

EDIÇÃO: Nº 08

SÉRIE CAMINHOS DA SAÚDE

SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS 2035

ELABORADO EM: SETEMBRO DE 2025

SÉRIE  
CAMINHOS DA SAÚDE  
SUPLEMENTAR

20  
35

**IESS**

INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**IESS**

INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

EDIÇÃO: Nº 08

SÉRIE CAMINHOS DA SAÚDE

SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS 2035

ELABORADO EM: SETEMBRO DE 2025

*Estudo Especial*

# Capacitação Profissional na Saúde no Brasil: Desafios, Iniciativas Internacionais e Caminhos para o Futuro

*Autor: Natalia Lara*

*Revisão: Bruno Minami e Felipe Delpino*

*Superintendente Executivo: José Cechin*



**SÉRIE**

## **CAMINHOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

# 2035

Em um mundo em constante transformação, cuidar da saúde não pode mais se limitar à ausência de doença. Falar em saúde integral é falar de vínculos, dignidade, acesso e bem-estar. Nesse contexto, a capacitação dos profissionais de saúde — muitas vezes tratada como questão secundária — emerge como peça-chave para a promoção de um cuidado qualificado, resolutivo e equitativo.

Garantir que médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e demais profissionais estejam preparados para os desafios contemporâneos exige mais do que conhecimento técnico: é preciso desenvolver competências interpessoais, sensibilidade cultural, capacidade de atuação em equipe e domínio de tecnologias emergentes. A formação contínua e a valorização do trabalho interprofissional são fundamentais para enfrentar as desigualdades históricas na distribuição de recursos humanos e para responder de forma eficaz às novas demandas da população brasileira — como o envelhecimento, a multimorbidade e a ampliação da cobertura em áreas remotas.

O presente texto integra o Projeto Caminhos da Saúde Suplementar 2035, uma iniciativa do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) que visa antecipar tendências e propor soluções para os desafios emergentes do setor. Diante de mudanças demográficas, tecnológicas, epidemiológicas e ambientais, que pressionam os sistemas de saúde por mais eficiência e equidade, o projeto oferece uma visão de futuro pautada em sustentabilidade, inovação e cuidado integral, com o objetivo de fortalecer a capacidade do sistema suplementar de responder às transformações da sociedade brasileira.



Para mais detalhes sobre o contexto e os objetivos do projeto, consulte o preâmbulo da série, disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/caminhos-da-saude-suplementar-perspectivas-2035>.

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

Este artigo apresenta uma análise abrangente sobre os desafios, experiências internacionais e propostas relacionadas à capacitação profissional na saúde no Brasil, com foco em médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais da área. A discussão é contextualizada frente às transformações demográficas, epidemiológicas e tecnológicas que moldarão o cenário da saúde até 2035. Os principais pontos abordados incluem:

### 1. Panorama Atual da Capacitação no Brasil

O sistema brasileiro ainda carece de políticas estruturadas de desenvolvimento profissional contínuo. Persistem desigualdades regionais no acesso à formação e fragilidades nos currículos que não contemplam adequadamente competências interprofissionais, atenção integral e uso de tecnologias emergentes.

### 2. Impactos da Má Capacitação

A formação deficiente está associada a erros médicos, eventos adversos, baixa resolutividade e desigualdades no cuidado, sobretudo em populações vulneráveis. Profissionais despreparados comprometem a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a sustentabilidade do sistema de saúde.

### 3. Modelos Internacionais de Referência

Experiências do Canadá, Austrália e Reino Unido evidenciam a importância de programas formais e obrigatórios de educação continuada, com avaliações periódicas, integração de competências clínicas e transversais, e forte estímulo à autorreflexão e ao trabalho colaborativo.

### 4. Desigualdades e Distribuição Profissional no Brasil

Apesar do aumento no número de profissionais formados, persistem disparidades significativas entre regiões, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A distribuição desigual de médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos revela "desertos assistenciais" e fragiliza o SUS.

### 5. Formação para o Envelhecimento Populacional

O avanço da longevidade demanda uma força de trabalho preparada para lidar com condições crônicas, fragilidade e multimorbidades. Há escassez crítica de profissionais como geriatras, cuidadores e reabilitadores. O cuidado ao idoso exige reorganização dos modelos de formação e de atenção.

