

Recursos Humanos para Saúde Rural

Human Resources to Rural Health

Leonardo Vieira Targa

Médico de Família e Comunidade

Universidade de Caxias do Sul

Wonca Working Party on Rural Practice

GT medicina rural SBMFC

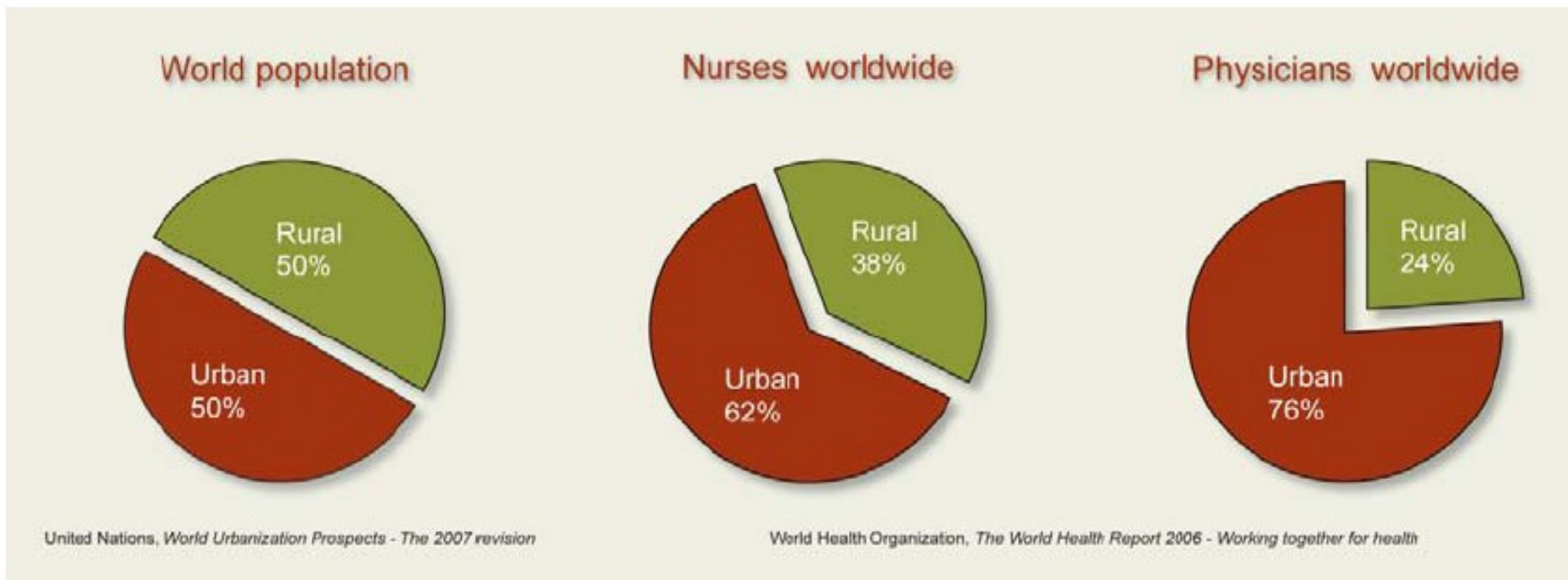
The winner for a medical examination
was patient number ...



Defasagem Rural-Urbana

Rural Urban Gap

Figure 2. Rural/urban worldwide distribution of physicians, nurses and population



Cinco países em crise em relação ao déficit de RH em saúde na América Latina:

Five countries facing HR crisis in Latin America:

- El Salvador,
- Haiti,
- Honduras,
- Nicarágua,
- Peru.

2006 World Health Report

<http://www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf>

Iniquidades / Inequities

- Argentina – 10 x mais médicos em Buenos Aires do que na Tierra de fuego.
- Paraguai - 5 x mais enfermeiras em Asunción que no resto do país.
- Uruguai – 80% dos médicos na capital (onde está 45% da população). 66% especialistas.
- República Dominicana-8 médicos/enfermeiras.
- Argentina – 10 x more doctors in Buenos Aires x Tierra de Fuego
- Paraguay – 5x more nurses in Asunción x rest country
- Uruguay – 80% doctors in Montevideo (where just 45% of people lives). 66% are specialists.
- Dominican Republic – 8 doctors / nurses

Fonte/Source: Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas, 1999-2004: lições aprendidas e as esperanças para o futuro

Brasil (CFM, 2010)

- São Paulo e Rio de Janeiro (capitais/ **state capitals**):
1 médico / 430 habitantes
1 doctor/ 430 people
- Acre e Pará: 75% médicos nas capitais
75% doctors in the capitals
- Amazonas: 1 médico **1 doctor** / 574 hab. em Manaus e
1 doctor / 8944 no interior.
1 doc/574 hab in Manaus (capital) and 1/8944 inland

“Todos, em todas partes devem ter acesso a um trabalhador sanitário qualificado, motivado e apoiado em um sistema de saúde sólido.”



‘All people, everywhere, shall have access to a skilled, motivated and facilitated health worker within a robust health system’.

Bangkok Declaration, 2011

II Global Forum about Human Resources for Health

Políticas Recentes no Brasil/ Recent Brazilian policies

- Mais Médicos / More Doctors Program
- PROVAB;
- PRO-SAÚDE;
- PET-SAÚDE;
- PMAQ;
- Residência médica para todos? Residency for all?
- Cotas para MFC? Family Medicine quotas?
- MFC como pré-requisito? MFC as prerequisite?

