores de base rural experimentem trabalhar em ambientes de cuidados de saúde primários; e o pacote de apoio *More Doctors for Rural Australia* (MDRAP) fornece pagamentos para compensar o custo da supervisão e educação dos médicos juniores.

O Fundo de Inovação na Formação de Médicos Juniores Rurais (RJDTIF) financia estágios temporários para médicos do primeiro ano de pós-graduação (estagiário ou PGY1) e do segundo ano de pós-graduação 2 (PGY2) em áreas rurais. O Fundo tem como objetivos: proporcionar aos médicos juniores de base rural um período de formação em um ambiente de cuidados primários rurais e desenvolver a capacidade de formação rural, promovendo formas inovadoras em contextos de cuidados primários.

O RJDTIF suporta pelo menos 60 lugares, todos os anos, compreendendo cerca de 240 rotações credenciadas em ambientes de cuidados primários, durando, cada uma, entre 8 a 12 semanas.

O Comissário Nacional de Saúde Rural trabalhou com o setor de saúde rural e as faculdades australianas de clínica geral para desenvolver um Currículo Generalista Rural Nacional, o qual reconhece a medicina generalista rural como um campo distinto da prática geral, pois há diversos requisitos e habilidades extras que os médicos generalistas rurais precisam desenvolver. Os médicos generalistas rurais são clínicos gerais que prestam serviços de cuidados primários e de medicina de emergência e têm formação em competências adicionais em áreas como obstetrícia, anestesia e saúde mental.

Para esta ação, em 2019-2020 foi destinado um orçamento de US\$ 62,2 milhões para implementar uma orientação de treinamento para generalistas rurais e fornecer locais de treinamento adicionais para estes em comunidades regionais, rurais e remotas. Os principais parceiros foram o *Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM)* e o *Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)*.

Desde o ano de 2021, o ACRRM oferece até 100 lugares extras de formação generalista rural através do Programa de Formação Generalista Rural (RGTS). O treinamento generalista rural também continua disponível através do Programa Australiano de Treinamento em Clínica Geral (AGPT).

Uma nova estrutura de taxas do *Medicare Benefits Schedule (MBS)* também foi estabelecida em julho de 2018, que identificou que os médicos, não reconhecidos como especialistas em clínica geral, são um grupo distinto ao reivindicar itens de MBS. Os médicos que não são reconhecimentos como especialistas podem faturar 80% do total dos médicos que são reconhecidos. Ela aumentou a taxa de pagamento para consultas de médicos não reconhecidos em 20% em áreas regionais, rurais e remotas. Objetiva-se que essas mudanças consigam recompensar o investimento em pós-graduação e incentivem, cada vez mais, médicos a trabalharem em áreas vulneráveis.

O Programa de Bolsas de apoio à profissionais não registrados (FSP Não-VR) apoia financeiramente médicos não reconhecidos como especialistas em clínica geral enquanto realizam um curso para se tornarem profissionalmente reconhecidos. Este programa possui data de termino programada para 30 de junho de 2023.

O Programa Mais Médicos para a Austrália Rural (MDRAP) apoia médicos, que são residentes temporários ou permanentes da Austrália e não são profissionalmente reconhecidos como especialistas, a obter uma bolsa de estudos de uma faculdade de clínica geral australiana. Os programas de bolsas são: Programa Australiano de Treinamento em Clínica Geral, o Programa de Formação Profissional Remota, e o Caminho Independente pela ACRRM e RACGP. Esses últimos determinam os módulos de treinamento. Os profissionais são alocados em áreas ADP ou MM 2 a 7. O tempo do programa é de 2 anos, prorrogável por mais 2, se desejável. Neste programa, se o profissional tiver experiência menor que 6 meses em clínica geral, ele obrigatoriamente necessitará de supervisão.

- Recrutar e reter

O BMP (*Bonded Medical Program/Programa de vinculação de Médico*) fornece subsídio em um curso de medicina de uma universidade australiana, e em troca, os participantes vinculados se comprometem a trabalhar em uma área regional, rural e remota

elegível por 3 anos após a conclusão do curso. Esse acordo é denominado de "obrigação de retorno de serviço" (RoSO).

Para ser elegível, o cidadão deve ser australiano ou deve ter visto permanente, porém não é preciso ser originário de uma área rural ou remota. As universidades australianas que participam do programa gerenciam o processo de seleção. Os locais elegíveis são as áreas prioritárias (DPA), áreas classificadas como MM 2 a 7 e os distritos metropolitanos com escassez de força de trabalho (DWS). As áreas metropolitanas internas não são locais elegíveis, independentemente do *status*.

O Programa de Incentivo à Força de Trabalho (WIP) - *Doctor Stream* teve seu início em 1º de janeiro de 2020 como parte da Iniciativa de Estratégia de Saúde Rural Mais Forte. Ele substituiu o Programa de Incentivos Rurais de Clínica Geral (GPRIP), com o objetivo primordial de incentivar médicos a trabalhar em comunidades rurais e remotas, e a promover carreiras em medicina rural.

O WIP tem duas vertentes ou fluxos, o *Doctor Stream* e o *Practice stream*. O primeiro destina incentivos financeiros diretamente aos médicos pelas consultas e o segundo paga incentivos a certas práticas. Os pagamentos do *Doctor Stream* são baseados tanto nos níveis de atividade dentro dos locais elegíveis quanto no período de tempo que o médico esteve no programa. Já o *Practice Stream* fornece pagamentos de incentivo trimestrais para apoiar práticas elegíveis que envolvam enfermeiros, profissionais de saúde aliados e profissionais de saúde aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres.

O *Remote Area Health Corps* (RAHC) é um programa sem fins lucrativos financiado pelo governo federal que oferece aos profissionais de saúde oportunidades para realizar trabalhos a curto prazo (3 semanas a 12 semanas) em comunidades aborígenes remotas e das Ilhas do Estreito de Torres no Território do Norte. Podem ser elegíveis: Clínico Geral, Enfermeiro Registrado, Dentista, Assistente Odontológico, entre outros. O programa fornece módulos de *eLearning* gratuitos, orientação cultural orientação clínica, além das passagens e acomodações. Nossas equipes, localizadas em Canberra, Darwin e Alice Springs, estão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, para ajudá-lo sempre que precisar de apoio.

O programa *Remote ACCHS Workforce Response* (RAWR), também conhecido como *Remote Health Workforce Surge Capacity Program* (RHWSCP), foi estabelecido em junho de 2020. Esta extensão do RAHC foi uma resposta ao aumento previsto na demanda por serviços de saúde na Austrália remota devido à pandemia de COVID-19. O programa apoia os Serviços de Saúde Controlados pela Comunidade Aborígine (ACCHS) em toda a Austrália através da colocação de Clínicos Gerais e Enfermeiros Registrados por até 12 semanas.

I) Dados e opiniões do RACGP sobre o fomento médico na Austrália

O *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP) é representação da classe de médicos generalistas em toda a Austrália, incluindo as áreas rurais e remotas.

Há mais de 60 anos, o colégio apoia o sistema de saúde da Austrália, estabelecendo os padrões de educação e prática e defendendo uma melhor saúde e bem-estar para todos os cidadãos australianos. Apresenta como um dos seus principais objetivos o apoio aos médicos clínicos a continuarem o desenvolvimento profissional ao longo de suas carreiras, desde estudantes de medicina, perpassando pelos profissionais em treinamento, até a formação de profissionais experientes.

Os médicos generalistas da Austrália atendem mais de dois milhões de pacientes por semana e apoiam os cidadãos australianos em todas as fases da vida. O escopo da prática geral é amplo, de modo que o RACGP apoia os membros a se envolverem em todas as áreas de cuidados, incluindo cuidados com idosos, saúde mental, cuidados preventivos e saúde aborígene e das Ilhas do Estreito de Torres.

- Modelos alternativos de treinamento médico

Modelos alternativos de treinamento médico são desenvolvidos por certas organizações para uso em situações que exigem uma variação das normas-padrão.

Os principais requisitos subjacentes para validação de novos modelos, em matéria de formação e de supervisão, consistem em assegurar que o ambiente de prática apresenta segurança e apoia a obtenção de resultados durante o treinamento; a prática oferece qualidade para o clínico geral em treinamento e se esta permanece segura para os pacientes; o contexto territorial é adequado às necessidades dos médicos em treinamento; e a supervisão é compatível com as necessidades de treinamento e com as competências a serem desenvolvidas. Independentemente do modelo de treinamento utilizado, esses princípios orientadores devem ser aplicados para garantir minimamente um resultado satisfatório para os médicos em treinamento e para a comunidade.

Ao longo do tempo, vários modelos alternativos surgiram, baseados nos modelos formais, porém com algumas adaptações para o contexto local. Com base nestes modelos aprovados, já implementados e avaliados, o RACGP desenvolveu um modelo pré-aprovado para facilitar às organizações que apoiam o governo.

As organizações de formação devem contactar o governo estadual competente para discutir uma proposta de candidatura a um processo alternativo de formação de profissionais. Após o acordo, a organização de treinamento preenche os detalhes do processo proposto para

o qual eles estão buscando aprovação no formulário de inscrição e o envia para a Unidade de Acreditação. As organizações de formação notificam o RACGP quando e onde haverá a implementação dos modelos e uma avaliação é agendada em um prazo específico.

- Ambientes especiais de treinamento (STEs)

Ambientes de treinamento especiais oferecem excelentes oportunidades de treinamento específicos, mas com uma combinação limitada de casos e diferentes arranjos operacionais. Os STEs, portanto, não atendem aos padrões de acreditação para treinamento abrangente de clínica geral. Os médicos generalistas em treinamento podem ser colocados em um STE aprovado pelo RACPP por um tempo determinado.

- Sobre a supervisão remota

A supervisão remota visa fornecer opções de treinamento de alta qualidade em locais onde há supervisão regular limitada ou até mesmo inexistente. Os supervisores, através de telefone e videoconferência, conseguem ensinar, apoiar e garantir assistência em tempo real quando necessário, permitindo abordar a escassez crônica de força de trabalho médico que afetou cidades australianas remotas e rurais por décadas.

Os modelos remotos só são aplicáveis a locais de treinamento e todos os supervisores devem ser credenciados pelo RACGP. As diretrizes de supervisão remota são projetadas para serem flexíveis e precisam ser contextualizadas de acordo com cada cenário.

- Críticas e sugestões do RACGP ao modelo de financiamento MBS

Implementar e manter um sistema de saúde sustentável requer uma mudança de foco de cuidados hospitalares reativos para o foco na prevenção proativa de doenças baseadas na comunidade.

O RACGP sugere que a mudança de paradigma pode ser alcançada através do apoio aos médicos para que ofereçam cuidados de saúde sustentáveis, equitativos e de alto valor na atenção primária à saúde. O colégio ressalta que os médicos generalistas podem fornecer as soluções para melhorar o sistema de saúde com base em evidências e reitera que a colaboração entre os prestadores de cuidados de saúde e os financiadores da saúde é fundamental para alcançar a sustentabilidade do sistema.

Estima-se que economias anuais de até **US\$ 4,5 bilhões** podem ser alcançadas simplesmente apoiando os médicos e suas equipes a assumir seus papéis importantes na comunidade. **US \$ 1,5 bilhão podem ser economizados** a partir do apoio em gerenciar casos de baixa urgência nos setores de cuidados de emergência; e **US \$ 3 bilhões podem ser**

economizados a partir do apoio em gerenciar as condições que geralmente resultam em internações hospitalares evitáveis.

O RACGP considera que as deficiências no atual modelo de financiamento das práticas gerais são, em grande parte, as culpadas pelo pouco aprimoramento do sistema de saúde australiano nos últimos anos. Os médicos generalistas são financiados, principalmente, pelo *Medicare Benefits Schedule* (MBS), por meio de um modelo de taxa por serviço. Na análise crítica do RACGP, esse modelo não condiz com a atenção primária, pois incentiva o cuidado episódico, no qual o médico assiste o paciente quando há um problema, ao contrário do cuidado amplo e contínuo, baseado na promoção da saúde e prevenção de agravos.

O colégio sugere a possibilidade de criação de um financiamento específico para apoiar os médicos a prevenir internações hospitalares e gerenciar pacientes antes que eles se apresentem a uma assistência de urgência e emergência.

Em um de seus cadernos anuais, o colégio fornece uma visão dos suportes necessários para enfrentar tanto os desafios da clínica geral quanto os do sistema de saúde australiano. Esse material destina-se a orientar sobre como os médicos de clínica geral e todos os níveis de governo podem trabalhar em parceria para alcançar um sistema de saúde sustentável de alto desempenho que beneficie todos os australianos. Ele descreve possíveis mudanças em duas grandes categorias: ações de melhoria dos serviços médicos já existentes e ações que introduzam modelos inovadores de cuidados.

O *Medicare Benefits Schedule* (MBS) manteve-se praticamente inalterado desde a sua criação em 1984; sendo projetado antes que o manejo de doenças crônicas fosse um modelo comum e antes que o desenvolvimento da tecnologia em saúde digital existisse. O modelo de taxa por serviço é o padrão para o financiamento da clínica geral e o principal meio de apoio aos pacientes que acessam os serviços de clínica geral australianos. Esse modelo garante que os cuidados possam ser prestados aos pacientes, independentemente da infraestrutura local, localização geográfica ou quaisquer outros fatores limitantes. Porém, esse modelo valoriza o rendimento rápido mais do que o tempo mais longo gasto com os pacientes.

O colégio reforça que os descontos ofertados aos pacientes para serviços de clínica geral prestados por meio do MBS precisam ser revistos, pois não conseguiram acompanhar o aumento do tempo e da complexidade dos cuidados de clínica geral e não refletem o custo do fornecimento de cuidados seguros e de alta qualidade.

No atual sistema *Medicare*, quando os médicos precisam cobrar uma taxa para cobrir despesas adicionais relacionadas a um serviço, como curativos ou equipamentos descartáveis, os pacientes são obrigados a pagar a taxa completa e aguardar o reembolso pelo governo. Esses cuidados não são pagos diretamente aos médicos.

A medicina generalista evoluiu como uma especialidade desde o início do MBS, no entanto, o modelo ainda subestima significativamente os serviços de médicos clínicos gerais em comparação com os serviços prestados por outros especialistas médicos.

- Base do pagamento

O RACGP conclui que a base de pagamento utilizada no *Medicare* auxiliou na perda de mais de US \$ 1 bilhão de financiamento de clínica geral, já que este não está relacionado ao índice de preços ao consumidor (IPC); em vez disso, a base é relacionada ao índice de custo salarial, que é consideravelmente menor do que o IPC e a inflação da saúde.

Eles orientam que tanto a adequação da base dos atuais descontos dos pacientes quanto os novos pagamentos de apoio serão os eixos para construir a sustentabilidade da prestação de serviços de clínica geral.

- Ensino e melhoria da qualidade como garantia de força de trabalho

Dados recentes da força de trabalho médica indicam que, para cada graduado especialista em clínica geral, treinado na Austrália, existem quase 10 graduados não especialistas. Com o aumento da carga de trabalho e a diminuição da viabilidade financeira, muitas práticas são incapazes de acomodar o ensino e a formação sem uma expressiva perda financeira. Adicionado a isso, na ausência de uma exposição positiva e experiência em cuidados primários, os profissionais de saúde são mais propensos a seguir uma carreira hospitalar do que uma carreira na atenção primária.

Os médicos clínicos gerais têm um papel importante no monitoramento de seus pacientes ao longo do tempo. As informações coletadas por meio de múltiplas interações são usadas para orientar os cuidados contínuos. O uso desses dados está atualmente restrito a práticas individuais, na maioria dos casos, mas poderia ter um papel na orientação do desenvolvimento dos sistemas de saúde e na alocação adequada de recursos. A capacidade de reutilizar os dados existentes depende das práticas de apoio que são ofertadas para melhorar a qualidade dos dados.

Com base nesse entendimento, o RACGP acredita que um novo modelo de financiamento destinado a estimular importantes condutas médicas poderia tanto aumentar a qualidade do atendimento quanto a capacidade de gerar e analisar dados. O Programa de Incentivos à Prática de Melhoria da Qualidade (PIPQI) fornece pagamentos para práticas de compartilhamento de dados, mas pagamentos adicionais são necessários no apoio aos profissionais na coleta e análise de dados de alta qualidade. Para o RACGP, este novo financiamento deve reconhecer o papel de liderança que os médicos de clínica geral assumem no objetivo de aprimorar a qualidade, segurança e as atividades de pesquisa.

O Colégio relata que o governo possui papel fundamental no estímulo a manutenção de práticas de cuidado seguros de alto padrão, apoiando os serviços a obter a acreditação dos Padrões de Práticas Gerais do RACGP, que está na sua 5ª edição. A fim de incentivar a flexibilidade dos cuidados, incluindo os cuidados prestados adequadamente em ambientes não presenciais e por vários membros da equipe de profissionais, o RACGP sugere que o pagamento por serviços adicionais poderia ser fornecido por meio do Programa de Incentivos à Prática (PIP), já existente.

- Coordenação dos serviços de saúde

Além de fornecer cuidados de clínica geral de alta qualidade, os médicos generalistas da APS também têm um papel significativo no apoio aos seus pacientes à medida que encontram um sistema de saúde mais amplo. Esse papel de coordenação e administração envolve ajudar os pacientes a obter acesso oportuno aos serviços de saúde e sociais de que precisam, além de garantir que os recursos limitados de saúde não sejam desperdiçados em duplicação ou cuidados fragmentados.

Para o RACGP, é necessário financiamento adicional para que os médicos clínicos gerais gerenciem as transições de pacientes entre seus cuidados com todo sistema de saúde, por meio do apoio às atividades de coordenação e integração de cuidados. Segundo o RACGP, esse novo financiamento poderia incentivar uma maior comunicação oportuna e significativa entre os profissionais da APS com os outros prestadores de serviços, incluindo hospitais.

- Infraestrutura

Os custos indiretos da gestão de uma prática, como os custos associados à melhoria da infraestrutura necessária para prestar cuidados de qualidade, segundo o RACGP, não são apoiados pela atual estrutura de financiamento do MBS.

Portanto, o governo deve direcionar financiamento para permitir a adoção de novas tecnologias e o aumento da capacidade prática, bem como a manutenção e melhorias na infraestrutura física, a manutenção ou introdução de novo *hardware/software* de TI e a formação necessária para assegurar a utilização da tecnologia.

O objetivo dessa nova proposta de financiamento seria o de garantir que as práticas tenham o espaço adequado para prestar cuidados abrangentes, seguros e de alta qualidade; melhorar a gestão da informação do doente; reduzir os encargos administrativos; melhorar a integração de serviços; facilitar a prestação de uma gama mais abrangente de serviços; incentivar a prestação de cuidados não presenciais; e reconhecer a complexidade do doente.

- Reconhecendo a complexidade do paciente: respondendo às desigualdades em saúde com incentivos diferenciados

Com base nas características populacionais, um financiamento que considere a complexidade do atendimento poderia ser calculado de acordo com o status socioeconômico da comunidade em que a prática ocorre, o grau de ruralidade local, o grau de escassez de mão-de-obra, a presença e qualidade do transporte público local e o deslocamento, o número de doentes que se identificam como aborígenes e/ou ilhéus do Estreito de Torres e a idade de pacientes.

As pessoas na Austrália rural e remota experimentam piores resultados de saúde, com altos níveis de condições complexas e doenças crônicas, bem como taxas mais altas de hospitalizações potencialmente evitáveis. A relação médico paciente diminui à medida que o afastamento aumenta, o que significa que há menos médicos por pessoa em ambientes regionais e remotos.

A escassez de médicos nas áreas rurais tem sido um problema contínuo na Austrália e que sucessivos governos ainda não conseguiram resolver. Respostas comuns dos governos estaduais/territoriais e do governo australiano, como treinar mais médicos ou fornecer incentivos monetários para que eles trabalhem em locais rurais ou remotos, não conseguiram abordar adequadamente essas questões.

Evidências inadequadas para a prática geral dificultam os esforços dos médicos para fornecer cuidados baseados em evidências, pois as diretrizes desenvolvidas a partir de pesquisas em outros ambientes podem não ser apropriadas para seus pacientes.

- Cuidados abrangentes:

O RACGP sugere que alguns serviços adicionais que podem receber incentivos específicos numa nova proposta de financiamento: cuidados residenciais a idosos, cuidados paliativos, prestação de serviços fora do horário de expediente, visitas domiciliares, procedimentos menores, serviços de saúde mental, serviços de saúde aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres, e serviços adequados a outros grupos populacionais, incluindo refugiados e a população cultural e linguisticamente diversa. Poderão também ser estabelecidas disposições para que uma porcentagem do pagamento seja repartida pelos médicos que prestam diretamente os serviços e o acompanhamento.

- Importância dos médicos da APS: primeiro ponto de contato para a maioria dos australianos que procuram cuidados de saúde.

Uma atenção primária acessível e de alta qualidade é vital para a saúde da Austrália. A clínica geral é o setor mais acessado do sistema de saúde australiano e é fundamental para a sua totalidade. Portanto, a saúde da prática geral australiana é essencial para a saúde da nação australiana.

O relatório *General Practice: Health of the Nation* do RAGP fornece insights anuais e baseia-se em pesquisas encomendadas que abrangem seis anos para destacar tendências pontuais e de longo prazo na prática geral australiana. O relatório de 2022 reflete as experiências de médicos clínicos gerais de toda a Austrália que foram entrevistados. Seu *feedback* foi reunido com dados de uma variedade de fontes para fornecer uma visão geral única do setor de clínica geral.

A cada ano, os membros selecionam um tópico de foco para o relatório e o último foi a sustentabilidade da prática geral. O relatório *General Practice: Health of the Nation* destaca questões que surgiram após anos de subfinanciamento crônico. Estes incluem a síndrome de burnout entre os profissionais; a existência de carga de trabalho insustentável; existência de carga de trabalho administrativa e regulatória crescente com impacto na prestação de cuidados ao paciente; um interesse declinante na profissão como uma carreira preferida e uma vontade declinante dos atuais médicos para recomendar a profissão como uma carreira; o agravamento dos problemas da força de trabalho com um número crescente de médicos que pretendem se aposentar ou parar de trabalhar nos próximos 10 anos.

Os médicos de clínica geral na Austrália estão sob extrema pressão em seus papéis, exacerbados pela pandemia de COVID-19 e recentes desastres naturais, incluindo incêndios florestais e inundações. Quase três em cada quatro médicos (73%) relataram que experimentaram sentimentos de esgotamento nos últimos 12 meses. O esgotamento entre os profissionais médicos é um fenômeno internacional, com 97% dos médicos em vários países relatando que se sentiram esgotados em algum momento de sua vida profissional.

Pela primeira vez, desde o início da pesquisa Saúde da Nação, o "gerenciamento da carga de trabalho" ultrapassou o "gerenciamento da renda" como o desafio mais bem classificado relatado pela profissão. Além da pandemia global, isso pode ser parcialmente atribuído a um tema emergente relacionado à carga administrativa e regulatória que os médicos enfrentam em seus papéis.

Quase dois terços dos entrevistados identificaram "entender e aderir às mudanças regulatórias" como um desafio. Isso é preocupante, dado que o trabalho administrativo é em grande parte não remunerado para os médicos generalistas, pois apenas o tempo gasto com um paciente gera um desconto do *Medicare*.

Quase metade dos médicos entrevistados relataram que é financeiramente insustentável para eles continuarem trabalhando como generalistas, principalmente rurais. Apesar das crescentes preocupações financeiras, muitos optam por não cobrar de seus pacientes uma taxa além de seu desconto do Medicare. O relatório mostra que a principal razão pela qual os médicos optam por faturar em massa é porque seus pacientes não podem pagar.

Apenas 3% dos médicos de clínica geral afirmaram que o desconto atual do Medicare é suficiente para cobrir o custo dos cuidados. Quando perguntados sobre a taxa atual que os GPs cobram (desconto do paciente mais o custo direto) para uma consulta de nível B, 69% identificaram que esta era muito baixa.

Outra questão que afeta o aumento da carga regulatória e da carga de trabalho decorre da complexidade do *Medicare*. Mais de três quartos dos médicos de clínica geral relataram que garantir a conformidade com o *Medicare* leva tempo longe dos cuidados voltados para o paciente, e 61% relataram que a complexidade do Medicare é algo que os preocupa fora de seu dia de trabalho. As atividades de conformidade do *Medicare* do governo estão tendo um efeito negativo desproporcional no acesso dos pacientes e na acessibilidade dos cuidados.

Referências

- 1) ABS (2018) Australian Statistical Geography Standard (ASGS): Volume 5 – Remoteness structure, July 2016- external site opens in new window, ABS website, accessed 09 January 2023.
- 2) ABS (2019) Microdata: National Health Survey, 2017–18- external site opens in new window, AIHW analysis of detailed microdata, accessed 09 January 2023.
- 3) ABS (2021) Regional population,- external site opens in new window ABS website, accessed 09 January 2023.
- 4) ABS (2021) Remoteness Structure- external site opens in new window, ABS website, accessed 10 January 2023.
- 5) ABS (2022) Labour force, Australia, detailed- external site opens in new window, ABS website, 10 January 2023.
- 6) ABS (2022) Regional population- external site opens in new window, ABS website, accessed 09 January 2023.
- 7) AIHW (2021a) Admitted patient care 2019–20 3: Who used these services?, AIHW, Australian Government, accessed 09 January 2023.
- 8) AIHW (2021b) Admitted patient care 2019–20 5: What services were provided? [data set], AIHW, Australian Government, accessed 09 January 2023.

- 9) AIHW (2021c) Admitted patient care 2019–20 8: Safety and quality of health systems [data set], AIHW, Australian Government, accessed 11 January 2023.
- 10) AIHW (2021d) Australian Burden of Disease Study: Impact and causes of illness and death in Australia 2018, AIHW, Australian Government, accessed 11 January 2023.
- 11) AIHW (2022a) Australian Burden of Disease Study: impact and causes of illness and death in Aboriginal and Torres Strait Islander people 2018 – summary report, AIHW website, accessed 11 January 2023.
- 12) AIHW (2022b) Mortality Over Regions and Time (MORT) books, AIHW, Australian Government, accessed 10 January 2023.
- 13) AMA (Australian Medical Association) (2017) Rural workforce initiatives 2017- external site opens in new window, AMA, accessed 12 January 2023.
- 14) Department of Health (2020) Health workforce data tool- external site opens in new window [data set], Department of Health, Australian Government, accessed 11 January 2023.
- 15) Department of Health (2022) Medicare Benefits Schedule- external site opens in new window [data set], AIHW analysis of microdata data collection, Department of Health, Australian Government, accessed 11 January 2023.
- 16) Lakhani H, Pillai S, Zehra M, Sharma I and Sodhi K (2020) ‘Systematic review of clinical insights into novel Coronavirus (COVID-19) pandemic: persisting challenges in US rural population- external site opens in new window’, Environmental Research and Public Health, 17(12):1-14.
- 17) Lamb S, Glover S (2014) Educational disadvantage and regional and rural schools- external site opens in new window, Victoria University, accessed 11 January 2023.
- 18) Mackey W (2019) More regional Australians are moving to the city to study. Few return when they’ve finished, Grattan Institute, accessed 13 January 2023.
- 19) NRHA (National Rural Health Alliance) (2014) Income inequality experienced by the people of rural and remote Australia- external site opens in new window, NRHA, accessed 13 January 2023 .
- 20) NRHA (2017) Health workforce- external site opens in new window, NHRA, accessed 15 January 2023.
- 21) Regional Education Expert Advisory Group (2019) National regional, rural and remote education strategy: final report- external site opens in new window, Department of Education, Australian Government, accessed 15 January 2023.
- 22) Walters L, McGrail M, Carson D, et al (2017) ‘Where to next for rural general practice policy and research in Australia?- external site opens in new window’, Medical Journal of Australia, 207(2):56–58.

- 23) ABS (Australian Bureau of Statistics) (2021) Patient experiences in Australia: summary of findings, 2020–21- external site opens in new window, ABS website, accessed 17 January 2023.
- 24) AIHW (2021b). Medicare-subsidised GP, allied health and specialist health care across local areas: 2019–20 to 2020–21. AIHW website, accessed 17 January 2023.
- 25) Department of Health (2021). Primary care- external site opens in new window. Department of Health website, accessed 17 January 2023
- 26) AIHW. Medicare-subsidised GP, allied health and specialist health care across local areas: 2021–22 . Web report | 01 Dec 2022
- 27) AIHW. Practice Incentives Program Quality Improvement Measures: data update 2021-22. Web report | 20 Sep 2022
- 28) AIHW. Medicare-subsidised GP, allied health and specialist health care across local areas: 2019–20 to 2020–21 . Web report | 27 Oct 2021
- 29) AIHW. Practice Incentives Program Quality Improvement Measures: National report on the first year of data 2020-21 . Web report | 27 Aug 2021
- 30) Narayanan A, Vayro C, Greco M, et al. A comparison of patient appraisal of professional skills for GPs in training participating in differing education programs. BMC Medical Education. 2022; 22:669.
- 31) Young L, Peel R , O’Sullivan B, et all.. Building general practice training capacity in rural and remote Australia with underserved primary care services: a qualitative investigation. BMC Health Services Research (2019) 19:338
- 32) Kassai R, Weel C, Flegg K et al. Priorities for primary health care policy implementation: recommendations from the combined experience of six countries in the Asia–Pacific. Australian Journal of Primary Health 26(5) 351-357
- 33) Ostini R. How and where physicians learn their craft are central to determining where their medical careers unfold. Med J Aust 2021; 215 (1 Suppl): S5– S6.
- 34) Neville D Yeomans. Demographics and distribution of australia’s medical immigrant workforce. Journal of Migration and Health 5 (2022)
- 35) Papanicolas I, Woskie L, Jha A. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. JAMA. 2018;319(10):1024-1039.
- 36) Wieland L, Ayton J, Abernethy G. Retention of General Practitioners in remote areas of Canada and Australia: A meta-aggregation of qualitative research. Aust J Rural Health. 2021;00:1–14.
- 37) The Royal Australian College of General Practitioners. The role of government in supporting the Vision: A path to partnership. East Melbourne, Vic: RACGP, 2019
- 38) The Royal Australian College of General Practitioners. RACGP educational framework. East Melbourne, Vic: RACGP, 2021.

- 39) RACGP. General practice of the nation: A unique insight into the state of Australian general practice. RACGP, 2021
- 40) The Royal Australian College of General Practitioners. An annual insight into the state of Australian general practice. RACGP, 2022.

J) A importância de aprimoramento da governança para aumento da eficácia da força de trabalho em saúde: o caso de médicos formados no exterior

Pesquisas longitudinais de grande escala, como o MABEL, destacaram fatores que influenciam a oferta e a retenção de médicos em áreas rurais e remotas. Incongruência entre expectativas e experiências dos profissionais são fatores importantes para evitar problemas de insatisfação e, portanto, conseguir a manutenção da força de trabalho.

O principal desafio na governança da força de trabalho em saúde é a má distribuição de médicos em áreas rurais e remotas na Austrália. Autonomia, ambiente de trabalho, apoio familiar, melhor estilo de vida, melhores salários, incentivos financeiros foram fatores atrativos relatados por médicos.

É importante observar que profissionais formados no exterior enfrentam especificidades adicionais além daqueles enfrentados por médicos formados na Austrália, mesmo que em áreas rurais e locais remotos, como a adaptação a um novo país, diferentes práticas culturais e a existência de linguagens distintas do inglês.

A governança efetiva, em termos de segurança do paciente, é alcançada com o com o desenvolvimento das habilidades apropriadas pelos profissionais. As principais habilidades identificadas pelos médicos foram o conhecimento em medicina de emergência e experiência em áreas rural e remota.

O escopo da prática para médicos formados no exterior é avaliado com base em sua experiência e nível de habilidade. Em 2018, o Conselho Médico da Austrália cancelou o registro de vários profissionais que falharam em atender às novas exigências nacionais, por meio de um exame em áreas regionais. O cancelamento desses registros resultou no fechamento de algumas clínicas rurais e remotas de prática geral.

Além da dificuldade de progressão em habilidades, fatores socioculturais e pessoais também impactam esses profissionais, em termos de saúde e bem-estar, e conseqüentemente na retenção em áreas rurais e remotas. As redes de apoio à família foram consideradas especialmente importantes, além do grau de organização da área de trabalho. Outros desafios que as áreas rurais apresentam, incluem: a falta de oportunidades

educacionais para filhos dos profissionais, dificuldade de realizar cursos profissionalizantes e de capacitação.

Tanto o retorno financeiro adequado quanto os incentivos de carreira são necessários para a retenção de médicos em áreas remotas; porém, os governos precisam avançar em apoio social e cultural para estes profissionais.

As áreas de necessidade exigem profissionais altamente experientes e, portanto, o nível de expectativa precisa ser mapeado pelo empregador e pelos médicos empregados, para decidir qual programas existente é o mais apropriado em termos de necessidades individuais, antecedentes culturais e experiência. Em suma, a distribuição da força de trabalho médica requer comunicação e coordenação mais eficazes entre os médicos, formuladores de políticas, governos, reguladores e empregadores. Uma governança mais eficaz da migração para Austrália rural e remota é um dos eixos para a construção de uma força de trabalho em saúde mais eficaz.

Referências

- 1) Warburton J, Moore M, Clune S, Hodgkin SP. Extrinsic and intrinsic factors impacting on the retention of older rural healthcare workers in the north Victorian public sector: A qualitative study. *Rural Remote Health*. 2014;14(3):1-16. 2.
- 2) Scott A, Witt J, Humphreys J, et al. Getting doctors into the bush: General practitioners' preferences for rural location. *Soc Sci Med (1982)* 2013;96:33-44.
- 3) Short S, Hawal N, Albusaidi Nasser S, Purwaningrum F. Streamlining and modernising medical workforce governance. *Int J Health Governance*. 2019;24(3):194-205.
- 4) Walters LK, McGrail MR, Carson DB, et al. Where to next for rural general practice policy and research in Australia? *Med J Aust*. 2017;207(2):56-58.
- 5) Orda U, Orda S, Sen Gupta T, Knight S. Building a sustainable workforce in a rural and remote health service: A comprehensive and innovative Rural Generalist training approach. *Aust J Rural Health*. 2017;25(2):116-119.
- 6) Peel R, Young L, Reeve C, et al. The impact of localised general practice training on Queensland's rural and remote general practice workforce. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):119.
- 7) O'Sullivan B, Russell DJ, McGrail MR, Scott A. Reviewing reliance on overseas-trained doctors in rural Australia and planning for self-sufficiency: Applying 10 years' MABEL evidence. *Hum Res Health*. 2019;17(1):8.
- 8) Russell DJ, McGrail MR, Humphreys JS. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policymaking. *Aust J Rural Health*. 2017;25(1):5-14.

- 9) Allen P, May J, Pegram R, Shires L. 'It's mostly about the job' - putting the lens on specialist rural retention. *Rural Remote Health*. 2020;20(1):5299.
- 10) Marcus K, Purwaningrum F, Short S. Towards more effective health workforce governance: The case of overseas-trained doctors. *Aust J Rural Health*. 2021;29:52–60.

K) Planejamento para a autossuficiência da força de trabalho australiano

A capacidade dos países de alta renda de atender às suas necessidades de força de trabalho médica por meio da educação e treinamento de médicos e, assim, limitar sua dependência de médicos formados no exterior (OTDs), continua sendo um tópico importante do interesse da política global de força de trabalho em saúde.

Garantir que a distribuição geográfica de médicos qualificados ocorra a respeito das necessidades de saúde da comunidade de países e regiões individuais tem ramificações importantes para alcançar os aspectos relacionados à saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.

O Código de Prática Global Voluntário da Organização Mundial da Saúde sobre Recrutamento Internacional incentiva os países a desenvolver dados sobre os recursos humanos e realizar o planejamento da força de trabalho para informar seus sistemas locais, tendo como objetivo a sustentabilidade a autossuficiência. Esse passo é essencial para alcançar clareza a nível nacional sobre as ações necessárias para alcançar o equilíbrio da quantidade e qualidade de médicos formados localmente e reduzir a utilização de médicos formados de países de baixo e médio rendimento, onde existe uma maior necessidade relativa destes, incluindo fatores de risco e doenças sociais, ambientais e pessoais mais prevalentes e menos profissionais de saúde.

A Austrália é um estudo de caso útil de um país de alta renda que tem um sistema de educação médica de alta qualidade e uma política nacional direcionada a OTDs recém-chegados para trabalhar em comunidades carentes, principalmente rurais. Como tal, explorar o uso direcionado de OTDs em áreas rurais fornece uma lente útil para planejar novas ações.

Além disso, a Austrália apoiou e financiou um estudo de coorte longitudinal nacional de 10 anos, único internacionalmente único sobre sua força de trabalho médica. O programa de pesquisa conhecido como o estudo MABEL (que significa "Medicina na Austrália: Equilibrando Emprego e Vida") começou em 2008 convidando todos os 54.750 médicos clinicamente ativos na Austrália para participar de uma pesquisa.

Para facilitar a resposta dos médicos em comunidades remotas (importante para informar as principais questões políticas), foram aplicados incentivos monetários pré-pagos, não condicionados à resposta (\$AU 100). No primeiro ano, 19,4% dos médicos da Austrália responderam em cópia impressa ou através da pesquisa on-line: 3906 clínicos gerais (GPs) e pós-graduandos em GP, 4596 outros especialistas (não-GP), 1072 pós-graduandos em outras especialidades (não-GP) e 924 hospitais.

A cada ano, desde 2008, os entrevistados iniciais são interrogados novamente, e há a inserção de recém-formados ou novos médicos que chegaram à Austrália. Cada inquérito é composto por cerca de 100 perguntas que abrangem as características do médico, especialidade, local de trabalho e prática, carga de trabalho, satisfação no trabalho e remuneração.

Uma série de soluções foram introduzidas para melhorar o acesso a serviços médicos em áreas remotas, inclusive por meio de serviços de atenção primária e recuperação de divulgação, como os Royal Flying Doctor's Services, que começaram em 1928 e continuam. As políticas nacionais de força de trabalho de saúde rural emergiram rapidamente pelo governo australiano, a partir do final da década de 1990, para estimular a oferta de força de trabalho rural de médicos formados localmente. Estas incluíram o aumento das vagas nas escolas médicas (1300 em 2004 para 3300 em 2016) para aumentar a capacidade geral da força de trabalho com o potencial de ter algum impacto na oferta rural através de efeitos de mercado. Dentro do número de matrículas, os cursos de medicina foram obrigados a matricular um mínimo de 25% de estudantes de medicina de origem rural, fornecer pelo menos 1 ano de imersão rural para 25% dos alunos, vincular 25% dos alunos matriculados a trabalhar em um distrito de escassez de força de trabalho após a conclusão do curso de medicina por um período de tempo pré-definido e, além disso, metade de todo o treinamento de GP estava localizado em áreas rurais.