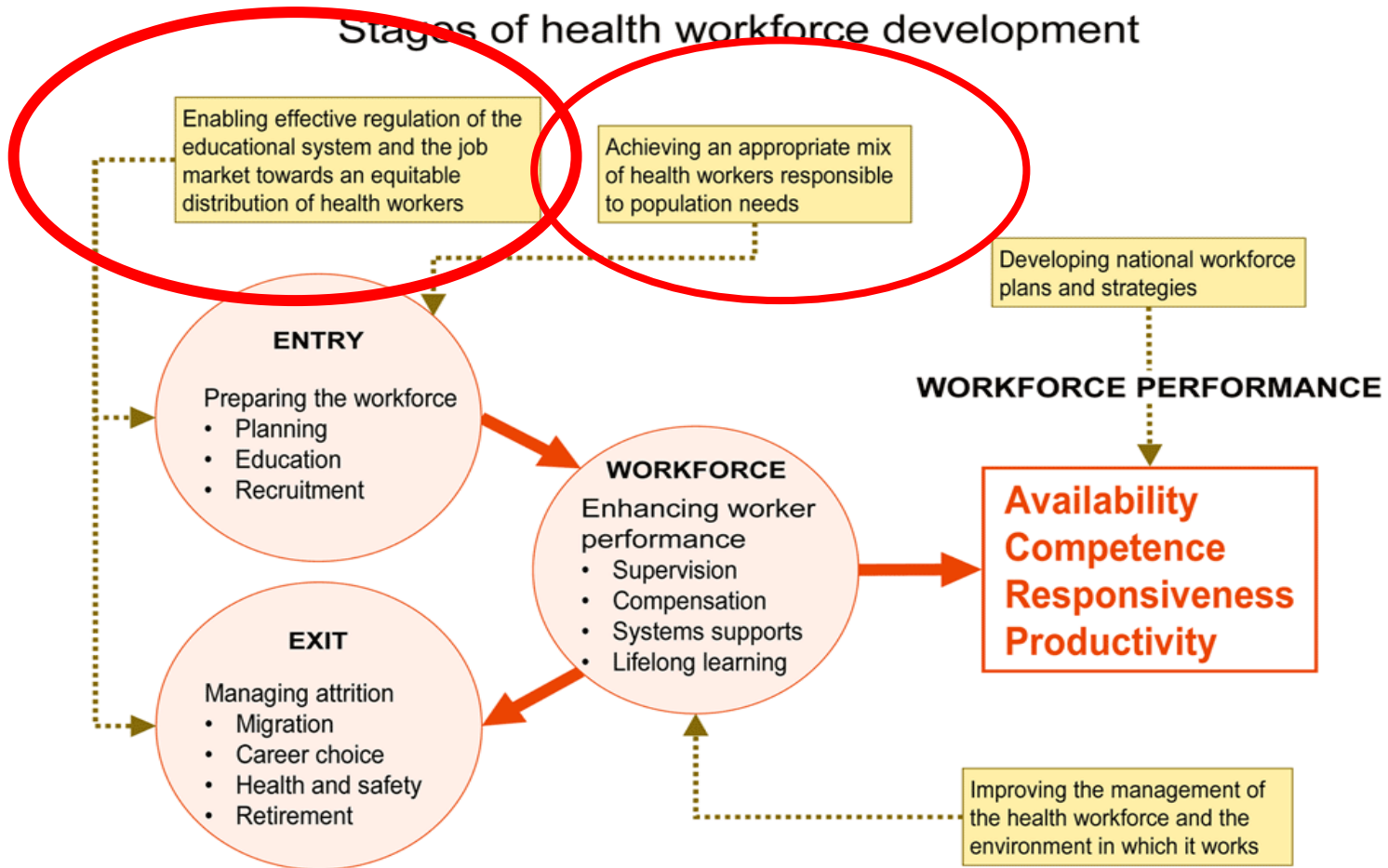
A história de K. / K's history

- K. quis ser médica; K. wants to be a doctor
 - Médica generalista / generalist
- Medicina de família / Family physician;
- K. quis ser médica no interior/ rural doctor;



Workforce Development

Stages of health workforce development











UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA
DR. MARCOS MÁRCIO FREIRE

148









Mapear locais, criar, apoiar e valorizar relações entre assistência e formação.

Map locations, create, support and enhance relations between assistance and training.

Selecionar o perfil do futuro profissional e apoiar sua decisão.

Select the profile of the professional future and support their decision.

Table 3.2 Health professional training institutions, by WHO region

WHO region	Medical	Nursing and midwifery	Dental	Public health	Pharmacy
Africa	66	288	34	50	57
Americas	441	947	252	112	272
South-East Asia	295	1145	133	12	118
Europe	412	1338	247	81	219
Eastern Mediterranean	137	225	35	8	46
Western Pacific	340	1549	72	112	202
Total	1691	5492	773	375	914

Source: Mercer H, Dal Poz MR. *Global health professional training capacity* (background paper for *The world health report 2006*; <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

In South America, between 1992 and 2000, Argentina, Chile and Peru experienced 60–70% increases in the number of medical schools, which is mainly a reflection of the growth in the private sector.