Além disso, surgiram políticas regulatórias e a legislação nacional, aprovada em 1997, restringiu o trabalho dos OTDs recém-chegados a um distrito de escassez de mão-de-obra por, obrigatoriamente, 3 (mais remotos) a 10 anos (áreas menos remotas) e a acessar o provedor Medicare.

O princípio da autossuficiência foi defendido pelo governo da Austrália numa estratégia nacional de mão-de-obra da saúde em 2004. Estes médicos treinados localmente suficientes para minimizar o uso de OTD, porém não foram estabelecidas metas claras. Em torno de um quarto dos médicos atuantes na Austrália são formados em escolas médicas sediadas em outros países. O departamento de imigração da Austrália aprovou 2820 vistos de residente temporário para OTDs em 2014-2015 [20]. Cerca de metade dos OTDs que entraram na Austrália, entre 2005 e 2006 e 2014 e 2015, eram de países de baixa ou média renda (53% daqueles com vistos temporários e 49% com vistos permanentes).

Os dados do MABEL, aplicados com uma nova análise estratificada, mostram a distribuição geográfica (até o local de trabalho de 2008-2013) e o tipo de especialidade da força de trabalho médica treinada localmente de acordo com o ano em que se formaram na faculdade de medicina. Ele indica que, mais recentemente (desde 2000), existem mais médicos de clínica geral em comparação com as décadas de 1970 e 1980; porém uma proporção maior está buscando carreiras de especialistas não-GP. Quanto aos médicos formados na Austrália e que entraram no mercado de trabalho nas décadas de 1970 e 1980, uma proporção maior estava trabalhando em áreas rurais em comparação com os formados nas décadas de 1990 e 2000.

Outras evidências publicadas do estudo MABEL mostram que os OTDs representam 27% de todos os GPs; 22% dos GPs em centros metropolitanos e regionais; 36-38% dos GPs em cidades com menos de 50.000 habitantes. Além disso, altas proporções (cerca de 60-70%) de OTDs rurais, que trabalham como GPs, são restritas quanto ao local onde podem trabalhar. Do mesmo modo, os OTD compreendem 27% e 29% dos especialistas em centros metropolitanos e regionais com mais de 50 000 habitantes, respectivamente, e 38% dos especialistas em centros regionais com menos de 50 000 habitantes.

Uma série de fatores são globalmente reconhecidos como pré-requisitos para o reforço da capacidade global da mão-de-obra rural. Isto é particularmente importante, dado que o atual aumento da formação de médicos na Austrália ainda não se traduz em maior formação de médicos de clínica geral e melhor distribuição rural.

As evidências do estudo MABEL identificam que os médicos de clínica geral que passam pelo menos 6 anos de sua infância em um local rural (e para outros especialistas médicos, pelo menos 11 anos) são, mais de duas vezes, propensos, do que os médicos de origem metropolitana, a trabalharem em áreas rurais. Além disso, a formação profissional nas zonas rurais está associada à continuação do trabalho rural durante, pelo menos, 5 anos após o registo profissional, sendo o efeito mais forte para os médicos possuem a origem rural.

Destaca-se que GPs com habilidades adicionais em anestesia, obstetrícia e medicina de emergência são mais propensos a trabalhar em comunidades menores (15-50.000 habitantes) em comparação com GPs sem essas habilidades. Os médicos clínicos gerais envolvidos em trabalho hospitalar também são susceptíveis de permanecer na prática rural por mais tempo.

Enquanto isso, as evidências direcionam que é pouco provável que apenas incentivos financeiros mobilizem os médicos de clínica geral a mudar de local de trabalho; 65% relatam que não se mudariam independentemente do pacote proposto. O apoio local é o fator mais forte que influencia a retenção contínua nas zonas rurais.

A retenção de médicos nas áreas rurais também é afetada por uma série de fatores comunitários e demográficos. Os médicos de clínica geral permanecem mais tempo em comunidades rurais com mais de 10 mil habitantes do que em comunidades rurais ou remotas menores. As taxas de mobilidade dos GPs aumentam com o aumento do afastamento geográfico (5% dos médicos de clínica geral localizados regionalmente, em comparação com até 18% dos que vivem em áreas muito remotas, os quais mudam-se para uma cidade diferente a cada ano). Além disso, a mobilidade é maior para os GPs mais jovens e mais comuns nos primeiros meses e anos de trabalho rural.

GPs do sexo masculino que possuem filhos na idade escolar secundária são menos propensos a trabalhar em qualquer cidade rural em comparação com GPs do sexo masculino que têm filhos em idade escolar primária. GPs mulheres, que possuem um cônjuge/parceiro no mercado de trabalho, são menos propensas a trabalhar em comunidades com menos de 15 000 habitantes em comparação com as que não têm parceiros ou com um parceiro desempregado.

Em torno de 19% dos médicos especialistas participam de trabalhos de sensibilização rural, afastando-se regularmente da prática principal para servir uma comunidade rural temporariamente. Esses serviços destinam-se a centros regionais maiores (58%) e a regiões mais periféricas e comunidades remotas (42%). 52% dos especialistas que fazem esse trabalho sustentam seus serviços para a mesma comunidade por pelo menos 3 anos. Na Austrália, uma política nacional subsidia os custos de viagem para 20% de todos os trabalhadores especializados em divulgação destas ações; e aqueles que são apoiados são mais propensos a serem especialistas em áreas relacionadas a áreas prioritárias nacionais de saúde rural e a visitar locais mais remotos.

Implicações para o planejamento da autossuficiência

Em primeiro lugar, a Austrália depende fortemente de OTDs para a capacidade da força de trabalho médica rural, tanto como GPs quanto como especialistas médicos. Recém-formados localmente estão escolhendo, cada vez mais, especialidades além da prática geral, reduzindo sua probabilidade de trabalhar em áreas rurais, onde a infraestrutura especializada e subespecializada mais ampla é mais limitada. É imperativo para a autossuficiência que uma maior proporção de médicos treinados localmente escolha a prática geral e outras especialidades generalistas.

Altman et al. observaram que definir e reconhecer profissionalmente a medicina generalista pode ajudar os alunos a vê-la como algo concreto para ser um especialista. Além disso, uma National Rural Generalist Training Pathway está atualmente em desenvolvimento na Austrália para fortalecer os treinamentos em escolas médicas rurais e estimular os recém formados a continuar a trabalhar em regiões rurais, desenvolvendo habilidades em todas as

áreas da prática médica relevantes para comunidades rurais e remotas e conectando-se a comunidades rurais durante o processo.

Em segundo lugar, o aumento da autossuficiência exige investimentos sustentados para os médicos rurais que crescem localmente. Nesta área, a evidência MABEL publicada denota e quantifica os impulsionadores do abastecimento e distribuição rural para médicos na Austrália, o que está alinhado com outras evidências internacionais: ofertar matrícula de estudantes de origem rural em escolas de medicina rural; proporcionar oportunidades consecutivas de formação rural durante a graduação e após esta; e desenvolver uma formação atrativa em competências avançadas na carreira generalistas.

A Austrália já tem uma série de políticas de seleção rural e treinamento de graduação, mas elas não estão produzindo o tamanho e a qualidade da força de trabalho médica necessária na Austrália rural. Novas iniciativas de políticas australianas, como o Rural Primary Care Stream, fornecem financiamento para apoio educacional a médicos juniores (desde o primeiro ano de pós-graduação até o quinto ano) que trabalham e treinam em ambientes de atenção primária rural, incluindo novos Centros Regionais de Treinamento, com o objetivo de ofertar treinamento rural de pós-graduação contínuo. No entanto, muitas dessas políticas estão apenas em seus estágios iniciais de implementação, e alcançar resultados bem-sucedidos a partir delas depende de um amplo consenso político e esforço genuíno nos vários níveis de governo, bem como engajamento dentro dos serviços regionais de saúde e hospitalares, práticas gerais, unidades educacionais regionais e comunidades regionais.

Melhores resultados para as comunidades rurais são mais prováveis onde há responsabilidade de todas as partes interessadas envolvidas no longo caminho de treinamento médico rural. Além disso, incentivos e acordos formais podem ser necessários para que diferentes partes interessadas colaborem. Finalmente, as comunidades rurais devem ser envolvidas no desenvolvimento de tais políticas que se destinam a servi-las.

Ainda existem algumas lacunas importantes na política de força de trabalho rural australianas. Identificados a partir da revisão das evidências do estudo MABEL, principalmente relacionadas à melhoria das condições de trabalho sustentáveis para os médicos rurais. Inovações nas estruturas de emprego dos serviços de saúde são extremamente necessárias para gerenciar melhor os onerosos requisitos de permanência, criar metas viáveis, melhorar o ambiente local de trabalho e aumentar o acesso ao suporte profissional.

As condições de trabalho rurais podem ser aprimoradas através do desenvolvimento de habilidades especializadas complementares de médicos que trabalham nessas equipes de saúde. Muitos OTDs começam a trabalhar na Austrália em ambientes rurais e remotos, ambientes isolados, tratando pessoas com os problemas de saúde complexos, incluindo o trabalho em populações indígenas que precisam de cuidados culturalmente seguros. Isso

acontece antes que qualquer equivalência de treinamento seja alcançada e sem conhecimento prático do sistema de saúde da Austrália.

A evidência identifica que a Austrália depende fortemente de OTDs que trabalham como GPs e outros especialistas médicos em grandes e pequenas comunidades rurais. Aumentar a força de trabalho rural generalista treinada localmente requer políticas sustentadas, a inscrição de estudantes de origem rural em medicina, a oferta de oportunidades de formação rural contínua, a promoção de carreiras médicas generalistas e a construção de condições de trabalho rurais sustentáveis.

Referências

- 1) Organização Mundial da Saúde. Código de Prática Global da OMS sobre o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde. Genebra; 2010.
- 2) Organização Mundial da Saúde. Estatísticas Mundiais de Saúde 2018: monitorando a saúde para os objetivos de desenvolvimento sustentável. Genebra: OMS; 2018. p. 1–100.
- 3) Joyce C, Scott A, Jeon S-H, Humphreys J, Kalb G, Witt J, et al. A pesquisa longitudinal "Medicine in Australia: Balancing Employment and Life (MABEL)" - dados de protocolo e linha de base para um estudo de coorte prospectivo da participação da força de trabalho dos médicos australianos. *BMC Saúde Serv Res.* 2010; 10:1–10.
- 4) Mason J. Revisão dos programas de força de trabalho de saúde do governo australiano. Canberra: Departamento de Saúde e Envelhecimento; 2013.
- 5) Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Avaliação de estratégias para aumentar a atração e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais. *Bull Órgão Mundial de Saúde.* 2010; 88:379–385.
- 6) Walters L, McGrail M, Carson D, O'Sullivan B, Russell D, Strasser R, et al. Qual o próximo passo para a política de prática geral rural e pesquisa na Austrália? *Med J Aust.* 2017; 207:56–58.
- 7) Departamento de Saúde da Commonwealth. Distrito de escassez de mão-de-obra. Canberra; 2017.
- 8) Buchan J, Naccarella L, Brooks P. A sustentabilidade da força de trabalho da saúde na Austrália e na Nova Zelândia é uma meta política realista? *Aust Saúde Rev.* 2011; 35:152–155.
- 9) Hawthorne L. Migração médica internacional: qual é o futuro da Austrália? *Med J Aust.* 2012; 1(Suppl 3):18–21.
- 10) McGrail MR, Russell DJ. Força de trabalho médica rural da Austrália: fornecimento de suas escolas médicas contra estágio de carreira, gênero e origem rural. *Aust J Saúde Rural.* 2017; 25:298–305.

- 11) O'Sullivan B, McGrail M, Russell D. Especialistas rurais: a natureza do seu trabalho e a satisfação profissional pela localização geográfica do trabalho. *Aust J Saúde Rural*. 2017; 25:338–346.
- 12) Organização Mundial da Saúde. Aumentar o acesso aos profissionais de saúde em áreas remotas e rurais através de uma melhor retenção. Genebra: OMS; 2010.
- 13) McGrail MR, Russell DJ, Campbell DG. A formação profissional de clínicos gerais em locais rurais é fundamental para o fornecimento de mão-de-obra médica rural australiana. *Med J Austrália*. 2016; 205:216–221.
- 14) 33. Russell D, McGrail M, Humphreys J, Wakerman J. Que fatores mais contribuem para a retenção de médicos de clínica geral em zonas rurais e remotas? *Aust J Prim Saúde*. 2012; 18:289–294.
- 15) 34. McGrail MR, Humphreys JS. Mobilidade geográfica de clínicos gerais na Austrália rural. *Med J Aust*. 2015; 203:92–97.
- 16) dos GPs processuais se comparam aos GPs não processuais? *Aust J Saúde Rural*. 2016; 25:219–226.
- 17) McGrail MR, Humphreys JS, Joyce CM, Scott A, Kalb G. Como as cargas de trabalho e as atividades de trabalho dos GPs rurais diferem com o tamanho da comunidade em comparação com a prática metropolitana? *Aust J Prim Saúde*. 2012; 18:228–233.
- 18) McGrail MR, Russell DJ, O'Sullivan BG. Efeitos familiares na ruralidade do local de trabalho do GP: um estudo longitudinal de painel. *Hum Resour Saúde*. 2017; 15:1–8.
- 19) O'Sullivan BG, McGrail MR, Stoelwinder JU. Subsídios para direcionar serviços especializados de extensão para locais mais remotos: um estudo transversal nacional. *Aust Saúde Rev*. 2017; 41:344–350.
- 20) Rourke J, Asghari S, Hurley O, Ravalía M, Jong M, Graham W, et al. A escola de medicina rural focada no generalismo e o treinamento em medicina familiar fazem a diferença? Resultados da Memorial University of Newfoundland. *Saúde Remota Rural*. 2018; 18:1–20.
- 21) 51. Departamento de Saúde da Commonwealth. Centros Regionais de Treinamento. 2018.
- 22) Departamento de Saúde da Commonwealth. Saúde Rural Mais Forte – Treinamento – simplificando o treinamento de prática geral para produzir clínicos gerais treinados na Austrália onde eles são necessários. Camberra: DoH; 2018.

L) Estratégia de Saúde Digital: integração e comunicação oportuna entre generalistas e especialistas.

Em resposta aos longos tempos de espera para consultas ambulatoriais especializadas, os serviços de consulta eletrônica (eConsult) se desenvolveram globalmente, fornecendo comunicação assíncrona, segura e oportuna entre o clínico geral (GP) e o especialista.

A implementação do serviço de consulta eletrônica em dois dos PHNs da Austrália tem resultado em um aumento constante no uso. Embora o fornecimento de acesso eficiente e oportuno ao apoio especializado para os médicos de clínica geral e seus pacientes seja um facilitador primário, dois fatores-chave retardaram a implementação. Em primeiro lugar, a infraestrutura digital incompatível utilizada em todo o sistema de saúde é uma barreira para a implementação do serviço, especialmente em práticas gerais operadas pelo Estado; e, em segundo lugar, manter o serviço na frente lembrança dos profissionais médicos em ambiente da clínica geral é um desafio.

Essas questões destacam duas estratégias a serem priorizadas para uma implementação bem-sucedida: uma solução digital universalmente aceita para o serviço de teleconsultoria e uma abordagem de engajamento eficaz.

A adoção do serviço de teleconsultoria é possibilitada através do alinhamento com as práticas habituais dos médicos de clínica geral. A maioria das práticas gerais emprega software seguro de mensagens vinculado a sistemas de informações clínicas, o que maximiza a capacidade de preencher automaticamente o prontuário com informações do paciente antes de enviar. No entanto, a infraestrutura digital varia muito entre as práticas gerais na zona rural. Enquanto a maioria das clínicas gerais privadas usa um provedor seguro de mensagens, capaz de transferir prontamente imagens de exames de patologia, radiologia e outras informações clínicas, outras práticas essenciais não possuem esse suporte.

Quando uma clínica geral privada não possui software seguro para mensagens, um parceiro organizacional pode financiar o licenciamento pelo primeiro ano. Isso, no entanto, não foi possível em práticas operadas pelo governo estadual, que geralmente operam sob os regulamentos de negócios do departamento de saúde.

Uma solução segura padronizada que permita a troca de mensagens com informações sigilosas sobre pacientes e a interoperabilidade entre sistemas digitais são reconhecidas pelos médicos de clínica geral e por outras partes interessadas como fundamentais para facilitar a adoção de práticas clínicas mais amplas.

Além de uma solução digital universal, a expansão para outras especialidades pode aumentar as oportunidades para os médicos de clínica geral usarem o serviço com mais

regularidade, mantendo o serviço "na frente da mente" e aumentando a probabilidade de ele ser a primeira opção em situações clínicas apropriadas.

Na avaliação de implementação do eConsult na Austrália, houve identificação das estratégias que promovem o envolvimento contínuo, incluindo: a identificação de defensores médicos da prática; o apoio dos Diretores de Serviços Médicos; e webinars e boletins informativos regulares para GPs com estudos de caso por teleconsultoria. Os webinars de estudo de caso oferecem uma oportunidade para construir a relação entre GPs e especialistas.

Para as práticas, particularmente em Queensland remota e rural, a força de trabalho é muitas vezes por GPs que se revezam de semana para semana, com alguns médicos tendo uma pausa de dois a três meses entre os blocos de revezamento. A formação de profissionais com conhecimento de telemedicina aumentará a conscientização da importância do instrumento e proporcionará uma opção de aconselhamento eficiente aos novos profissionais e ao atendimento de pacientes com questões complexas, consequentemente, apoiando a implementação contínua do serviço.

Com base na literatura internacional, é importante ressaltar que os médicos de clínica geral, que adotam precocemente a teleconsultoria, oferecem vantagem relativa para os pacientes, na perspectiva de um aprimoramento do acesso a especialistas, sem a necessidade de viagens e longos tempos de espera. GPs treinados no tema apresentam facilidade no uso e compatibilidade com seus fluxos de trabalho existentes. Uma vez que os médicos de clínica geral realizam a primeira teleconsultoria, eles relatam ser um processo relativamente simples e, o mais importante, eles expressam ter experimentado benefícios educacionais e melhor gerenciamento de pacientes.

Referências

- 1) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. A guide to the potentially preventable hospitalisations indicator in Australia. Sydney, 2017
- 2) Job J, Nicholson C, Calleja Z, Jackson C, et al. Implementing a general practitioner-to-general physician eConsult service (eConsultant) in Australia *BMC Health Services Research* (2022) 22:127
- 3) Australian Institute of Health and Welfare. Rural & remote health 2022 [Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/rural-and-remote-health>].
- 4) Gleason N, Prasad PA, Ackerman S, et al. Adoption and impact of an eConsult system in a fee-for-service setting. *Healthcare*. 2017;5(1–2):40–5.
- 5) Liddy C, Moroz I, Afkham A, et al. Sustainability of a Primary Care-Driven eConsult Service. *Ann Fam Med*. 2018;16(2):120.

- 6) Liddy C, Sethuram C, Mihan A, et al. Primary Care Providers' Perspectives on the Ontario eConsult Program. *Telemedicine and e-Health*. 2020;27(9):1039–45.
- 7) Liddy C, Abu-Hijleh T, Joschko J, et al. eConsults and Learning Between Primary Care Providers and Specialists. *Fam Med*. 2019;51(7):567-73.
- 8) Kwok J, Olayiwola JN, Knox M, et al. Electronic consultation system demonstrates educational benefit for primary care providers. *J Telemed Telecare*. 2018;24(7):465–72.
- 9) ob J, Donald M, Borg SJ, et al. Feasibility of an asynchronous general practitioner-to-general physician eConsultant outpatient substitution program: A Queensland pilot study. *Aust J Gen Pract*. 2021;50(11):857–62.
- 10) Marwaha JS, Landman AB, Brat GA, et al. Deploying digital health tools within large, complex health systems: key considerations for adoption and implementation. *NPJ Digit Med*. 2022;5(1):13.
- 11) Australian Government Department of Health. Future focused primary health care: Australia's Primary Health Care 10 Year Plan 2022–2032. Canberra, 2022

M) Aprimorando a força de trabalho médica a partir de diretrizes clínicas

A informação médica continua a aumentar a um ritmo acelerado, e há desafios em manter-se atualizado com essas informações que às vezes podem ser conflitantes. Isso pode ser exacerbado em especialidades como a prática geral, onde um GP deve ter amplo conhecimento de trabalho, com cerca de 160 condições para gerenciar.

Implementar diretrizes clínicas podem ser úteis nesse contexto e têm a capacidade de auxiliar a tomada de decisões, reduzir a variação no cuidado e apoiar atividades de melhoria da qualidade. Elas não substituem o julgamento clínico; a sua aplicação deve ser individualizada para cada paciente, uma vez que podem não ser adequadas para todos.

Apesar dos benefícios declarados das diretrizes, elas são subutilizadas. A doença cardiovascular é um caso claro em questão. Mais de um milhão de australianos têm doenças cardiovasculares, e 25% das mortes na Austrália em 2019 estavam relacionadas a essa condição. Existem diretrizes clínicas nacionais para facilitar a prevenção primária e secundária, mas apenas cerca de metade de todas as pessoas com doença cardiovascular estabelecida recebem tratamentos recomendados por diretrizes. Este número é ainda menor para aqueles com alto risco cardiovascular que ainda não tiveram seu primeiro evento cardíaco.

É evidente que o fornecimento de orientações por si só não é suficiente para mudar a prática. Embora quantidades significativas de tempo, esforço e dinheiro muitas vezes sustentem o desenvolvimento de diretrizes, elas nem sempre recebem apoio e investimento

na implementação. No ambiente da clínica geral australiana, alguns desses fatores que dificultam o uso de diretrizes no ponto de atendimento incluem: a aplicação de diretrizes clínicas específicas de doença, porém os profissionais trabalham no contexto da multimorbidade; falta de alinhamento entre as orientações e os insumos e serviços que recebem financiamento, como o Regime de Benefícios Farmacêuticos, por exemplo; o desenvolvimento de algumas diretrizes baseadas em fundações e faculdades de saúde que podem ter financiamento limitado para atualizações e implementação, em contraste com países como o Reino Unido, que possui diretrizes centralizadas financiadas pelo governo; existência de várias diretrizes para a mesma condição que têm recomendações conflitantes; falta de confiança nas orientações em caso de aparente conflito de interesses; a aplicabilidade das diretrizes aos ambientes locais de atenção primária, principalmente em ambientes rurais e remotos; os altos custos de acesso a diretrizes clínicas baseadas em assinatura; o alojamento de diretrizes e recursos clínicos em diferentes plataformas e sites; e variações no formato e no tamanho das diretrizes.

O reconhecimento dos desafios na aplicação das orientações na prática impulsionou a introdução de fluxogramas mais claros e de orientações abreviadas específicas dos cuidados primários capitaneados por alguns grupos. Alguns exemplos incluem o *Kidney Health Australia Chronic Kidney Disease Management Handbook* e sínteses de Diretrizes Terapêuticas. A implementação destas orientações poderia ser ainda mais concretizada através do aproveitamento da inovação para progredir desde a publicação passiva de orientações até ao apoio ativo à decisão clínica. É provável que esse apoio transversal obtenha benefícios ao auxiliar a dependência de médicos que procurar informações durante o atendimento.

As práticas gerais australianas foram as primeiras a adotar registros médicos eletrônicos, já na década de 1990, com informatização quase que completa em 2006. Os dados registados nesse *big data* podem ser aproveitados no apoio personalizado à decisão clínica e na tradução das orientações clínicas para a prática. Preocupações são levantadas sobre as limitações associadas à qualidade da entrada de dados em registros médicos eletrônicos. No entanto, há oportunidade de desenvolver métodos que levem em conta esse conhecimento e que motive mudanças no comportamento durante o registro para padronizar a entrada de dados, se os profissionais entenderem que essas ferramentas serão utilizadas com valor clínico e não apenas financeiro.

O apoio eletrônico à decisão clínica pode auxiliar o desempenho dos profissionais de saúde, e é mais provável que seja eficaz se o aconselhamento for fornecido automaticamente, em uma tela, com sugestões específicas sobre a conduta com o paciente e em combinação com outras estratégias, como o envolvimento de líderes de opinião importantes e o uso de sessões educacionais. Isso pode ser facilitado pelo desenvolvimento de uma comunidade de prática, na qual o conhecimento pode cruzar fronteiras entre as práticas gerais e os serviços de saúde, promovendo a padronização da prática e facilitando a inovação

O *Royal Australian College of General Practitioners* divulgou sua posição sobre o suporte eletrônico à decisão clínica, identificando oportunidades para facilitar a incorporação de diretrizes e recomendações de tratamento e melhorar a eficiência por meio do fornecimento de informações que incorporam benefícios de segurança e custo. O apoio à decisão clínica aparece de forma proeminente no plano de cuidados primários de 10 anos do governo australiano, com um objetivo de longo prazo de que as ferramentas de apoio à decisão clínica apoiem as melhores práticas em prescrição, testes no local de atendimento, solicitações de exames de patologia e diagnóstico por imagem, uso seguro de medicamentos, genômica e tecnologias de atendimento virtual. A chave para alcançar essa visão é o desenvolvimento de padrões e interoperabilidade de software.

Embora os padrões e a interoperabilidade sejam importantes para fornecer uma base sólida, o desenvolvimento e a implementação do suporte eletrônico à decisão clínica precisam de investimentos que se estendam além do desenvolvimento técnico e se concentrem nas necessidades dos usuários finais e na implementação. Um design abaixo do ideal levaria a alertas ignorados ou mal interpretados e pode interromper o fluxo de trabalho, resultando em aumentos no tempo de consulta, carga cognitiva e fadiga física. O desenvolvimento e a implementação bem-sucedidos dependem de parcerias entre médicos, pesquisadores, desenvolvedores de diretrizes e a indústria de software médico, de modo que quaisquer ferramentas desenvolvidas incorporem diretrizes endossadas e confiáveis de uma maneira que otimize a usabilidade na prática.

Quase 85% dos australianos consultam um médico de família pelo menos uma vez por ano. Cuidados personalizados e baseados em evidências podem otimizar resultados de saúde, e os médicos de clínica geral podem se beneficiar do acesso à tecnologia e à informação que podem apoiá-los. Diretrizes confiáveis incorporadas ao fluxo de trabalho como parte do suporte à decisão clínica inteligente podem ser uma importante estratégia também para retenção de médicos em áreas desafiadoras.

Referências

- 1) Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-30.
- 2) Australian Institute of Health and Welfare. Heart, stroke and vascular disease – Australian facts. Cat. no. CVD 92. Canberra: AIHW; 2021.
- 3) Hespe C, Campaign A, Webster R, Patel A, Rychetnik L, Harris M, et al. Implementing cardiovascular disease preventive care guidelines in general practice: an opportunity missed. *Med J Aust* 2020;213:327-8.
- 4) Correa V, Lugo-Agudelo L, Aguirre-Acevedo D, Contreras J, Borrero A, Patiño-Lugo D, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the

- implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health Res Policy Syst*;2020;18:74.
- 5) Chronic kidney disease (CKD) management in primary care. 4th ed. Melbourne: Kidney Health Australia; 2020.
 - 6) Antibiotic prescribing in primary care: Therapeutic Guidelines summary table 2019. In: Therapeutic Guidelines digital. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019.
 - 7) McInnes D, Saltman D, Kidd M. General practitioners' use of computers for prescribing and electronic health records: results from a national survey. *Med J Aust* 2006;185:88-91.
 - 8) Canaway R, Boyle D, Manski-Nankervis J, Bell J, Hocking J, Clarke K, et al. Gathering data for decisions: best practice use of primary care electronic records for research. *Med J Aust* 2019;210 Suppl 6:S12-6.
 - 9) Van de Velde S, Heselmans A, Delvaux N, Brandt L, Marco-Ruiz L, Spitaels D, et al. A systematic review of trials evaluating success factors of interventions with computerised clinical decision support. *Implement Sci* 2018;13:114.
 - 10) Royal Australian College of General Practitioners. Electronic clinical decision support in general practice. www.racgp.org.au/advocacy/position-statements/view-all-position-statements/clinical-and-practice-management/electronic-clinical-decision-support
 - 11) Future focused primary health care: Australia's primary health care 10 year plan 2022-2032. Canberra: Commonwealth of Australia (Department of Health); 2022.
 - 12) Olakotan OO, Mohd Yusof M. The appropriateness of clinical decision support systems alerts in supporting clinical workflows: a systematic review. *Health Informat J* [Epub 2021 Apr 15].
 - 13) Royal Australian College of General Practitioners. General practice health of the nation 2021. Melbourne: RACGP; 2021

N) A importância das faculdades rurais

As comunidades rurais em todo o mundo precisam de uma força de trabalho médica sustentável e qualificada, especialmente clínicos gerais (GPs) e médicos de família, porque cobrem uma ampla gama de necessidades de cuidados de saúde primários e preventivos para as pessoas em comunidades rurais e isoladas.

Universalmente, os países têm procurado aumentar a força de trabalho rural de GP, inclusive em comunidades rurais menores, porque fornece serviços essenciais que mitigam a necessidade de as pessoas viajarem longas distâncias para cuidados de saúde. Em resposta, muitas escolas médicas têm como objetivo matricular mais estudantes de origem rural e proporcionar experiências de imersão rural e essa estratégia tem demonstrado resultados positivos.

Muitos países estão a adotando percursos específicos de formação pós-graduada e de apoio profissional destinados a desenvolver e apoiar as competências de que os médicos necessitam na prática rural, especialmente nos cuidados primários. A Austrália é um estudo de caso único de um país que desenvolveu duas faculdades nacionais para GPs rurais no final da década de 1990: a Fellowship in Advanced Rural General Practice (FARGP) e a Fellowship of the Australian College of Rural and Remote Medicine (FACRRM), ambas as quais promovem educação mais direcionada e aprendizagem contínua.

As faculdades rurais da Austrália são as mais desenvolvidas internacionalmente. A avaliação de suas evidências tem o potencial de informar o valor das faculdades rurais e aconselhar outros países que buscam implementar estratégias semelhantes, incluindo treinamento na zona rural e programas de desenvolvimento profissional relacionados.

As demandas específicas de trabalhar em comunidades rurais e, às vezes, na prática isolada, sustentam a filosofia de que os GPs rurais exigem treinamento de habilidades personalizado, bem como desenvolvimento profissional contínuo e oportunidades de networking. As faculdades rurais visam criar uma comunidade de prática que reduza o isolamento e aumente a confiança profissional e as capacidades dos médicos. O desenvolvimento profissional contínuo explica o fato de que a gama de habilidades necessárias não é estática, mas evolui à medida que o perfil da comunidade muda, os interesses do médico se desenvolvem ou as necessidades específicas de saúde mudam. Manter habilidades gerais e especializadas em relação às necessidades específicas de qualquer comunidade rural sustenta o acesso a intervenções médicas seguras e que salvam vidas.

As faculdades rurais que visam a educação e o apoio contínuo aos médicos rurais podem gerar uma força de trabalho de clínica geral especificamente qualificada. Como tal, as faculdades rurais podem ser uma intervenção importante para a obtenção de serviços médicos sustentáveis e de alta qualidade para as comunidades rurais.

Oliveira et al, em 2020, relatou a primeira evidência empírica sobre as características e a distribuição geográfica dos médicos relacionados às faculdades de clínica geral rurais em comparação com os GPs que não foram membros dessas faculdades. Ele identifica GPs associados como FACRRM e FARGP em comparação com GPs de qualificações padrão. Nenhum programa melhorou significativamente a distribuição rural e expandiu o escopo da prática.

Uma descoberta importante é que o corpo docente autônomo que tem uma missão rural específica e oferece treinamento totalmente rural (FACRRM), relaciona-se com médicos com melhores distribuição em comunidades rurais e isoladas, bem como médicos que sustentam a prática de habilidades avançadas, como as práticas obstétricas, por exemplo. Esses achados demonstram o valor das faculdades rurais como centro profissional para

médicos rurais, permitindo treinamento e apoio profissional adaptados às áreas rurais, como uma estratégia crítica para o crescimento e a sustentação de uma força de trabalho de cuidados primários qualificada e geograficamente distribuída.

É importante ressaltar que os médicos de clínica geral associados às faculdades rurais continuam sendo minoria da força de trabalho de clínica geral treinada, ofertando os serviços a cerca de 10% da população em relação a 29% dos australianos que vivem na zona rural e os 13% dos australianos que vivem em comunidades rurais e isoladas menores.

A maioria dos bolsistas do ACRRM tem mais de 50 anos e necessitarão ser substituídos dentro de 15 a 20 anos. Atualmente, das 1500 novas matrículas de treinamento de clínica geral ofertadas a cada ano em toda a Austrália, há aproximadamente 150 matrículas para FACRRM (10%) e cerca de 85 para FARGPs (6%).

Outra fonte potencial de expansão do corpo docente a considerar é recorrer à grande proporção de médicos internacionais, tanto aqueles que se formam na Austrália como estudantes internacionais quanto aqueles que migram como de seu país de origem (OTDs). Cada um desses grupos enfrenta regulamentos australianos que exigem até 10 anos de prática rural se desejarem acessar as oportunidades de faturamento do Medicare. Os OTDs constituem uma proporção alta e crescente de GPs e outros especialistas em comunidades rurais grandes e menores. Apesar disso, os OTDs participam em quantidade consideravelmente menor das escolas rurais.

O grupo de médicos do FACRRM é predominantemente masculino (75-83%), apesar da maioria dos recém-formados em medicina da Austrália serem do sexo feminino (cerca de 55-60%). Isso pode refletir que as GPs do sexo feminino são menos propensas a praticar certas práticas processuais e muitas vezes desejam mais controle de suas horas de trabalho. Opções flexíveis de treinamento, práticas com equipe de apoio, tópicos de desenvolvimento profissional contínuo adaptados às mulheres podem ser estratégias importantes para atrair mais mulheres para essa força de trabalho. Pesquisas anteriores demonstraram a ligação entre GPs do sexo feminino após ter filhos e o aumento da solicitação de realocações para ambientes mais urbanos, com o mesmo efeito sobre os homens, porém ocorrendo apenas quando as crianças estão em idade escolar secundária. Parece haver uma forte margem para as faculdades rurais desempenharem um papel na acomodação das necessidades personalizadas de emprego e família dos médicos.

Potencialmente relacionado aos seus locais de trabalho, uma proporção maior de supervisores rurais tinha um escopo de trabalho mais amplo do que as formações padronizadas de GPs. Notavelmente, uma proporção maior de FACRRMs que se formaram recentemente (>1995) estavam usando suas habilidades avançadas, enquanto os GPs usavam principalmente apenas quatro tipos de procedimentos. Há uma forte associação entre os recém-formados que trabalham em Queensland e práticas ampliadas, onde há um prêmio de

reconhecimento e remunerações específicas para tal. Isso também pode estar relacionado aos FACRRMs, ao contrário dos FARGPs, pois estes são obrigados a realizar, pelo menos, 12 meses de treinamento em comunidades rurais menores e 6 meses de medicina de emergência. Assim, seus membros podem ter maior confiança em trabalhar em comunidades mais isoladas que exigem habilidades avançadas.

É provável que a manutenção de competências avançadas em áreas desafiadoras dependa da adequação das opções de formação às necessidades da comunidade e às oportunidades de emprego, da disponibilidade de serviços hospitalares com ausência de serviços de outros especialistas, bem como da utilização de recompensas profissionais adequadas e do apoio à aprendizagem contínua.

As evidências sugerem que as faculdades rurais apoiam na construção de uma força de trabalho de atenção primária mais habilidosa, proporcionando ganhos potenciais para o desenvolvimento de redes específicas rurais, atividades de desenvolvimento profissional contínuo e promovendo o reconhecimento da prática rural.

Referências

- 1) Asghari, S.; Kirkland, M.; Blackmore, et al. A systematic review of reviews: Recruitment and retention of rural family physicians. *Can. J. Rural Med.* 2019, 25, 20–30.
- 2) O’Sullivan, B.G.; McGrail, M.R. Effective dimensions of rural undergraduate training and the value of training policies for encouraging rural work. *Med. Edu.* 2020, 54, 364–374.
- 3) Nixon, G.; Blattner, K.; Williamson, M.; et al. Training generalist doctors for rural practice in New Zealand. *Rural Remote Health* 2017, 17, 4047.
- 4) Sen Gupta, T.; Hays, R. Training for general practice: How Australia’s programs compare to other countries. *Aust. Fam. Physician* 2016, 45, 18–21.
- 5) Worley, P.; O’Sullivan, B.; Ellis, R. From locum-led outposts to locally led continuous rural training networks: The National Rural Generalist Pathway. *Med. J. Aust.* 2019, 211, 57–60.
- 6) Strasser, R. Will Australia have a fit-for-purpose medical workforce in 2025? *Med. J. Aust.* 2018, 208, 198–200.
- 7) Kamien, M. *The Rural-City Dispute of the 1990s and Beyond*. RDAA: Perth, Australia, 2017.
- 8) Hays, R.; Morgan, S. Australian and overseas models of general practice training. *Med. J. Aust.* 2011, 194, S63–S66.
- 9) Crampton, M.; Wilkinson, D. The professional development program of the Australian College of Rural and Remote Medicine. *Aust. Fam. Physician* 2002, 31, 952–956.
- 10) Trumble, S. The evolution of general practice training in Australia. *Med. J. Aust.* 2011, 194, S59–S62.

- 11) McGrail, M.R.; Russell, D.; Campbell, D. Vocational training of General Practitioners in rural locations is critical for Australian rural medical workforce supply. *Med. J. Aust.* 2016, 205, 216–221.
 - 12) Rourke, J.; Asghari, S.; Hurley, O; et al. From pipelines to pathways: The Memorial experience in educating doctors for rural generalist practice. *Rural Remote Health* 2018, 18, 4427.
 - 13) Walters, L.; McGrail, M.R.; Carson, D.B.; et al. Where to next for rural general practice policy and research in Australia? *Med. J. Aust.* 2017, 207, 56–58.
 - 14) Lyle, D.; Greenhill, J. Two decades of building capacity in rural health education, training and research in Australia: University Departments of Rural Health and Rural Clinical Schools. *Aust. J. Rural Health* 2018, 26, 314–322.
 - 15) Sen Gupta, T.; Manahan, D.; Lennox, D.; Taylor, N. The Queensland Health Rural Generalist Pathway: Providing a medical workforce for the bush. *Rural Remote Health* 2013, 13, 2319.
 - 16) Humphreys, J.S.; McGrail, M.R.; Joyce, C.M.; et al. Who should receive recruitment and retention incentives? Improved targeting of rural doctors using medical workforce data. *Aust. J. Rural Health* 2012, 20, 3–10.
 - 17) O’Sullivan, B.G.; Russell, D.J.; McGrail, M.R.; Scott, A. Reviewing reliance on overseas-trained doctors in rural Australia and planning for self-sufficiency: Applying 10 years’ MABEL evidence. *Hum. Resour. Health* 2019, 17, 8.
 - 18) Hustedde, C.; Paladine, H.; Wendling, A.; Prasad, R.; Sola, O.; Bjorkman, S.; Phillips, J. Women in rural family medicine: A qualitative exploration of practice attributes that promote physician satisfaction. *Rural Remote Health* 2018, 18, 4355.
 - 19) McGrail, M.R.; O’Sullivan, B.G.; Russell, D.J. Rural work and specialty choices of international students graduating from Australian medical schools: Implications for policy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 5056.
 - 20) McGrail MR, O’Sullivan BG. Faculties to Support General Practitioners Working Rurally at Broader Scope: A National Cross-Sectional Study of Their Value. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(13):465
-

3. CONCLUSÃO

A Austrália apresenta desafios em saúde semelhantes aos brasileiros, como por exemplo, grandes dimensões territoriais, com a maior parte da população concentrando-se nas proximidades do litoral; e com diversas comunidades pequenas espalhadas pelo interior do continente. Apresenta-se também como o pioneiro nas políticas públicas de fomento a

força de trabalho médico nas regiões de maior distanciamento dos centros urbanos, com vários anos de experiência e diversos programas já desenvolvidos.

Um ponto forte desta revisão é a sua amplitude, incluindo tanto estudos de autores que avaliam as políticas implementadas quanto as informações e dados oficiais originários do próprio governo federal australiano.

Tendo-se a clareza que a busca da autossuficiência da força de trabalho médica, principalmente a rural e remota na Austrália, possui grande histórico e ainda tem explorado diversos fatores associados aos resultados obtidos até o momento, optou-se por construir um contexto geral e aprofundar nas experiências e estratégias mais impulsionadas pelo governo nos últimos anos.

É importante salientar que as informações elencadas não possuem o objetivo de entregar propostas de intervenções clínicas e comportamentais para o sistema único de saúde brasileiro, pois cada uma necessita de avaliação pormenorizada, levando em consideração o contexto sociopolítico mais amplo.

Brasília, 27 de janeiro de 2023.

Lana [redacted] Lima
Consultor Especialista

**ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS
PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA**

DOCUMENTO TÉCNICO Nº 2

Relatório técnico apresentando à Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) com o produto da Consultoria especializada em levantamento bibliográfico acerca da execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico no Canadá.

Consultor Especialista

Lana [REDACTED] **Lima**

Escritório Regional da OEI no Brasil

Brasília, 20 de fevereiro de 2023

Sumário

1.	CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1	Objetivo Geral	3
1.2	Objetivo Específico	3
2.	RELATÓRIO	3
3.	CONCLUSÃO.....	40

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Objetivo Geral

A presente consultoria parte, dentre outras, das prioridades definidas pela Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), em especial com o objetivo de aprimoramento das políticas públicas de atenção primária à saúde do Brasil. A pesquisa de experiências mundiais, principalmente na abordagem de solucionar lacunas em sistemas complexos, apresenta-se como etapa importante tanto da criação e implementação, quanto do fortalecimento de estratégias de intervenção que objetivam, de forma ampla, alcançar resultados positivos de saúde à população com sustentabilidade do sistema.

1.2 Objetivo Específico

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência n.8277, que o produto a ser entregue refere-se a documento técnico contendo relatório com levantamento bibliográfico acerca da execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico no Canadá.

2. RELATÓRIO

Previamente ao desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma revisão da literatura associada ao tema e objetivos do trabalho por meio de consulta a bibliotecas digitais, como o MEDLINE e o Google Scholar; além de publicações governamentais oficiais e de instituições que cooperam com o sistema de saúde canadense.

Palavras-chave: general practitioners; postgraduate medical training; rural workforce; medical faculty; advanced skills; scope of practice; vocational education; primary health care; rural population; family physicians; clinical decision making, clinical decision support, medical education; general practice; in-practice experience; primary health care.

O corpo da revisão conta com o seguinte sumário:

- A) Análise dos desafios do Sistema de Saúde canadense e Sistema de Saúde brasileiro e a importância central dos médicos de família.
- B) Análise de desafios atuais do sistema de saúde canadense e alternativas de avanços.
- C) Políticas públicas canadenses de fomento médico na atenção primária a saúde.
- D) Importância dos Médicos de família nas Redes integradas de Saúde.
- E) Análise dos mecanismos de pagamento ao médico de família no Canadá.
- F) Fatores canadenses considerados importantes nas propostas para aprimoramento do recrutamento e da retenção rural de médicos de família.
- G) A força tarefa do Canadá para fortalecimento da educação em medicina familiar em comunidades rurais como intervenção no sistema de saúde.
- H) Influência de pontos de contato de aprendizagem rural.

A) Análise comparativa dos desafios do Sistema de Saúde do Canadá e Sistema de Saúde Brasileiro e a importância central dos médicos de família

Os sistemas de atenção primária brasileiro e canadense enfrentam desafios semelhantes, incluindo geografia, mudanças demográficas, iniquidades em saúde da população e lacunas no acesso universal a serviços abrangentes de atenção primária. Embora as abordagens para enfrentar esses desafios sejam diferentes em ambos os cenários, elas destacam a importância central dos médicos de família em ambos os sistemas. Os serviços de saúde mental no contexto dos cuidados de saúde primários continuam a ser um desafio considerável para ambos os países.

As raízes do sistema canadense *Medicare* remontam à década de 1940, com a implementação de serviços hospitalares na província de Saskatchewan. Estatutos aprovados nas décadas de 1950 e 1960 forneceram fundos federais para o reembolso parcial dos custos provinciais para serviços hospitalares e de diagnóstico específicos e, em seguida, para serviços médicos prestados fora dos hospitais; no início da década de 1970, todas as províncias e territórios tinham planos universais de seguro de serviços médicos.

Em 1994, o governo federal aprovou a Lei de Saúde do Canadá, que definiu as condições que as províncias e territórios devem aderir para receber financiamento federal para serviços de saúde, incluindo a cobertura de uma cesta essencial de serviços. Embora cerca de 70% dos cuidados de saúde canadenses sejam financiados publicamente, quase todos esses cuidados são prestados por instituições e profissionais privados (geralmente sem fins lucrativos), normalmente com recebimento através de taxa por serviço.

Os serviços cobertos são abrangentes, mas na maioria das províncias normalmente não incluem custos odontológicos, de reabilitação ou farmacêuticos, exceto para certas populações, como jovens e idosos. Tais custos são pagos de forma particular ou através de planos de seguro de saúde privados suplementares, muitas vezes fornecidos pelos empregadores. Atualmente, há um movimento em direção a um programa nacional de assistência farmacêutica, mas, ao mesmo tempo, há uma pressão contínua para a privatização de alguns serviços, especialmente na área de diagnóstico por imagem.

As práticas de atenção primária são tipicamente administradas como uma pequena empresa e apresentam composições variáveis, embora a tendência seja para o cuidado baseado em equipe. Os profissionais normalmente não têm uma responsabilidade de captação geográfica dos pacientes, com exceção dos centros de saúde comunitários e alguns dos modelos mais recentes de equipe de saúde familiar em certas províncias.

Em suma, há maior variabilidade na prestação de cuidados de saúde dentro do sistema canadense do que nos municípios brasileiros. Alguns diriam que existem de fato 17 sistemas diferentes no Canadá: 1 para cada província e território, 1 para as Primeiras Nações e populações que vivem em territórios designados, 1 para presos federais, 1 para membros das forças armadas e 1 para refugiados recém-chegados patrocinados pelo governo. Por outro lado, no Brasil, o financiamento federal apoia um sistema único nacional de saúde para atender a todas as populações, que é complementado por planos de saúde privados.

Tanto o Canadá quanto o Brasil são vastos geograficamente. O Canadá tem o segundo maior e o Brasil o quinto maior território do mundo. No entanto, o Brasil é aproximadamente seis vezes mais populoso do que o Canadá, e há uma diferença considerável subsequente na densidade populacional. Como um país de alta renda, o Canadá tem maiores gastos per capita em saúde, maior expectativa de vida ao nascer e menores taxas de mortalidade infantil e materna, e um número proporcionalmente maior de leitos hospitalares, médicos (incluindo especialistas em medicina familiar) e pessoal de enfermagem e obstetrícia em comparação com o Brasil, um país de renda média-alta.

Há uma diferença substancial no número de médicos especialistas certificados no Canadá e no Brasil. No Brasil, é possível trabalhar na atenção primária sem uma qualificação de especialista, enquanto todos os médicos canadenses devem ter treinamento especializado adicional, por exemplo, medicina de família, para trabalhar na atenção primária. Isso significa que, de um total de 388.203 médicos brasileiros, apenas 228.862 (59,0%) são médicos especialistas certificados. Desse total, 1,8% são médicos de família e 98,2% atuam em outras especialidades. Isso demonstra a grande heterogeneidade na formação profissional no Brasil e representa um desafio para o setor de atenção primária, certamente quando se trata de padronizar processos. No Canadá, a repartição dos médicos é mais pesada para os cuidados primários, onde dos 84.063 médicos, 50,6% são certificados em medicina de família.

Dentre os principais desafios para a implantação dos sistemas nacionais de saúde no Canadá e no Brasil, destacam-se 3 semelhanças: acesso a populações residentes em áreas de

maior vulnerabilidade, fortalecimento em demandas prioritárias e aprimoramento da formação profissional.

Quanto aos desafios relacionados a demografia e acesso equitativo aos cuidados, a vasta área geográfica e a baixa densidade populacional nas regiões do norte de ambos os países apresentam desafios para a prestação de serviços e o estabelecimento de profissionais de saúde. Ambos os países continuam a desenvolver e melhorar o acesso às tecnologias de telemedicina.

Com uma esperança de vida superior a 80 anos, os canadenses reconheceram a necessidade de desenvolver melhores cuidados domiciliares e programas de cuidados de longo prazo, mas o progresso tem sido lento. Como os cuidados de saúde são uma responsabilidade provincial, as respostas coordenadas às tendências demográficas nacionais, como o envelhecimento da população, podem ser desafiadoras. No entanto, algumas transferências de dinheiro federal para as províncias têm sido ligadas ao desenvolvimento de programas de cuidados domiciliários.

Tanto o Canadá quanto o Brasil têm histórias coloniais e populações indígenas substanciais. No Brasil, a assistência universal à saúde tem sido fundamental não só para a população em geral, mas também para grupos minoritários como os quilombolas, as pessoas que vivem na região amazônica e as comunidades ribeirinhas. Dentro de cada uma dessas populações singulares, a ESF (estratégia Saúde da Família) tem sido o veículo para a prestação de serviços de atenção primária à saúde. Da mesma forma, as populações indígenas no Canadá se beneficiaram de cuidados de saúde universais, embora existam problemas consideráveis para garantir a manutenção dos serviços. Isso levou a apelos para que uma lente de equidade fosse aplicada a todas as iniciativas de serviços de saúde.

Quanto ao fortalecimento em demandas prioritárias, apesar do foco no acesso universal aos cuidados de saúde em ambos os países, lacunas importantes permanecem. Em geral, há uma tendência à supervalorização da tecnologia em detrimento do cuidado baseado no esforço e no contato humano. Assim, vemos uma desvalorização de abordagens comprovadas pelo tempo, como serviços de reabilitação, incluindo fisioterapia, e os amplos domínios da educação e aconselhamento do paciente. Além disso, vimos que há uma heterogeneidade considerável em ambos os sistemas. Isso apresenta desafios quando se trata de inovações em larga escala, como acontece com a assistência farmacêutica nacional no Canadá, por exemplo.

Quanto às reformas na formação profissional, o foco abrangente do treinamento em medicina de família é de vital importância no Canadá, onde o sistema depende de, aproximadamente, metade de todos os médicos praticantes se tornarem médicos de família, com um papel de administrador do sistema. No entanto, nos últimos anos, alguns centros urbanos atingiram um ponto de saturação para os médicos de família, enquanto partes rurais e remotas do país enfrentam escassez aguda.

O currículo médico no campo da medicina familiar também continuou a evoluir para atender às necessidades em evolução da população de cada país. No Canadá, o treinamento em

medicina familiar mudou para programas baseados em competências, que foram modelados após as competências CanMEDS do *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Da mesma forma, em 2014, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família elaborou o currículo a ser baseado em competências, em consulta e parceria com a Universidade de Toronto, em Ontário.

Mais recentemente, tem havido um apelo para uma reforma de alongamento das residências de medicina familiar no Canadá, com o padrão atual sendo de 2 anos. Talvez seja em resposta ao movimento baseado em competências da especialidade ao conjunto, cada vez mais complexo, de competências necessárias para que os médicos de família atendam às necessidades em evolução da sociedade e à percepção de que a duração padrão dos programas de residência em outras regiões é de 3 anos ou mais.

Referências

1. Macinko J, Harris MJ. Estratégia de saúde da família do Brasil – a prestação de cuidados primários de base comunitária em um sistema universal de saúde. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177–81.
2. Saúde Canadá. *Healthy Canadians 2012: um relatório federal sobre indicadores de saúde comparáveis*. Ottawa, ON: Saúde Canadá; 2013.
3. Ponka D. Medical rationing in Canada [blog] *Can Fam Physician*. 2017. Jun 29. Accessed 2023 Feb 9.
4. Montague T, Cochrane B, Gogovor A, Aylen J, Martin L, Nemis-White J. Healthcare in Canada: choices going forward. *Healthc Q*. 2018;21(1):13–8.
5. World Bank. *Country profile: Canada*. Washington, DC: The World Bank Group; 2018. Accessed 2023 Feb 14.
6. Canadian Institute for Health Information . *National health expenditure trends, 1975 to 2017*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2017.
7. Global Health Observatory . *Country view: Canada*. Geneva, Switz: World Health Organization. Accessed 2023 Feb 14.
8. Canadian Institute for Health Information . *Physicians in Canada, 2016: summary report*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2017.
9. Department of Finance Canada. *Federal proposal to strengthen health care for Canadians*. Ottawa, ON: Government of Canada; 2016. Accessed 2023 Feb 17.
10. Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay N. Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *Lancet*. 2018;391(10131):1645–8. Epub 2023 Feb 23.
11. Health Equity Advisory Committee . *Health Quality Ontario’s Health Equity Plan*. Toronto, ON: Health Quality Ontario; 2016.
12. Bosco C, Oandasan I. *Review of family medicine within rural and remote Canada: education, practice, and policy*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2016.
13. Working Group on Curriculum Reform . *CanMEDS–Family Medicine*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2009.
14. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, Brazil: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2014.

15. Glauser W. Longer family medicine residency being considered for Canada. CMAJ. 2018;190(41):E1235–6.
16. Arya N, Gibson C, Ponka D, Haq C, Hansel S, Dahlman B, et al. Family medicine around the world: overview by region. The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in the world. Can Fam Physician. 2017;63:436–41.

B) Análise de desafios atuais do sistema de saúde canadense e alternativas de avanços com fortalecimento de equipes interprofissionais

Segundo o Colégio de Médicos de Família do Canadá, se os cuidados de saúde canadenses aspiram a estar entre os melhores sistemas do mundo, todos precisam ter um relacionamento pessoal, ao longo do tempo, com um médico de família ou outro prestador de cuidados primários. Como nenhum provedor único pode estar disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, ou atender a toda a amplitude das necessidades do paciente e da comunidade, o acesso a uma equipe interprofissional é essencial.

Em contraste com esses objetivos, o sistema atual deixa cerca de 5 milhões de canadenses sem um médico de referência, e conseqüentemente intensificando a necessidade da procura por clínicas ambulatoriais, maiores números de acessos a departamentos de emergência (DE) ou até mesmo, a renúncia do cidadão aos cuidados de promoção e proteção necessários. Há um apoio incompleto e limitado para modelos de atendimento baseados em equipe multidisciplinar, decorrente da cobertura universal de apenas serviços hospitalares e médicos historicamente e conforme legislado na Lei de Saúde do Canadá.

A maioria dos médicos de família e clínicos gerais no Canadá são proprietários independentes de pequenas empresas, totalmente responsáveis por todo o pessoal e infraestrutura necessários para ofertar os cuidados primários, em contraste com as equipes multidisciplinares e recursos de infraestrutura fornecidos pelo sistema público nos hospitais.

O atual contexto nacional apresenta desafios contínuos que o sistema de saúde e os cuidados primários enfrentam. A pandemia de COVID-19 exacerbou desafios estruturais de longa data nos cuidados de saúde, com crises em cuidados de longa duração, hospitais e unidades de cuidados intensivos e, mais recentemente, em hospitais pediátricos e departamentos de emergências, com níveis recordes de estresse, esgotamento e rotatividade entre médicos, enfermeiros, trabalhadores de apoio pessoal e muitos outros.

As questões estruturais pré-existentes incluem menos médicos, leitos hospitalares e exames de imagem per capita, bem como uma proporção menor de gastos com cuidados de saúde em cuidados primários do que a maioria dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Um desafio adicional na tentativa de entender a capacidade da força de trabalho, ao contrário de outros países da OCDE que contam apenas com prestadores de cuidados abrangentes ativos como médicos de cuidados primários, o Canadá conta todos os médicos "não

especialistas" como médicos de cuidados primários, apesar de cerca de 30% desse total de profissionais estarem relativamente inativos por trabalharem em práticas focadas, como a medicina de emergência, cuidados hospitalares e cuidados paliativos.

Desafios adicionais para os cuidados primários incluem: capacidade de trabalho reduzida por muitos médicos de família estarem próximos a idade de aposentadoria; declínio do interesse em medicina familiar entre os estudantes de medicina, com cerca de 100 vagas de residência financiadas não preenchidas em todo o país, segundo o *Canadian Resident Matching Service* de 2022; o maior crescimento populacional projetado entre os países do Grupo dos 7; e o rápido envelhecimento populacional, juntamente com o aumento da complexidade do sistema e das taxas de multimorbidade.

Paradoxalmente, o aumento do número de médicos de família per capita não se traduziu em um aumento da capacidade de atendimento à população. Como já observado, quase um terço dos médicos de família não estão trabalhando em cuidados integrais, e essa tendência está piorando com o tempo. Menos bem documentado até agora é um declínio acentuado nos serviços prestados por médico nos últimos 20 anos. O número de contatos por médico caiu de 20% a 24% em 4 províncias canadenses e o número de dias de serviço, definido como dias com pelo menos 10 serviços no valor de pelo menos US\$20 a US\$ 25 cada, diminuiu de 7% a 10% em Alberta e Ontário.

Embora tenha havido um aumento substancial no número de médicas de família do sexo feminino, e se sabe que as médicas de família do sexo feminino são mais propensas a trabalhar a tempo parcial durante o início da sua carreira devido a questões como gravidez e cuidados familiares infantis, o declínio nos serviços ao longo do tempo incluiu tanto médicos do sexo feminino quanto masculino, bem como médicos em início, meio e final de carreira.

Lacunas de evidência relacionadas à prática de meio período versus período integral; papéis e escopos da prática; pessoal de escritório e despesas gerais; tempo gasto com os pacientes; impacto dos registros eletrônicos e da manutenção de registros; e o tempo necessário para a coordenação, administração e papelada dos cuidados constituem sérios desafios para o planejamento da força de trabalho da atenção primária.

Em 2019, um total de 4,6 milhões de canadenses com mais de 12 anos não tinham um provedor médico de cuidados primários, e cerca de 6,6 milhões de canadenses estavam ligados a médicos de família com idade de 65 anos ou mais, com uma idade média de aposentadoria do médico de cuidados primários aos 70 anos. As metas de imigração excederão 450.000 pessoas por ano até 2025, e se espera que o Canadá tenha um crescimento populacional líquido de pelo menos 2 milhões de pessoas nos próximos 5 anos. Como uma estimativa aproximada, cerca de 10 milhões de canadenses precisarão de prestadores de cuidados primários nos próximos 5 anos e, atualmente, há apenas cerca de 1.200 residentes de medicina familiar que concluem o treinamento por ano. Se uma prática abrangente em tempo integral pode fornecer cuidados para cerca de 1.400 pessoas, sendo que 70% dos recém-formados estão em prática abrangente e 30%

trabalham a tempo parcial, pelo menos 10.000 novos médicos de família serão necessários em 5 anos.

A atenção primária canadense apresenta-se com provedores de atenção primária insuficientes e tendências de agravamento que resultam em um ciclo vicioso de esgotamento e tendência a abandono da prática ou redução do escopo, agravado por um ambiente de prática pouco atraente para os recém-formados.

Trabalhos recentes têm destacado as necessidades e preferências dos residentes de medicina de família e dos médicos de família em início de carreira, o que pode servir como um ponto de partida promissor para o redesenho do sistema visando o recrutamento e a retenção de médicos de medicina de família. Os fatores que moldam as intenções e escolhas da prática incluem oportunidades de prestar cuidados abrangentes em modelos baseados em equipe; alternativas à remuneração por serviço, com remuneração justa; a capacidade de tirar folga, com cobertura para os pacientes; a capacidade de se concentrar na medicina, em vez de administrar um negócio; e cumprir o trabalho que responde às necessidades da comunidade.

Embora as equipes interprofissionais sejam comuns em ambientes de prática acadêmica em medicina da família, elas compõem uma pequena fração das práticas de atenção primária do Canadá. O papel e o propósito dos cuidados baseados em equipe podem incluir a redução da carga de trabalho do médico, a melhoria do equilíbrio entre vida profissional e pessoal do provedor, a melhoria da qualidade dos cuidados, o preenchimento de lacunas nos cuidados (especialmente saúde mental e gerenciamento de doenças crônicas), atendendo à amplitude das necessidades do paciente e da comunidade e criando um local de trabalho de apoio e atraente para uma variedade de profissionais de saúde e funcionários relacionados.

Pode ser importante distinguir as contribuições de profissionais de saúde, como enfermeiros, profissionais de enfermagem, assistentes médicos, farmacêuticos e assistentes sociais, daquelas de outros funcionários de escritório, incluindo funcionários administrativos, escritvãs, profissionais de tecnologia da informação, coordenadores e assistentes de consultório médico. Os profissionais de saúde estão muitas vezes vinculados por escopos estreitos de prática dentro da atenção primária, mesmo quando seu treinamento e licenciamento lhes permitem fazer muito mais. Por exemplo, há evidências de que os enfermeiros podem fornecer cuidados superiores de diabetes e atuar efetivamente como gerentes de caso para pacientes com necessidades complexas, resultando em cuidados aprimorados, custos mais baixos e tempo clínico reduzido. Da mesma forma, quando o tratamento do diabetes, hipertensão e outros riscos de doenças cardiovasculares são gerenciados pelos farmacêuticos, melhores resultados e redução da carga de trabalho do clínico podem ser alcançados.

Reduzir a carga administrativa é uma abordagem promissora para lidar com o esgotamento e reduzir a carga de trabalho na atenção primária, evidência esta endossada pelo Colégio de Médicos de Família do Canadá, pela Associação Médica Canadense. Agilizar e simplificar os fluxos de trabalho em prontuários eletrônicos; organização de sistemas de encaminhamento (incluindo e-consulta, triagem centralizadas); e eliminar ou harmonizar

formulários e cartas necessários para referências, seguros, governo, empregadores e programas de benefícios são abordagens importantes para reduzir a carga de trabalho administrativa do médico. O uso efetivo de pessoal de escritório não tradicional (ou seja, escritvães, assistentes de consultório médico) é promissor para grandes reduções no trabalho administrativo e de coordenação. Muitos prestadores de cuidados médicos de saúde gastam mais tempo mapeando e coordenando os cuidados do que examinando os pacientes, o que aponta para oportunidades importantes para equipes expandidas de profissionais de saúde e outros funcionários do escritório.

Referências

17. Mate K. On the Quintuple Aim: why expand beyond the Triple Aim? [blog]. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2022. Available from: <https://www.ihl.org/communities/blogs/on-the-quintuple-aim-why-expand-beyond-the-triple-aim>. Accessed 2023 Feb 10.
18. Ma A. Building a healthcare system that's fit for purpose. Toronto, ON: PwC Canada; 2022. Available from: <https://www.pwc.com/ca/en/industries/healthcare/systemfit-for-purpose.html>. Accessed 2023 Feb 10.
19. A new vision for Canada. Family practice—the Patient's Medical Home 2019. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2019. Available from: <https://www.cfpc.ca/en/resources/patient-s-medical-home/a-new-vision-forcanada-family-practice-the-patien>. Accessed 2023 Feb 10.
20. The IHI triple aim. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2022. Available from: <https://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>. Accessed 2023 Feb 10.
21. Health fact sheets. Primary health care providers, 2019. Ottawa, ON: Statistics Canada; 2019. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.htm>. Accessed 2023 Feb 10.
22. Canada Health Act, RSC, 1985, c C-6. Ottawa, ON: Government of Canada; 2017. Available from: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>. Accessed 2023 Feb 10.
23. Ivers N, Newbery S, Eissa A, Bayoumi I, Kiran T, Pinto A, et al. Brief on primary care part 3: lessons learned for strengthened primary care in the next phase of the COVID-19 pandemic. Toronto, ON: Science briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table; 2022. Available from: <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/brief-on-primary-care-part-3-lessons-learned-for-strengthened-primary-care-inthe-next-phase-of-the-covid-19-pandemic/>. Accessed 2023 Feb 10.
24. Chart 1: impacts experienced by health care workers during the COVID-19 pandemic, by occupation, Canada, September to November 2021. In: Survey on health care workers' experiences during the pandemic (SHCWEP). Ottawa, ON: Statistics Canada; 2022. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220603/cga001-png-eng.htm>. Accessed 2023 Feb 10.
25. Schultz SE, Glazier RH. Identification of physicians providing comprehensive primary care in Ontario: a retrospective analysis using linked administrative data. CMAJ Open 2017;5(4):E856-63. 11. 2022 CaRMS Forum presentation deck. Ottawa, ON: Canadian Resident Matching Service; 2022. Available from: <https://www.carms.ca/pdfs/carms-forum-2022.pdf>. Accessed 2023 Feb 11.

26. Canada tops G7 growth despite COVID. Ottawa, ON: Statistics Canada; 2022. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220209/dq220209a-eng.htm>. Accessed 2023 Feb 11.
27. Rudoler D, Peterson S, Stock D, Taylor C, Wilton D, Blackie D, et al. Changes over time in patient visits and continuity of care among graduating cohorts of family physicians in 4 Canadian provinces. *CMAJ* 2022;194(48):E1639-46.
28. 15. Simkin S, Dahrouge S, Bourgeault IL. End-of-career practice patterns of primary care physicians in Ontario. *Can Fam Physician* 2019;65:e221-30. Available from: <https://www.cfp.ca/content/65/5/e221.long>. Accessed 2023 Feb 10.
29. Kabir M, Randall E, Mitra G, Lavergne MR, Scott I, Snadden D, et al. Resident and early-career family physicians' focused practice choices in Canada: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2022;72(718):e334-41.
30. Doménech-Briz V, Gómez Romero R, de Miguel-Montoya I, Juárez-Vela R, MartínezRiera JR, Mármol-López MI, et al. Results of nurse case management in primary health care: bibliographic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(24):9541.
31. Position statement on administrative support for family medicine in Canada. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2022. Available from: <https://www.cfpc.ca/en/position-statement-on-administrative-support-for-familymedicine-in-canada>. Accessed 2023 Feb 10.
32. Sinsky CA, Bodenheimer T. Powering-up primary care teams: advanced team care with in-room support. *Ann Fam Med* 2019;17(4):367-71.
33. A lens on the supply of Canada's health workforce. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2022. Available from: <https://www.cihi.ca/en/healthworkforce-in-canada-in-focus-including-nurses-and-physicians/a-lens-on-the-supply-of-canadas>. Accessed 2023 Feb 10.
34. PA facts. Ottawa, ON: Canadian Association of Physician Assistants; 2022. Available from: <https://capa-acam.ca/about-pas/pa-fact-sheet/>. Accessed 2023 Feb 10.
35. An overview of physician payments and cost per service. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2022. Available from: <https://www.cihi.ca/en/health-workforce-in-canada-in-focus-including-nurses-and-physicians/an-overview-of-physician>. Accessed 2023 Feb 10.
36. Green ME, Hogg W, Gray D, Manuel D, Koller M, Maaten S, et al. Financial and work satisfaction: impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario. *Healthc Policy* 2009;5(2):e161-76.
37. The need for alternative payment models in a post-COVID-19 health system. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2020. Available from: <https://www.cfpc.ca/en/news-and-events/news-events/news-events/news-releases/2020/the-need-for-alternative-payment-models-in-a-post>. Accessed 2023 Feb 10.

C) Políticas públicas canadenses de fomento médico na atenção primária a saúde.

O Canadá tem um sistema descentralizado de governo, que divide a responsabilidade constitucional pela governança entre um governo federal e dez governos provinciais; três governos territoriais têm autoridades legislativas que são delegadas pelo governo federal. Os governos provinciais e territoriais têm jurisdição sobre o financiamento e a prestação de

serviços de saúde; isso inclui políticas e programas relacionados ao treinamento, recrutamento, regulamentação e remuneração de médicos.

O governo federal canadense tem desempenhado historicamente um papel importante na saúde, principalmente através de contribuições financeiras dedicadas às províncias e territórios. Para receber contribuições federais para a saúde, estes dois últimos são obrigados a seguir os princípios estabelecidos na Lei de Saúde do Canadá, do ano de 1985. Entre esses princípios, está a exigência de que as províncias forneçam certos serviços médicos e hospitalares gratuitamente. Na ausência de requisitos estabelecidos na Lei de Saúde do Canadá, as províncias são livres para explorar diferentes abordagens para o financiamento e prestação de cuidados de saúde.

As treze províncias e territórios administram sistemas de saúde comparáveis, mas distintos. Para caracterizar e explorar essas diferenças regionais, uma revisão sobre as mudanças nas políticas de atenção primária de três províncias foi realizada. As provinciais escolhidas foram Colúmbia Britânica (BC), Nova Escócia (NS) e Ontário (ON), por apresentarem as principais diferenças tanto em localização geográfica, tamanho geográfico, quanto contexto econômico.

Quanto a remuneração médica, os incentivos financeiros e modelos de pagamento são os instrumentos dominante que os governos provinciais utilizam para tentar influenciar o comportamento dos médicos da atenção primária do Canadá. Todas as três províncias implementaram uma ampla gama de incentivos de pagamento destinados a objetivos políticos específicos para a prestação de cuidados primários. Esses incentivos variaram de pagamento por desempenho dos cuidados de doenças crônicas, como por exemplo, o diabetes, ao rastreamento do câncer, e incluem a educação médica continuada.

Uma pluralidade de mudanças políticas, em cada jurisdição, envolveu alguma forma de incentivo de pagamento direcionado a mudanças específicas no comportamento da prática, localização da prática ou para promover a educação. Muitos desses incentivos foram introduzidos na atenção primária após a conclusão de acordos entre os governos provinciais com as associações médicas. Os acordos foram estabelecidos em 2003, 2006 e 2014 em BC, 2001, 2004, 2008 e 2016 em NS e 2004, 2008 e 2012 em ON.

O modelo tradicional para o pagamento da atividade médica, no Canadá, é a taxa fixa por serviço específico (FFS). A implementação de modelos de pagamento alternativos também tem sido uma característica proeminente da reforma da atenção primária no Canadá, particularmente na província de Ontário. Modelos alternativos, nas três províncias, envolveram alguma forma de pagamento prospectivo, como um salário ou capitação.

Os modelos de pagamento proporcionam aos médicos maior estabilidade de renda e podem também fornecer incentivos financeiros para aprimorar a qualidade dos cuidados em saúde. Por exemplo, acredita-se que os modelos de pagamento prospectivos incentivem os

médicos a passar mais tempo com os pacientes e a se concentrarem na prestação de serviços abrangentes de atenção primária.

Formas alternativas de pagamento existem há algum tempo no Canadá, mas foram usadas com moderação até o início dos anos 2000. Em percentagem do total dos pagamentos clínicos, os pagamentos alternativos aumentaram de 10,8% para 26,7% entre 2000 e 2018 para todas as especialidades médicas. Além do FFS, a província de Columbia Britânica tem um Programa de Pagamento Alternativo, em vigor desde 1986 e, a partir de 2017/18, 18% dos pagamentos clínicos para médicos de cuidados primários foram feitos através desses arranjos.

O pagamento alternativo tem um papel mais proeminente na Escócia e em Ontário, onde 48% e 56% do total de pagamentos aos médicos da APS, em 2018, para cuidados clínicos, foram feitos através de planos de pagamento alternativos. Na Nova Escócia, o governo provincial também implementou Planos de Pagamento Alternativos de Cuidados Abrangentes, em 2007, adotando o quadro de pagamento alternativo existente para apoiar e incentivar a prática da medicina familiar rural.

Ontário experimentou políticas de pagamento alternativo durante o início a meados dos anos 2000. A província introduziu um modelo de capitação mista chamado Rede de Saúde da Família, em 2001, após um piloto que começou em 1999. Posteriormente, a província introduziu dois modelos de FFS aprimorados, denominados Grupo de Saúde da Família, em 2003, e Modelo de Atenção Integral, em 2005. Esses modelos foram feitos para atrair médicos que preferiam permanecer na FFS, mas incluíam bônus e prêmios adicionais para serviços como o de gerenciamento de doenças crônicas.

Em 2006, a província introduziu outro modelo baseado em capitação chamado Organização de Saúde da Família (FHO). Outros modelos foram introduzidos ao longo deste período, incluindo o salário misto e o Acordo do Grupo de Médicos do Norte Rural, mas com uso limitado pelos médicos. Dado o aumento dos custos dos serviços médicos, o governo provincial colocou limites estritos à participação no modelo através de uma política chamada *Managed Entry*, em 2012.

Mais de 170 políticas governamentais direcionadas aos médicos da APS no BC, NS e ON, foram identificadas. Essas políticas podem ser categorizadas na taxonomia de instrumentos de política da OTAN (Tabela 1), onde a maioria das políticas estão na categoria "tesouro" (n:110). Nessa categoria, estão os incentivos de pagamento e os modelos de compensação. Os instrumentos "nodais" (n:29) e "organizacionais" (n:29) são aplicados por meio de políticas como planos estratégicos, iniciativas educacionais e mudanças na governança do sistema de saúde, enquanto os instrumentos de "autoridade" (n:15) são usados com moderação nos regulamentos do governo provincial.

Tabela 1. Taxonomia da OTAN

Tipo de política	Descrição
<i>Nodalidade</i>	Instrumentos políticos baseados em informações (por exemplo, coleta e liberação de informações, publicidade, educação)
<i>Autoridade</i>	Regulação e auto-regulação
<i>Tesouro</i>	Políticas financeiras, incluindo subsídios, impostos, despesas fiscais e criação e financiamento de grupos de interesse
<i>Organização</i>	Composição dos órgãos governamentais e reguladores, fornecimento direto de bens e serviços, empresas públicas

As mudanças nas políticas também se concentraram em setores prioritários que se alinhavam com os objetivos nacionais para a reforma da atenção primária. Esses setores foram agrupados em: ampliação de acesso, atendimento por equipe multidisciplinar, captação e vinculação de pacientes, *eHealth* (tecnologia de registros) e recrutamento e retenção de profissionais em regiões do Norte e rurais.

As áreas com prioridades governamentais, para os cuidados prestados pelos médicos, receberam incentivos específicos usando uma variedade de instrumentos políticos, como incentivos financeiros destinados diretamente aos médicos, inclusão de novos modelos de sistema de saúde e de organização da prática médica, apoio administrativo e iniciativas educacionais.

Os instrumentos políticos utilizados foram negociados com as associações médicas provinciais, permitindo algum grau de autonomia sobre a forma como as prioridades políticas seriam implementadas na prática. Por exemplo, os modelos de cuidados baseados em equipe tendiam a oferecer aos médicos a opção de selecionar distintos provedores de saúde para incluir em sua prática; e as estratégias do *eHealth* geralmente permitiam que os médicos tomassem suas próprias decisões sobre qual software utilizar.

A ampliação e aprimoramento do acesso aos cuidados de saúde primários, principalmente à noite e aos fins-de-semana, foi um dos objetivos do Acordo de Saúde do Primeiro-Ministro de 2004. Os incentivos ao pagamento desempenharam um papel importante neste domínio.

Por exemplo, em 2004, um prêmio denominado After Hours foi introduzido na província de Ontário para incentivar os médicos a participarem da oferta de cuidados ou após o expediente ou nos fins de semana. Em 2008, O governo provincial da Escócia introduziu o Evening and Weekend GP Office Visit Incentive para atingir um objetivo semelhante. O governo de Ontário também introduziu um serviço de aconselhamento em saúde por telefone, em 2001, que mais

tarde foi expandido e renomeado Telessaúde ON. Este serviço permitiu que os pacientes falassem com os profissionais de saúde por telefone, durante as noites e fins de semana. A Colúmbia Britânica introduziu, em 2004, o Programa Médico de Plantão/Disponibilidade (MOCAP) que visava a prestação de cuidados após o horário de expediente e durante o fim de semana; em 2006, a província também desenvolveu um pagamento de incentivo para atendimentos telefônicos e, em 2014, um programa de Telemedicina.

A ampliação ao acesso a cuidados baseados em equipes interdisciplinares foi outra prioridade do Acordo de Saúde do Primeiro Ministro de 2004. Cada uma das três províncias implementou novos modelos organizacionais que envolveram alguma forma de equipe interprofissional de atenção primária. No entanto, a extensão em que este objetivo foi realizado variou entre elas.