Figure 3.4 Projected time to recuperate student investments in education, Colombia, 2000

a) Non-specialist physicians



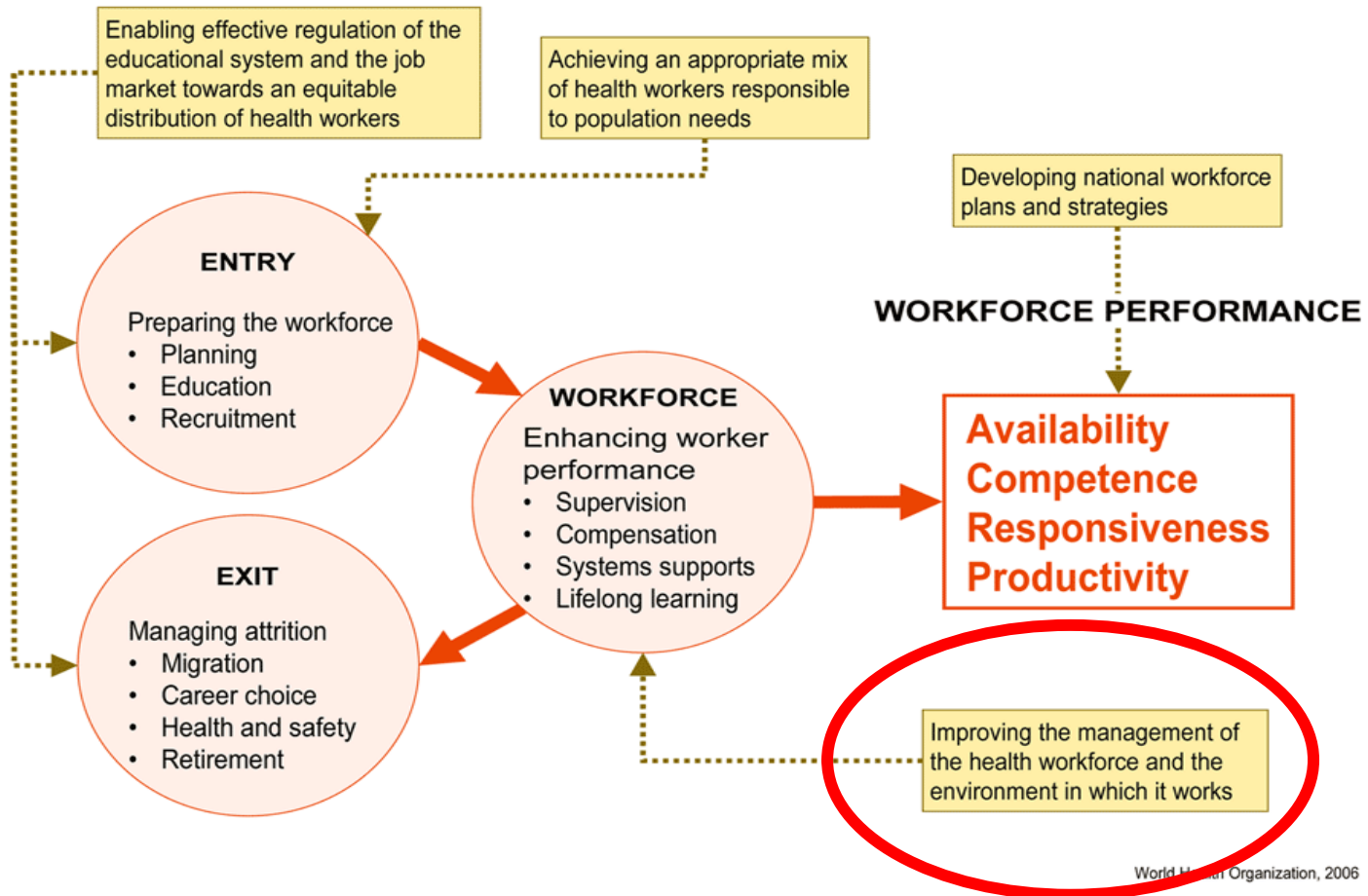
Joint Learning Initiative (JLI). Human resources for health, 2004: health human resources demand and management: strategies to confront crisis. Report of the working group on demand. Boston, MA, Global Health Trust, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/doc/WG3Report.pdf>, accessed 8 February 2006).

A história de K. / K's history

- K. enfrentou adversidades mas...
- Professora, mas os alunos...
- Políticas de incentivo que não vêm...
- Salário baixo, infraestrutura ruim;
- Políticas de migração em massa.

Workforce Development

Stages of health workforce development



Public Health : Can you lend me a pen?



UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA
DE NUNES MARIANO FREIRE

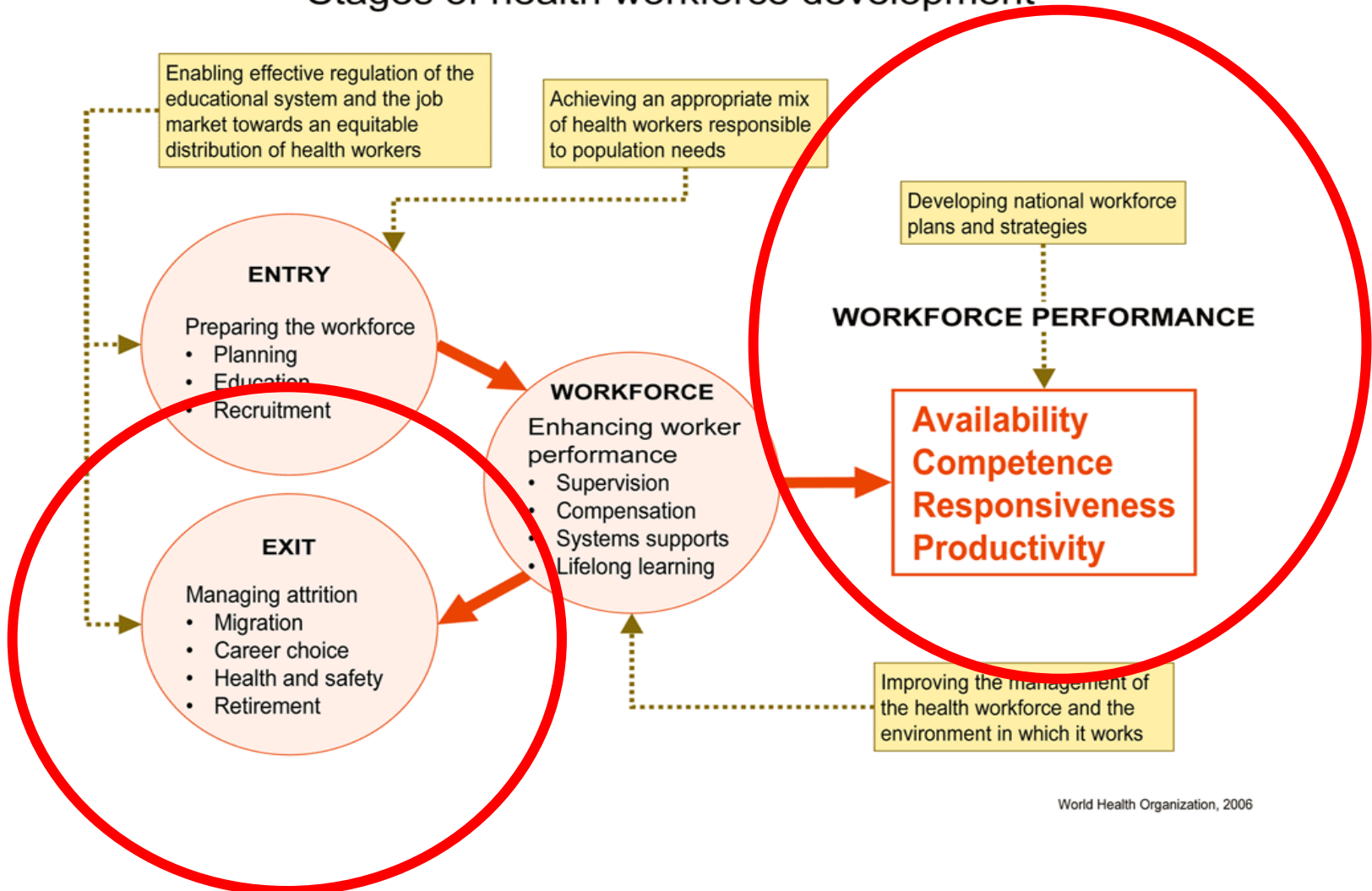
148





Workforce Development

Stages of health workforce development



A História do Planejamento em Recursos Humanos em Saúde

The History of Planning in Health Human Resources



"You will make the same foolish mistakes you have made before, not only once but many, many times again."



Phase	Stages and Steps	Estimated Time Required
Planning	Stage 1: Overview of the Rapid DCE Method Step 1: Determine health worker cadres of interest Step 2: Decide to address attraction and/or retention	1-2 days
Survey Design	Stage 2: Designing the Rapid DCE Survey Step 1: Select job attributes Step 2: Determine job attribute levels Step 3: Conduct focus group discussions to determine job attributes and levels Step 4: Construct job preference pairs Step 5: Include demographic and other supplemental questions to inform retention strategies	2-5 days
Survey Tool Development	Stage 3: Using Sawtooth Software to develop the Rapid DCE survey instrument Step 1: Include general introduction and informed consent Step 2: Add supplemental questions section Step 3: Develop the job preference pair section Step 4: Organize the survey instrument Stage 4: Preparing files for survey administration Step 1: Prepare file for computer or paper-based survey	2-5 days
Data Collection	Stage 5: Planning logistics for data collection Step 1: Plan logistics for target sample of students Step 2: Plan logistics for target sample of health workers Stage 6: Collecting data Step 1: Set up for computer or paper-based survey administration Step 2: Pretest the survey instrument Step 3: Introduce the Rapid DCE survey and obtain consent Step 4: Administer computer or paper-based survey	7-15 days
Data Analysis and Results Presentation	Stage 7: Preparing and managing data Step 1: Prepare data from computer or paper-based survey administration Stage 8: Analyzing the data Step 1: Obtain software and license Step 2: Set up the software Step 3: Import a data file Step 4: Analyze data from the supplemental questions Step 5: Analyze data from the job preference pair questions Stage 9: Interpreting the Rapid DCE results Step 1: Determine weighted ranking of preferences Stage 10: Determining preferred retention incentive packages for presentation to stakeholders Step 1: Determine the preferred incentive packages using the preference impact measure	5-10 days
Total Time:		17-37 days or 3-8 weeks

Rapid Retention Survey Toolkit



CapacityPlus is the USAID-funded global project uniquely focused on the health workforce needed to achieve the Millennium Development Goals. Placing health workers at the center of every effort, CapacityPlus helps countries achieve significant progress in addressing the health worker crisis while also having global impact through alliances with multilateral organizations.