Ontário apresentou mudanças mais substanciais nesta área. Em 2005, a província introduziu a Equipe de Saúde da Família (ESF), um modelo de atenção primária interprofissional liderado por médicos, onde estes recebem financiamento para contratar outros profissionais, como por exemplo, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos.

Na Escócia, em 2000, a *Strengthening Primary Care Initiative* foi apoiada por financiamento federal e envolveu várias reformas nos cuidados primários. Posteriormente, houve pouca expansão da atenção primária interprofissional até 2015, quando a província anunciou o Modelo de Lar de Saúde, que visa construir equipes que envolvam uma variedade de profissionais de saúde. Notavelmente, mesmo a partir de 2020, essas equipes tendem a ser pequenas (dois ou três profissionais) e consistem principalmente de médicos e enfermeiros.

O governo da Colúmbia Britânica adotou uma abordagem diferente para o atendimento interprofissional, concentrando-se em facilitar parcerias comunitárias, em vez da localização de equipes em um ambiente clínico compartilhado. Em 2006, a província introduziu o *Multidisciplinary Care Between General Practitioner and Health Care Provider fund*, com um investimento de US\$ 5,5 milhões para apoiar na colaboração de outros profissionais de saúde com os médicos de cuidados primários.

Desde 2008, a província implementou 35 Divisões de Prática Familiar, grupos comunitários de médicos de família que trabalham juntos para fornecer apoio profissional e melhorar as áreas de atendimento ao paciente, como por exemplo, aos cuidados a idosos e cuidados de saúde mental. Em 2016, a província introduziu o modelo *Patient Medical Home* (semelhante a Escócia), que é um conjunto de princípios orientadores para a criação de equipes interprofissionais e que são a base do modelo da Rede de Atenção Básica. Estes visam construir redes de médicos que operem na mesma área geográfica e que recebam fundos das autoridades regionais de saúde para contratação de serviços prestados por outros profissionais de saúde.

Quanto ao aprimoramento do vínculo entre equipe e comunidade, todas as três províncias priorizaram a vinculação de pacientes a um prestador regular de cuidados primários. Elas

implementaram estruturas para promover o apego do paciente e utilizaram incentivos de pagamento direcionados a captação de novos pacientes.

O governo de Ontário introduziu o registro de paciente chamado *Health Care Connect*, em 2008. Da mesma forma, o governo da Escócia introduziu o Registro de Necessidade de um Médico de Família, em 2016. Esses registros tem como objetivo conectar pacientes não vinculados a provedores que estão aceitando novos pacientes.

Em 2010, o governo da Colúmbia Britânica criou a Iniciativa de Apego, um incentivo de pagamento para os médicos que atraíssem pacientes não vinculados a uma equipe. Incentivos semelhantes foram implementados nas outras províncias, incluindo o *Unattached Patient Fee* (2004) e o *Unattached Patients Collaboration Initiative* (2008) em Ontário; e o Programa de Incentivo ao Paciente Desapegado (2008), a Taxa de Apego ao Paciente Órfão (2008) e o Confiança de Incentivo ao Apego ao Paciente (2018) na Escócia.

Quanto aos investimentos em tecnologia em saúde, grandes esforços foram destinados ao desenvolvimento de prontuários eletrônicos. O governo da Colúmbia Britânica investiu no *Physician Information Technology Office* (2005) e o governo da Escócia introduziu o *One Patient One Record* (2015). O governo de Ontário, em 2002, criou a Agência de Sistemas Inteligentes para a Saúde, a qual, em 2008, evoluiu para a denominada *eHealth Ontario*, com o objetivo de implementar um registro eletrônico de saúde provincial até 2015. A partir de 2016, a província teria gasto mais de US \$ 8 bilhões em iniciativas de *eHealth*.

O governo federal também fez investimentos em tecnologia da informação para a atenção básica. De 2000 a 2003, os governos provinciais e territoriais fizeram parcerias com o governo federal para apoiar o Programa de Parcerias de Infraestrutura de Saúde do Canadá, que se concentrou na entrega de projetos de telessaúde. De 2005 a 2007, a Health Canada desenvolveu o *Supporting the Implementation of Electronic Medical Records in Multi-Disciplinary Primary Health Care Settings*, que se concentrou na adoção sistemática de registros médicos eletrônicos nas práticas de atenção primária.

Com relação ao aprimoramento do recrutamento e da retenção de profissionais em áreas desafiadoras, como as rurais e do Norte, houve uma série de fundos, incentivos de pagamento e modelos de pagamento adaptados especificamente para médicos que trabalham nessas comunidades.

Em Ontário, em 2000, a *Northern Physician Retention Initiative* forneceu um pagamento fixo para os médicos para cada ano de prática em uma comunidade do norte. A província também estabeleceu o Programa de Retorno de Serviços ao Médico, que proporcionou oportunidades de treinamento de pós-graduação para graduados em medicina internacionais que trabalhassem em comunidades rurais e do Norte. Outros fundos incluíram, em 2004, o Programa de Investimento em Medicina Rural; em 2010, a Iniciativa de Recrutamento e Retenção do Norte e Rural; e, em 2012, o Programa de Locação em Medicina Familiar Rural.

O governo de Ontário também estabeleceu o Acordo do Grupo de Médicos do Norte Rural, um modelo de pagamento específico para médicos rurais.

O governo da Colúmbia Britânica também implementou uma série de fundos e pagamentos de incentivos para recrutar e reter médicos rurais. Estes incluíram, em 2001, o Grupo de Locação de Clínicos Gerais Rurais, o Programa de Educação Médica Rural Continuada e o Subsídio de Isolamento. Em 2003, foi instituído o Programa de Retenção Rural, o qual paga benefícios adicionais aos médicos por trabalharem em comunidades rurais.

Embora a Nova Escócia também tenha como objetivo atrair médicos para as comunidades rurais, grande parte dos esforços tem se concentrado no recrutamento médico para toda a província, em oposição aos esforços regionais específicos. Os fundos e incentivos destinados a atrair prestadores de cuidados primários para a província incluem o Plano de Recrutamento de Médicos, de 2001, o Fundo de Retenção e Recrutamento, de 2008, as Equipes de Recrutamento de Médicos, em 2016, e o Programa de Locação Provincial, em 2017.

Políticas voltadas para a educação continuada também têm sido usadas para atrair e reter médicos. Esses esforços incluíram, em 2001, o Plano de Educação Rural e o Programa de Educação Médica Continuada Rural na Colúmbia Britânica, o programa Semana Rural para estudantes de medicina do primeiro ano, e o Programa de Avaliação Prática Pronta para graduados médicos internacionais, ambos na Escócia, e a criação da Escola de Medicina do Norte de Ontário, em 2005. Essas políticas educacionais buscam incorporar a prática rural em experiências de aprendizagem médica, permitindo que potenciais médicos de cuidados primários desenvolvam competências e familiaridade com a medicina rural.

Governos em todo o Canadá empregaram vários instrumentos políticos para estimular a reforma da atenção primária. Embora os instrumentos políticos se estendessem por toda a taxonomia da OTAN, a maioria das reformas envolveu a utilização de incentivos financeiros para os médicos, incluindo uma variedade de modelos de pagamento e incentivos direcionados para setores prioritários de prática (acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana, cuidados baseados em equipes, pacientes não vinculados, tecnologia em saúde, recrutamento rural e do Norte).

É evidente que grande parte da reforma alcançada nas três províncias envolveu a participação direta da profissão médica na concepção e implementação das políticas. Como tal, os médicos não foram simplesmente afetados pela política, pelo contrário, foram participantes ativos que efetuaram a implementação de reformas. Grandes mudanças políticas corresponderam à negociação bem-sucedida de um acordo entre os governos provinciais e a associação médica provincial. Outras pesquisas canadenses sobre atenção primária também sugeriram que as associações médicas são atores importantes do sistema de saúde, cujas ações e prioridades preparam o terreno para a política primária.

Referências

38. Marchildon G, Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy*, 120 (7) (2016), pp. 732-738.
39. Hedden L, Barer, K. Cardiff, K. McGrail, M. Law, I. Bourgeault. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: A systematic review. *Human Resources for Health*, 12 (1) (2014), p. 32
40. L. Hedden, S. Banihosseini, N. Strydom, R. McCracken. Modern work patterns of "classic" versus millennial family doctors and their effect on workforce planning for community-based primary care: A cross-sectional survey. *Human Resources for Health*, 18 (1) (2020), p. 67
41. D. Snadden, M.A. Kunzli. Working hard but working differently: a qualitative study of the impact of generational change on rural health care. *Canadian Medical Association Journal*, 5 (3) (2017), pp. E710-E716
42. T. Bogler, K. Lazar, V. Rambihar. Female family physicians and the first 5 years: In pursuit of gender equity, work-life integration, and wellness. *Canadian Family Physician*, 65 (2019), pp. 585-588
43. J. Pereira, W. Hogg, E. Graves, D. Kljucic, D. Archibald, I. Oandasan, R.H. Glazier. Practice Profiles and Patterns of Ontario Family Medicine Residents 5 Years After Residency Examinations: An Exploratory Study. *Family medicine*, 54 (2) (2022), pp. 97-106
44. M.K. Andrew, F. Burge, E.G. Marshall. Family doctors providing home visits in Nova Scotia: Who are they and how often does it happen? *Canadian Family Physician*, 66 (4) (2020), pp. 275-280
45. D.L. Myhre, J. Konkin, W. Woloschuk, O. Szafran, C. Hansen, R. Crutcher. Locum practice by recent family medicine graduates. *Canadian Family Physician*, 56 (5) (2010), pp. e183-e190
46. S. Simkin, S. Dahrouge, I.L. Bourgeault. End-of-career practice patterns of primary care physicians in Ontario. *Canadian Family Physician*, 65 (5) (2019), pp. e221-e230
47. P.Z. Zhang, D.M. Hamza, S. Ross, I. Oandasan. Exploring change after implementation of family medicine residency curriculum reform. *Family Medicine*, 51 (4) (2019), pp. 331-337
48. E. Strumpf, J. Levesque, N. Coyle, B. Hutchison, M. Barnes, R. Wedel. Innovative and diverse strategies toward primary health care reform: Lessons learned from the Canadian experience. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25 (1) (2012), pp. S27-S33
49. M.R. Lavergne, L.J. Goldsmith, A. Grudniewicz, D. Rudoler, E.G. Marshall, M. Ahuja, S.T. Wong. Practice patterns among early-career primary care (ECPC) physicians and workforce planning implications: Protocol for a mixed methods study. *BMJ Open*, 9 (9) (2019), Article E030477
50. E. Strumpf, M. Ammi, M. Diop, J. Fiset-Laniel, P. Tousignant. The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *Journal of Health Economics*, 55 (2016), pp. 76-94
51. B. Hutchison, R. Glazier. Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Affairs*, 32 (4) (2013), pp. 695-703
52. A. Brousselle, D. Contandriopoulos, J. Haggerty, M. Breton, M. Rivard, M. Beaulieu, M. Perron. Stakeholder Views on Solutions to Improve Health System Performance. *Healthcare Policy*, 14 (1) (2018), pp. 71-85
53. J.F. Levesque, J.L. Haggerty, W. Hogg, F. Burge, S.T. Wong, A. Katz, D. Grimard, J.W. Weenink, R. Pineault. Barriers and Facilitators for Primary Care Reform in Canada: Results from a Deliberative Synthesis across Five Provinces. *Healthcare policy*, 11 (2) (2015), pp. 44-57

54. M.R. Lavergne, M.R. Law, S. Peterson, S. Garrison, J. Hurley, L. Cheng, K. McGrail. Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 122 (2) (2018), pp. 157-164
55. Glauser W. Pandemic amplifies calls for alternative payment models. *Canadian Medical Association Journal*, 8 (192) (2020), p. E638-9

D) Importância dos Médicos de família nas Redes integradas de Saúde

Há evidências significativas de que melhores resultados para os pacientes e para o sistema de saúde são alcançáveis quando a atenção primária é a coordenadora central, mas há desafios para envolver os médicos de família (PFs) no desenvolvimento de um sistema de saúde integrado no Canadá.

Os PFs são intimamente conhecedores do sistema de saúde, mas muitas vezes isolados de estruturas mais amplas do sistema de saúde devido à natureza independente de seu trabalho, limitando sua capacidade de contribuir para as mudanças significativas. Além disso, as melhores práticas para explorar a sabedoria dos PFs permanecem em grande parte desconhecidas, assim como os processos para envolvê-los. A prestação de cuidados de qualidade aos doentes continuará a enfrentar inúmeros desafios, a menos que os esforços de reforma incluam todos para um diálogo significativo e produtivo e, mais importante, uma mudança baseada em evidências.

Globalmente, os sistemas de saúde estão experimentando uma pressão crescente para prestar cuidados em face do aumento da prevalência de doenças crônicas e da diminuição dos recursos. Para combater estes desafios, precisamos de um sistema de saúde totalmente integrado. A OMS define o cuidado integrado como "reunir insumos, entrega, gestão e organização de serviços relacionados ao diagnóstico, tratamento, cuidados, reabilitação e promoção da saúde. A integração é um meio para melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência".

No Canadá, a província de Ontário introduziu as Redes Integradas de Saúde Local (LHINs) em 2004, encarregadas de planejar, integrar e distribuir o financiamento da saúde do governo em nível regional. Mais recentemente, as Equipes de Saúde de Ontário (OHTs, grupos de provedores e organizações) foram encarregadas da responsabilidade de prestação de cuidado integral e coordenado dentro de uma região geográfica.

Dada a sua posição única no sistema de saúde e o papel que desempenham no cuidado ao paciente, o papel dos PFs no desenho de um sistema de cuidados mais eficaz é incontestável. No entanto, sua participação é desafiada devido à natureza independente da prática de trabalho e ao apoio administrativo limitado. O tempo gasto em mesas de planejamento também significa menos tempo com os pacientes e, muitas vezes, uma perda de renda.

Como resultado, os PFs continuam sendo os menos propensos a participar plenamente dos esforços para a integração do sistema de saúde devido à ausência de uma estrutura de colaboração que funcione satisfatoriamente. Existem bolsões de excelência, fornecendo evidências de que a integração da atenção primária com outros serviços de saúde, e liderada por PFs, pode impactar positivamente a saúde da população. Portanto, é importante identificar estratégias, processos e estruturas existentes para que os PFs participem efetivamente da integração do sistema de saúde.

Os fatores estruturais que permitem a colaboração entre e com os PFs no cuidado integrado incluem: (1) visão, valores e objetivos compartilhados, (2) liderança colaborativa e (3) governança colaborativa para o processo de tomada de decisão.

Uma visão compartilhada e valores e metas definidos foram fundamentais para que os PFs e outros setores da saúde colaborassem. O desenvolvimento de um Memorando de Entendimento (MOU) para esclarecer valores e visões comuns e identificar metas para a mudança foi identificado como um fator-chave para o sucesso. Além de esclarecer a visão e os objetivos comuns, as partes envolvidas também sentiram que era fundamental definir sua identidade e valores compartilhados.

A liderança colaborativa eficaz incluiu uma ampla representação de todos os parceiros e partes interessadas. A estrutura de liderança muitas vezes assumia a forma de comitês ou conselhos diretivos que incluíam representantes da atenção primária, hospitalar, comunidade e municipal, para que a voz de cada setor pudesse ser ouvida. A chave para a liderança colaborativa foi uma forte liderança médica de cuidados primários, como um grupo de médicos ou um comitê profissional que desenvolveria canais de comunicação dentro do grupo e apoiaria a qualidade do atendimento.

A liderança colaborativa facilitou o planejamento conjunto, a construção de relacionamentos, o pensamento sistêmico e a coordenação de processos colaborativos. Além disso, descobriu-se que a liderança desempenha um papel importante no esclarecimento da visão, objetivos e valores compartilhados, promovendo a confiança entre os parceiros e promovendo o crescimento pessoal e organizacional por meio da colaboração.

A colaboração interorganizacional requer uma estrutura para orientar a tomada de decisões, o que aumenta a responsabilidade dos parceiros. A governança deve ser justa, formalizada e ancorada na atenção primária. Uma estrutura de gestão adequada poderia ajudar a executar a visão da equipe de liderança da equipe de cuidados integrados e planejar e estruturar a colaboração entre médicos de atenção primária e especialistas.

Além disso, essa estrutura de gerenciamento identificou ferramentas e recursos apropriados de gerenciamento de mudanças para facilitar a colaboração entre organizações parceiras. As equipes de colaboração formalizaram métodos de comunicação, liberaram recursos entre parceiros, gerenciaram coerência e estabilidade organizacional e desenvolveram

acordos de tomada de decisão compartilhados para acomodar diversos pontos de vista, incluindo a resolução de conflitos para todos os parceiros.

Três temas principais emergiram relacionados a atividades que incentivaram a colaboração bem-sucedida dos PFs com outros setores da saúde: (1) comunicação eficaz, (2) construção de relacionamentos e (3) motivação para a mudança.

O desenvolvimento de uma comunicação eficaz foi relatado na maioria dos estudos e documentos. Os estudos incluídos nesta revisão identificaram processos específicos que tornaram a comunicação eficaz. Parceiros envolvidos em comunicação recíproca, durante a qual os médicos de cuidados primários e os parceiros de colaboração forneceram feedback uns aos outros. Eles escolheram ferramentas de comunicação apropriadas (por exemplo, telefone, e-mail, mensagem por prontuários) e estilos (por exemplo, face-a-face, virtual) para atender às necessidades individuais e de grupo. As reuniões mostraram-se eficazes para a comunicação interpessoal e interorganizacional. Além disso, os parceiros trabalharam para uma comunicação contínua, consistente e aberta para alcançar um atendimento eficaz ao paciente, abordar problemas e encontrar soluções.

As relações profissionais e interpessoais entre os parceiros foram desenvolvidas a partir de reuniões presenciais iniciais, bem como de conhecimento mútuo prévio. Ter tempo para aprender uns sobre os outros facilitou e apoiou relacionamentos. Desenvolver uma cultura de confiança mútua e respeito entre os parceiros foi fundamental para a construção de relacionamentos entre os membros da equipe. Para facilitar a confiança e o respeito, os parceiros aprenderam sobre os papéis uns dos outros de vários setores e trabalharam para esclarecer papéis, responsabilidades e expectativas de todos os membros da equipe. Os parceiros frequentemente usavam o MOU para projetar tarefas e garantir papéis e princípios acordados. O poder compartilhado permitiu a eliminação de uma hierarquia criando um espaço seguro para explorar questões.

Fazer mudanças para melhorar o atendimento ao paciente foi uma motivação fundamental para que os PFs colaborassem entre si e com os outros. Identificar e destacar a motivação para a mudança permitiu que os PFs e parceiros explorassem e experimentassem novos modelos de atenção. Estar aberto a novas ideias requer uma mentalidade de crescimento. O gerenciamento de mudanças e as ferramentas necessárias para apoiar a colaboração são necessários com a capacidade de permanecer motivado a ultrapassar os limites para a mudança prevista.

Para permitir a participação dos médicos em iniciativas de mudança, os resultados indicam que qualquer estrutura utilizada para melhorar a coesão do grupo e a tomada de decisões compartilhadas beneficiou da definição prévia da colaboração. Em seu trabalho seminal de *Leading Change*, John Kotter apontou que o desenvolvimento de uma visão comum é um dos primeiros passos fundamentais para promulgar a mudança e solidifica a adesão em uma direção compartilhada. Isto é particularmente importante para a integração do sistema de saúde, no qual os PF precisam ser vistos como parte de um grande setor (atenção primária) e não do ponto de vista de suas práticas individuais.

As parcerias ou alianças só podem ser eficazes quando é incluída uma participação autêntica. Quando as iniciativas de mudança do sistema de saúde estão enraizadas na atenção primária, a tomada de decisão coletiva pode mitigar os desafios de envolver os PFs no desenvolvimento integrado do sistema de saúde. Nas iniciativas de cuidados integrados, os PFs têm um papel importante a desempenhar na liderança colaborativa e na tomada de decisões. Os líderes da PF são vistos como confiáveis e podem usar seu conhecimento autêntico do setor para impulsionar a mudança.

Dois fatores são críticos em qualquer colaboração: comunicação que funcione bem e desenvolvimento de relacionamentos. Vários dos estudos incluídos identificaram que a comunicação consistente e aberta, juntamente com ferramentas e métodos variados, permitiu a colaboração. Uma abordagem dedicada e aliada a uma comunicação eficaz é particularmente importante para garantir que a informação alcance a todos.

Um número significativo de estudos sinalizou o desenvolvimento de relacionamentos como fundamental para o sucesso. Capitalizar as relações existentes dentro da atenção primária, onde a confiança já existe, prova ser uma maneira eficaz de envolver os PFs nos esforços e mudança. A construção intencional de relacionamentos promove o respeito mútuo e a confiança, o que pode levar a uma colaboração eficaz e a resultados bem-sucedidos. A ausência de confiança, identificada por Lencioni como a primeira e fundamental razão pela qual as equipes não funcionam bem, frustra o progresso.

Um número menor de estudos relatou que a manutenção do impulso foi um processo importante que promoveu os esforços de colaboração, mas foi visto como crítico pelos autores, pois as iniciativas de mudança são conhecidas por perder energia ao longo do tempo. Não só era evidente que uma mentalidade de crescimento era importante entre todas as partes para permanecer aberta a novas ideias e possibilidades, mas também que manter a visão de mudança e razões para a mudança era um fator motivador que impulsionou os projetos.

Nas últimas duas décadas, a colaboração entre PFs e outros profissionais de saúde foi estudada principalmente a partir da perspectiva interprofissional, ou no nível micro. Alguns estudos relataram os desafios para os prestadores de cuidados primários, como a natureza da liderança, visão e propósitos compartilhados e processos de tomada de decisão. As evidências identificadas nesta revisão de escopo ilustram que a integração de serviços requer a colaboração dos PFs nos níveis micro e meso – o nível interprofissional e o nível interorganizacional ou intersetorial.

Há uma urgência em acelerar os esforços em todo o mundo na construção de sistemas de saúde totalmente integrados. Há também evidências que apoiam a contribuição dos PFs para os esforços de mudança devido ao papel fundamental e primário que eles têm na área da saúde. É necessário um esforço intencional para garantir que os PFs estejam engajados na integração do sistema de saúde. As melhores práticas e os principais fatores iluminados por esta revisão podem orientar colaborações bem-sucedidas para atingir esse objetivo.

O objetivo final de um sistema de saúde integrado é que os pacientes recebam os cuidados de que precisam sem problemas, com o mínimo de interrupção ao fazer a transição entre serviços e provedores e que todos os prestadores de cuidados de saúde e organizações estejam trabalhando juntos para que isso aconteça. Sabemos que a integração do sistema é importante, e que o conhecimento dos PFs é crítico e que os pacientes continuarão a sofrer atrasos no recebimento de cuidados coordenados em um sistema caracterizado por serviços isolados se novas estratégias não forem desenvolvidas e implementadas.

Referências

56. Denis J-L, Baker GR, Black C, Langley B, Leblanc D, et al. Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement: prospects for Canadian healthcare systems. 2013. https://www.hhr-rhs.ca/en/?option=com_mtree&task=att_download&link_id=11971&cf_id=68. Accessed 10 Feb 2023.
57. Grady C, Han H, Roberts L, Van Iersel R. Effectively engaging physicians in system change. *Health Manage Forum*. 2021;34(3):149–53.
58. Snadden D, Reay T, Hanlon N, MacLeod M. Engaging primary care physicians in system change - an interpretive qualitative study in a remote and rural health region in Northern British Columbia, Canada. *BMJ Open*. 2019;9(5):e028395.
59. Skillman M, Cross-Barnet C, Singer RF, Ruiz S, Rotondo C, Ahn R, et al. Physician engagement strategies in care coordination: findings from the centers for medicare & medicaid services' health care innovation awards program. *Health Serv Res*. 2017;52(1):291–312.
60. Kreindler SA, Struthers A, Metge CJ, Charette C, Harlos K, Beaudin P, Bapuji SB, Botting I, Francois J. Pushing for partnership: physician engagement and resistance in primary care renewal. *J Health Organ Manag*. 2019;33(2):126–40.
61. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: barriers and facilitators. *Int J Integr Care*. 2021;21(2):32.
62. Stone C, Rosella L, Goel V. Population health perspective on high users of health care: role of family physicians. *Can Fam Physician*. 2014;60:781–3.
63. Coderre-Ball AM, Sahi S, Antonio V, Roberston M, Egan R. Lyme disease training and knowledge translation resources available to Canadian healthcare professionals: a gray literature review. *J Prim Care Communit Health*. 2021;12:1–16.
64. Valaitis R, Meagher-Stewart D, Martin-Misener R, Wong ST, MacDonald M, O'Mara L, Strengthening Primary Health Care through Primary Care and Public Health Collaboration Team. Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):420.
65. Rapid-Improvement Support and Exchange (RISE). Collaborative leadership for Ontario Health Teams. Ontario: Webinar, McMaster Health Forum; 2019. <https://www.mcmasterforum.org/rise/join-events/event-item/collaborative-leadership-for-ontario-health-teams>. Accessed 15 Feb 2023.
66. Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO). Primary care physicians: working together for change. Ontario. 2020. https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/partner-resources/afhto_primary-care-physicians-working-together-for-change.pdf?sfvrsn=aee557d5_2. Accessed 15 Feb 2023.

67. Wodchis WP, Baker GR, Kuluski K, Shaw J, Steele Gray C. How can we implement integrated care? Practice guide series. Toronto: Health System Performance Research Network; 2019. <http://northtorontoht.ca/wp-content/uploads/2019/09/How-can-we-implement-integrated-care-HSPRN.pdf>. Accessed 15 Feb 2023.
68. Valaitis RK, Wong ST, MacDonald M, Martin-Misener R, O'Mara L, Meagher Stewart D, et al. Addressing quadruple aims through primary care and public health collaboration: ten Canadian case studies. *BMC Public Health*. 2020;20:507.
69. Lee L, Hillier LM, Locklin J, Lumley-Leger K, Molnar F. Specialist and family physician collaboration: insights from primary care-based memory clinics. *Health Soc Care Community*. 2019;27(4):e522–33.
70. Corbett A, Pessione H. Organizing an Ontario Health Team: considerations when creating a governance framework. Canada: Borden Ladner Gervais LLP; 2019. https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/partner-resources/blg-bulletin---organizing-an-ontario-health-team---considerations-when-creating-a-governance-framework.pdf?sfvrsn=163257d5_5. Accessed 15 Feb 2023.

E) Análise dos mecanismos de pagamento ao médico de família no Canadá

Embora tenha havido mudanças substanciais ao longo do tempo em direção a mecanismos de pagamento alternativos, a maioria dos médicos de família e outros médicos no Canadá são pagos por meio de modelos de taxa por serviço (FFS).

Os modelos de taxa por serviço foram implementados em uma época em que a maioria da população era de idade jovem, comorbidades extensas eram menos comuns e o sistema de saúde era muito menos complexo. Atualmente, um médico de família é frequentemente responsável em coordenar os cuidados prestados por vários especialistas, revisar e renovar medicamentos, lidar com novos desafios de saúde física ou mental e navegar em vários formulários ou contas em sistemas eletrônicos desconectados, por vezes, com todos esses elementos sendo necessários em uma única consulta.

Quando uma consulta é paga sob taxa por serviço, tende a ter uma curta duração, sendo esta uma prática não adequada aos padrões de pacientes com necessidades complexas. A transferência de tarefas para os outros membros da equipe multidisciplinar também pode ser dificultada na taxa fixa por serviço, já que o médico não pode receber pagamento se não consultar pessoalmente o paciente. A taxa por serviço também estabelece um relacionamento transversal com o sistema de saúde, geralmente envolvendo menores responsabilidade pela manutenção do cuidado longitudinal, administração econômica de recursos ou atendimento compatibilizado às necessidades da população.

Alternativas à taxa por serviço incluem adicionais a capitação, modelo de salário, inclusão de bônus e incentivos, pagamentos baseados em sessão, pagamentos agrupados com outras profissionais no sistema de saúde e modelos mistos que podem incluir vários desses elementos e também podem ajustar os pagamentos de acordo com a complexidade médica e social do paciente.

Sistemas de pagamento alternativos têm sido associados a uma maior satisfação financeira e no trabalho e a uma renda estável e previsível. Eles normalmente exigem painéis de pacientes para reembolso, o que aumenta a capacidade de gerenciamento populacional e planejamento da força de trabalho. Os sistemas de pagamento misto que incluem capitação incentivam a mudança de práticas, já que o reembolso do médico está vinculado à inscrição de mais pacientes, e não a maior frequência. O Colégio de Médicos de Família do Canadá solicitou uma mudança para modelos de remuneração de médicos combinados, dadas as deficiências dos modelos de taxa por serviço trazidas à tona pela pandemia de COVID-19.

Em resposta à pandemia, os governos do Canadá introduziram medidas de saúde pública que levaram a uma diminuição inicial nas interações médico-paciente. Pela primeira vez registrada, o total de pagamentos clínicos diminuiu em, aproximadamente, 2% em 2020-2021. O número de serviços prestados por médicos entre 2019-2020 e 2020-2021 também caiu 7,9%. Os médicos de família prestaram 7,1% menos serviços em 2020-2021 e os especialistas prestaram 8,9% menos serviços.

Os pagamentos clínicos brutos médios (US\$ 343.500 em 2020-2021) diminuíram na maioria das jurisdições em 2020-2021 em comparação com o ano anterior (-3,4%), mas os pagamentos geralmente ainda eram mais altos do que há 5 anos. Entre 2016-2017 e 2020-2021, os pagamentos médios aumentaram entre 3% e 12% no Canadá Atlântico e 16% em Yukon. Quebec e Ontário também tiveram aumentos, embora ligeiramente menores, com 3% e 2%, respectivamente. As pradarias e a Colúmbia Britânica tiveram decréscimos no mesmo período, variando de -1% a -5%.

O método predominante de reembolso para a atividade clínica dos médicos no Canadá é a taxa por serviço (FFS), mas existem outros modelos, como salário, pagamentos de sessão, capitação e outros contratos. Quaisquer pagamentos não-FFS são referidos aqui como planos de pagamento alternativos (APPs).

Em 2020-2021, houve uma divisão de 70/30 para pagamentos FFS e APP (70% FFS; 30% APP). A divisão tem sido estável nos últimos 10 anos, com algumas variações jurisdicionais. O FFS representa aproximadamente 70% do total de pagamentos clínicos, e quase todos os médicos (96%) receberam pelo menos algum pagamento através do FFS. Os APPs representaram cerca de 30% do total de pagamentos clínicos, e cerca de dois terços dos médicos (64%) receberam pelo menos algum pagamento por meio de APPs.

Consultas e visitas representaram quase três quartos dos serviços clínicos e dois terços dos pagamentos clínicos. O custo médio por serviço foi de US\$ 73,45 para 2020-2021, um aumento de 2,9% em relação ao ano anterior. O custo médio por serviço foi impactado por múltiplos fatores, incluindo mudanças nas taxas de FFS e mudanças no volume de serviços prestados. Por exemplo, o volume de avaliações importantes caiu 24%, enquanto outras avaliações diminuíram 5,9%. Os serviços de cirurgia de grande porte caíram 9,4% em comparação com quedas de 20,8% em pequenas cirurgias e 19,9% em serviços diagnósticos e terapêuticos. As flutuações nos volumes de serviços alteraram a distribuição de serviços mais

caros e menos dispendiosos, contribuindo para o aumento global do custo médio por serviço em relação ao ano anterior.

O custo médio por serviço variou consideravelmente entre os diferentes grupos de especialidades. Os custos variaram de US\$ 52,36 para dermatologia, US\$ 56,02 para medicina familiar, US\$ 213,46 para cirurgia torácica / cardiovascular e US\$ 238,50 para neurocirurgia.

É importante informar que 66% de todos os contatos diários com o sistema de saúde em Ontário são através de visitas ao médico de família, em comparação com 6% nos departamentos de emergências e 2% através de internações hospitalares.

Referências

71. G.P. Marchildon, B. Hutchison. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy*, 120 (7) (2016), pp. 732-738
72. B. Hutchison, J. Levesque, E. Strumpf, N. Coyle. Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89 (2) (2011), pp. 256-288
73. T. Crossley, J. Hurley, S. Jeon. Physician labour supply in Canada: A cohort analysis. *Health Economics*, 18 (4) (2009), pp. 437-456
74. L. Hedden, M. Barer, K. Cardiff, K. McGrail, M. Law, I. Bourgeault. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: A systematic review. *Human Resources for Health*, 12 (1) (2014), p. 32
75. S. Sarma, A. Thind, M. Chu. Do new cohorts of family physicians work less compared to their older predecessors? The evidence from Canada. *Social Science & Medicine*, 72 (12) (2011), pp. 2049-2058
76. M. Lavergne, S. Peterson, R. McKendry, S. Sivananthan, K. McGrail. Full-service family practice in British Columbia: Policy interventions and trends in practice, 1991-2010. *Healthcare Policy*, 9 (4) (2014), pp. 32-47
77. K. McGrail, M.R. Lavergne, S.J. Lewis, S.L.M. Peterson, M. Barer. Classifying physician practice style a new approach using administrative data in British Columbia. *Medical Care*, 53 (3) (2015), pp. 276-282
78. L. Hedden, S. Banihosseini, N. Strydom, R. McCracken. Modern work patterns of "classic" versus millennial family doctors and their effect on workforce planning for community-based primary care: A cross-sectional survey. *Human Resources for Health*, 18 (1) (2020), p. 67
79. D. Snadden, M.A. Kunzli. Working hard but working differently: a qualitative study of the impact of generational change on rural health care. *Canadian Medical Association Journal*, 5 (3) (2017), pp. E710-E716
80. Canadian Institute for Health Information. How Canada Compares: Results from the Commonwealth Fund's 2019 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. CIHI, Ottawa, ON (2020)
81. T. Bogler, K. Lazar, V. Rambihar. Female family physicians and the first 5 years: In pursuit of gender equity, work-life integration, and wellness. *Canadian Family Physician*, 65 (2019), pp. 585-588

82. J. Pereira, W. Hogg, E. Graves, D. Kljucic, D. Archibald, I. Oandasan, R.H. Glazier. Practice Profiles and Patterns of Ontario Family Medicine Residents 5 Years After Residency Examinations: An Exploratory Study. *Family medicine*, 54 (2) (2022), pp. 97-106
83. M.K. Andrew, F. Burge, E.G. Marshall. Family doctors providing home visits in Nova Scotia: Who are they and how often does it happen? *Canadian Family Physician*, 66 (4) (2020), pp. 275-280
84. S. Simkin, S. Dahrouge, I.L. Bourgeault. End-of-career practice patterns of primary care physicians in Ontario. *Canadian Family Physician*, 65 (5) (2019), pp. e221-e230
85. M.R. Lavergne, L.J. Goldsmith, A. Grudniewicz, D. Rudoler, E.G. Marshall, M. Ahuja, S.T. Wong. Practice patterns among early-career primary care (ECPC) physicians and workforce planning implications: Protocol for a mixed methods study. *BMJ Open*, 9 (9) (2019)
86. A. Brousselle, D. Contandriopoulos, J. Haggerty, M. Breton, M. Rivard, M. Beaulieu, M. Perroux. Stakeholder Views on Solutions to Improve Health System Performance. *Healthcare Policy*, 14 (1) (2018), pp. 71-85
87. J.F. Levesque, J.L. Haggerty, W. Hogg, F. Burge, S.T. Wong, A. Katz, D. Grimard, J.W. Weenink, R. Pineault. Barriers and Facilitators for Primary Care Reform in Canada: Results from a Deliberative Synthesis across Five Provinces. *Healthcare policy*, 11 (2) (2015), pp. 44-57
88. M.R. Lavergne, M.R. Law, S. Peterson, S. Garrison, J. Hurley, L. Cheng, K. McGrail. A population-based analysis of incentive payments to primary care physicians for the care of patients with complex disease. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 188 (15) (2016), pp. E375-E383
89. M.R. Lavergne, M.R. Law, S. Peterson, S. Garrison, J. Hurley, L. Cheng, K. McGrail. Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 122 (2) (2018), pp. 157-164
90. W. Glauser. Pandemic amplifies calls for alternative payment models. *Canadian Medical Association Journal*, 8 (192) (2020), p. E638-9

F) Fatores canadenses considerados importantes nas propostas para aprimoramento do recrutamento e da retenção rural de médicos

As evidências de que os alunos de origens rurais são mais propensos a optar pela prática rural levou a que os esforços de recrutamento se concentrassem principalmente nos alunos de origem rural. Atualmente, há uma literatura substancial publicada sobre os efeitos dos programas de treinamento rural, realizados durante a faculdade, sobre a motivação dos alunos em praticar medicina em áreas rurais. Esses programas de treinamento rural incluem experiências de estágios rurais integrados longitudinais que variam de 3 meses a um ano completo.

O número de estudantes de origem rural que entram na faculdade de medicina está diminuindo. Essa tendência agrava a persistente escassez de médicos em comunidades rurais e carentes e prejudica o programa tradicional ou a resposta governamental. Além disso, há uma tendência entre os médicos de origem rural de se mudarem para áreas urbanas e estabelecerem

a prática apoiando a necessidade de estudar fatores que motivem os estudantes de origem urbana na escolha da prática rural.

Um fator que motiva os estudantes de origem urbana a escolher uma carreira rural é a competição que enfrentam em um local urbano depois de concluir sua educação médica. Estudantes de origem rural e urbana muitas vezes adquirem dívidas significativas durante a faculdade de medicina, com aproximadamente 80% dos estudantes de medicina nos EUA com empréstimos de US \$ 100.000 a US \$ 150.000 no momento da formatura.

A alta carga de endividamento e a dificuldade de se estabelecer em um mercado competitivo promovem o deslocamento dos médicos para locais onde as oportunidades econômicas são mais evidentes. A questão do endividamento pode então ser agravada após a formatura, à medida que as prioridades financeiras concorrentes, como hipotecas residenciais, custos de prática e despesas familiares, aumentam. Alguns estudantes de origem urbana podem escolher a prática rural para auxiliar no fardo financeiro.

Os governos provinciais, estaduais e federais, na tentativa de atrair médicos para comunidades rurais ou carentes, podem fornecer opções de reembolso de empréstimos, que são frequentemente combinadas com incentivos financeiros diretos, como sobretaxas rurais por serviço. Políticas de pagamento de dívidas, como a renúncia total ou parcial, atuam como suporte financeiro instantâneo para estudantes de origem urbana. Embora a carga de trabalho seja maior em comunidades rurais e carentes, essas opções de pagamento de empréstimos e taxas mais altas pelo serviço motivam os estudantes de origem urbana a se mudarem para áreas rurais.

A maior migração tem sido para áreas rurais que estão localizadas próximas de um centro urbano, possivelmente para colher os benefícios de ambos os mundos. Viagens frequentes são possíveis quando um médico mora nas proximidades de um grande centro urbano. A decisão de escolher a prática rural também pode ser vista como geradora de uma compensação mais alta e mais segura.

Os médicos de família que optam por atuar em localidades rurais são aqueles que se sentem satisfeitos em sua vida profissional devido às oportunidades disponíveis nessas áreas. Os médicos relataram que o contato mais próximo com os pacientes em um ambiente rural estabelece melhores relações médico-paciente, aumentando assim a satisfação com o papel. O fato de que menos especialistas trabalham em áreas rurais pode ampliar o escopo da prática para médicos generalistas e familiares, levando a uma alta satisfação geral no trabalho em serem médicos rurais.

O aumento do espectro de serviços que um médico de família rural fornece muitas vezes excede o de sua contraparte urbana, levando a uma carreira desafiadora que pode ser atraente para estudantes de origem urbana. Além disso, tem sido relatado que os médicos rurais se sentem mais apreciados na comunidade que servem, o que resulta em maior satisfação, apesar da elevação da carga de trabalho. Práticas de escopo mais amplo e a capacidade de se integrar

à comunidade local parecem, em última análise, ajudar os médicos de origem urbana a alcançar seus objetivos profissionais.

O conceito de educação médica em um ambiente rural foi introduzido na década de 1970 nos EUA em uma tentativa de preencher a lacuna entre a demanda e a oferta de médicos nas áreas rurais. Desde a implementação, vários programas de educação médica rural provaram sua eficácia. A graduação ou pós-graduação rural amplia os horizontes de estudantes de origem urbana que nunca exploraram além dos limites de seus centros urbanos. Os alunos começam a apreciar a diversidade de pacientes que tratam e se sentem mais valorizados em sua profissão. O sucesso da educação e do treinamento médico rural depende de fatores que incluem qualidade do ensino, nível de contato aluno com preceptor e arranjos de acomodação.

Após a conclusão de sua formação rural, os alunos têm demonstrado mais interesse em trabalhar em áreas rurais. Estudantes de origem urbana que participam de treinamento rural são mais inclinados a escolher residências de medicina familiar e se tornarem generalistas. A duração da formação de pós-graduação rural também está positivamente correlacionada com a escolha da prática rural por esse médico. Além disso, o treinamento rural facilita a compreensão de um estudante de origem urbana dos aspectos culturais da prática rural, o que promove ainda mais a fusão dentro da comunidade.

Um pequeno número de estudos identificou uma consideração importante, mas pouco reconhecida, de que alguns estudantes de origem urbana entram na faculdade de medicina já com a intenção de trabalhar em uma comunidade rural. Esses estudantes podem ser um recurso inexplorado no esforço para resolver o problema da escassez de médicos nas áreas rurais. A sua escolha pela prática rural deve ser reforçada por exposições frequentes a estágios rurais.

De acordo com Rabinowitz et al, a intenção existente de praticar ruralmente na matrícula é claramente um preditor independente de retenção rural. Como descrito em sua análise, mesmo após três décadas de graduação na faculdade de medicina, os médicos de origem urbana que pretendiam praticar ruralmente no momento da matrícula continuaram a praticar em comunidades rurais e carentes. Além disso, os médicos de origem urbana que têm um parceiro de origem rural têm uma chance maior de apresentar uma mentalidade favorável ao trabalho em áreas rurais.

As forças de mercado e econômicas observadas na última década, juntamente com o pagamento de empréstimos pelos governos e os incentivos financeiros, desempenham um papel na redistribuição dos médicos. Esses fatores econômicos não se aplicam simplesmente ao médico, mas às vezes são igualmente importantes para seu parceiro. Os estudos demonstram que os médicos que trabalham em área rural por um período mais longo que a média são aqueles cujo cônjuge é capaz de encontrar trabalho nessa comunidade rural.

A educação médica rural e a formação em pós-graduação rural tiveram um impacto positivo na mudança de atitudes dos estudantes de origem urbana na consideração de uma prática rural. Os estudantes de origem urbana que tiveram uma experiência bem-sucedida

também podem motivar os colegas a se inscreverem em estágios rurais para enriquecer sua experiência e explorar oportunidades. Essas oportunidades de treinamento rural devem ter duração mais longa para criar uma experiência mais significativa para o aluno.

Finalmente, aqueles que desenvolveram uma mentalidade para praticar ruralmente na fase pré-médica devem ser identificados no início de sua carreira com a intenção de reforçar esse interesse. Uma explicação para essa mentalidade pode ser que os estudantes de origem urbana possivelmente se envolvam em análises de tendências da oferta e demanda de médicos antes do início de sua educação médica. Claramente, mais estudos devem ser feitos para identificar esse grupo de alunos precocemente e entender sua motivação e processo de decisão.

Além desses temas que refletem fatores primários que promovem uma carreira em medicina rural, esse processo também identificou muitos obstáculos para os estudantes de origem urbana praticarem em um ambiente rural. Alguns dos obstáculos identificados incluem novas oportunidades de carreira e emprego para os cônjuges, oportunidades educacionais e recreativas para os filhos e educação médica continuada. Outros fatores que podem constituir uma barreira para a escolha da medicina rural são sentimentos de isolamento, afastamento de uma área urbana e falta de cobertura para férias.

Referências

91. Beauchamp J, Belanger M, Schofield A, Bordage R, Donovan D, Landry M. Recruiting doctors from and for underserved groups: does New Brunswick's initiative to recruit doctors for its linguistic minority help rural communities? *Canadian Journal of Public Health* 2013; **104(6 Suppl 1)**: S44-S48.
92. Myhre DL, Hohman S. Going the distance: early results of a distributed medical education initiative for Royal College residencies in Canada. *Rural and Remote Health* **12**: 2151. (Online) 2012. Available: www.rrh.org.au (Accessed 15 Feb 2023).
93. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, et al. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Canadian Medical Association Journal* 1999; **160(8)**: 1159-1163.
94. Lu DJ, Hakes J, Bai M, Tolhurst H, Dickinson JA. Rural intentions: factors affecting the career choices of family medicine graduates. *Canadian Family Physician* 2008; **54(7)**: 1016-1017.
95. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Hojat M, Hazelwood CE. Demographic, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. *Journal of Rural Health* 1999; **15(2)**: 212-218.
96. Mateen FJ. Future practice location and satisfaction with rural medical education: survey of medical students. *Canadian Family Physician* 2006; **52(9)**: 1106-1107.
97. Tate RB, Aoki FY. Rural practice and the personal and educational characteristics of medical students: Survey of 1269 graduates of the University of Manitoba. *Canadian Family Physician* 2012; **58(11)**: e641-e648.
98. Szafran O, Crutcher RA, Woloschuk W, Myhre DL, Konkin J. Perceived preparedness for family practice: does rural background matter? *Canadian Journal of Rural Medicine* 2013; **18(2)**: 47-55.
99. Pong RW. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: a study of policy implementation over 35 years. *Human Resources for Health* 2008; **6**: 24.

G) A força tarefa do Canadá pra fortalecimento da educação em medicina familiar em comunidades rurais como intervenção no sistema de saúde

Cerca de 18% dos canadenses vivem em comunidades rurais, remotas ou isoladas. Fatores como o isolamento dos centros urbanos, as más condições climáticas que prejudicam o acesso a locais remotos e a falta de infraestrutura de tecnologia de comunicação tornaram desafiador para o sistema de saúde canadense sustentar a prestação equitativa de serviços de saúde a essas comunidades.

As implicações disso são evidentes quando se compara a saúde dos canadenses rurais com a de seus homólogos urbanos. Há maiores incidências de má nutrição, doenças crônicas, lesões e morte entre as populações rurais do que entre as populações urbanas. Essas diferenças de saúde são ainda mais pronunciadas para as populações indígenas em comunidades rurais e remotas que têm experimentado mais dificuldade em acessar serviços regulares de atenção primária. Apesar do investimento do governo federal em saúde pública e cuidados comunitários, as populações rurais e remotas no Canadá continuam a ter problemas de saúde.

Essas disparidades de saúde são impulsionadas em parte pelo desafio contínuo da escassez de médicos de família no Canadá rural e remoto. Embora os médicos de família representem de 50% a 53% da força de trabalho médica, apenas 14% trabalham em comunidades rurais e remotas. As comunidades rurais experimentam uma série de desafios no recrutamento e retenção de médicos, como preocupações com o isolamento, recursos limitados e instalações de saúde e a falta de oportunidades educacionais e de emprego para as famílias dos médicos.

Há uma série de medidas políticas que foram tomadas para enfrentar este desafio, incluindo incentivos específicos para os médicos exercerem sua atividade em comunidades rurais e remotas, aumento dos recursos humanos de saúde na forma de enfermeiros e assistentes médicos e investimento em tecnologia de telessaúde para facilitar a comunicação em comunidades remotas. Apesar de alguns progressos terem sido feitos nos indicadores de cuidados com o paciente e resultados de saúde, as disparidades de saúde rural e o desafio intimamente ligado de recrutar e reter médicos de família rurais para prestar cuidados de alta qualidade nessas comunidades continuam a persistir.

Os médicos de família são um recurso crítico para as comunidades rurais e remotas. Na prática de medicina familiar abrangente e de escopo completo, os médicos de família geralmente fornecem serviços de cuidados necessários na ausência de outros especialistas que tradicionalmente prestariam esses cuidados.

Os médicos de família adaptam e evoluem as competências de medicina de família alcançadas durante a formação de residência para atender às necessidades da comunidade quando estabelecem suas práticas clínicas. Os alunos de medicina familiar recebem

experiências de aprendizagem abrangentes para apoiar a aquisição de habilidades generalistas dentro do recém-implementado Currículo Baseado em Competências *Triple C*.

Quando a aprendizagem é oferecida em ambientes rurais, os residentes de medicina familiar são capazes de aprender e adquirir competências generalistas dentro de um contexto rural. Expor precocemente os alunos a contextos rurais e durante a faculdade de medicina e residência dá-lhes uma melhor compreensão das oportunidades e realidades da prática rural. A exposição à prática rural por professores clínicos rurais influencia positivamente o recrutamento e a retenção de médicos de família no Canadá rural e remoto.

Atualmente, existem mais de 160 locais de ensino clínico de medicina familiar de base rural, 75 dos quais se concentram principalmente na oferta de aprendizagem longitudinal em comunidades rurais e remotas. No entanto, é necessário mais apoio para a oferta de educação médica distribuída para que a educação médica rural sirva como uma estratégia abrangente e coordenada de recursos humanos de saúde que possa melhorar o recrutamento e a retenção de médicos rurais.

Pong e Heng descrevem um modelo de como a educação médica pode apoiar o recrutamento e a retenção de médicos rurais, destacando um mecanismo para selecionar, apoiar, educar e produzir médicos para a prática em comunidades rurais no Canadá. O modelo demonstra que para produzir um médico rural, as influências começam antes mesmo da entrada na faculdade de medicina e continuam presentes durante toda a educação médica até prática profissional. É apoiado por evidências que documentam que os estudantes de origens rurais são mais propensos a trabalhar em comunidades rurais do que aqueles de origens urbanas, e que o aumento da exposição a comunidades rurais durante o curso de treinamento médico aumenta a probabilidade de que os alunos pratiquem em contextos rurais e remotos.

Pong e Heng identificam 4 fatores críticos que podem afetar a decisão de um médico de praticar medicina rural e remota: educação rural, exposição rural positiva na graduação, exposição na pós graduação e intenção declarada de praticar ou preferência pela medicina familiar ou prática generalista. Esses fatores fornecem um ponto de partida para a compreensão de como os programas de educação médica devem ser estruturados para promover o interesse na prática da medicina familiar rural.

Para planejar uma ação abrangente de enfrentamento dos desafios do acesso aos cuidados primários em comunidades rurais e remotas, o Colégio de Médicos de Família do Canadá (CFPC) e a Sociedade de Médicos Rurais do Canadá (SRPC) se uniram para formar a *Advancing Rural Family Medicine: The Canadian Collaborative Taskforce*. A força-tarefa visa promover o recrutamento e a retenção de médicos de família em regiões rurais, remotas e isoladas do Canadá, a fim de melhorar o acesso e os resultados dos cuidados de saúde para essas populações.

O mandato da força-tarefa é desenvolver um roteiro geral canadense de educação rural que descreva como esse objetivo pode ser alcançado. O roteiro incluirá uma série de

recomendações para melhorar a formação em graduação, pós-graduação e educação médica continuada, com o objetivo de aumentar a proporção de alunos que escolhem a prática de medicina familiar rural como uma carreira ao longo da vida.

Ao desenvolver este roteiro, a força-tarefa envolverá as principais partes interessadas, incluindo as comunidades rurais e todos os níveis de governo, em um esforço para construir o apoio e o impulso necessários para que as recomendações sejam implementadas e colocadas em ação.

Os membros da força-tarefa foram escolhidos conjuntamente pelo CFPC e pelo SRPC entre os principais grupos de partes interessadas, incluindo educadores, profissionais, presidentes do comitê de educação do CFPC, reitores, presidentes de medicina familiar, especialistas em educação rural e principais tomadores de decisão. Os membros do grupo de trabalho foram também selecionados propositadamente para representar uma combinação de perspectivas-chave necessárias para garantir que o trabalho produzido fosse rigoroso e de elevada qualidade.

Como parte de seu trabalho, a força-tarefa encomendou uma revisão de literatura focada, publicada em janeiro de 2016, intitulada *Revisão da Medicina Familiar no Canadá Rural e Remoto: Educação, Prática e Política*. Esta revisão incluiu literatura para examinar o status da educação, treinamento e prática médica rural em relação às necessidades de saúde de comunidades rurais e remotas no Canadá. O documento de base fornece uma visão geral do estado da formação e prática rural nos níveis dos sistemas de educação e saúde e seu efeito sobre a força de trabalho do médico de família nas comunidades rurais. O documento também captura lacunas onde são necessárias mais ações.

Uma varredura ambiental também foi concluída para aprofundar a compreensão da força-tarefa sobre o estado da educação e prática em medicina familiar em comunidades rurais e remotas. Esta varredura incluiu 3 componentes: federal, provincial e territorial; educação médica rural; e exame médico rural.

Quanto a varredura federal, provincial e territorial, entrevistas com mais de 100 formuladores de políticas, representantes do governo, provedores, educadores, alunos e líderes comunitários foram conduzidas para entender os sucessos e desafios com iniciativas de políticas de recrutamento e retenção.

Quanto ao exame de educação médica rural, duas pesquisas (Pesquisa de Educação Médica de Graduação Rural e Remota, Pesquisa de Educação Médica de Pós-Graduação) foram administradas a todas as 17 faculdades de medicina para documentar a educação rural que está sendo realizada e identificar desafios, barreiras e sucessos experimentados nas faculdades de medicina e seus programas de residência em medicina familiar afiliados.

Quanto ao exame médico rural, dezessete entrevistas com médicos de família rurais praticantes foram realizadas para identificar os fatores críticos para o recrutamento e retenção

a partir das perspectivas daqueles envolvidos na prestação de cuidados em contextos rurais e remotos.

As lacunas identificadas a partir da revisão da literatura focalizada e os resultados da varredura ambiental serão usados para desenvolver as recomendações de ação da força-tarefa, destacando o papel dos parceiros-chave na implementação e na ação necessária.

O apoio à formação em educação médica rural requer esforços coordenados e colaboração entre parceiros multissetoriais, incluindo comunidades rurais, formuladores de políticas, profissionais de saúde rurais e médicos, universidades e administradores de educação em saúde. Esses parceiros são atores críticos na defesa do mandato de responsabilidade social para fornecer cuidados de alta qualidade àqueles que vivem no Canadá rural e remoto.

A colaboração e a coordenação entre os parceiros no quadro de responsabilidade social serão fundamentais para o trabalho do grupo. Apesar dos muitos esforços feitos para promover a prestação de cuidados de saúde rurais e do progresso que tem sido visto nos programas de educação médica rural, muito mais ainda precisa ser feito. Ao desenvolver as recomendações, o grupo de trabalho envidará esforços concertados para envolver estes parceiros na identificação de como as implementar. As recomendações passarão por um processo de consulta das partes interessadas para delinear o papel de cada parte interessada na consecução do objetivo de prestação de cuidados de saúde de alta qualidade em comunidades rurais e remotas no Canadá.

Cada um destes parceiros tem um papel fundamental a desempenhar no avanço das iniciativas de recrutamento e retenção, e o trabalho do grupo de trabalho proporciona uma oportunidade para reunir estes parceiros de forma coordenada. A força-tarefa explorará os papéis da educação médica, das comunidades rurais e dos formuladores de políticas no avanço da saúde daqueles que vivem em contextos rurais e remotos. Ao entender quem é responsável e as ações que cada parte interessada precisa tomar para tornar as recomendações uma realidade, a força-tarefa pode estabelecer as bases para o desenvolvimento de uma estratégia coordenada e abrangente de recursos humanos em saúde que considere o papel integral da educação médica como uma intervenção do sistema de saúde.

Referências

100. Canadian Institute for Health Information. Supply, distribution and migration of Canadian physicians, 2012. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2013.
101. Herbert R. Canada's health care challenge: recognizing and addressing the health needs of rural Canadians. Lethbridge Undergrad Res J. 2007;2(1)
102. Canadian Institute for Health Information. Disparities in primary health care experiences among Canadians with ambulatory care sensitive conditions. Analysis in Brief. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information; 2012.
103. Lavergne MR, Kephart G. Examining variations in health within rural Canada. Rural Remote Health. 2012;12:1848. Epub 2012 Feb 29

104. Tiepoh M, Reimer B. Global influences on rural and urban disparity differences in Canada: policy implications for improving rural capacity. Discussion paper for the NRE annual spring workshop. Montreal, QC: New Rural Economy Project, Concordia University; 2005. [Google Scholar]
105. Halseth G, Ryser L. Trends in service delivery: examples from rural and small town Canada, 1998 to 2005. *J Rural Community Dev.* 2006;1(2):69–90.
106. Oandasan I, Saucier D, editors. Triple C competency-based curriculum report—part 2: advancing implementation. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2013.
107. Pong RW, Heng D. The link between rural medical education and rural medical practice location: literature review and synthesis. Sudbury, ON: Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University; 2005.
108. Bosco C, Oandasan I. Review of family medicine within rural and remote Canada: education, practice, and policy. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2016.

I) Influência de pontos de contato de aprendizagem rural: experiência de Manitoba.

A disparidade regional no recrutamento e retenção de médicos e a má distribuição geográfica e demográfica de médicos no Canadá é um problema complexo e duradouro que gerou uma literatura substancial nas últimas duas décadas. O problema compreende muitos fatores que estão entrelaçados em uma interação complexa que continua a apresentar dificuldades de design de pesquisa para examinar o problema e um desafio para o desenvolvimento de soluções estratégicas eficazes na esteira das evidências.

Se uma suposição é feita de que a dependência de contexto é um fator importante para provocar as questões relacionadas ao componente de má distribuição de médicos, então os identificadores são únicos e cada província canadense apresenta oportunidade para a pesquisa baseada no seu local, em oposição às barreiras de pesquisar um modelo de consenso nacional mais amplo. Essa dependência de contexto é frequentemente ilustrada na literatura como comparações entre três democracias federais: Austrália, Canadá e Estados Unidos.

O Escritório de Saúde Rural e do Norte de Manitoba (ORNH), desde 2003, tem fornecido uma série plurianual de oportunidades eletivas para estudantes de graduação em medicina e aqueles em prática para apoiar a medicina rural e remota com uma referência particular à atenção primária e especialização em nível local. O objetivo de um estudo foi examinar as trajetórias de carreira de médicos de Manitoba em quatro coortes pareadas durante o período de 2004-2005 a 2007-2008 com as seguintes distinções: 1) aqueles que experimentaram uma rotação obrigatória de blocos clínicos rurais apenas durante seu treinamento de graduação em medicina em Manitoba e uma rotação obrigatória do estágio e; 2) aqueles que se envolveram e completaram programas eletivos adicionais oferecidos através do ORNH. Referimo-nos às experiências eletivas em (2) como "pontos de contato".

O Escritório de Saúde Rural e do Norte de Manitoba foi criado em 2002 para abordar questões de recrutamento e retenção de longo prazo na zona rural e norte de Manitoba em todas

as profissões de saúde. Sinergicamente, o mandato da ONRH era abordar os problemas persistentes de disparidade regional e má distribuição de médicos que trabalham na atenção primária por meio de soluções estratégicas baseadas em pesquisa.

O ORNH implementa iniciativas em todas as fases do ciclo de formação com vista a incentivar os indivíduos: que vivem nas zonas rurais a considerarem carreiras nos cuidados de saúde; incentivar indivíduos completar parte de sua formação em locais rurais ou remotos, e; em última análise, incentivar a opção por trabalhar e viver nos arredores rurais e do norte de Manitoba.

Talvez a iniciativa mais visível do ORNH tenha começado em 2003, como a experiência da Semana Rural. Inicialmente, a Semana Rural era um programa eletivo para estudantes de medicina do primeiro ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Manitoba, proporcionando uma oportunidade *in situ* de capturar insights sobre a prática médica rural e do norte baseada na comunidade e fazer com que as comunidades demonstrassem aos alunos do primeiro ano o que o estilo de vida rural do norte tinha a oferecer.

Os objetivos da experiência da Semana Rural incluíam o seguinte: desenvolver uma compreensão básica do papel do médico de família dentro de um ambiente rural / comunitário remoto, seja no consultório ambulatorial, no atendimento hospitalar, na cobertura da sala de emergência ou no atendimento obstétrico, quando aplicável; identificar a natureza singular das demandas de um médico rural como parte de uma equipe multidisciplinar de saúde; desenvolver a compreensão dos papéis dos demais membros da equipe de saúde; avaliar os pacientes sob a supervisão do médico de família local, e; apreciar o estilo de vida do médico rural / remoto atual. Todos os principais objetivos e expectativas foram destinados a serem alcançados através do contato direto e diário com os preceptores, além de fazer conexões entre enfermeiros, farmacêuticos e uma extensa rede de profissionais de saúde.

Além desse programa, estudantes e pós-graduados receberam uma variedade de oportunidades extracurriculares desenvolvidas pela ORNH. Alguns exemplos dessas atividades fornecidas aos médicos em treinamento são: Semana Rural; Casa para o Programa de Verão; Trabalho, Educação e Treinamento de Verão (SWEAT); Programa de Mentoria em Saúde Rural de Manitoba (RMHMP); Grupo de Interesse Rural dos Estudantes de Medicina de Manitoba; e Retiro dos Residentes de Medicina Familiar da Universidade de Manitoba.

Combinando todas as quatro coortes, havia 270 na prática urbana no início de 2017 e 74 em locais rurais e remotos de prática. Os dados sobre a distribuição dos médicos demonstram que, para o período de 2008 a 2017, a Província de Manitoba reteve 57,4% de seus médicos treinados, 14,9% dos quais estão atualmente localizados em comunidades rurais ou remotas. Entre aqueles que estão fora de Manitoba, uma proporção significativa está nos maiores centros urbanos do Canadá (> população de 500.000) e está envolvida em residência, bolsa ou prática especializada.

No total, 83% dos que estão agora na prática urbana tinham apenas a experiência obrigatória da Semana Rural e a rotação obrigatória do secretariado. Uma vez que o número de novos pontos de contato excede uma intervenção, a probabilidade de estar na prática urbana é muito reduzida, de modo que não houve registros de participação em três ou mais programas de ORNH entre os médicos urbanos.

Em contraste, aqueles em prática rural ou remota eram muito mais propensos a ter sido participantes de pontos de contato ORNH adicionais. O mais visível nos registros foi que todos os que tinham três ou mais pontos de contato estavam praticando em ambientes rurais ou remotos. É notável, no entanto, que a seguinte associação foi evidente: mais da metade dos médicos em Manitoba em um local de prática rural/remota participou apenas da Semana Rural obrigatória e da rotação de funcionários de medicina familiar rural como suas únicas oportunidades de aprendizagem profissional orientadas explicitamente para a prática médica rural.

Os dados corroboram uma associação entre pontos de contato por aluno ao longo do tempo e localização da prática atual. Em todas as quatro coortes combinadas, para aqueles que agora estão na prática urbana, observamos uma média de 0,233 pontos de contato por indivíduo. Alternativamente, se um praticante está agora localizado em um ambiente rural ou remoto, há uma média de 0,903 pontos de contato com programas ORNH por aluno.

Em suma, surge uma associação: um indivíduo tem quatro vezes mais chances de estar em prática rural ou remota em virtude de optar por participar de uma ou mais das ofertas do Escritório de Saúde Rural e do Norte de Manitoba além da Semana Rural obrigatória.

Referências

109. Farmer J, Kenny A, McKinstry C, and Huysmans RD. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):27.
110. Islam N. The dilemma of physician shortage and international recruitment in Canada. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014;3(1):29.
111. Dane ML, Nichols T. Physician recruitment and retention in rural and underserved areas. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014;27(7):642-52.
112. Mathews M, Rourke JTB, Park A. National and provincial retention of medical graduates of Memorial University of Newfoundland. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;175(4):357-60.
113. Rourke JTB, et al. Keeping family physicians in rural practice: Solutions favoured by rural physicians and family medicine residents. *Canadian Family Physician*. 2003;49:1142-9.
114. Rourke J. Increasing the number of rural physicians. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;178(3):322-5.
115. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. Inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health*. 2009;9:1060.

116. Chan BTB, Degani N, Crichton T, Pong RW, Rourke JT, Goertzen J, McCready B. Factors influencing family physicians to enter rural practice: does rural or urban background make a difference? *Canadian Family Physician*. 2005;51(9):1246-7.
117. Ranmuthugala G, Humphreys J, Solarsh B, Walters L, Worley P, Wakerman J, Dunbar JA, Solarsh G. Where is the evidence that rural exposure increases uptake of rural medical practice? *Australian Journal of Rural Health*. 2007;15(5):285-8.
118. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):126.
119. Basu K, Rajbhandary S. Interprovincial migration of physicians in Canada: What are the determinants? *Health Policy*. 2006;76(2):186-93.
120. Bourgeault IL, Demers C, James Y, Bray E. The Need for a pan-Canadian Health Human Resources Strategy. *Creating Strategic Change in Canadian Healthcare*. 2016:23.
121. Canadian Medical Association Report of the Advisory Panel on the Provision of Medical Services in Under Serviced Regions. *Canadian Medical Association Journal*. 1992;160(8):1173-4. [Google Scholar]
122. Daniels ZM, VanLeit BJ, Skipper BJ, Sanders ML, Rhyne R. Factors in recruiting and retaining health professionals for rural practice. *The Journal of Rural Health*, 2007;23(1):62-71. [PubMed] [Google Scholar]
123. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(5):379-85.
124. Rourke J, Task Force of the Society of Rural Physicians of Canada . Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2005;172(1) 62-5.
125. Wenghofer EF, Hogenbirk JC, Timony PE. Impact of the rural pipeline in medical education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario. *Human Resources for Health*. 2017;15(1):16.
126. Phillips RL, Petterson S, Fryer GE, Rosser W. The Canadian contribution to the U.S. physician workforce. *Canadian Medical Association Journal*. 2007;176(8):1083-7.
127. Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Canadian Journal of Rural Medicine* 2013;18(1): 13.
128. Myhre DL, Sherlock K, Williamson T, Pedersen JS. Effect of the discipline of formal faculty advisors on medical student experience and career interest. *Canadian Family Physician*. 2014;60(12):e607-12.
129. Burton KR, Wong IK. A force to contend with: the gender gap closes in Canadian medical schools. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;170(9):1385-6.
130. Crump WJ, Fricker RS, Ziegler CH, Wiegman DL. Increasing the rural physician workforce: a potential role for small rural medical school campuses. *The Journal of Rural Health*. 2016;32(3):254-9.
131. Giberson M, Murray J, Percy E. Physician recruitment and retention in New Brunswick: a medical student perspective. *Canadian Medical Education Journal*. 2016;7(2):e25-e31.
132. Myhre DL, Bajaj LS, Jackson W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2015;15(3):3483.

133. Myroniuk L, Adamiak P, Bajaj S, Myhre DL. Recruitment and retention of physicians in rural Alberta: the spousal perspective. *Rural Remote Health*. 2016;16(1):3620.
134. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, Najgebauer E. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Canadian Medical Association Journal*. 1999;160(8):1159-63.
135. Konkin DJ, Suddards CA. Who should choose a rural LIC: A qualitative study of perceptions of students who have completed a rural longitudinal integrated clerkship. *Medical Teacher*. 2015;37(11):1026-31.
136. Konkin DJ, Suddards CA. Students' experiences of role, relationships and learning in two clerkship models. *Medical Education*. 2017;51(5):490-7.
137. Myhre DL. Practice locations of longitudinal integrated clerkship graduates: a matched-cohort study. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2016;21(1):13.
138. Dove N. Can international medical graduates help solve Canada's shortage of rural physicians? *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2009;14(3):120-4.
139. McDonald JT, Worswick C. The migration decisions of physicians in Canada: the roles of immigrant status and spousal characteristics. *Social Science & Medicine*. 2012;75(9):1581-8.
140. Arkle M, Deschner M, Giroux R, Morrison R, Nelson D, Sauv e A, Singh K. Indigenous Peoples and Health in Canadian Medical Education CFMS Position Paper. 2015. [Internet]. Available at: https://www.cfms.org/files/position-papers/2015_indigenous_people_in_canadian_med_ed.pdf [Accessed February 18, 2023].
141. Hogenbirk JC, Timony PE, French MG, Strasser R, Pong RW, Cervin C, Graves L. Milestones on the social accountability journey. *Canadian Family Physician*. 2016;62(3):e138-45.

3. CONCLUSÃO

O Canadá apresenta desafios em saúde semelhantes aos brasileiros, como por exemplo, grandes dimensões territoriais, presença de povos originários isolados, carência de força de trabalho médico nas regiões vulneráveis, entre outros.

Entre os obstáculos encontrados para o exercício amplo da medicina de família em regiões rurais e remotas estão: número insuficiente de profissionais habilitados, a falta de oportunidades de empregos aos cônjuges e de educa o para as crianças, poucos incentivos para educa o médica continuada nessas áreas e alta carga de trabalho assistencial e administrativo aos profissionais médicos.


A partir das pesquisas canadenses, inúmeras estratégias têm sido utilizadas para engajar os médicos de família na no trabalho com atenção primária, mas poucos estudos avaliaram a efetividade de forma rigorosa.

O incentivo a equipe interprofissional, com o objetivo de avançar na oferta de cuidado amplo, além da redução da carga de trabalho dos médicos; a ampliação de estágios rurais durante a formação dos profissionais, com o objetivo de aumentar o interesse, além de recrutar e reter força de trabalho; o desenvolvimento do papel dos médicos na integração das redes de saúde, com o objetivo de fortalecer a integralidade, aumentar a eficiência do sistema e reduzir custos; e a implementação de novos modelos de pagamento aos médicos, mais compatíveis com a complexidade do cuidado primário, são eixos trabalhados pelo governo canadense.

Essa revisão compilou os principais temas abordados na literatura canadense relacionados a execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico no Canadá, objetivando apresentar a amplitude da temática para, se necessária, posterior escolha específica de eixo e maior aprofundamento da questão.

É importante salientar que as informações elencadas não possuem o objetivo de entregar propostas de intervenções clínicas e comportamentais para o sistema único de saúde brasileiro, pois cada uma necessita de avaliação pormenorizada, levando em consideração o contexto sociopolítico mais amplo.

Brasília, 20 de fevereiro de 2023.



Lana [Redacted] Lima
Consultor Especialista

**ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS IBERO-AMERICANOS
PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA**

DOCUMENTO TÉCNICO Nº 3

Relatório técnico apresentando à Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI) com o produto da Consultoria especializada em levantamento bibliográfico acerca da execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico no Chile.

Consultor Especialista

Lana [REDACTED] **Lima**

Escritório Regional da OEI no Brasil

Brasília, 10 de março de 2023

Sumário

1.	CONTEXTUALIZAÇÃO	3
1.1	Objetivo Geral	3
1.2	Objetivo Específico	3
2.	RELATÓRIO	3
3.	CONCLUSÃO.....	54

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Objetivo Geral

A presente consultoria parte, dentre outras, das prioridades definidas pela Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), em especial com o objetivo de aprimoramento das políticas públicas de atenção primária à saúde do Brasil. A pesquisa de experiências mundiais, principalmente na abordagem de solucionar lacunas em sistemas complexos, apresenta-se como etapa importante tanto da criação e implementação, quanto do fortalecimento de estratégias de intervenção que objetivam, de forma ampla, alcançar resultados positivos de saúde à população com sustentabilidade do sistema.

1.2 Objetivo Específico

No âmbito das atribuições da consultoria especializada, consta do Termo de Referência n.8277, que o produto a ser entregue refere-se a documento técnico contendo relatório com levantamento bibliográfico acerca da execução das políticas públicas de atenção primária à saúde, tendo como foco o provimento médico no Chile.

2. RELATÓRIO

Previamente ao desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma revisão da literatura associada ao tema e objetivos do trabalho por meio de consulta a bibliotecas digitais, como o MEDLINE e o Google Scholar; além de publicações governamentais oficiais e de instituições que cooperam com o sistema de saúde chileno.

Palavras-chave: general practitioners; postgraduate medical training; rural workforce; medical faculty; advanced skills; scope of practice; vocational education; primary health care; rural population; family physicians; clinical decision making, clinical decision support, guidelines, medical education; general practice; in-practice experience; primary health care; community medicine; education medical continuing; health systems; physicians; specialization;

O corpo da revisão conta com o seguinte sumário:

- A) Introdução
- B) Configuração do Sistema de Saúde Público e Privado
- C) Médicos especialistas
- D) Médicos generalistas
- E) Médico gestor da demanda (MGD)
- F) Médicos generalista de Zona
- G) Cenário dos Médicos na APS e rede de saúde
- H) Programas de Residência médica
- I) Plano de admissão, formação e retenção de especialistas
- J) Perfis de graduação de carreiras médicas
- K) Centros de Atenção Primária à saúde
- L) Competências necessárias ao especialista em Medicina Familiar

A) Introdução

No contexto internacional, diversos países adotaram medidas para suprir as lacunas de recursos humanos, em especial os médicos, com destaque para Canadá, Inglaterra, Holanda, Portugal, Austrália, Estados Unidos, Chile e Portugal

A escassez e a dificuldade de fixação do profissional médico em áreas remotas e vulneráveis não são um problema restrito ao Brasil, diversos países adotaram medidas para suprir as lacunas de recursos humanos, a destacar: Canadá, Inglaterra, Holanda, Portugal, Austrália, Estados Unidos, Chile e Portugal. Essas experiências se diferenciam pelo fato de o provimento emergencial do profissional médico ter priorizado as áreas remotas e vulneráveis.

O Chile conta com uma relação de 1 médico para cada 900 habitantes e a cobertura das áreas rurais foi alcançada por meio da criação, no Sistema Nacional de Saúde, na década de 70, de uma carreira específica para médicos que queiram atuar nessas áreas, denominada Médico Geral de Zona (MGZ). Mas para habilitar-se ao cargo, é necessário cumprir um internato de dois anos durante a graduação, que inclui apenas um internato rural de um mês.

No cargo, o médico presta atendimento por um período mínimo de dois anos e máximo de seis, em áreas definidas pelo Ministério da Saúde. Após esse período, ele pode candidatar-se a uma bolsa de especialização, mediante concurso, em que são pontuadas as ações executadas durante o internato, dentre outros itens.

Concluída a especialização, os profissionais contam com o compromisso de trabalhar como especialistas em hospitais do Ministério, localizados nessas áreas. Apesar de seu grande potencial para resolver as necessidades de médicos nas zonas rurais, essa estratégia viu-se comprometida quando, em 1980, o governo militar descentralizou o Sistema Nacional de Saúde e transferiu para os municípios a responsabilidade pela atenção básica em saúde. Com isso, os MGZ tornaram-se funcionários municipais, sendo desvinculados da estrutura hospitalar do Ministério, que lhes garantia educação continuada.

O cargo tornou-se menos atrativo, implicando em vagas não preenchidas ou ocupadas de forma temporária, sendo abandonados com frequência por outras oportunidades de trabalho.

O Chile tem um sistema misto de saúde, sendo que 76% da população é coberta pelo serviço público e pouco mais de 20%, pelo privado. O restante da população é atendido nos hospitais e serviços especiais das Forças Armadas e nas Mutuais de Seguridade, entre outros.

O sistema público conta com um seguro conhecido como *Fondo Nacional de Salud* (Fonasa) e o privado, com as *Instituciones de Salud Previsional* (Isapres). Para aderir ao Fonasa, os chilenos devem pagar 7% de seu salário mensal. No caso das Isapres, se os 7% não são suficientes para contratar um plano de saúde, deve-se pagar uma porcentagem adicional. E é precisamente neste aspecto que as diferenças entre o público e o privado são grandes.

Outra grande diferença aparece com o transcorrer dos anos. Enquanto o Fonasa não aumenta a cotização de 7% às pessoas de maior idade, as Isapres promovem acréscimos nos contratos pelo natural aparecimento de doenças decorrentes da velhice. E não é raro serem expulsos do sistema.

Em 2022, o presidente do Chile, Gabriel Boric, decretou o fim do copagamento, a partir de setembro, para os mais de 15 milhões de chilenos que recebem atendimento no sistema público de saúde, independentemente do nível de renda. A gratuidade já era uma realidade para os 10 milhões de usuários do sistema de menor renda, pertencentes às seções A e B, mas os usuários de maior renda (seções C e D) tinham cobertura estatal de entre 80% e 90% para atendimento sanitário.

Segundo a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a recomendação é de que haja cinco médicos a cada 1 mil habitantes. Na Europa, a relação é de 8,08 médicos a cada 1 mil habitantes. No Chile há, aproximadamente, 1,5 médico a cada 1 mil habitantes, considerando uma população de 17 milhões de pessoas e 28-30 mil médicos. Cerca de 54% das horas de trabalho dos médicos chilenos são preenchidas no setor privado e os 46% restantes no público.