Increasing access
to health workers in
remote and rural areas
through improved
retention

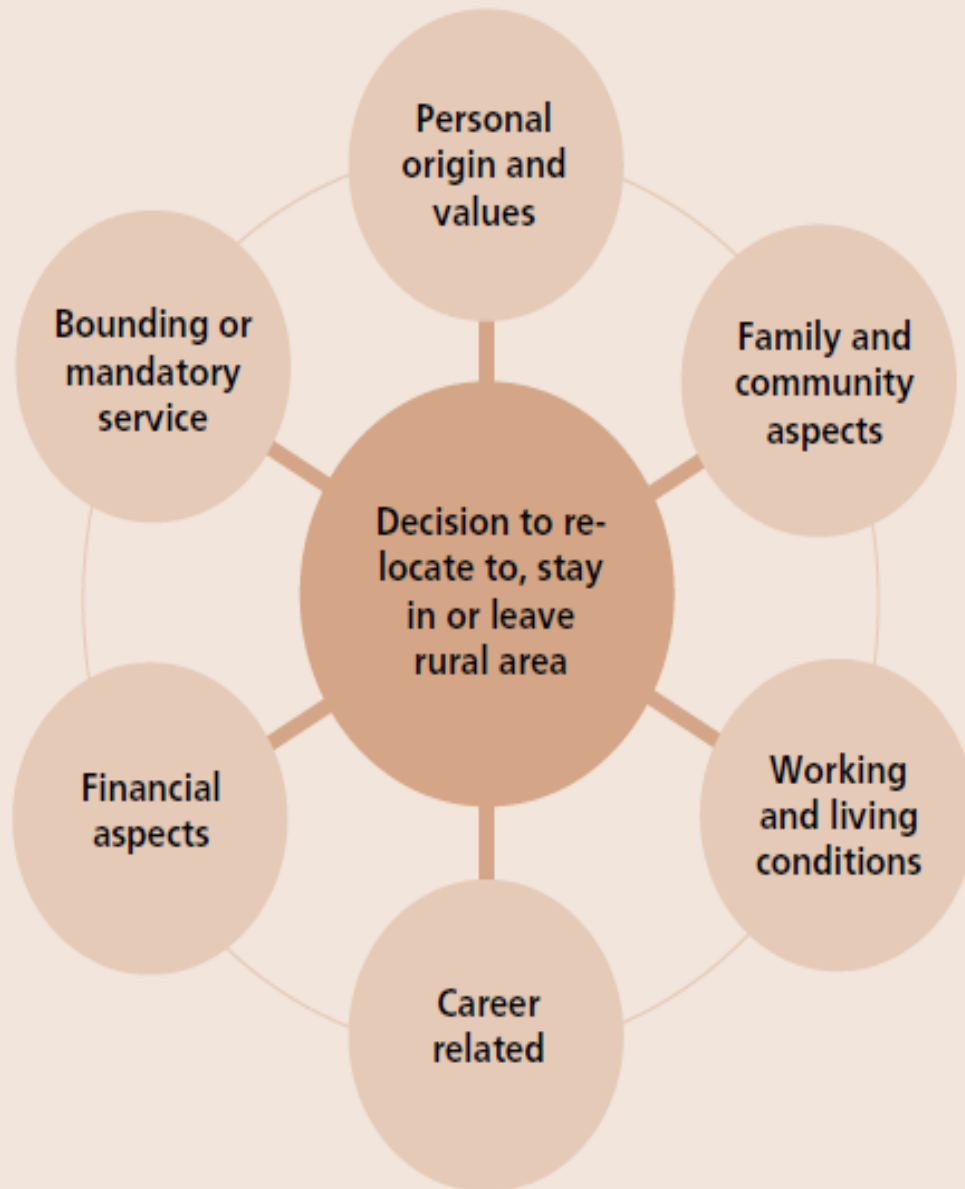
GLOBAL POLICY RECOMMENDATIONS



World Health
Organization

The WHO Global **CODE** of Practice
on the International Recruitment
of Health Personnel

Figure 2. Factors related to decisions to relocate to, stay in or leave rural and remote areas



Personal

Rural background (origin), values, altruism

Family and community

Provision of schooling for children, sense of community spirit, community facilities available

Financial aspects

Benefits, allowances, salaries, payment system

Career related

Access to continuing education opportunities, supervision, professional development courses/workshops etc, senior posts in rural areas