Há 19 faculdades de Medicina no Chile, sendo 18 delas ligadas à *Asociación Chilena de Facultades de Medicina* (ASOFAMECH), excluindo a *Facultad de Medicina da Universidad del Mar*. O salário do médico no serviço público, considerando sua formação, é baixo. Flutua entre US\$ 2 mil e US\$ 5 mil, dependendo da quantidade de anos de atividade, conforme divulgado no portal do governo. Isso faz com que os especialistas, por exemplo, procurem oportunidades de trabalho nas clínicas privadas, em que as Isapres e as instituições privadas pagam mais.

O Chile conta com uma relação de 1 médico para cada 900 habitantes e a cobertura das áreas rurais foi alcançada por meio da criação, no Sistema Nacional de Saúde, na década de 70, de uma carreira específica para médicos que queiram atuar nessas áreas, denominada Médico Geral de Zona (MGZ). Mas para habilitar-se ao cargo, é necessário cumprir um internato de dois anos durante a graduação, que inclui apenas um internato rural de um mês.

No cargo, o médico presta atendimento por um período mínimo de dois anos e máximo de seis, em áreas definidas pelo Ministério da Saúde. Após esse período, ele pode candidatar-se a uma bolsa de especialização, mediante concurso, em que são pontuadas as ações executadas durante o internato, dentre outros itens.

Concluída a especialização, os profissionais contam com o compromisso de trabalhar como especialistas em hospitais do Ministério, localizados nessas áreas. Apesar de seu grande potencial para resolver as necessidades de médicos nas zonas rurais, essa estratégia viu-se comprometida quando, em 1980, o governo militar descentralizou o Sistema Nacional de Saúde e transferiu para os municípios a responsabilidade pela atenção básica em saúde. Com isso, os MGZ tornaram-se funcionários municipais, sendo desvinculados da estrutura hospitalar do Ministério, que lhes garantia educação continuada.

O cargo tornou-se menos atrativo, implicando em vagas não preenchidas ou ocupadas de forma temporária, sendo abandonados com frequência por outras oportunidades de trabalho. Para resolver o problema, foi submetida ao parlamento proposta de criação de um novo regime administrativo para os profissionais de saúde municipais que garanta a educação de pós-graduação e uma carreira em atenção básica.

B) Configuração do Sistema de Saúde Público e Privado

O Chile é um país em desenvolvimento, economicamente estável, com aproximadamente 19 milhões de habitantes. O Estado chileno é unitário e democrático, com administração funcional e territorial descentralizada, dividido em 15 regiões, 54 províncias e 346 comunas.

O sistema de saúde caracteriza-se por um mix público-privado no financiamento e na prestação de serviços. O marco institucional e a estrutura foram constituídos durante a reforma implementada na ditadura militar no final dos anos 1970. No subsistema público, criou-se o Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), composto pelo Ministério da Saúde e organismos dependentes, como o Fonasa, responsável pelo asseguração público e pela gestão do financiamento das ações de saúde pública.

O subsistema privado constituído pelas Isapre, empresas privadas responsáveis pelo asseguração e prestação de serviços. Após a reconfiguração do sistema de saúde, estabeleceram-se as principais características do modelo de financiamento, prestação e atenção à saúde. Os trabalhadores optam entre afiliar-se ao Fonasa ou a uma Isapre, por meio

da contribuição obrigatória de 7% do salário. Todavia, a depender da renda e do subsistema devem ser efetuados copagamentos.

Desde sua criação aos dias atuais, o número de afiliados do Fonasa foi se ampliando, constituindo, em 2017, 78% da população, dividida em quatro grupos de acordo com suas condições socioeconômicas e em duas modalidades de atenção à saúde. O grupo A do Fonasa compreendia usuários sem inserção no mercado formal de trabalho e recursos para contribuições, vinculados à modalidade de atenção institucional (MAI), na qual a assistência médica era realizada em serviços públicos gratuitamente. Os usuários do grupo A e B e os indivíduos com mais de 60 anos possuem atenção gratuita; os do Grupo C tem cobertura de 90% e o grupo D de 80%.

Os usuários dos grupos B, C e D também podem optar pela modalidade MAI ou pela livre eleição (MLE), que permitia a escolha de profissionais ou serviços do subsistema privado por meio de copagamentos

No setor privado de saúde no Chile, de dimensões não insignificantes do lado da prestação de serviços, o acesso a especialistas é direto. Nesse é o modelo de cuidado, não há figura do clínico geral (APS) e nem planos que impliquem a ideia de população responsável. Como resultado, o especialista é diretamente acessível e quase sempre há oferta suficiente.

Em 2017, este setor atendia 14,4% da população, sendo constituído por doze Isapre, subdivididas em seis abertas (Colmena Golden Cross, Cruz Blanca, Vida Tres, Nueva Masvida, Banmédica, Consalud) que podem ser acessadas pela população em geral, e seis fechadas (San Lorenzo, Fusat, Chuquicamata, Río Blanco, Fundación, Cruz del Norte) direcionadas a determinados grupos de trabalhadores ou empresas. As Isapre possuem três modalidades de atenção: plano de livre eleição, plano fechado e plano com prestadores preferentes.

No subsistema público, o pagamento a prestadores da APS na modalidade institucional é majoritariamente per capita por afiliados inscritos nos centros de saúde e, em menor proporção, por serviço.

Em 2005, o governo promoveu mudança no modelo de APS com a implantação do Modelo de *Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria* e implementação da Rede Integrada de Serviços de Saúde, a partir de 2014. Os estabelecimentos públicos de APS são constituídos por *Centros Comunitarios de Salud Familiar* (CECOSF) (9,1%); *Centros de Salud Familiar* (CESFAM) (19,3%); *Centro de Salud Urbano* (3,9%); *Centro de Salud Rural* (2,9%); *Posta de Salud Rural* (52,7%) e *Servicio de Atención Primaria de Urgencia* (SAPU) (12,1%).

O Modelo de Atenção Integral à Saúde Familiar e Comunitária possui uma equipe de profissionais contém médico, enfermeiro, parteira, assistente social, assistente administrativo e agente comunitário. Quanto ao vínculo, a maioria são funcionários públicos, existindo, também, contratos temporários; quanto a remuneração, os profissionais recebem salário e pagamento por desempenho de acordo com programas específicos.

No setor público, o componente mais importante é a modalidade de atenção institucional (AMI), que é fechada, territorial, com população cadastrada em unidades básicas de saúde (APS), cuja atenção flui pela rede pública de serviços por meio de vias e mecanismos de referência pré-estabelecidos. O pressuposto é constituição de uma rede à qual pertence a população adstrita ou beneficiária, via registo, e que, a partir do seu ponto de registo, é encaminhada através da realização de uma interconsulta dirigida a centros de atendimento ambulatorio especializados.

A oferta da atenção secundária, no subsistema público, é organizada pelos Serviços de Saúde (SS) de forma regionalizada, sendo responsável pela articulação, gestão e desenvolvimento da Rede Assistencial. As direções dos Servicios de Salud (SS) são responsáveis pela integração da rede.

É assim que se configuram os gargalos desse modelo assistencial (AMI), pois é na consulta de especialidade e nas cirurgias sem garantias explícitas de saúde que a continuidade do cuidado estagna, e os tempos de espera são gerados, sendo este o principal foco de insatisfação com o sistema, gerando uma percepção de escassez que não existe no setor privado. No Repositório Nacional de Listas de Espera (RNLE), em dezembro de 2019, havia um total de 1.429.674 pacientes aguardando uma consulta de especialidade, com tempo médio de 394.

Ou seja, o setor de saúde no Chile não só tem dois modelos de financiamento, ISAPRE e FONASA, mas também dois modelos de prestação de serviços ou "cuidados", que fazem diferenças na forma como a população chilena resolve seus problemas de saúde: um privado, com acesso direto a especialistas e outro público, que funciona em rede fechada com oferta racionada e tempos de espera para acesso a especialistas, cirurgias e procedimentos. Isso é fundamental, pois gera diferentes experiências de cuidado na população, dependendo do sistema ao qual as pessoas são designadas.

O Chile aumentou a densidade de médicos, mas ainda está abaixo da média dos países desenvolvidos. Em 2018, esse indicador alcançava 2,6 médicos por 1000 habitantes, menor

que a média da OCDE, de 3,4 em 2017. As consultas médicas aumentaram de 2,4 para 3,6 per capita entre 2000 e 2016.

A prestação em saúde médica se caracteriza como um grande desafio do sistema chileno. Houve avanços na garantia do acesso à assistência médica com a implantação do Modelo de *Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria* e a integração dos serviços de saúde em rede. Entretanto, apesar de serem estratégias para orientação do cuidado no subsistema público de saúde, não houve integração com o subsistema privado.

C) Médicos especialistas

No Chile, um dos objetivos centrais do processo de reforma do setor saúde é alcançar o acesso universal, em uma população que demanda cada vez mais e melhores serviços de saúde, o que tem exigido um aumento de sua complexidade e maiores exigências de recursos humanos qualificados em um sistema com dois mercados de trabalho, público e privado.

A imprensa nacional, as autoridades universitárias, o legislativo, o Ministério da Saúde e a Faculdade de Medicina reconheceram o déficit de médicos especialistas no país, principalmente no sistema público. Esse problema envolve fatores dependentes do sistema de saúde, das universidades formadoras e dos próprios atores médicos. A formação de médicos especialistas depende das escolas de pós-graduação das universidades por meio de programas de treinamento credenciados e devidamente certificados.

Médicos que não foram certificados como especialistas pelas universidades tiveram a oportunidade de fazê-lo fazendo um exame na Corporação Nacional Autônoma para a Certificação de Especialidades Médicas (CONACEM), uma entidade privada de direito público, que reúne a participação conjunta de universidades, Academia de Medicina, Faculdade de Medicina e sociedades científicas, nas quais o Ministério da Saúde (MINSAL) participa como observador.

A função assistencial dos especialistas no sistema público de saúde depende do ministério do setor, que tem desempenhado um papel administrativo e financeiro na sua formação, através da Unidade de Formação da Divisão de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas. Este, em conjunto com a Associação das Faculdades de Medicina (ASOFAMECH), realizou um programa de formação para especialistas durante 4 anos, iniciado em 2007.

Existem quatro linhas programáticas de formação, a saber:

- Bolsas de Estudio Primárias: programa establecido na década de 1950 até 2007 para recém-formados, pago pelo Estado, com duração de 3 anos e que, posteriormente, os profissionais tinham a possibilidade de dar continuidade a uma subespecialização. Um modelo semelhante foi restabelecido em 2008 com o objetivo explícito de fortalecer a atenção primária municipal, que carece da motivação dos médicos para ingressar nela e também em seu poder de resolver grande parte dos problemas em saúde da população. As especialidades básicas, incluídas neste programa, são: medicina Interna, pediatria, cirurgia geral, obstetrícia-ginecologia e psiquiatria. A duração de 6 anos e compartilham períodos formativos na APS e na atenção secundária e terciária.
- Clínicos Gerais de área: Profissionais contratados pela Lei 19.664, com carreira de funcionalismo público e com estágio de destino e formação. A admissão é por concurso nacional realizado pelo MINSAL, devendo, inicialmente, trabalhar como clínicos gerais por pelo menos 3 anos na APS de áreas geograficamente remotas. A partir do terceiro ano, os profissionais podem escolher, também através de um concurso nacional, programas de especialização. Uma vez que a especialização tenha acabado, não há obrigação de retornar ao serviço público.
- Médicos da atenção primária municipal: Esses profissionais regem-se pelo Estatuto Municipal de Saúde, e através de um concurso nacional podem optar por programas de especialização por um período máximo de 3 anos, tendo a obrigação de regressar para o cumprimento de um "período de cuidados obrigatórios" (PAO) pelo dobro do tempo do período de formação.
- Médicos diretamente treinados pelos serviços de saúde: São médicos contratados pelos serviços de saúde, que podem escolher, após 3 ou mais anos, uma especialização através de cotas de universidades que são destinadas diretamente aos serviços de saúde. Há um período de cuidado obrigatório ao final do curso pelo dobro do tempo de treinamento.

A gestão administrativa e orçamental destas 4 linhas de especialização é realizada tanto pelo Departamento de Educação e Formação do MINSAL e pelos Serviços de Saúde, que concedem o financiamento necessário, e a Associação das Faculdades de Medicina (ASOFAMECH), que, anualmente, oferece quotas distribuídas pelas universidades do país.

A tendência predominante hoje, tanto médicos quanto estudantes de medicina, é preferir o sistema privado. Consequentemente, as políticas públicas de recursos humanos devem ser orientadas para a atração e retenção de especialistas. Nesse sentido, dos 4 programas ou linhas de treinamento existentes, apenas os de APS municipal e os de formação direta pela SS possuem PAO ou período compulsório de assistência.

A tendência percentual de treinamento é de 47% nas especialidades básicas e 53% nas especialidades primárias. Nas especialidades básicas, a medicina interna tornou-se a mais preferida, seguida pela pediatria. Além disso, há um aumento significativo da psiquiatria, que ultrapassou a cirurgia geral e a obstetrícia. Nas especialidades primárias, os primeiros lugares são ocupados por anestesia, radiologia, ortopedia e medicina de família, sendo as menos frequentes a neurocirurgia, fisioterapia e urologia, além de uma miscelânea de outras especialidades.

A distribuição regional dos médicos em formação correlaciona-se com a demografia regional, especialmente no que diz respeito à população beneficiária do sistema público. Assim, as regiões V, VIII e Metropolitana são as que apresentam as maiores admissões em programas de especialização, sendo menores nas regiões I, III, VI, VII e as 3 mais meridionais. A formação de cada especialista tem dois elementos de custo: um anual, referente às taxas acumuladas pelas universidades de formação e outro referente a uma contribuição mensal para o SS direcionado a substituição dos médicos em formação.

O aumento das oportunidades de especialização médica que descrevemos deveu-se à conjugação de duas ações fundamentais: os esforços programáticos universitários e o necessário financiamento concedido pelo MINSAL. O acordo estabelecido entre o Ministério da Saúde e a ASOFAMECH em nome das universidades do país, públicas e privadas, permitiu o progresso descrito, que está sendo apoiado pelas disposições legais e regulatórias vigentes que regulam as quatro linhas ou caminhos de especialização existentes.

As quotas assumidas ou preenchidas pelos médicos foram assumidas com base em extensos concursos nacionais ou locais organizados pelos próprios serviços de saúde. A duração desses programas tem sido regulatória e legal, sendo interessante notar que o OPA (subsequente período de atenção compulsória) aplica-se apenas aos médicos da APS e da SS. Nesses casos, as instituições contratantes, tanto os municípios quanto os serviços de saúde, podem influenciar o tipo de especialização, de acordo com as reais lacunas e necessidades que possuem, especialmente em nível regional.

Em relação ao destino futuro desses especialistas, em especial sua manutenção no sistema público, a continuidade neste tem sido alta nos últimos anos. A permanência da carreira no sistema público depende, em grande parte, dos salários e, particularmente, da existência de tecnologias, insumos e pessoal colaborativo necessários para o desenvolvimento do trabalho especializado, de acordo com diversos estudos e pesquisas científicas do País.

No contexto do aumento das oportunidades de especialização, destaca-se o advento dos chamados especialistas básicos, que são treinados de forma mista na atenção primária e secundária. Esse modelo surgiu, em grande parte, da necessidade de fortalecer a capacidade de resolução clínica da ação médica da APS.

Embora a relevância da formação de especialistas em atenção primária, entendida e definida como própria para o trabalho dos clínicos gerais, tenha sido discutida no início, os sucessivos acordos entre o MINSAL e as universidades, especialmente a Universidade do Chile, permitiram que o Ministério da Saúde iniciasse esse programa em 2008.

A falta de especialistas identificada em diversos estudos contrasta com a existência no Chile de uma clara predominância de médicos especialistas sobre os médicos generalistas, que atingiu até 85% dos médicos nos serviços de saúde. Outro aspecto importante a ser observado é que o aumento de médicos especialistas tem sido proporcional ao aumento da população profissional médica do país, que tem crescido significativamente nos últimos anos.

Pode-se pensar que o aumento da oferta de médicos poderia ser canalizado para formação de clínicos gerais que fortalecerão a APS, fundamental em uma política de saúde de diagnóstico precoce e prevenção das patologias mais importantes e frequentes. Mas os estudos sociológicos de egressos de estudantes de medicina indicam que o caminho preferido é a especialização imediata e tecnologicamente eficiente.

Isso não elimina a necessidade de conciliar o interesse de um cuidado rápido e eficiente na primeira linha, que forma a APS, com aquela especializada, baseada em evidências científicas, que seja efetiva e tecnologicamente eficiente no nível secundário e terciário. Para atingir esse objetivo, com base em uma política científica e ética em saúde, é necessário unir esforços, convênios e coordenação, com perspectiva de futuro, entre as instituições envolvidas, o Ministério da Saúde, as universidades, a Faculdade de Medicina e os municípios.

Reverter a tendência de concentração de médicos especializados em algumas regiões é um dos desafios mais críticos que devem ser enfrentados por uma política de recursos humanos que vise alcançar maior equidade no acesso da população.

D) Médicos generalistas

A atenção primária é a pedra angular da Reforma Sanitária no Chile. Como resultado, clínicas primárias, municipais ou não, foram construídas em várias regiões e áreas do país, de

modo que atualmente atingem um número significativo, correspondendo às 350 comunas do país. A isto junta-se a instalação de mais de 100 Serviços de Cuidados de Urgência Primários.

No entanto, este progresso estrutural e tecnológico não tem andado de mãos dadas com o reforço dos recursos humanos, em especial dos profissionais médicos. Estes, na Atenção Básica (APS), totalizam 2.555 que atendem 93.121 horas para uma população beneficiária de 9.976.722 pessoas. A relação médico/habitante é de 2,12 médicos por 10.000 beneficiários do FONASA. Isso estabelece uma lacuna significativa entre os países em relação aos padrões internacionais, que recomendam 3,0/10.000 em média.

Existem vários fatores relacionados com o número insuficiente de clínicos gerais (MG) no Chile. Entre eles, estão: ausência de carreira profissional, desinteresse pela medicina geral, estatuto da atenção primária municipalizada e grau de qualidade dos cuidados.

O país enfrenta dificuldades para a provisão de médicos, operando com cerca de 50% de médicos estrangeiros em alguns centros de saúde. Em 2016, no país, dos 41.623 médicos inscritos na Superintendência de Saúde, 15% eram estrangeiros, proporção que aumentou nos últimos anos, principalmente com a migração de profissionais da Venezuela, Colômbia, Equador, Bolívia e Cuba.

Tradicionalmente, a carreira do médico inicia-se como clínico geral, por períodos variados de 3 a 5 anos, conforme estabelecido pela regulamentação da zona e, um mínimo de 3 anos, de acordo com o estatuto médico do funcionalismo público, sancionado pela Lei 19.664. Em seguida, há período de especialização, com duração de 3 anos para as especialidades básicas e mais 2 anos para alcançar a subespecialização. Esse longo caminho, que envolve no mínimo 8 anos, tem sido muito criticado, pois as chamadas bolsas primárias começam imediatamente após a formatura e levam, após 3 anos de formação, ao título de especialista em qualquer uma das especialidades básicas escolhida (clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e psiquiatria).

Após, pode-se acessar os programas de subespecialização, que duram 2 anos. Assim, o caminho é encurtado para 5 anos. Além disso, os programas de aperfeiçoamento que conduzem às, atualmente denominadas, especialidades primárias (oftalmologia, imagem, neurologia, dentre outras), permitem a respectiva certificação após 2 anos. Assim, o futuro do médico generalista é aspirar por uma especialização, pois não existe uma verdadeira carreira como generalista.

O desinteresse pela medicina geral é um elemento muito presente nas pesquisas realizadas. Esse fato se deve, não apenas ao aumento explosivo da tecnologia aplicada às especialidades, e sua contribuição para a resolução diagnóstica e facilitação da terapêutica, mas também à conotação de prestígio profissional e valorização econômica que a especialização acarreta. Além disso, o interesse pela especialização pode ser parcialmente relacionado à formação, pois a grande maioria dos docentes são especialistas e podem induzir os alunos à carreira especializada.

Vários estudos sobre os perfis de estudantes de graduação, publicados pelas carreiras médicas, da Associação das Faculdades de Medicina do Chile (ASOFAMECH), observa-se que entre estes não há consideração plena às políticas públicas ou aos objetivos de saúde como eixos mobilizadores de formação. Detecta-se a falta de elementos como o pensamento crítico e os determinantes sociais da saúde, gerando dúvidas quanto à real articulação do processo de formação com a realidade socio sanitária nacional.

Algumas escolas médicas possuem estágios desenvolvidos em APS que são esporádicos e/ou voluntários. Além disso, nota-se que o contato com a APS é extremamente tardio. A APS como local de trabalho médico é vista como transitória, sendo buscada a especialização, mesmo que a disciplina específica a ser escolhida seja desconhecida. Alguns professores argumentam que um dos fatores que afeta a falta dessa orientação é a baixa disponibilidade de professores com espaços adequados para o exercício pedagógico, para poder ir além do trabalho de cuidado.

No que diz respeito aos recursos humanos e aos médicos em particular, o estatuto da atenção primária municipalizada apresenta sérias limitações, como falta de qualificações, falta de promoções por graus definidos, falta de incentivos para a prática profissional, como cursos de formação, seminários de aperfeiçoamento, autorizações para participação em congressos e reuniões clínicas hospitalares, entre outros. A ausência de estágios ou graus ao longo do tempo, referentes à evolução profissional, determina a falta de incentivo para que os médicos continuem como MG por longos períodos.

Médicos recém-formados que começam como generalistas, inevitavelmente, têm pouca experiência, falta de conhecimento devidamente sedimentado e pouco tempo para a prática ambulatorial. Embora tenham um bom preparo como tal, de acordo com os atuais programas universitários, frequentemente, apresentam falta de resolução clínica em diversos problemas assistenciais. Essa relativa redução da qualidade da assistência clínica na APS,

reconhecida pelos mesmos atores e pelas experiências de auditoria, determina um aumento no número de interconsultas e longas listas de espera no nível secundário.

Essas limitações da organização, estrutura e carreira funcional da APS têm afetado a prática profissional da MG. A proporção destes caiu, nos últimos 5 anos, para 36% no sistema público e para 18% se considerado apenas o sistema de Serviços de Saúde.

As deficiências na resolução adequada e a falta de conhecimentos e habilidades clínicas devem-se principalmente a médicos estrangeiros que foram contratados para preencher as lacunas produzidas pela falta de interesse dos médicos nacionais.

Na década de 90, a solução concebida para reforçar a resolução do primeiro nível de atenção foi a criação de filtros intermediários entre esse nível e o secundário, com os chamados SRC ou centros de alta resolução em saúde, que ficariam a cargo de especialistas básicos apoiados por tecnologia pouco complexa. No entanto, não foram construídos mais de 3 ou 4 unidades e os seus objetivos e estruturação foram completamente alterados.

A percepção de que clínicos gerais e especialistas são necessários ao mesmo tempo é consistente com o pano de fundo da realidade nacional. Essa situação tem como pano de fundo a concepção profundamente enraizada de que o exercício do profissional generalista só será dado de forma transitória e/ou circunstancial, fato que foi verificado na década de 60 no programa de Clínicos Gerais de Zona e que ainda se mantém com os programas destinados aos médicos da APS que têm como incentivo explícito a futura especialização.

E) Médico gestor da demanda (MGD)

No Chile, o modelo de atenção integral à saúde da família e da comunidade estabelece os princípios fundamentais para o funcionamento da APS: integralidade, centrada no usuário e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção.

Baixa coordenação e alta fragmentação do sistema podem diminuir a qualidade dos cuidados e piorar os resultados de saúde. Na América Latina, reconhece-se que os níveis de fragmentação do sistema de saúde têm tido o efeito de prestar serviços de saúde de baixa qualidade técnica, uso ineficiente de recursos e perda na continuidade do cuidado.

É por isso que o país implementou o modelo de redes integradas de serviços de saúde que visa melhorar a coordenação entre os níveis, contribuindo para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS e a prestação de serviços de saúde mais acessíveis,

equitativos, eficientes, de melhor qualidade técnica e que melhor atendam às expectativas da população.

No Chile, o gestor da rede é responsável pela operação desta em seu serviço de saúde e pela coordenação efetiva com outras redes, a fim de atender às necessidades de saúde da população responsável. Por sua vez, cada Centro de Saúde da Família da APS (CESFAM) conta com um médico gestor da demanda (MGD), cargo criado em 2014, responsável por melhorar a resolução, bem como manter a continuidade do cuidado entre a APS, o nível hospitalar e a prestação de serviços em outras instituições.

Apesar disso, o MGD continua a ter papéis diferenciados pelo CESFAM, que não foram suficientemente estudados. Muitas vezes assume várias funções para melhorar a coordenação dos cuidados, especificamente naqueles que visam melhorar os processos de transição de casos. Por exemplo, ele tem funções de gerenciamento de casos compartilhados entre os níveis do sistema, que em muitos países é realizado por enfermeiros, e por outro lado, cumpre uma função de auditoria interna, realizando um controle para melhorar os fluxogramas clínicos.

A principal tarefa formal do MGD é a gestão da interconsulta para o nível secundário, tendo que avaliar a sua relevância de acordo com os critérios de referência e classificar o risco para atribuir uma prioridade de cuidado.

No entanto, os MGDs acumulam outros papéis além da revisão da interconsulta. Por exemplo, eles podem fornecer feedback aos gestores do programa e à equipe médica sobre a qualidade e relevância das consultas, processo este fundamental para melhorar a resolução da APS. Eles também contribuem para a organização da equipe médica, fornecendo feedback aos médicos que geram interconsultas irrelevantes, coordenam reuniões médicas onde casos clínicos, protocolos clínicos locais e critérios de referência são discutidos.

Nas experiências de desempenho do cargo de MGD, alguns estudos identificam fatores profissionais e institucionais que influenciam seu dia a dia. Dentre os fatores profissionais, destacam-se as competências técnicas, ou seja, o conjunto de competências e habilidades que o MGD possui para exercer sua função. Isso requer um alto nível de treinamento em medicina ambulatorial ao longo do ciclo de vida, bem como grande experiência clínica.

No entanto, apenas o conhecimento não é suficiente para exercer adequadamente o cargo; também é necessário o reconhecimento de seus pares como um médico com altas competências e liderança, o desenvolvimento de soft skills, entendidas como habilidades de

comunicação para dar feedback eficaz e lidar com situações difíceis. Alguns estudos sugerem que o médico de família é mais qualificado para o trabalho em comparação com o médico clínico geral.

Por outro lado, entre os fatores institucionais, ter uma boa coordenação com o nível secundário é um dos fatores mais importantes da experiência da MGD. Essa coordenação ocorre em instâncias de reunião periódica com o referente de nível secundário, encarregado de analisar em conjunto os critérios de referência e contrarreferência, bem como manter-se a par das mudanças nos protocolos.

O MGD é um ator relevante e recente para a APS, que tem permitido tornar visível a necessidade de novas e melhores intervenções de coordenação assistencial para atender à demanda pela crescente complexidade dos usuários. A padronização de suas funções é um elemento necessário para sua consolidação e alcance dos objetivos de manutenção da continuidade do cuidado na população.

F) Médicos generalista de Zona

A existência de médicos generalistas de zona tem-se revelado uma estratégia essencial para proporcionar o acesso a cuidados médicos em zonas rurais e vulneráveis. A política existe desde 1955 e é mantida até hoje sob o nome de "etapa de destinação e formação", na qual os médicos se candidatam por meio de um processo de admissão para garantir postos de trabalho nos centros de atenção primária. Com base em seu desempenho na atenção básica, eles recebem pontos para bolsas de especialização médica.

Na década de 1980, a administração dos serviços de saúde passou a ser transferida para os municípios, levando a piores condições de trabalho sob o novo empregador e, conseqüentemente, a uma demanda dos trabalhadores de saúde por legislação (aprovada em 1995) para cobrir a atenção primária municipalizada. A legislação regulamentou carreiras, financiamentos e incentivos para os profissionais de saúde nesse contexto, estabelecendo categorias de carreira e incorporando os médicos como parte da equipe de saúde.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde do Chile (MINSAL) concentrou-se no desenvolvimento da atenção primária à saúde com a mudança do modelo biomédico para o Modelo de Saúde Integral, Familiar e Comunitária, visando a resolução de desafios no nível da atenção primária. Isso lançou a dupla transformação de departamentos ambulatoriais (consultórios) em centros de saúde da família e de hospitais de baixa complexidade em hospitais comunitários.

Ainda assim, havia uma necessidade de melhorar a capacidade de resolução de casos de atendimento e expandir os espaços disponíveis para treinamento e prática no setor público. Os primeiros centros de saúde acadêmicos surgiram nesse contexto, com a atenção primária desempenhando o papel de protagonismo na formação nas carreiras de saúde e lançando a formação dos primeiros médicos de família do país.

No entanto, uma vez que não existia uma política explícita de apoio ao desenvolvimento desta especialidade médica nos cuidados de saúde primários, nem todos os especialistas que terminaram esta formação acabaram por trabalhar nos cuidados primários, mas estavam dispersos pelos vários níveis de cuidados com uma variedade de posições e adaptando o seu papel aos espaços existentes em cada serviço, dificultando a medição de qualquer impacto na saúde das pessoas.

Em 2014, o Ministério da Saúde do Chile criou um incentivo para fomentar a formação em medicina de família como especialidade e, por sua vez, para potenciar o desenvolvimento profissional na especialidade de cuidados primários. Este incentivo é atualmente regulado por lei, garantindo assim a sua continuidade ao longo do tempo.

A formação de médicos de família é atualmente uma das metas da estratégia nacional de saúde, onde se espera que aproximadamente 50% dos médicos alocados nos centros de saúde sejam médicos de família. A médio prazo, isso deve garantir que a atenção básica dependa permanentemente dessa especialidade, fortalecendo os princípios transversais do modelo de atenção, com continuidade no espaço e no tempo, integralidade, resolução de casos e satisfação do usuário, com trabalho em equipe multidisciplinar, foco territorial e participação cidadã, alcançando, assim, resultados que melhorem as condições de saúde dos usuários e de suas famílias em seu território.

G) Cenário dos Médicos na APS e rede de saúde

O quadro de pessoal, no setor público de saúde do Chile, chega a cerca de 123.000 pessoas, dos quais 32% trabalham na atenção primária e 68% na atenção secundária e terciária. Atualmente, a grande maioria dos médicos (73%) concentra-se na zona centro do país (V, VI, VII e RM), sendo sua distribuição de 1 médico por 471 habitantes na zona centro, enquanto na zona sul, atinge 1 médico para 851 habitantes (X, XI e XII). Entre 43% e 48% destes trabalham no setor público, com dedicação média de 26 horas por cargo, o que representa cerca de 38% do total de horas potencialmente disponível.

A disponibilidade de médicos para cada 10.000 beneficiários do FONASA, passa de 15.4 médicos no SS de *Aysén* para 6,4 no SS de *O'Higgins*, sendo a média nacional equivalente a 9,15 profissionais por 10.000 beneficiários. Embora nenhum dado atualizado esteja disponível em horas de especialistas, no ano de 2006, apenas 7,6% do total de horas corresponderam a especialistas, dos quais 45% corresponderam a especialistas em medicina familiar.

A estimativa de lacunas de médicos pelos Serviços de Saúde foi realizada integrando os cenários propostos pelo Banco Mundial, atualizado para 2010, e o trabalho realizado no Departamento de Treinamento, consistindo em um levantamento de requisitos com base em informações prestados pelos Serviços de Saúde, realizados durante o segundo semestre de 2010.

Entre as estratégias utilizadas durante a última década, conforme revisadas na análise da situação, destaca-se o aumento do quadro de pessoal. Foi desenvolvido o plano de formação de novos médicos especialistas e dentistas, com aumento do número de bolsas financiadas, anualmente, pelo o Estado do Chile, de 157 para 659 entre o período 2007 e 2010, o que representa um aumento orçamental de mais de 342%.

Foi criado um programa de fechamento de lacunas para especialistas no sistema público de saúde através do plano de contratação de 500 especialistas, equivalente a 22.000 horas com orçamento atribuído de 18 milhões de pesos para o ano de 2010. O "Ciclo de Destino" dos médicos do Estágio de Treinamento e Atribuição tem sido útil para a prestação de cuidados médicos em zonas rurais, isoladas ou com dificuldades na contratação de cuidados médicos. Um desafio neste escopo é definir com base nas condições atuais de desenvolvimento local, quais são as áreas geográficas em que é necessário priorizar esta modalidade de prestação de cuidados médicos, bem como a disposição da rede saúde associada ao programa de investimento setorial para infraestrutura e equipamentos.

Existem também estratégias relacionadas com melhoria das condições de trabalho pessoal através de modificações de carreira oficial e o estabelecimento de um sistema de incentivos. Esta estratégia considera conceitos como: estímulo ao alcance de metas de saúde, boas condições de locais de trabalho, definição de dias prioritários de trabalho, definição de habilidades profissionais, responsabilidade em cargos de gestão, experiência qualificada, entre outros.

Outra estratégia nesta área foi o desenvolvimento de sistemas para salvaguardar a qualidade de vida dos profissionais que trabalham no Sistema Nacional de Serviços de Saúde.

Esses sistemas incluem: o Programa Nacional de Saúde Ocupacional da Rede dos Serviços de Saúde; disponibilidade de creches, jardins de infância e clubes escola para filhos de funcionários; sistema de fiscalização do cumprimento da legislação relativa às normas de proteção a maternidade e direitos parentais; implementação do mapa nacional de trabalho pesado; implementação do Programa de Medicina Preventiva para Funcionários de Serviços Públicos de saúde.

No que diz respeito ao desenvolvimento do capital humano, tem-se desenvolvido alguns programas para fortalecer as habilidades e capacidades de trabalho do equipes de saúde, como os programas de formação desenhados pelo nível central em relação às necessidades do funcionamento da rede de cuidados de saúde e das políticas de saúde pública.

Em relação às modalidades de treinamento utilizadas, foi instalado o Sistema de Educação a Distância do Setor de Saúde Pública, que tem a vantagem de ser um dispositivo flexível que permite ampla cobertura geográfica e baixos custos de gestão.

A estratégia de Educação Permanente em Saúde tem possibilitado a implantação de uma modalidade de desenvolvimento de competências para a resolução de problemas clínicos, tanto para aprimorar qualidade do atendimento, quanto a satisfação e o tratamento do usuário pelas equipes de saúde.

Também foram desenvolvidos sistemas de certificação da qualidade profissional com a incorporação do Exame Nacional Único de Conhecimentos de Medicina (EUNACOM), e o desenvolvimento do Sistema de Certificação e Recertificação de Especialidades Médicas. O MINSAL tem promovido diferentes instâncias de diálogo com o setor da formação na perspectiva de reduzir os descompassos entre oferta e procura, bem como a qualidade dos recursos humanos formados.

No domínio da formação, as Universidades, Institutos e Centros de Formação Técnica têm permitido um aumento significativo das inscrições em cursos de saúde. Porém, a oferta é definida de forma autónoma e não necessariamente coincide, em número e perfil, com as necessidades de saúde da população.

Outro ponto está nos estabelecimentos de saúde privados, os quais são importantes empregadores de médicos e responsável pela implementação de muitas das políticas oriundas do Ministério de Saúde, além de influenciar, em graus diversos, as condições de

desenvolvimento do mercado de trabalho, podendo atuar tanto em função de complementaridade quanto de competição.

A Estratégia Nacional de Saúde propôs 6 grupos de estratégias para alcançar os objetivos estabelecidos: existência de política pública incentivadora; contratação de pessoal; existência de habilidades apropriadas; fornecimento de condições de trabalho adequado; fomento a formação médica; e desenvolvimento de sistemas de informações sobre recursos humanos em saúde.

Atualmente, uma zona a intervir é a formação médica, principalmente através do desenvolvimento de campos pedagógico-assistenciais nas áreas críticas, juntamente com o aumento da cota de especialidades médicas para formação de profissionais que atuarão na Atenção Primária.

O país enfrenta dificuldades para a provisão de médicos, operando com cerca de 50% de médicos estrangeiros em alguns centros de saúde. Em 2016, no país havia 41.623 médicos inscritos na Superintendência de Saúde, dos quais 15% eram estrangeiros, proporção que aumentou nos últimos anos, principalmente com a vinda de profissionais da Venezuela, Colômbia, Equador, Bolívia e Cuba.

A rotatividade dos profissionais, sobretudo médicos na APS, também é outro problema e implica constantes esforços de capacitação sobre o funcionamento da rede, mapa de derivação, fluxos e protocolos clínicos. Tecnologias de Informação e Comunicação buscam minimizar problemas relativos à rotatividade, com a disponibilização das guias de prática clínica e mapas de derivação nos computadores dos consultórios, além de proporcionar coordenação informacional.

Há iniciativas para a formação de especialistas em medicina de família e comunidade, que partem, sobretudo, do Ministério da Saúde. Uma delas é a Etapa de Destinação e Formação para alocação de médicos em zonas remotas com garantia de pontos adicionais em residências. Para a fixação e a atração de profissionais, o gestor nacional realizou uma classificação de risco para as áreas do país, que implica em melhores salários e ajustes per capita.

Há dois grandes instrumentos de avaliação da APS: as metas sanitárias e o Índice de Atividade da Atenção Primária (IAAPS), o qual gera o repasse de recursos aos municípios. As metas sanitárias são acordadas com as corporações e geram pagamento por desempenho aos profissionais quando cumprem 90%. Há também um mecanismo associado de pagamento por

desempenho relacionado à avaliação do “trato com os usuários”. Os incentivos são definidos conforme prioridades estabelecidas, todavia podem levar ao direcionamento das ações e processo de trabalho ao cumprimento das metas e não aos princípios e objetivos do modelo.

Os serviços de saúde, a depender da população adscrita, podem dividir-se em microrredes, que se organizam ao redor de seus respectivos hospitais de referência, em sua grande maioria, públicos. Tal arranjo ratifica um modelo de atenção à saúde de forte cunho curativo, do ponto de vista simbólico e financeiro. O hospital recebe todas as referências da APS, chamadas “interconsultas”, e se responsabiliza por resolvê-las e manejar as listas de espera.

H) Programas de Residência médica

No Chile, a residência médica somente pode ser cursada após a conclusão da graduação no curso de medicina, o qual possui 5 anos de duração e é seguido por um estágio obrigatório de 2 anos que visa desenvolver as habilidades práticas de atendimento do médico. No país, existem 54 especialidades e subespecialidades médicas reconhecidas, conforme disposto no Decreto nº 8 de 2013. Essas especialidades são divididas entre especialidades médicas primárias e secundárias. As especialidades primárias levam 3 anos para serem concluídas e as subespecialidades requerem mais 2 anos.

Antes de adentrar no programa de residência, os médicos devem obter a certificação para exercer medicina, a qual requer a aprovação no teste *El Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina* (EUNACOM) e é administrado pela *Asociación de Facultades de Medicina de Chile* (ASOFAMECh). Diferente do Canadá ou Estados Unidos, não há um processo de escolha em que o aplicante à residência é pareado com uma universidade específica. Para cursar a especialidade, o médico deve ser aprovado no processo seletivo organizado pelas universidades chilenas ou ser aprovado nos concursos organizados pelo Estado, denominado Concurso Nacional de Especialidades para Médicos, o CONE. Esses oferecem tanto a vaga quanto bolsa de financiamento das matrículas aos estudantes e uma oportunidade de vínculo profissional. Portanto, o financiamento da especialização pode ser privado ou público. Quando o médico ingressa na pós-graduação por meio de concurso, após concluir seus estudos ele é obrigado a realizar um período de serviço obrigatório como especialista em algum centro de saúde.

No sistema de saúde chileno, as universidades privadas e estatais, também chamadas, no contexto do sistema de reconhecimento de especialidades médicas, de entidades certificadoras, são as executoras dos programas de residência. O Ministério da Saúde é o

responsável por realizar as funções de formular e implementar as políticas de saúde, normas e planos gerais do sistema, assim como de supervisionar e avaliar o cumprimento desses instrumentos e estratégias.

O Ministério da Saúde também é incumbido da responsabilidade de conceber e executar ações operacionais para que as universidades tenham conhecimento das normas técnicas que precisam ser cumpridas para que elas possam realizar sua atividade de formação. Cabe, também, ao Ministério da Saúde o papel de liderar a fiscalização do cumprimento dessas normas técnicas. Essa é realizada por meio de uma comissão interministerial formada por integrantes dos Ministérios da Saúde e Educação. Portanto, o papel do Ministério da Educação é acessório no âmbito do sistema de oferta dos programas de residência médica.

As universidades devem manter um registro das suas atividades junto ao Ministério da Saúde devendo atualizá-lo obrigatoriamente a cada 5 anos. Especificamente, cabe a *Superintendencia de Salud* manter e publicizar a relação das entidades e seus respectivos programas de residência ofertados, seu monitoramento e fiscalização.

Considerando o disposto no Decreto nº 8 de 2013, as associações médicas, chamadas de *Sociedad Chilena* e parceiras da *Sociedad Médica de Santiago*, não possuem o papel de titular e certificar os especialistas. As principais atividades dessas sociedades são ofertar oportunidades formativas, como cursos e congressos, aos seus associados e prover informações e comunicar atualizações legais que possam afetar a prática médica. Além disso, as sociedades podem ter seus próprios periódicos acadêmicos.

A titulação dos médicos especialistas é feita pelas universidades que ofertam os programas de residência médica. Para executar essa atividade, é facultativo às universidades contar com serviços de outras organizações para preparar os exames do programa de residência e se manter atualizada sobre quais competências devem ser avaliadas. De posse do título o médico já pode exercer sua profissão.

Entretanto, a lei chilena também permite que a organização privada *Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM)* também exerça o papel de certificação de médicos. Embora tenha essa função, ela não é uma figura semelhante ao CNRM brasileiro, pois as universidades não dependem do CONACEM para ter o conteúdo dos seus programas de especialização aprovados. Aparentemente, o Decreto nº 8 reduziu o poder político dessa organização que antes era unicamente responsável pela certificação. Apesar disso, o CONACEM permanece relevante pois os médicos estrangeiros precisam da sua

aprovação para praticarem medicina e porque os médicos certificados pelo CONACEM precisam buscar uma renovação da sua certificação.

A renovação da certificação no Chile via CONACEM é semelhante ao que acontece em países como Canadá e Estados Unidos. Ao realizar atividades que fazem parte do seu dia a dia, os médicos acumulam créditos que lhes permite obter alcançar a renovação. De acordo com Decreto nº 8, as universidades também tem o poder de conceder a renovação da certificação, entretanto o processo como isso ocorre não está explicitado. Dessa forma, se concluí que a renovação da certificação pode ser feita, mas não é legalmente obrigatória.

I) Plano de admissão, formação e retenção de especialistas

Desde 2015, o MINSAL tem desenvolvido o plano de "Admissão, Formação e Retenção de Especialistas no Setor da Saúde Pública", através de uma expansão orçamental progressiva e anual; durante o período 2015-2018 formou 4.000 novos médicos especialistas para o sistema público, por meio da incorporação de médicos à atenção primária, da implantação de tecnologia e infraestrutura, da melhoria das condições de trabalho e da formação permanente em saúde.

No âmbito de formação do referido plano, o MINSAL assegura e aumenta progressivamente o número de vagas para especialização primária disponíveis nas universidades de formação. Em 2002, 150 médicos especialistas foram capacitados com recursos públicos, subindo, em 2015, o número para 1.128, e reduzindo consecutivamente as cotas para outros canais de especialização, especialmente autofinanciados, a fim de reter novos especialistas no sistema público.

O Plano adquiriu uma categoria de interesse nacional, tornando-se o eixo central de um método para melhorar e reduzir as lacunas de saúde existentes no Chile. Em comparação com as décadas anteriores, os mecanismos de especialização aumentaram enormemente e os existentes são criados ou modificados anualmente, gerando caminhos diferentes com características totalmente diferentes entre si, aumentando as possibilidades para os médicos.

As vagas disponíveis são distribuídas por meio de três processos independentes, que diferem em datas de conclusão e tipos de candidatos, no entanto, têm em comum seu apoio às legislações nacionais, concedendo salvaguardas aos solicitantes, mas também sanções judiciais em caso de descumprimento.

- Concurso Nacional de Admissão ao Sistema Nacional de Serviços de Saúde (CONISS)

Destina-se a médicos formados nos últimos dois anos em relação à data do concurso. Tem a vantagem de ter o maior número de cotas e é regulamentado pela Lei nº 19.964. Esta lei estabelece, pelo menos uma vez por ano, a realização de um processo público nacional de acesso. Considera uma série de requisitos mínimos de candidatura e formação acadêmica do candidato que são analisados e avaliados por um comitê seletivo que atribui pontuações para diferentes itens.

Entre os requisitos para candidatura, estão: nacionalidade chilena ou certificado de residência permanente no Chile, certificado original de graduação, aprovação do Exame Único de Conhecimento de Medicina (EUNACOM), experiência em estágios assistenciais, atividades de ensino, publicações científicas, entre outros. Há 2 modalidades de entrada; uma na qual o profissional tem que trabalhar como clínico geral de zona e só após concorrer a vaga na especialização; e outra, com menos vagas, na qual ele já adentra como bolsista.

Na primeira modalidade, após aprovação, o profissional é destinado aos centros de saúde pública, chamados de praças, localizados nas áreas mais vulneráveis do país. Localizam-se em setores urbanos ou rurais, apresentam diferentes graus de complexidade e correspondem a Núcleos de Saúde da Família (CESFAM), Núcleos Comunitários de Saúde da Família (CESCOF) e hospitais de baixa a moderada complexidade; esses centros são categorizados de acordo com variáveis sociodemográficas e epidemiológicas por letras de A a E em ordem decrescente de complexidade. Após o período mínimo de 3 anos de trabalho no centro, o profissional pode-se candidatar a uma bolsa de estudos para especialização. Todo o programa tem duração máxima de 9 anos. Além disso, esse percurso apresenta como benefício a carreira de servidor público, considerando o profissional como funcionário público e mantendo o salário anteriormente recebido, enquanto a especialização é realizada.

Dentre os critérios de seleção e ordem dos candidatos a concorrência da especialização, estão: antiguidade, complexidade da praça, execução de função de gestão, trabalho em postos rurais, trabalho em serviços de emergência, organização de atividades na comunidade, dentre outros.

Na segunda modalidade, a de bolsista, o médico inicia de imediato sua especialização. Há duas etapas, sendo uma de período de formação e outra de assistência obrigatória. Durante o a formação do bolsista, o MINSAL efetua o pagamento de uma taxa, correspondentes ao custo do programa, fixada pela instituição formadora, concedendo adicionalmente um subsídio mensal correspondente ao equivalente ao salário base recebido

por um profissional que completa um dia de 44 horas; nos casos especializações qualificadas de interesse nacional, o valor repassado é maior.

No final da formação, e imediatamente a seguir, o bolsista deve cumprir o período de assistência obrigatória, definido no momento da atribuição da bolsa. Trata-se da obrigação de trabalhar como especialista num estabelecimento do Sistema Nacional de Serviços de Saúde por um período igual ao dobro da duração do seu período de formação.

O estabelecimento em que ele deve se apresentar é definido no momento da concessão da cota no "acordo sobre direitos, obrigações e garantia do bolsista em programa de especialização" celebrado entre o bolsista e a Subsecretaria de Redes de Assistência, não permitindo alterações posteriores do estabelecimento, conforme definido pela Lei nº 19.664. Este acordo também estabelece cláusulas penais e multas em caso de renúncias do programa de especialidade e descumprimento, seja por desatendimento ou abandono, inviabilizando, neste último caso, a contratação do médico no âmbito do serviço público de saúde por um período de até 6 anos.

- Concurso Nacional de Especialidades para Médicos dos Serviços de Saúde (CONE-SS)

O concurso para médicos generalistas que atuam nos serviços públicos de saúde do país, facilitando a especialização por meio de um mecanismo semelhante à bolsa. Há duas etapas: uma de treinamento e outra de assistência.

O concurso exige que os médicos generalistas tenham trabalhado por um período, de no mínimo, três anos em um serviço de saúde, ou que se candidatem a especialidades médicas de interesse nacional: Medicina Interna, Medicina de Família, Obstetrícia e Ginecologia, Psiquiatria de Adultos, Psiquiatria Pediátrica e Adolescente, Pediatria, Saúde Pública e Medicina de Emergência. No caso de escolha de especialidade de interesse nacional, o período mínimo é de um ano. Para a seleção dos candidatos, avalia-se sua formação, considerando-se dois eixos: assistência ou desempenho no trabalho e desempenho acadêmico

Após o período de treinamento, o profissional retorna a um centro por tempo equivalente ao dobro da duração do treinamento.

- Concurso Médicos para *Atención Primaria de Salud* (CONE-APS)

Processo para médicos generalistas que atuam, exclusivamente, na atenção primária à saúde, que consiste em duas etapas, a de formação e de assistência obrigatória.

Os requisitos de candidatura incluem o tempo de trabalho na APS, sendo requisito um período não inferior a um ano para as especialidades de interesse nacional, como medicina de emergência e medicina de família. Para outras especialidades exige-se um período mínimo de 3 anos. Dentre os itens avaliados, os itens com maior escore são: antiguidade do funcionalismo público, trabalho comunitário, cursos avançados, experiência com pesquisa e docência.

O processo tem uma duração máxima de 9 anos, correspondendo à soma dos períodos. Durante a etapa de formação, a remuneração do serviço público é mantida, mantendo seu contrato durante todo ciclo.

J) Perfis de graduação de carreiras médicas

A formação médica é, na maioria das vezes, voltada para disciplinas fragmentadas e cuidados hospitalares. Por isso, alguns autores defendem um modelo emergente de educação médica para a América Latina, caracterizado por um domínio seletivo do conhecimento básico, pela compreensão do comportamento biopsicossocial, prevenção e saúde comunitária em igual importância com aspectos curativos.

No Chile, a formação médica com conteúdo de Ciências Sociais e Humanas é comentada em vários artigos. Goic et al., quantificaram o treinamento "humanístico e psicossocial" em 5,4% do treinamento total. A atual Reforma Sanitária contemplou o fortalecimento do nível primário por meio da formação de equipes multidisciplinares, da incorporação do modelo biopsicossocial e do aprofundamento da promoção e prevenção. A Academia Chilena de Medicina recomenda que o perfil do egresso considere a formação ética, humanística e de pesquisa como eixos curriculares.

No Chile, o aumento de graduados em medicina tem sido evidente, e a tendência dos últimos anos aponta para uma predominância de médicos especialistas. Alguns fatores que explicam isso são a inadequação da carreira do serviço público na APS, a influência da formação médica e a falta de um perfil de graduação adequado.

Há uma convicção de que a maioria dos cursos de graduação em medicina concentra seu ensino no ambiente hospitalar, com acentuada ênfase na especialização, apesar de várias escolas realizarem reformas curriculares voltadas para a melhoria das deficiências. Ressalta-se que os médicos em formação não estão preparados para realizar uma ação ótima na APS, nem para responder às necessidades geradas pela reforma. A ASOFAMECH afirma que os

desafios da educação médica são, entre outros, o fortalecimento da vocação, o profissionalismo médico e um perfil humanista.

Existem duas abordagens que sintetizam as principais áreas de competência dos perfis profissionais mais orientados para o trabalho generalista e/ou na APS: a humanística e a social. Eles conversam com o resto das áreas de competência, especificamente clínica e de pesquisa.

Parada et al., avaliaram os perfis dos estudantes egressos nas universidades de medicina do Chile, a partir de entrevistas, e identificaram que a maioria não está considerando as políticas públicas, nem os objetivos de saúde, como eixo mobilizador de sua formação, o que gera grande dúvida quanto à articulação da educação médica com as necessidades de saúde do país. A escassez de discursos sobre o trabalho na atenção básica foi relevante, em desacordo com foco da estratégia de saúde do país. Nessa categoria, também é notória a ausência de discursos sobre os processos sócio-históricos em que se enquadram as transformações para a proteção social da saúde.

Em relação à orientação profissional, verificou-se, durante a pesquisa, a existência de universidades que formavam um perfil exclusivamente generalista. Porém, algumas dessas universidades incorporaram o conceito de doutor "integral", que de acordo com o texto completo, é utilizado como sinônimo de "geral". Há um caso em que a explicitação é apenas orientação para a especialização, no entanto, o conteúdo completo refere-se à formação de um médico de clínica geral como nos outros. Tudo indica que, neste caso, há uma omissão de redação no texto.

É possível concluir que há uma notória heterogeneidade nas informações declaradas nos perfis. Esta situação pode responder, entre outros fatores, à desregulamentação que o país apresenta em termos de oferta de recursos humanos para a saúde, e particularmente no que diz respeito às características elementares que são necessárias aos futuros médicos, uma questão atribuível à falta de uma política pública poderosa na educação médica.

A pesquisa demonstra que, ao analisar qualitativamente os perfis de graduação, a maioria das universidades chilenas não está orientando a formação médica para a promoção e o exercício da Atenção Primária, como tem sido as indicações da Organização Pan-Americana da Saúde.

Por fim, os autores sugerem que é necessário promover um diálogo com o Ministério da Saúde para discutir a necessidade de formar médicos com visão de APS como uma forma eficiente de investir recursos e aumentar a cobertura de saúde.

K) Centros de Atención Primaria à saúde

O sistema de saúde chileno é misto, constituído por fundos e prestadores públicos e privados. O modelo assistencial é sustentado pela rede de atenção primária composta por quatro tipos de estabelecimentos; são eles: 593 Centros de Saúde da Família (CESFAMs), 218 Centros Comunitários de Saúde da Família (CECOSF), 1166 postos rurais e 104 hospitais comunitários, que, independentemente de sua fonte de financiamento, implementam as diretrizes fornecidas pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se que, do total de CESFAMs, 95% deles são geridos por municípios (governo local), 3% são gerenciados por Serviços de Saúde, que atuam como gestores de redes territoriais de saúde (governo central), e os 2% restantes são gerenciados por outras corporações sem fins lucrativos.

No Chile, embora a política nacional de saúde tenha se deslocado de uma perspectiva biomédica voltada para a atenção terciária para uma perspectiva biopsicossocial voltada para a atenção primária, os programas realizados nos centros de saúde da família (CESFAMs) não têm sido consistentes com o modelo integral de saúde da família e da comunidade (MAIS) implementado em 2005. Este aspecto é relevante no processo de acreditação, uma vez que deve responder aos critérios e princípios declarados no MAIS. Na legislação sanitária nacional, a Lei nº 19937 estabeleceu a garantia de qualidade na assistência à saúde, que em seu artigo 11 exige o cumprimento de normas mínimas para o funcionamento dos prestadores de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Sob essa visão, o conceito de acreditação corresponde ao "processo de avaliação periódica do cumprimento dessas normas mínimas, de acordo com o tipo de estabelecimento e a complexidade dos benefícios". Dando continuidade à ideia, o Decreto nº 3 do Ministério da Saúde também estabelece que os prestadores institucionais de atenção primária de baixa complexidade devem se comprometer a se submeter ao procedimento de acreditação de forma voluntária, de acordo com a regulamentação que define as normas e padrões do processo.

No caso dos CESFAMs, para efeitos dos regulamentos de acreditação, são considerados prestadores institucionais de cuidados abertos (ambulatorios), e o manual técnico específico divide as suas exigências e requisitos em áreas, componentes, características e verificadores. As áreas a serem avaliadas no processo de acreditação são as seguintes: respeito à dignidade do paciente, gestão da qualidade, gestão clínica, acesso, oportunidade e continuidade do cuidado, competências de recursos humanos, registros, segurança de equipamentos, segurança de instalações, serviços de apoio.

Em relação à conquista da acreditação do CESFAM, segundo dados da Superintendência de Saúde, até dezembro de 2019, apenas 33 CESFAMs haviam sido credenciados, número que representa 5,6% do total de prestadores desse tipo (atendimento ambulatorial e de baixa complexidade). Este número expõe níveis muito baixos de acreditação neste tipo de prestadores, uma vez que no Chile existem 2.704 estabelecimentos de saúde pública pertencentes ao Sistema Nacional de Serviços de Saúde, dos quais, 95% correspondem a estabelecimentos de cuidados primários e destes, 593 são CESFAMs.

Por outro lado, no Chile, os sistemas de acreditação de qualidade no nível terciário de atenção à saúde obtiveram níveis de adesão superiores a 80%, no período entre 2018 e 2020, contrastando com os baixos níveis de acreditação obtidos na atenção primária à saúde. Os percentuais de acreditação estão concentrados especialmente em três das dezesseis regiões do país: a região de Bío-Bío, a região metropolitana da capital nacional e a região de Ñuble, que têm alta densidade populacional.

Estudos nesse sentido têm descrito que quanto maior o centro de saúde da APS, melhores os resultados obtidos nos processos de acreditação de qualidade. Nesse ponto, poderia haver uma relação com o maior nível de complexidade que um grande centro alcança, associado à quantidade de recursos disponíveis, recursos humanos, infraestrutura e processos que facilitam seu progresso.

Em relação à heterogeneidade dos CESFAMs, há grandes diferenças com relação ao seu nível de complexidade, localização geográfica, características estruturais, número de beneficiários, níveis de financiamento e outras variáveis administrativas. Díaz e Galán consideram que essas diferenças contextuais e estruturais, nos centros de saúde, não tornariam a obtenção de qualidade, metas, boas práticas, acreditação e excelente atendimento comparáveis aos níveis transversais.

Isso coloca a gestão de pessoas no centro da discussão, uma vez que, em ambientes tão variados, as habilidades gerenciais dos diretores, as habilidades sociais da equipe e a motivação e liderança das equipes interdisciplinares da atenção primária são altamente relevantes tanto no planejamento de melhorias, quanto no resultado de um processo de acreditação, e nas melhorias essenciais para o desenvolvimento de uma cultura de gestão da qualidade.

De acordo com Díaz Herrera e Galán Torres, independentemente das condições estruturais que permitam a qualidade, como espaços necessários e implementação

tecnológica, bem como funcionários adequados preparados para certificar e acreditar, é essencial que os órgãos de gestão cumpram os requisitos e possuam soft skills suficientes para se tornarem líderes que possam realizar as mudanças necessárias em um centro de saúde.

As evidências revelam a importância da variável de treinamento de pessoal na área da saúde, por meio da qual é possível favorecer o aprimoramento das competências do pessoal gerencial para melhor apoiar os processos de acreditação. Em relação ao exposto, alguns estudos revelam que em um dos grandes agrupamentos de comunas é influenciado pela variável percentual de gastos com pessoal de saúde sobre o gasto total em saúde. Esse dado sugere que uma alta porcentagem das comunas, que possuem CESFAMs credenciados, pode ser caracterizada pela importância que atribuem ao seu recurso humano. Essa mesma condição é ratificada pela superintendente de Saúde, que ressalta que o comprometimento gerencial, o empoderamento dos líderes e a capacitação de qualidade devem envolver todo o pessoal da instituição.

Não há no momento, informação sobre condutas governamentais para incentivo dos recursos humanos, em especial do papel do médico da família, como líder da equipe multidisciplinar, objetivando o aprimoramento dos centros e evolução dos serviços credenciados.

L) Competências necessárias ao especialista em Medicina Familiar

As vantagens de se ter um sistema nacional de descrição de conteúdos curriculares, essenciais para todas as etapas da formação e prática médica, são bem conhecidas. O estabelecimento de um conjunto de descritores em termos de conhecimentos, competências, responsabilidade e autonomia ajuda a documentar a elegibilidade do nível de qualificação de estudos médicos especializados entre grupos de interesse nacionais ou estrangeiros.

Em junho do ano de 2015, o Ministério da Saúde do Chile republicou um documento técnico contendo as competências mínimas necessárias aos médicos especialistas em Medicina da Família para trabalharem na atenção primária à saúde do País.

Como requisitos gerais, os profissionais formados devem demonstrar ter adquirido a capacidade necessária para atuação através de um processo institucional, eficaz e verificado em um Centro de Saúde da Família ou em um Centro de Apoio Docente Universitário, público ou privado, por um período ininterrupto não inferior a cinco anos, e com um mínimo de quatro horas diárias; ter cumprido horas de treinamento, sendo, minimamente, 200 horas em clínica,

as quais devem abranger o todo espectro do trabalho clínico em medicina familiar e formação em saúde familiar e comunitária em instituições, empresas e organizações devidamente credenciadas; 50 horas em saúde mental; 20h em educação; 50 horas em epidemiologia e saúde pública, incluindo medicina baseada em evidências, situação saúde, organização do sistema de saúde, ambiente e saúde; 50h em gestão, incluindo planejamento, gestão de recursos humanos, gestão financeira, avaliação; e 60h em entrevistas familiares.

O especialista em Medicina Familiar será responsável por apoiar a resolução de problemas vinculados ao processo de saúde e doença das pessoas, famílias e comunidades responsáveis, colaborando na gestão dos recursos locais/culturais e da rede de atenção e saúde, na busca do melhor nível de saúde da população sob seus cuidados.

Numa perspectiva sistêmica, o profissional deve considerar a complexidade biopsicossocial e cultural, continuamente ao longo do ciclo vital e família, com ênfase preventiva e promocional, trabalhando em equipe e em rede, preferencialmente no campo da atenção básica, tanto no âmbito público quanto no privado, colaborando com o aprendizado em saúde da família e o desenvolvimento de sistemas de cuidados.

Para além dos requisitos transversais de conhecimentos gerais, o especialista em medicina familiar deve ter desenvolvido competências e atitudes organizacionais, emocionais e cognitivas.

Entre as competências organizacionais, estão: agir orientado para o bem comum, está comprometido com a organização, está aberto às opiniões de a comunidade, está aberto à discussão, possuir capacidade de negociar para chegar a acordos, está ciente dos custos de suas ações e está ciente do seu ambiente.

Entre as competências emocionais, estão: ser respeitoso e agir sem preconceito, ser empático e assertivo, ser paciente e cordial, adaptar-se a circunstâncias no espaço-tempo, ser capaz de trabalhar sob pressão, suportar situações de frustração e ser capaz de lidar com incerteza.

Entre as competências cognitivas, estão: pensar estrategicamente; ser sistemático, planejado e organizado; ser proativo; ser inovador e criativo; ser ético, prudente, responsável e com autocontrole; ser colaborativo, ser perseverante e flexível.

O documento também traz a definição de 6 áreas funcionais de trabalho, sendo elas:

- Área 1: Promover a saúde biopsicossocial e contribuir ao fomento e a prevenção de problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidade, realizando intervenções baseadas em evidência.
- Área 2: Construir diagnósticos contextualizados dos problemas de saúde biopsicossocial das pessoas, famílias e comunidade na atenção primária.
- Área 3: Propor e operacionalizar um plano de manejo e cuidado contínuo e de manejo terapêutico dos problemas de saúde das pessoas e famílias, que aborde a complexidade biopsicossocial de acordo com os recursos disponíveis, incorporando a família como a unidade de cuidado.
- Área 4: Manejar com pertinência, oportunidade, continuidade e resolutividade, todo problema de saúde com enfoque integral ao ciclo vital familiar e com enfoque intercultural e de respeito a diversidade.
- Área 5: Realizar o controle e seguimento das pessoas com condições crônicas de saúde e com problemas de saúde mental, com enfoque integral, familiar e comunitário.
- Área 6: Gerenciar de forma proativa e colaborativa o desenvolvimento e o fortalecimento da continuidade dos sistemas de cuidado e da população dependente em toda a Rede de Atenção.

As tabelas abaixo contêm cada uma das áreas com as definições das ações a serem realizadas, em conjunto com os conhecimentos e habilidades relacionadas.

Área Funcional 1: Promover a Saúde Biopsicossocial e Contribuir para a Promoção e Prevenção da Problemas de Saúde das Pessoas, Famílias e Comunidades Encarregadas, Realizando Intervenções Baseado em evidências		
Ações 1.1.	Conhecimento	Habilidades
<p>Identificar, em conjunto com a equipe, os fatores de proteção e risco e os recursos das pessoas, famílias e comunidade responsáveis, coconstruindo o diagnóstico e o plano de trabalho participativo com a equipe e a comunidade.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conceito de fator de proteção. 2. Conceito de fator de risco. 3. Conceito de abordagem de risco. 4. Teoria sistêmica aplicada à família. 5. Modelos e metodologias de diagnóstico familiar e comunitário. 6. Teoria do desenvolvimento individual e familiar 7. Instrumentos de avaliação familiar. 8. Determinantes sociais de saúde. 9. Teoria da Comunicação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar um Genograma 2. Investigar fatores de proteção, fatores de risco e recursos na consulta habitual e em todos os contextos de interação médico-doente. 3. Identifica fatores e recursos de proteção e risco da comunidade responsável. 4. Faz uso adequado de instrumentos de avaliação familiar e identificação de fatores protetores e de risco ao nível individual, familiar e social, como por exemplo o Ecomapá, entre outros. 5. Registra as informações coletadas de forma integrada e estratégica.
<p>1.2. Participar da priorização, planejamento e desenvolvimento de atividades promocionais e preventivas, nos níveis individual, familiar, comunitário e intersetorial, enfatizando a eficácia baseada em evidências.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapas do planejamento. 2. Elementos técnicos de programação. 3. Elementos epidemiológicos que lhe permitem fazer uma análise da situação de saúde da sua população sob os seus cuidados. 4. Metodologia de diagnóstico participativo. 5. Conhecimento sobre prevenção individual e comunitária. 6. Conhecimento da promoção individual e comunitária. 7. Normas nacionais e locais de atividades preventivas. 8. Práticas baseadas em evidência. 9. Metodologia para priorização de problemas ou intervenções de saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Está contextualizado em sua realidade local. 2. Integra e capacita proativamente as equipes de trabalho. 3. Participar e/ou atualizar e utilizar diagnósticos de saúde comunitários e participativos. 4. Realize a análise da situação saúde da população responsável. 5. Participa do planejamento e programação de ações promocionais preventivas. 6. Propõe, desenha e/ou avalia projetos preventivos e promocionais, utilizando e/ou gerando evidências. 7. Participa e/ou apóia instâncias de trabalho comunitário de saúde, fazendo advocacy quando apropriado.
<p>1.3. Realizar controles preventivos de saúde, com abordagem sistêmica, familiar, de género, intercultural e de risco/proteção, de acordo com as fases do ciclo vital.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teoria do desenvolvimento individual e familiar. 2. Critérios de abordagem de risco em controles de saúde ao longo do ciclo de vida. 3. Guias e protocolos técnicos e GES de saúde preventiva, com conhecimentos médicos específicos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar controles de saúde, de forma adequada, de acordo com a fase do ciclo de vida, aplicando conhecimentos baseados em evidências e diretrizes clínicas disponíveis. 2. Realizar e comunicar adequadamente as guias antecipatórias de acordo com o ciclo de vida.

Área Funcional 2: Construir Diagnósticos Contextualizados de Problemas de Saúde Biopsicossocial das Pessoas, Famílias e Comunidade sob seus cuidados na Atenção Básica		
Ações	Conhecimento	Habilidades
<p>2.1. Realizar uma entrevista clínica centrada na pessoa e um exame físico pertinente e oportuno ao motivo da consulta, à fase do ciclo vital, ao aspecto cultural, ao tempo de atendimento e à situação de saúde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funções e etapas da entrevista. 2. Técnicas de entrevista individual, casal e família. 3. Técnicas de comunicação eficaz e técnicas de suporte narrativo. 4. Entrevista Motivacional. 6. Princípios e metodologia da prática reflexiva e autodesenvolvimento. 7. Conceito de entrevista com proteção da privacidade e ética profissional, centrada na pessoa e na relação de ajuda. 8. Profissionalismo e ética no cuidado. 9. História médica voltada para o detecção de problemas. 10. Epidemiologia da patologia aguda e crônica prevalente. 11. Padrões, protocolos e diretrizes de prática clínica. 12. Semiologia clínica ao longo do ciclo vital. 13. Problemas indiferenciados e gestão da incerteza. 14. Exame físico no contexto do ciclo vital e familiar e com particular atenção ao contexto cultural. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar uma entrevista clínica investigando biografia, motivações e expectativas, crenças, contexto e recursos, utilizando uma comunicação eficaz. 2. Realizar entrevista de casal e família, de forma empática, assertiva, com escuta ativa e ética, facilitando a construção de um sistema terapêutico. 3. Cria registros de entrevistas que refletem práticas centradas nas pessoas. 4. Aplicar técnicas motivacionais em entrevistas. 5. Avalie e forneça feedback sobre a entrevista em seus diferentes componentes. 6. Realizar, com pertinência e continuidade do cuidado, anamnese próxima e à distância, respeitando os princípios da entrevista centrada na pessoa. 7. Gera espaços de respeito e proteção da privacidade da pessoa. 8. Faça um exame físico pertinente e oportuno ao motivo da consulta, ao risco e ao tempo de atendimento. 9. Registra o motivo da consulta, anamnese, exame físico e exames complementares.
<p>2.2. Estabelecer e manter um relacionamento próximo, baseado em confiança, empático, reflexivo e fortalecedor entre Médico-Paciente-Família.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas de comunicação eficazes. 2. Componentes da relação de ajuda. 3. Práticas de reflexividade e empoderamento. 4. Conhecimento do contexto cultural da população responsável. 5. Técnicas de Negociação. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realize uma escuta ativa com as pessoas, grupos e comunidades com as quais você interage. 2. Ele compartilha suas dificuldades na relação médico-paciente e apresenta ferramentas para seu aprendizado transformacional. 3. Tem capacidade para trabalhar em equipa, dá feedback aos seus colegas nas suas práticas interacionais. 4. Preocupa-se com a proteção da privacidade e confidencialidade de

	<p>para identificar e gerenciar problemas de saúde.</p> <p>4. Práticas baseadas em evidências.</p> <p>5. Abordagem de gênero.</p> <p>6. Abordagem intercultural 7. Abordagem do cuidado espiritual.</p> <p>8. Procedimentos de controle de saúde por faixa etária típicos da especialidade.</p> <p>9. Orientações antecipatórias em crises regulatórias e não regulatórias.</p>	<p>3. Avalia e gerencia o risco/ proteção detectado e pactuado com sua população usuária.</p> <p>4. Acompanha pessoas e suas famílias em crises regulatórias.</p>
<p>1.4. Faça educação em saúde com metodologias eficazes para aprendizagem, capacitação e autocuidado em saúde.</p>	<p>1. Teorias da aprendizagem ao longo do ciclo vital.</p> <p>2. Educação participativa de adultos.</p> <p>3. Conceito e princípios de empoderamento em saúde.</p> <p>4. Metodologias eficazes de aprendizagem transformacional.</p> <p>5. Conceitos e princípios de autocuidado.</p> <p>6. Teoria da comunicação.</p>	<p>1. Planeia, desenha, executa e avalia a educação em grupo, de acordo com os conceitos e princípios indicados.</p> <p>2. Realizar educação individual promover o autocuidado e o empoderamento em saúde.</p> <p>3. Sistematiza as experiências realizadas.</p> <p>4. Divulga boas práticas de educação em saúde.</p>
<p>1.5. Realizar intervenções orientadas para a mudança comportamentos nos níveis individual, familiar e comunitário.</p>	<p>1. Modelos e metodologias de mudança de comportamento.</p> <p>2. Teoria do estágio de mudança.</p> <p>3. Teorias da motivação para proteção.</p> <p>4. Técnicas de negociação eficazes.</p> <p>5. Técnicas de resolução de problemas.</p> <p>6. Modelos, etapas e instrumentos de aconselhamento.</p> <p>7. Técnicas de entrevista motivacional.</p> <p>8. Técnicas de entrevista individual, de casal e familiar.</p>	<p>1. Aplicar modelos de mudança de comportamento, por exemplo Model Precede.</p> <p>2. Realizar uma entrevista individual, familiar e de casal.</p> <p>3. Aplica técnicas motivacionais no aconselhamento.</p> <p>4. Descreve e registra os acordos alcançados e as estratégias de acompanhamento.</p>

		<p>a informação.</p> <p>5. Desenvolver a negociação ao longo do relacionamento, com habilidades para construir confiança, assertividade e empatia.</p> <p>6. É íntegro e ético no tratamento das informações.</p>
<p>2.3 Avaliar o risco biopsicossocial e epidemiológico dos indivíduos e famílias, em seu contexto, propondo diagnósticos integrais.</p>	<p>1. Conceito de risco biopsicossocial e epidemiológico no contexto de saúde local e temporário.</p> <p>2. Instrumentos de avaliação do risco individual e familiar.</p> <p>3. Classificação internacional de problemas de atenção primária e CID 10.</p> <p>4. Critérios de priorização de riscos.</p> <p>5. Estudos de família: etapas, objetivos, utilidade e aspectos éticos envolvidos.</p> <p>6. Visita domiciliar integral: consentimento informado, etapas, técnicas de observação, planejamento e técnicas de registro.</p>	<p>1. Capacidade de aplicação de instrumentos de avaliação de risco.</p> <p>2. Analisar a informação recolhida num diagnóstico biopsicossocial, com uma abordagem do risco.</p> <p>3. Participe proativamente na condução de estudos familiares.</p> <p>4. Compartilhe e receba informações da equipe na avaliação do risco familiar.</p> <p>5. Realizar visita domiciliar integral com ênfase na promoção da saúde.</p>
<p>2.4 Aplicar instrumentos de avaliação familiar com relevância e participação do usuário e sua família.</p>	<p>1. Tipos de instrumentos de avaliação familiar: genograma, APGAR familiar, Ecomapa, Círculo Familiar, Prática, Lifeline, outros.</p> <p>2. Uso relevante de instrumentos.</p> <p>3. Aspectos éticos envolvidos no uso e limitações dos instrumentos.</p>	<p>1. Use os instrumentos adequadamente.</p> <p>2. Integra as informações coletadas com os instrumentos no processo de cuidado.</p> <p>3. Incorpora o usuário e sua família na elaboração e análise dos instrumentos utilizados.</p> <p>4. Analise criticamente o utilitário dos instrumentos.</p> <p>5. Preocupa-se com a proteção da privacidade e confidencialidade das informações.</p> <p>6. Desenvolva a comunicação eficaz, no contexto do uso dos instrumentos, comunicando os resultados.</p>
<p>2.5 Negociar com o sistema de consultoria² a explicação de seus problemas e priorização usando conhecimento familiares, comunitários e culturais para complementar os processos diagnósticos.</p>	<p>1. Modelos e técnicas de negociação.</p> <p>2. Técnicas de priorização de problemas.</p> <p>3. Princípios bioéticos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça social, etc.</p> <p>4. Modelo de crença em saúde.</p>	<p>1. Elabora, analisa e reflete em conjunto com o sistema de consultoria, lista de problemas 2. Prioriza problemas e áreas de abordagem, em conjunto com o sistema de consultoria, considerando prioridades.</p> <p>3. Mostre respeito no</p>

	<p>5. Conceito, modelo e estratégia de resiliência.</p> <p>6. Interculturalidade.</p> <p>7. Formas de abordagem para folclore.</p> <p>8. Conceitos de redes de apoio, do papel da família na doença.</p>	<p>interação com sua população publicar.</p> <p>4. Use formulários de consentimento informado em decisões relevantes.</p> <p>5. Convoca a família e/ou comunidade em eventos que requeiram maior complementaridade.</p> <p>6. Investigar experiências familiares anteriores e seus resultados, diante de eventos críticos.</p> <p>7. Usa recursos da família e da comunidade para seus processos de diagnóstico.</p>
<p>2.6 Utilizar adequadamente os recursos diagnósticos, humanos e tecnológicos de que dispõem nas redes, realizando gestão proativa dos recursos necessários à população sob sua responsabilidade.</p>	<p>1. Aspectos básicos da gestão.</p> <p>2. Aspectos básicos do financiamento da saúde.</p> <p>3. Saúde e rede social 4. Recursos diagnósticos e tecnológicos disponíveis 5. Orientações e protocolos clínicos para problemas frequentes.</p> <p>5. Testes diagnósticos.</p> <p>6. Auditoria do uso de recursos.</p> <p>7. Lei 16.744 sobre doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.</p> <p>8. Lei GES, lei de direitos e deveres, investigação de patologias prevalentes ou de risco ao longo do ciclo vital.</p>	<p>1. Demonstra relevância na utilização de recursos diagnósticos.</p> <p>2. Demonstra relevância em suas derivações.</p> <p>3. Recorra às redes de saúde oportuna e pertinente.</p> <p>4. Interpreta adequadamente os recursos e testes diagnósticos, utilizando corretamente os testes diagnósticos, guias e protocolos.</p> <p>5. Justifique suas decisões diagnósticos clínicos, considerando os diagnósticos diferenciais.</p>
<p>2.7. Integrar e/ou formar equipas multidisciplinares e multiespecializadas para complementar os processos de diagnóstico.</p>	<p>1. Conceito de multidisciplinaridade e transdisciplinaridade.</p> <p>2. Conceito de colaboração, complementaridade e sinergia.</p> <p>3. Importância da integração multidisciplinar e multiespecialidade.</p> <p>4. Técnicas de trabalho em equipe e reuniões eficazes.</p>	<p>1. Socializa com a equipe de saúde as necessidades de complementaridade nos processos diagnósticos.</p> <p>2. Coordena a participação de outros especialistas para aprimorar ou complementar seus diagnósticos.</p> <p>3. Participa ativamente das reuniões de equipe do setor, reuniões clínicas e outras instâncias de complementaridade.</p> <p>4. Participa de estudos familiares, visitas domiciliares integrais e aconselhamento familiar, integrando duplas ou equipes multidisciplinares.</p>
<p>2.8. Comunica de forma eficaz e letrada o diagnóstico ao Sistema de Consultas (paciente e sua</p>	<p>1. Técnicas de entrega de diagnóstico.</p> <p>2. Habilidades de comunicação</p>	<p>1. Comunica empaticamente o diagnóstico ao sistema de consulta (pessoa e sua família, se</p>