Working and living conditions

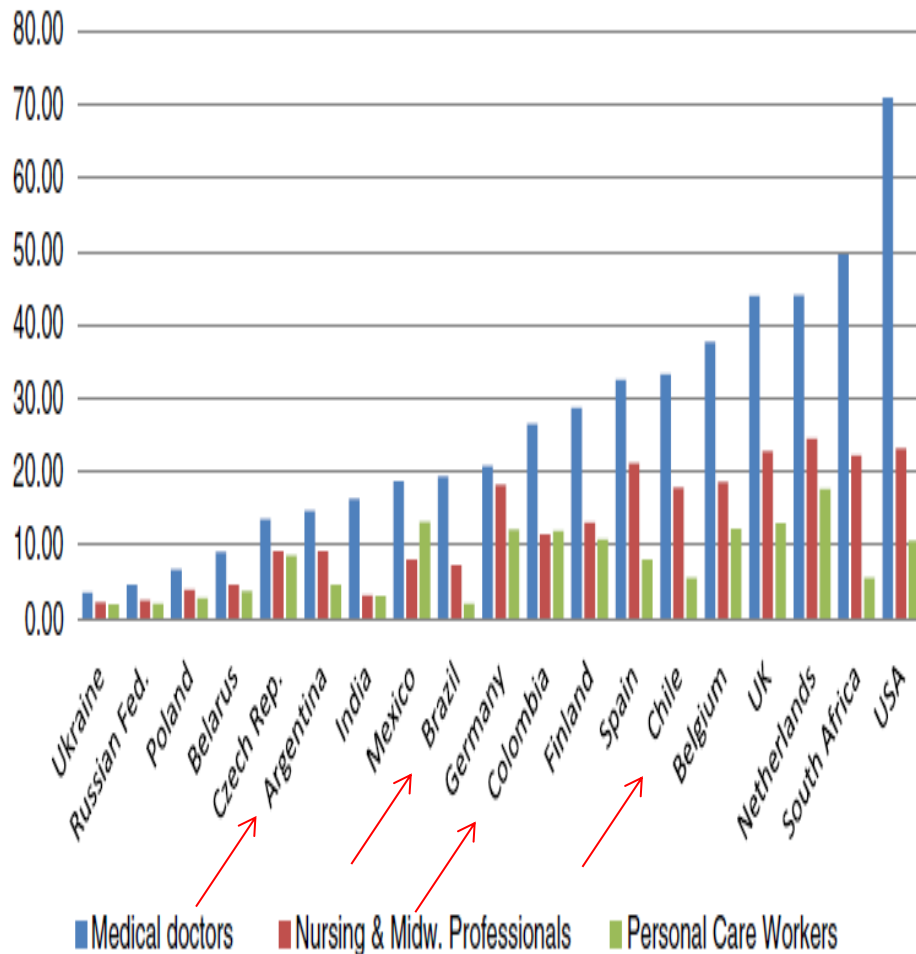
Infrastructure, working environment, access to technology/medicines, housing conditions etc

Bonding or mandatory service:

Whether obligated to serve there

Não só dinheiro! Mas ele também é importante...

Not just money, but it helps...



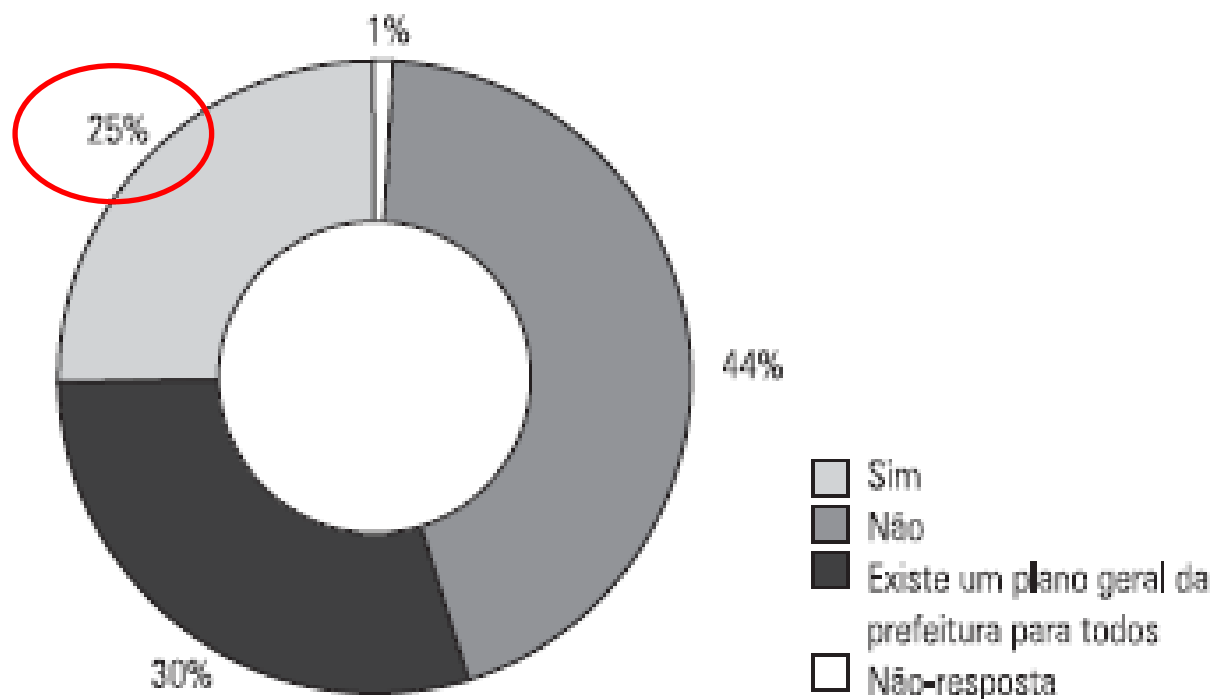
- custo de vida
- distância
- serviços
- direitos trabalhistas
- férias
- custos pessoais e familiares

Figure 1 Median gross hourly wages in standardized USD in three HRH occupations in 20 countries.