<p>familia, se aplicável).</p>	<p>diagnóstico efetivo ao sistema de consulta (paciente e família, se for o caso).</p> <p>3. Conhecimento das reações ao estresse.</p> <p>4. Conhecimento das fases do luto ou perda.</p> <p>5. Conceitos, metodologias e técnicas de Alfabetização em Saúde.</p>	<p>apropriado), cuidando das reações da pessoa a ele.</p> <p>2. Esclarece e/ou responde às reações da pessoa e/ou familiar face ao diagnóstico.</p> <p>3. Acolhe a pessoa e/ou família diante das emoções secundárias ao diagnóstico.</p> <p>4. Utiliza a metodologia de convênios no estabelecimento de compromissos na construção do plano e assistência médica.</p> <p>5. Incentiva o paciente a fazer perguntas, buscar e fornecer informações, identificar as implicações do diagnóstico para sua vida, identificar decisões que deve tomar, buscar e construir alternativas às decisões, comprometer-se com mudanças e comportamentos que lhe permitirão administrar seu diagnóstico/problema de saúde.</p>
--------------------------------	---	---

Área Funcional 3: Propor e Operacionalizar um Plano de Gestão e Cuidados Continuados e Gestão Terapêutica dos Problemas de Saúde dos Indivíduos e Famílias Responsáveis, que Aborde a Complexidade Biopsicossocial de acordo com os Recursos Disponíveis, Incorporando a Família como Unidade de Cuidado.		
Ações 3.1.	Conhecimento 1.	Habilidades
<p>Integrar e/ou formar um sistema de cuidado e gestão médica que articule a pessoa, a família, suas redes e a equipe de saúde, considerando a complexidade do problema de saúde.</p>	<p>Conceituações sobre família e comunidade.</p> <p>2. Comunidade, relacionamento familiar saúde.</p> <p>3. Teorias para trabalhar com famílias e comunidades.</p> <p>4. Teorias e modelos de cuidados de saúde.</p> <p>5. Foco na família e na comunidade.</p> <p>6. Conceito de pensamento complexo aplicado aos problemas de saúde.</p>	<p>1. Mobiliza a família e as suas redes com relevância nas diferentes áreas do seu trabalho.</p> <p>2. Envolve a família e suas redes nos processos de tomada de decisão em saúde.</p> <p>3. Busque feedback sobre sua prática de suas famílias responsáveis.</p> <p>4. Sistematiza e utiliza a informação biopsicossocial da pessoa, família e redes, e parceiro de saúde do grupo de famílias responsável, em colaboração com a equipa.</p> <p>5. Fortalece a pessoa, família e sua rede como unidades de cuidado.</p> <p>6. Intervém distinguindo a complexidade dos problemas de saúde.</p>
<p>3.2. Negociar e pactuar com o sistema de consultoria e rede de apoio uma abordagem centrada na pessoa para os problemas, considerando riscos biopsicossociais, recursos e realidades locais.</p>	<p>1. Técnicas de Comunicação eficaz.</p> <p>2. Modelos e técnicas de negociação.</p> <p>3. Conceitos, modelos, metodologias e ferramentas de apoio social, entretajuda e networking.</p> <p>4. Princípios bioéticos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça social, etc.</p> <p>5. Abordagem de Risco.</p> <p>6. Recursos de saúde.</p>	<p>1. Use habilidades de comunicação eficaz em todos processos.</p> <p>2. Use o consentimento informado para salvaguardar os aspectos éticos e legais do plano de cuidados quando apropriado.</p> <p>3. Utiliza a metodologia de convênios no estabelecimento de compromissos na construção do plano e assistência médica e gestão.</p> <p>4. Aplica a abordagem do risco na construção do plano de cuidados nas suas vertentes clínica e psicossocial.</p> <p>5. Considerar os recursos e a realidade local na abordagem dos problemas.</p>
<p>3.3. Operacionalizar o plano de cuidado e gestão médica em intervenções custo-efetivas, baseadas em evidências e culturalmente relevantes, e de acordo com os princípios da bioética.</p>	<p>1. Desenho de um plano de cuidados.</p> <p>2. Políticas, leis e regulamentos de saúde atuais.</p> <p>3. Técnicas de seleção intervenções.</p> <p>4. Medicina baseada em evidências.</p> <p>5. Princípios de gestão clínica.</p>	<p>1. Aplica o alcance das leis e benefícios de saúde com relevância para o caso.</p> <p>2. Regista de forma precisa e clara o plano de cuidados (problemas, objetivos de concretização, ações e recursos a envolver).</p>

	<p>6. Conceito, dimensões, melhoria e avaliação da qualidade de cuidados.</p> <p>7. Conceito de interculturalidade.</p> <p>8. Bioética</p>	<p>3. Executa com qualidade as ações que lhe correspondem no plano de cuidados.</p> <p>4. Coordene suas intervenções com a equipe responsável pelo plano.</p> <p>5. Articula recursos para a implementação do plano terapêutico.</p> <p>6. Aplica o raciocínio ético na tomada de decisões perante o Dilemas éticos do início e fim da vida.</p>
<p>3.4. Utilizar adequadamente os recursos terapêuticos, humanos e tecnológicos de que dispõe, articulando e desenvolvendo equipes e redes sociais e assistenciais.</p>	<p>1. Políticas, leis e regulamentos de saúde atuais.</p> <p>2. Recursos de saúde locais, setoriais, intersetoriais e comunitários.</p> <p>3. Organização e funcionamento das redes assistenciais e sociais.</p> <p>4. Diretrizes e protocolos clínicos nacionais e locais.</p> <p>5. Gestão de Recursos.</p>	<p>1. Demonstra relevância na seleção e utilização dos recursos terapêuticos necessários ao plano.</p> <p>2. Articula família, comunidade, saúde e recursos sociais em equipe para atingir os objetivos do plano.</p> <p>3. Aplica diretrizes e protocolos atuais com relevância.</p> <p>4. Incorpora conhecimento e recursos da família e da comunidade no plano de cuidados.</p>
<p>3.5. Orientar e avaliar o plano de cuidados e gestão médica, mantendo uma relação médica paciente contínuo e capacitador.</p>	<p>1. Princípios da relação médico-paciente, família e comunidade.</p> <p>2. Princípios da continuidade dos cuidados.</p> <p>3. Conceito, metodologias e instrumentos de empoderamento e colaboração dos participantes do cuidado.</p> <p>4. Conceito, metodologias e instrumentos de intervenção familiar.</p> <p>5. Avaliação de processo, resultado e impacto.</p>	<p>1. Demonstra continuidade na gestão e condução do plano.</p> <p>2. Use estratégias para empoderar a pessoa da família e sua rede.</p> <p>3. Dê feedback à equipe sobre os aspectos relacionais de sua prática.</p> <p>4. Aplica ferramentas de intervenção familiar e pensamento sistêmico.</p> <p>5. Avalie o processo, resultado e impacto do seu plano de cuidados.</p>
<p>3.6. Monitorar em equipe e dar feedback ao sistema consultivo e ao sistema assistencial, quanto ao cumprimento e resultados do plano.</p>	<p>1. Princípios de gestão de casos.</p> <p>2. Princípios de feedback eficaz.</p> <p>3. Avaliação da qualidade com base nos resultados.</p>	<p>1. Avalia e retroalimenta o Sistema Consultor e a equipe terapêutica sobre o resultado das intervenções realizadas no plano.</p> <p>2. Reconsidera, de acordo com os resultados, as intervenções que não mostram efetividade.</p> <p>3. Coordena as suas intervenções com a equipe responsável pelo plano.</p> <p>4. Registra o desenvolvimento das intervenções e resultados de forma a construir evidências para monitoramento.</p>

		5. Compartilhe os resultados das intervenções.
3.7. Identificar, sistematizar e partilhar boas práticas.	<p>1. Princípios de sistematização e/ou protocolização de boas práticas.</p> <p>2. Padronização de boas práticas.</p> <p>3. Metodologia dos incidentes críticos.</p> <p>4. Metodologias de investigação em saúde.</p>	<p>1. Identifica boas práticas, incidentes críticos e dificuldades.</p> <p>2. Sistematiza e dissemina boas práticas.</p> <p>3. Propõe, desenvolve e compartilha intervenções padronizadas com base na experiência clínica para resolver problemas frequentes.</p> <p>4. Capacidade de gerar prática clínica e protocolo de gestão.</p> <p>5. Faça parte de comunidades de boas práticas.</p>

Área Funcional 4: Gerir com Relevância, Oportunidade, Continuidade e Resolução, Todos os Problemas de Saúde com uma Abordagem Integral do Ciclo de Vida Familiar e com uma Abordagem Intercultural e Respeito pela Diversidade.		
Ações	Conhecimento	Habilidades
<p>4.1. Gerir os motivos de consulta e os problemas de saúde frequentes da população responsável de forma resolutiva, integral e eficaz.</p>	<p>1. Perfil epidemiológico da população responsável 2. Objetivos e prioridades de saúde 3. Diretrizes e protocolos para o manejo da morbidade na fase do ciclo vital.</p> <p>4. Diagnóstico e gestão dos motivos de consulta e problemas de saúde frequentes da população a cargo.</p> <p>5. Referência e contra-referência: critérios de referência e gestão conjunta das patologias do palco.</p> <p>6. Manejo clínico dos motivos de consulta e problemas de saúde da população a cargo.</p> <p>7. Sistema de vigilância epidemiológica.</p> <p>8. Conhecimento básico de ferramentas tecnológicas relevantes para o contexto.</p>	<p>1. Conduzir entrevista clínica em ambiente ambulatorial.</p> <p>2. Aplica o raciocínio clínico e a tomada de decisão baseada em evidências nas aplicações de diagnóstico, terapêutica, encaminhamento, protocolo e diretriz.</p> <p>3. Executa os procedimentos pertinentes à APS com segurança e eficácia.</p> <p>4. Tome decisões considerando o perfil epidemiológico da população a cargo.</p> <p>5. Gerir medidas terapêuticas não farmacológicas.</p> <p>6. Gerencia recursos para gestão clínica de forma eficaz.</p> <p>7. Gestão do tempo, de acordo com o contexto da consulta.</p> <p>8. Aplicação e uso de tecnologia adequada ao contexto.</p> <p>9. Realiza gestão epidemiológica em seu trabalho clínico.</p>
<p>4.2. Gerencie e/ou encaminhe a morbidade emergencial ao longo do ciclo vital de forma ágil e resolutiva.</p>	<p>1. Diagnóstico e manejo da patologia que motivou a consulta e que deve ser resolvida no serviço de atenção primária de emergência.</p> <p>2. Critérios de encaminhamento para patologias urgentes que requeiram resolução em centros de maior complexidade.</p> <p>3. Medidas de suporte avançado de vida em crianças e adultos.</p> <p>5. Aplicação e uso de meios tecnológicos relevantes para o contexto.</p>	<p>1. Aplica raciocínio clínico e tomada de decisão baseada em evidências no diagnóstico, terapêutica, encaminhamento, aplicação de protocolos e orientações no serviço de emergência da Atenção Primária.</p> <p>2. Dirigir, coordenar e tratar emergências com risco de vida de forma ágil e decisiva e sua transferência segura e oportuna para um centro mais complexo.</p> <p>3. Aplica técnicas de gestão da paragem cardiorrespiratória em crianças e adultos.</p>
<p>4.3. Abordar o impacto familiar da morbidade em cada estágio do ciclo de vida.</p>	<p>1. Crises não normativas.</p> <p>2. Técnicas de gestão de estressores familiares.</p> <p>3. Intervenção em crise.</p> <p>4. Teoria dos sistemas aplicada à família.</p> <p>5. Intervenção sistêmica familiar.</p> <p>6. Metodologias de acompanhamento e cuidados pertinentes ao contexto.</p>	<p>1. Use técnicas de gerenciamento de estressores familiares.</p> <p>2. Realizar intervenção em crises.</p> <p>3. Realizar intervenção sistêmica familiar.</p> <p>4. Acompanha as pessoas e suas famílias de acordo com o contexto.</p>

Área Funcional 5: Controle e Acompanhamento de Pessoas com Problemas de Saúde Crônicas e com Problemas de Saúde Mental, com Abordagem Integral, Familiar e Comunitária		
Ações	Conhecimento	Habilidades
<p>5.1. Gerenciar condições crônicas prevalentes e problemas de saúde mental, em consenso com a pessoa e considerando as variáveis psicossociais e familiares associadas, incluindo estratégias eficazes para mudança de comportamento quando apropriado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamento farmacológico e não farmacológico de condições crônicas prevalentes e problemas de saúde mental. 2. Medicina baseada em evidência. 3. Protocolos e guias de prática clínica. 4. Teoria sistêmica aplicada à família. 5. Assistência e redes sociais. 6. Funções dos membros da equipe de saúde no manejo das condições crônicas prevalentes. 7. Família e condições crônicas. 8. Modelos de gestão de doenças crônicas. 9. Entrevista motivacional aplicada ao manejo de doenças crônicas. 10. Metodologia de trabalho transdisciplinar e interdisciplinar. 11. Modelos e metodologias de mudança de comportamento aplicados às doenças crônicas. 12. Teoria do estágio de mudança. 13. Teorias da motivação para proteção. 14. Técnicas eficazes de negociação. 15. Técnicas de resolução de problemas. 16. Modelos, etapas e ferramentas de aconselhamento. 17. Realização de entrevista motivacional. 18. Entrevista individual, de casal e familiar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescreve adequadamente o medidas terapêuticas não farmacológicas e/ou medicamentos necessários para o controle de condições crônicas prevalentes e problemas de saúde mental. 2. Gerencia as complicações e interações dos medicamentos prescritos. 3. Gerir atempadamente e de forma adequada os encaminhamentos e encaminhamentos para a gestão de condições crônicas prevalentes e problemas de saúde mental, mantendo cuidados contínuos. 4. Incorpora variáveis psicossociais e familiares na gestão de condições crônicas prevalentes e problemas de saúde mental. 5. Integra a equipa de saúde na gestão das condições crônicas permanentes. 6. Incorpora o gerenciamento de grupo de condições crônicas prevalentes e problemas de saúde mental. 7. Incorpora a família na gestão de condições crônicas prevalentes e problemas de saúde mental. 8. Informar atempadamente os direitos e benefícios associados à patologia e informar as complicações e riscos associados. 9. Realize a atenção centrada no pessoa. 10. Aplicar o modelo de mudança de comportamento.
<p>5.2. Definir, aplicar e avaliar o plano de controle e monitoramento contínuo das condições crônicas com orientação a resultados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. História natural das doenças crônicas prevalente. 2. Prevenção primária, secundária e terciária de condições crônicas prevalentes. 3. Diretrizes clínicas, protocolos para condições crônicas e modelos de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descreve um plano de controle e acompanhamento para condições crônicas prevalentes. 2. Realizar atividades de prevenção específicas adequadas ao estado de evolução da condição crônica. 3. Incorpore conforme necessário

	<p>manejo de doenças crônicas.</p> <p>4. Funções dos membros da equipe de saúde no manejo das condições crônicas prevalentes.</p> <p>5. Assistência e redes sociais.</p> <p>6. Metodologia de trabalho transdisciplinar e interdisciplinar.</p> <p>7. Metodologias eficazes de aprendizagem transformacional.</p> <p>8. Conceitos e princípios de autocuidado.</p> <p>9. Qualidade e segurança do paciente.</p> <p>10. Conceitos de planejamento e avaliação de programas.</p>	<p>aos demais profissionais de saúde no plano de controle e monitoramento.</p> <p>4. Estabelece uma rede de atenção para o controle e acompanhamento das condições crônicas.</p> <p>5. Incorpora a família no acompanhamento das condições crônicas.</p> <p>6. Avalia os resultados ações individuais clínicas realizadas.</p> <p>7. Avalia e executa planos de melhoria em relação à obtenção de compensação de sua população para charge</p> <p>8. Trocar experiências, resultados e boas práticas com pares.</p> <p>9. Aplicação dos conceitos do modelo de doença crônica.</p>
--	--	--

Área funcional 6: Gerenciar o desenvolvimento e o fortalecimento de forma proativa e colaborativa Sistemas de Cuidados Continuados e a População Responsável, em toda a Rede Assistencial		
Ações 6.1.	Conhecimento	Habilidades
<p>Aplique ferramentas de gestão clínica na gestão da sua população na função.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bases conceituais da gestão clínica. 2. Conceito de qualidade e suas componentes. 3. Medicina baseada em evidências. 4. Desenvolvimento de diretrizes de prática clínica e protocolos de gerenciamento local. 5. Uso e avaliação adequados de testes diagnósticos. 6. Bases teóricas da gestão farmacêutica. 7. Análise da eficácia clínica. 8. Metodologias de avaliação, auditoria e feedback da prática clínica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplica os padrões de qualidade atuais. 2. Aplica as ferramentas relevantes para o controle e melhoria dos processos de gestão clínica. 3. Prepara e implementa planos de melhoria da qualidade. 4. Aplica criticamente as diretrizes de prática clínica. 5. Use medicina baseada em evidências na tomada de decisão e na avaliação da prática. 6. Demonstra uso racional de exames, procedimentos, terapias e encaminhamentos. 7. Faz uso adequado da metodologia de avaliação, auditoria e feedback da prática clínica. 8. Gera inovação na práxis baseada em evidências, assegurando o respeito aos princípios éticos no trabalho.
<p>6.2. Trabalhar em equipe e em rede setorial e comunitária</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fundamentos teóricos do trabalho em equipa. 2. Estilos de liderança e influência do líder como elemento coordenador e dinâmico da equipa. 3. Fundamentos teóricos da negociação como instrumento de gestão de conflitos. 4. Organização e funções dos membros da equipe de saúde. 5. Organização e funções dos membros da rede de cuidados de saúde. 6. Organização e funções da rede comunitária e intersetorial. 7. Ferramentas de trabalho comunitário e intersetorial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integre proativamente uma equipe de front-end. 2. Lidera a equipe de saúde no manejo clínico da população responsável. 3. Gerenciar técnicas de negociação. 4. Incorpora a rede de atenção, comunitário e intersetorial no manejo clínico de sua população responsável. 5. Trabalha com a equipe e a comunidade, promovendo ações intersetoriais.
<p>6.3. Organizar e gerir a atividade de cuidados próprios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudo epidemiológico da população responsável. 2. Agendamento da gestão do cuidado. 3. Modelos de organização da atividade na consulta e no domicílio. 4. Modelos de organização da articulação entre médicos e demais profissionais da equipe e da rede. 5. Sistemas de registro comumente usados 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prepara e considera a casuística da população responsável. 2. Interpreta e utiliza os indicadores mais utilizados na assistência primário. 3. Planeje suas várias atividades assistência, tendo em conta as variáveis da população a cargo. 4. Mantém um registro clínico que permite gerenciar o atendimento do paciente.

	<p>na atenção básica.</p> <p>6. Fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde.</p>	<p>5. Implementar boas práticas de gestão de cuidados.</p>
<p>6.4. Integrar no seu trabalho elementos do contexto laboral em que exercem para obter melhores resultados em saúde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Legislação relativa ao seu trabalho. 2. Estrutura, funções e fluxograma do sistema de saúde e os diferentes níveis do serviço para o qual funciona. 3. Obrigações e direitos do médico, bem como dos demais companheiros dos demais níveis da rede. 4. Regulamentação médico-legal relativa aos sistemas de proteção social. 5. Normas legais relativas ao exercício do médico de família. 6. Princípios de bioética. 7. Metodologias de raciocínio ético. 8. Conflito ético na prática do médico de família. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exerce as suas funções de médico em conformidade com as normas legais aplicáveis. 2. Concede as prestações de proteção social nos termos da legislação em vigor. 3. Identifica e gere conflitos éticos no seu exercício profissional. 4. Use a tomada de decisão informado e acordado com o paciente.
<p>6.5. Aplicar ferramentas de gestão organizacional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administração de recursos humanos e financeiros. 2. Gestão estratégica. 3. Gestão da qualidade. 4. Estrutura e funções do sistema local de saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestão de instrumentos de diagnóstico organizacional, como a análise SWOT. 2. Lida com ferramentas básicas de gerenciamento estratégico e de qualidade. 3. Gere os recursos humanos e financeiros ao nível que corresponda ao seu cargo e de acordo com a legislação pertinente.
<p>6.6. Realizar ensino e pesquisa para identificar problemas e desenvolver intervenções na APS.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metodologia de pesquisa relevante para a atenção primária. 2. Gerenciamento de projetos. 3. Elaboração de artigos científicos. 4. Técnicas de apresentação oral. 5. Metodologia de educação de adultos (educação participativa). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar ferramentas de ensino. 2. Aplica metodologia de pesquisa em saúde. 3. Identifica nichos de pesquisa, lacunas e/ou necessidades de geração de projetos. 4. Identifica necessidades de aprendizagem das equipes de saúde. 5. Desenvolver estratégias de capacitação contínua da equipe.

Referências

- 1) Vergara M. La falta de perspectiva sanitaria en el sistema de salud chileno. Rev Med Chile 2021; 149: 1347-1351
- 2) Clínicas de Chile AG. Dimensionamiento del Sector Privado. 2013-2018. https://www.clinicasdechile.cl/knowledgebase_category/estudios-y-analisis
- 3) Dirección de Presupuestos (Ministerio de Hacienda)/ Subsecretaría de Redes Asistenciales (Ministerio de Salud): Comité Interministerial de Hospitales Autogestionados. 52 reportes de hospitales 2019 y 6 reportes 2020. Disponible en <http://hospitalcarlosvanburen.cl/gestion-directiva-del-hospital-carlos-van-buren-destaca-en-el-comite-interministerial-de-eficiencia-hospitalaria>. Acceso em 28 fev 2023
- 4) Moreu F. Un nuevo modelo de salud para una nueva sociedad. 2019. Disponible em https://www.fundacionsigno.com/blog.php?pid=3&p=3&cat_id=3.
- 5) Frenz P. Desafíos en salud pública de la Reforma. Equidad y determinantes sociales de la salud. Revista Chilena de Salud Pública. 2012; 9 (2): 103-10.
- 6) Red Chilena de Instituciones Formadoras de Salud Pública. Acta de Compromiso. 18 de Julio de 2012
- 7) Ministerio de Salud, Universidades y Colegio Médico de Chile. Proyecto-Programa de política de formación de especialistas en Chile. Abril 2017.
- 8) Escuela de Post-Grado. Facultad de Medicina Universidad de Chile, Normas reglamentarias sobre programas de especialidades conducentes a título. 2011.
- 9) Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). Registro de certificación de Especialidades Médicas. Vida Médica 2004; 56: 18-9.
- 10) M. El modelo de atención integral de salud, base doctrinaria del programa de formación de médicos especialistas básicos para la atención primaria de salud. Cuad Med Soc (Chile) 2: 132-42
- 11) Román O, Pineda S, Señoret M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. Rev Med Chile 2007; 135: 1209-15.
- 12) Román O, Acuña M, Señoret M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. Rev Med Chile 2006; 134: 1057-64
- 13) Román O. Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008. Rev Med Chile 2010; 138: 22-8. 18.
- 14) Román O, Señoret M. Estado actual de las especialidades médicas en Chile; realidad en el sistema público no municipalizado. Rev Med Chile 2008; 136: 99-106.
- 15) Banco Mundial y Gobierno de Chile. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Informe. Diciembre 2009.
- 16) Ministerio de Salud. Unidad de estudios de recursos humanos. Motivación y opciones laborales de los médicos especialistas. Síntesis del estudio Sociológico. Mayo 2010.
- 17) Enríquez O. Política Nacional de formación de médicos especialistas: un proceso en desarrollo. Editorial. Cuad Med Soc (Chile) 2010; 2: 81-2.

- 18) Romana O. Formación de médicos especialistas en el Sistema de Servicios de Salud de Chile. Su evolución en el período 2007-2010. *Rev Med Chile* 2011; 139: 762-769
- 19) Ministerio de Salud. Informe de Análisis de Brechas de Atención Médica Especializada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2007.
- 20) Ministerio de Salud, Banco Mundial. Estudio de brechas de oferta y demanda de Médicos Especialistas en Chile. Colaboración técnica del Banco Mundial y el Gobierno de Chile. Informe final. Buenos Aires: Banco Mundial; 2009.
- 21) Parada-Lezcano M, et al. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Rev Med Chile* 2016; 144: 1059-1066.
- 22) OPS. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. [Sitio en internet]. Portal web de la Organización Panamericana de la Salud. Hallado en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada
- 23) Parada M, Romero M, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. *Rev Med Chile* 2015; 143 (4): 512-9.
- 24) Saavedra F. Proyección de la disponibilidad de profesionales de la salud en Chile al 2020. *Cuad Med Soc* 2010; 50 (4): 307-14.
- 25) Rojas A. Currículum oculto en medicina: una reflexión docente. *Rev Med Chile* 2012; 140 (9): 1213-7.
- 26) Orellana C, Rojas M, Silva M. Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Antofagasta. *Acta Bioethica* 2010; 16 (2): 198-206.
- 27) Diario Oficial Ley 19.378. Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. 1995.
- 28) Román O, Pineda S, Señoret M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1209-15.
- 29) Diario Oficial Ley 19.378. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la Ley 15.076. 2000.
- 30) Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. La medicina familiar en la reforma de salud chilena. *Rev Ch Med Familiar* 2015; 1: 25-32
- 31) B. Starfield, L. Shi, J. Macinko. Contribution of primary care to health systems and health *Milbank Q*, 83 (2005), 457-502
- 32) B. Starfield. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit*, 26 (Suppl 1) (2012), pp. S20-S26
- 33) G. Almeida, O. Artaza, N. Donoso, R. Fábrega. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública*, 42 (2018), p. e104
- 34) División de Atención Primaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria 2012. [Consultado 03 Mar 2023].
- 35) Miranda-Mendizábal, I. Vargas, A.S. MogollónPérez, P. Eguiguren, M. Ferreira de Medeiros Mendes, J. López, *et al.* Knowledge and use of clinical coordination mechanisms in healthcare networks in Latin America. *Gac Sanit*, 34 (2020), 340-349

- 36) Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Vol. 4, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2010. [Consultado 03 Mar 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf.
- 37) De Almeida P.F. de Oliveira S.C. Giovanella L. Network integration and care coordination: The case of Chile's health system. *Cien Saude Colet.* 2018;23:2213-2228, <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09622018>
- 38) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2020. Santiago de Chile; 2020. [Consultado 03 May 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2020_v3.pdf
- 39) División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Programa de Resolutividad en Atención Primaria. Chile; 2014.
- 40) A.M.L. Romero. Perspective of family medicine in chile: Challenges for professional practice. *Cad Saude Publica*, 35 (2019)
- 41) Ministerio de la Salud. Estrategia nacional de salud 2021-2030. Perspectiva histórica de la planificación sanitaria en Chile. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- 42) Infante A, Paraje G. La reforma de salud en Chile. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010.
- 43) Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿Contradictorios o complementarios? *Medwave* 2012; 12:e5571.
- 44) Romero, A. Perspectiva de la medicina familiar en Chile: desafíos de la práctica profesional. *Cad. Saúde Pública* 2019 35(1).
- 45) CHILE. Decreto 8. 2013. Acceso em: 07 mar 2023.
- 46) CLOUET-HUERTA, D. E.; GONZÁLEZ, B.; CORREA, K. Especialización médica en Chile: tipos, mecanismos y requisitos de postulación. una actualización de los procesos para los médicos generales. *Revista Médica de Chile*, v. 145, n. 11, p. 1454–1462, 2017.
- 47) CONACEM. RECERTIFICACIÓN - REGLAMENTO. 2021. Acceso em: 07 mar 2023
- 48) Superintendencia de Salud. Entidades certificadoras. 2021. Acceso em: 07 mar 2023.
- 49) Ministerio de Salud. Sistema de Certificación de Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud. 2019. Acceso em: 07 mar de 2023.
- 50) Programas de residência médica. Benchmarking internacional de países seleccionados. Enap 2021.
- 51) Medina E, Kaempffer R. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003. *Rev Med Chile* 2007; 135(2): 240-50.
- 52) 2. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Evolución de la Mortalidad en Chile según causas de muerte y edad, 1990-2007. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile; 2010. Disponible en: http://historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/010211/evo90_07_010211.pdf 3.
- 53) Barber R, Fullman N, Sorensen R, et. al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a

- novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 10091 (390): 231-66.
- 54) Ministerio de Salud de Chile. Informe sobre brechas de personal de salud por Servicio de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2016, Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf
 - 55) Plan de ingreso, formación y retención de especialistas en el sector público de salud [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 4 de agosto de 2015. Disponible en: <http://www.minsal.cl/medicosespecialistas/>
 - 56) Concursos 2016-2017 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 22 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concursos-2016-2017/>
 - 57) Concurso Nacional de Ingreso al Sistema Nacional de Servicios de Salud (CONISS) [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 20 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concurso-nacional-de-ingreso-al-sistema-nacional-de-servicios-de-salud-coniss/>
 - 58) Radrigan ME, Arteaga E. Calificación Médica Nacional. *Rev Med Chile* 1990; 118: 925-6.
 - 59) Concurso Nacional de Especialidades para Médicos de los Servicios de Salud (CONE-SS) [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 20 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concurso-nacional-de-especialidades-para-medicos-de-los-servicios-de-salud-cone-ss/>
 - 60) Concurso Médicos Atención Primaria de Salud año 2017 (CONE-APS) [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 20 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/concurso-medicos-atencion-primaria-de-salud-ano-2017/>
 - 61) Especialidades médicas [Internet]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 14 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://medicina.uach.cl/noticia.php?id=2641>
 - 62) Requisitos por especialidad para la certificación de especialistas [Internet]. Santiago: CONACEM. Disponible en: http://www.conacem.cl/requisitos_especialidad.asp
 - 63) Clouet-Huerta D, González B, Correa K. Especialización médica en Chile: tipos, mecanismos y requisitos de postulación. Una actualización de los procesos para los médicos generales. *Rev Med Chile* 2017; 145: 1454-1462
 - 64) Peralta-Jiménez G., et al. Resultados del sistema de puntuación del Concurso Nacional de Ingreso a los Servicios de Salud entre 2016 y 2020. *Rev Med Chile* 2022; 150: 473-482
 - 65) Estay R., et al. Desde el conflicto de listas de espera hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud. Una propuesta para Chile. *Colegio Médico de Chile A. G.*; 2017.
 - 66) CNN Chile. MINSAL estima que déficit de especialistas aumentó un 36,7% en tres años: faltan 4.900 médicos: *Turner Chile*; 2019 [cited 2021 Febrero]. Available from: https://www.cnnchile.com/pais/minsal-deficit-especialistas-367-tres-anos_20190823/
 - 67) Clouet-Huerta DE, Gonzalez B, Correa K. Especialización médica en Chile: tipos, mecanismos y requisitos de postulación. Una actualización de los procesos para los médicos generales. *Rev Med Chile* 2017; 145(11): 1454- 62.
 - 68) Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud [Internet]. Superintendencia de Salud. 2021. Available from: <https://rnpi.superdesalud.gob.cl>
 - 69) Parada M, Romero M, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile

- 70) Jadresic A. La reforma de 1968 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Cuad Med Soc* 2008; 48 (3): 192-203.
- 71) Parada M, Gregoire J, Casanova D, Vidales A. Incorporación de contenidos de Ciencias Sociales y Humanas en el currículum de Medicina de la Universidad de Valparaíso. *Cuad Med Soc* 2019; 49 (4): 238-45.
- 72) Academia Chilena de Medicina. Informe sobre la situación actual de la educación médica en Chile. Serie monografías académicas Santiago: Academia de medicina del Instituto de Chile; 2018.
- 73) OPS. Educación Médica hacia la APS renovada y libros de texto. Informe de la reunión de Buenos Aires, Argentina. Rosa Borrel y Rodolfo Kauffman (relatores). [Sitio en internet]. Portal web de la Organización Panamericana de la Salud. Hallado en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/523>
- 74) Breinbauer H, Fromm G, Fleck D, Araya L. Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico especialista. *Rev Med Chile* 2009; 137 (7): 865-72.
- 75) ASOFAMECH. Reseña histórica de ASOFAMECH. [Sitio en internet]. Asociación de Facultades de Medicina de Chile. Hallado en: www.asofamech.cl.
- 76) Organização Mundial da Saúde. Qualidade na Atenção Primária à Saúde. Sobre Atenção Primária à Saúde, Organização Mundial da Saúde; Genebra, Suíça: 2018.
- 77) Soto L., Soto J., Riquelme F. Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: Breve historia del modelo de atención integrada en Chile. *Rev. Médica Clín. Condes*. 2021; 32:373–378.
- 78) DEIS Ministerio de Salud Departamento de Estadísticas e Información de Salud. 2022. [(accesado em 28 fev 2023)]. Disponível online: <http://www.deis.cl/>
- 79) Donabedian A. Avaliando a Qualidade da Assistência Médica. *Milbank Q*. 2005; 83:691–729.
- 80) Tabrizi J.S., Gharibi F. Padrões de acreditação em cuidados de saúde primários: uma revisão sistemática. *Int. J. Cuidados de Saúde Qual*. 2019; 32:310– 320.
- 81) Díaz Herrera C., Galán Torres G. Modernização dos centros de saúde da família no Chile. Tensão entre gestão, qualidade e condições estruturais. *Aton. Primaria*. 2019; 51:390–391.
- 82) . Dominguez-Cancino K.A., Palmieri P.A., Martinez-Gutierrez M.S. Reforma da Política Nacional de Saúde para a Atenção Primária no Chile: Uma Análise Qualitativa dos Documentos do Programa de Saúde. *J. Prim. Cuidados de Saúde Comunitária*. 2020; 11:2150132720924884.
- 83) Ministerio de Salud Decreto 3; Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN. 2016. [(accesado em 28 de fev de 2023)]. pág. 110. Disponível online: <http://bcn.cl/2ewta>
- 84) Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo Sistema Nacional de Información Municipal: Datos Municipales. [(accesado em 20 de fev de 2023)]; 2022 Disponível online: http://datos.sinim.gov.cl/datos_municipales.php
- 85) INE . Síntesis de Resultados Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas; Santiago, Chile: 2018. Relatório Técnico.
- 86) Troncoso J., González C., Mena F., Valencia A., Cuevas P., Rubio J.P. «Falta tiempo»: Experiencias de médicos gestores de la demanda en la atención primaria de salud chilena. *Atención Primaria*. 2021; 53:102159.
- 87) Centro de Políticas Públicas UC Fortalecimiento de la atención primaria de salud: Propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Pontificia Univ. Catol. Chile. 2014; 9:1–19

- 88) Quiñones B., de Orúe-Ríos P., Contreras J. Visiones de los actores claves sobre el proceso de acreditación de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Concepción 2016. Rev. Chil. Salud Pública. 2022; 25:153–162.
- 89) González E. Informe: Cumplimiento de Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención, Respecto de Resultados de sus Indicadores, en Red de Prestadores Públicos de Atención Cerrada: Análisis años 2018-2019-2020. Departamento Calidad y Seguridad de la Atención División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud; Santiago, Chile: 2021. Relatório Técnico.
- 90) Garcia-Huidobro D., Barros X., Quiroz A., Barria M., Soto G., Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev. Panam. Salud Publica. 2018; 42:e160.
- 91) Castro R.E., Palacios A., Arenas A., Martorell B. Modelo cuantitativo para mejorar el financiamiento de la atención primaria en Chile. Rev. Panam. Salud Publica. 2017; 41:1–7.
- 92) Subsecretaría de Redes Asistenciales División Atención Primaria. Eje Gestión de Recursos Financieros en Atención Primaria. Ministério de Saúde; Santiago, Chile: 2015. Relatório Técnico.
- 93) Superintendência de Saúde. Gobierno do Chile. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Superintendência de Saúde, Gobierno de Chile; Santiago, Chile: 2020. Relatório Técnico.
- 94) MinSal. Definición de Competencias Mínimas para el Especialista en Medicina Familiar. 2015. Disponível em <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/808>

3. CONCLUSÃO

O Chile apresenta vários desafios em saúde, como por exemplo, uma proporção baixa de médicos para o número de habitantes, pagamentos municipalizados, longos períodos de espera para resolução do caso na atenção secundária e terciária, carreira generalista praticamente ausente e com pouco incentivo governamental e formação médica com predominância do pensamento especializado.

Por outro lado, o país avançou em estratégias diferentes das brasileiras e que o conhecimento delas podem preencher lacunas necessárias em nosso País. A exemplo, o papel do médico gestor de demanda e das microrredes locais com setores de urgência ligados a atenção primária à saúde.

Um ponto de dificuldade para a revisão literária recente, está na rasa quantidade de novos artigos, principalmente durante o período pandêmico, tanto sobre os últimos programas lançados pelo governo do país quanto sobre os resultados dos programas mais antigos.

É importante salientar que as informações elencadas não possuem o objetivo de entregar propostas de intervenções clínicas e comportamentais para o sistema único de saúde brasileiro, pois cada uma necessita de avaliação pormenorizada, levando em consideração o contexto sociopolítico mais amplo.

Brasília, 10 de março de 2023.



Lana [redacted] Lima
Consultor Especialista