A história de K. / K's history

- K. quer casar e ter filhos.
 - Emprego cômputo;
 - Escola para filhos;
 - Lazer;
 - Perspectivas futuras para os filhos
- K. wants to marry and grow children.
 - Job for her husband
 - School for kids
 - Leisure
 - Future perspective

Gráfico 2 — Plano de cargos, carreira e salários específico para os trabalhadores da SMS.
Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

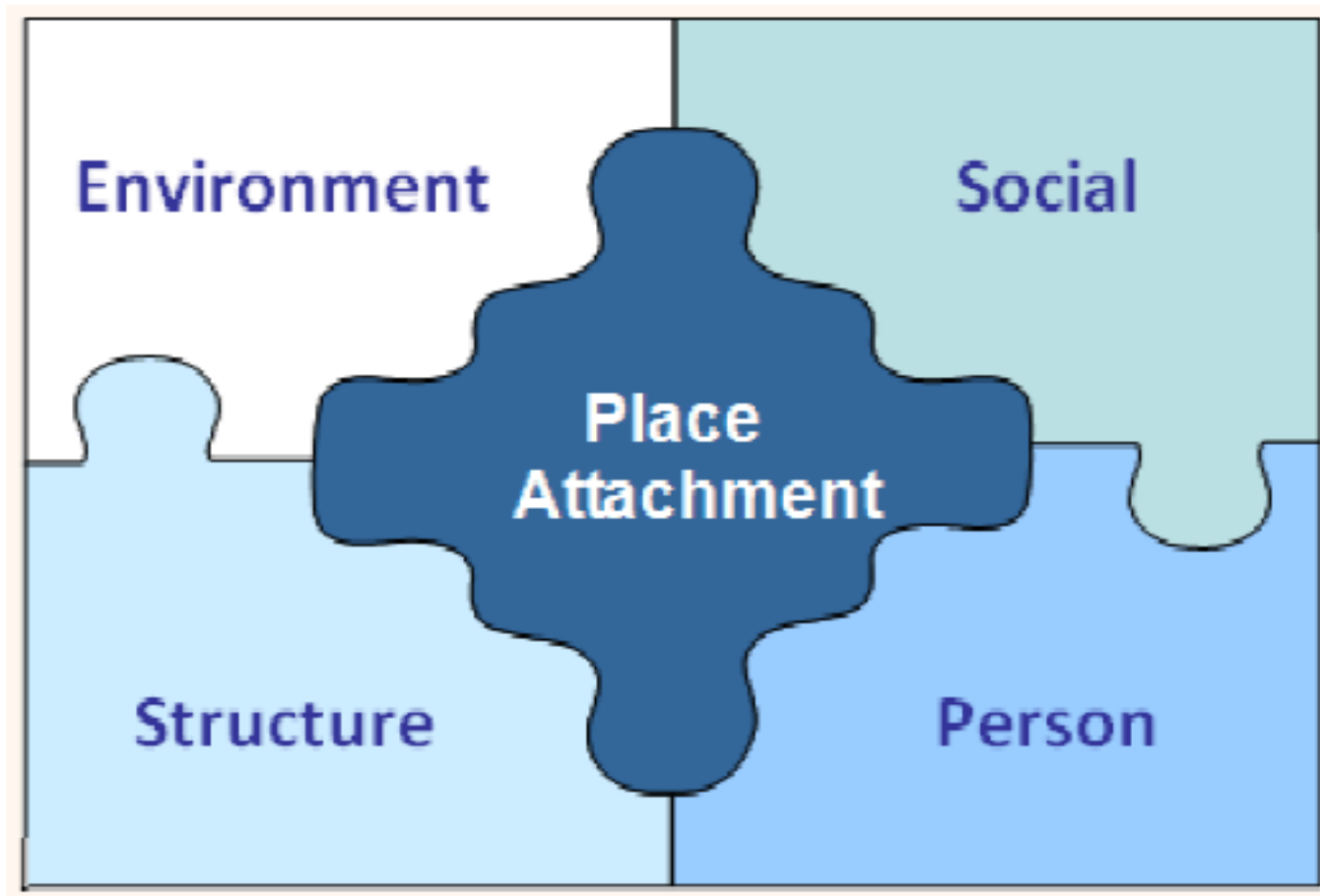


Figure 1: The dimensions of place attachment.

Rural and Remote Health 10: 1476.
(Online), 2010

Os médicos brasileiros
não são piores nem melhores
do que médicos de outros países,
nem do que outros
profissionais de saúde.



Pró-residência

- “(...) o programa Pró-Residência, criado em 2010 pelo governo federal, que oferta bolsas no valor de **R\$ 2.976,26** nas especialidades da Medicina com maior demanda no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Na área da Medicina, são 20 especialidades, entre as quais:
 - **clínica médica (598),**
 - pediatria (339),
 - obstetrícia e ginecologia (314),
 - cirurgia geral (293),
 - **medicina de família e comunidade (287)...**

(...)

DISTRIBUIÇÃO – A maior parte das novas bolsas de residência médica ofertadas está na região Sudeste (2.278)”

Fonte : <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/8306-com-mais-medicos-ministerio-da-saude-dobra-oferta-de-bolsas-para-residencia-em-2014>

Talvez um pouco mais ...

- Reforçar ainda mais a APS no sistema de saúde;
- Repensar a forma de municipalização e a formação do gestor;
- Selecionar o perfil adequado;
- Investir MFC;
- Formação também fora dos grandes centros urbanos;
- Condições de vida e trabalho para o médico e sua família + remuneração justa;
- Carreira e vínculo acadêmico;
- Reduzir o isolamento e melhorar o *status*.

Pequenas ações

- Pmaq;
- \$ mfc;
- Adicional rural;
- Nenhum MFC rural ganhando menos que um dos Mais Médicos;
- Mapear boas ESF rurais e ligar com academia e programas de residência;
- Premiar longitudinalidade;
- Estimular e premiar inserção acadêmica;
- Valorizar os médicos que já estão lá!

K. é otimista e não perde a esperança!

K. is optimistic and not lose hope!

- Talvez um dia ela posso deixar de ser vista como exceção mas se torne objeto de estudo para políticas mais eficazes.
- Maybe one day she will not be seen anymore as an exception but becomes an object of study for more effective policies.



Se você trabalha em áreas
NÃO-URBANAS ou de difícil acesso,
VENHA PARTICIPAR DO

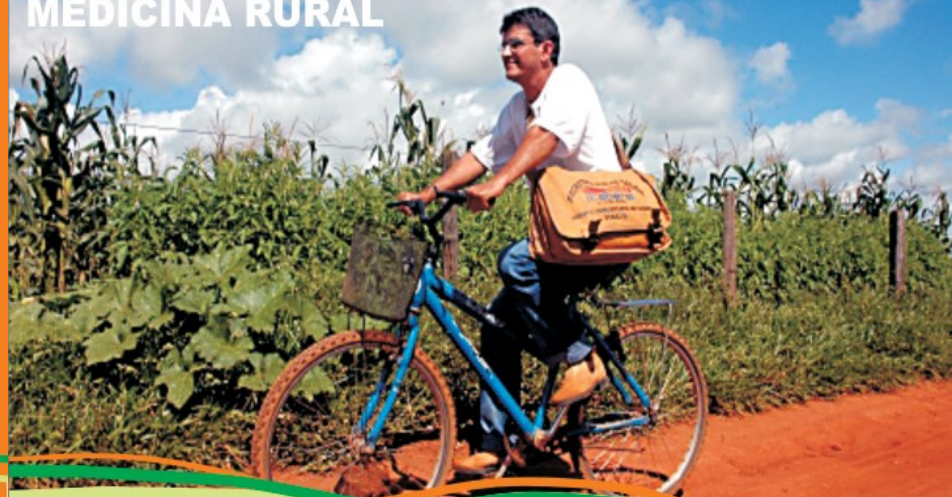
GRUPO DE TRABALHO EM
MEDICINA RURAL
DA SBMFC.



SBMFC



MEDICINA RURAL



- CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE RURAL
- EQUIDADE RURAL-URBANO
- EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS
- TREINAMENTO, HABILIDADES E CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
- PESQUISA EM SAÚDE RURAL
- PUBLICAÇÕES DE EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE RURAL

<http://groups.google.com/medicinairural-sbmfc/>



Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Rodovia SC 401 | km 04 | número 3854 | Telefone (48) 3231.0321
CEP 88032-005 - Saco Grande - Florianópolis - SC

www.sbmfc.org.br

rural@sbmfc.org.br

Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas - resumo dos debates orientados pelas evidências científicas e experiências dos membros do Grupo de Trabalho de Medicina Rural da SBMFC

The Belém declaration: recruitment and retention of health professionals in rural and remote areas – a summary of discussions guided by scientific evidences and experiences of the members of the Working Group on Rural Medicine of the ‘SBMFC’

Declaración de Belém: reclutamiento y retención de profesionales de salud en áreas rurales y remotas - resumen de los debates guiados por las evidencias científicas y las experiencias de los miembros del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la SBMFC

Leonardo Vieira Targa. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. targalv@gmail.com (Autor correspondente)

André Luiz da Silva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Porto Alegre, RS, Brasil. barmitzvar@yahoo.com.br

Dijon Hosana Souza Silva. Secretaria Municipal de Saúde de Floresta Azul. Floresta Azul, BA, Brasil. dijonhosana@hotmail.com

Enrique Falceto de Barros. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria do Herval. Santa Maria do Herval, RS, Brasil. enriquefbarros@gmail.com

Fábio Duarte Schwalm. Universidade de Caxias do Sul (UCS). Caxias do Sul, RS, Brasil. fschwalm@gmail.com

Leonardo Cançado Monteiro Savassi. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Ouro Preto, MG, Brasil. leosavassi@gmail.com

Monica Correia Lima. Prefeitura Municipal de Cajati. Cajati, SP, Brasil. monicalima@usp.br

Otávio Silva. Prefeitura Municipal de Alcântara. Alcântara, MA, Brasil. otaviocsilva@gmail.com

Ricardo César Garcia Amaral Filho. Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus, AM, Brasil. amaral.mfc@gmail.com

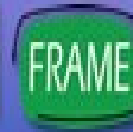
Rodrigo Silveira. Universidade Federal do Acre (UFA). Rio Branco, AC, Brasil. ropsilveira@gmail.com

Magda Almeida. Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, CE, Brasil. magnhets@gmail.com

Nilson Massakazu Ando. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). Manaus, AM, Brasil. nilsonando@yahoo.com

Rural and Remote Health

MEDLINE listed
Impact factor .820



ISSN 1445-6354

The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy

RRHJ Latino- Americana

Envie seu trabalho!

www.rrh.org.au