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

### 6. Recomendações Estratégicas para 2035

- Instituir políticas nacionais obrigatórias de desenvolvimento profissional contínuo para todas as categorias da saúde.
- Incentivar formação interprofissional desde a graduação.
- Investir em tecnologias educacionais (simulação, teleducação, laboratórios virtuais).
- Reduzir desigualdades regionais com incentivos à fixação em áreas remotas.
- Articular educação, serviço e gestão para responder às necessidades reais da população.
- Fortalecer o cuidado ao idoso como eixo estratégico da força de trabalho futura.
- Criar mecanismos de certificação, acreditação e valorização das práticas formativas.

## INTRODUÇÃO

---

A formação contínua e atualizada dos profissionais de saúde é um dos pilares fundamentais para garantir a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a eficiência dos sistemas de saúde. Diante das rápidas transformações tecnológicas, científicas e sociais que impactam diretamente a prática clínica, cresce o consenso na literatura especializada sobre a necessidade de reformular e adaptar continuamente os programas de capacitação e educação na área da saúde (DE OLIVEIRA et al., 2024; JOHNSTON, 2018). Modelos tradicionais de ensino, herdados de estruturas do início do século XX, têm se mostrado insuficientes para preparar os profissionais diante dos desafios contemporâneos, como a integração de tecnologias digitais, inteligência artificial e modelos de cuidado centrado no paciente (ALRASSI; KATSUFRAKIS; CHANDRAN, 2021; LAST et al., 2021).

A pandemia de COVID-19 tornou ainda mais evidente a urgência de currículos que contemplem habilidades como o uso da telessaúde, o trabalho interdisciplinar e a rápida adaptação a novos cenários clínicos (LAST et al., 2021). Além disso, falhas na atualização dos treinamentos estão associadas à perpetuação de práticas ultrapassadas, à resistência à adoção de inovações baseadas em evidências e a riscos elevados à segurança do paciente (MENZIN, 2025; HUMPHREY-MURTO et al., 2023). Estudos recentes mostram que treinamentos mal estruturados ou desatualizados, como os que ainda se baseiam no modelo “ver, fazer e ensinar”, podem expor pacientes a erros médicos e eventos adversos, especialmente em contextos complexos e com pouca supervisão (RODRIGUEZ-PAZ et al., 2009; AGGARWAL; DARZI, 2011).

Além disso, as lacunas na formação têm impacto desproporcional em populações vulneráveis. Pacientes idosos, especialmente aqueles com fragilidade e comorbidades complexas, enfrentam riscos acrescidos devido à ausência de preparo adequado em geriatria e gerodontologia na formação médica e odontológica (OAKLEY et al., 2014; DA MATA; ALLEN, 2023). Pessoas com deficiências intelectuais, transtornos mentais ou uso de substâncias também são afetadas por treinamentos insuficientes em empatia e comunicação, o que perpetua desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado (SALAZAR et al., 2023). Grupos étnico-raciais minoritários, imigrantes com proficiência limitada em línguas locais, mulheres e populações de baixa renda enfrentam barreiras adicionais, como a ausência de abordagens culturalmente sensíveis e linguagem acessível nos programas de treinamento em saúde e primeiros socorros (CHENG et al., 2020; SASSON et al., 2013).

O presente artigo tem como objetivo apresentar um panorama crítico sobre a importância da atualização contínua na capacitação de profissionais de saúde, destacando os riscos associados a programas obsoletos e os benefícios comprovados da formação contínua, contextualizada e culturalmente competente. Justifica-se essa abordagem pela relevância crescente de práticas formativas que desenvolvam não apenas competências técnicas, mas também habilidades interpessoais como empatia, liderança e trabalho em equipe (JONES; MOSS, 2019; CEPEDA-CARRIÓN et al., 2011), com atenção à equidade no cuidado e à diversidade das populações atendidas.

## **1. Formação Profissional Deficiente em Saúde: Implicações para Pacientes, Profissionais e Sistemas**

A insuficiência ou desatualização da capacitação dos profissionais de saúde tem efeitos amplos e negativos sobre a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, o bem-estar dos profissionais e o desempenho dos sistemas de saúde. As evidências indicam que falhas nesse campo contribuem diretamente para eventos adversos, erros médicos e desigualdades na atenção à saúde.

Estudos recentes demonstram que eventos adversos ocorrem em aproximadamente 10% das internações hospitalares nos países da OCDE, sendo quase metade desses evitáveis. As causas mais comuns incluem falhas em procedimentos cirúrgicos e eventos adversos relacionados a medicamentos— ambos fortemente associados à capacitação inadequada (BATES et al., 2023). A pandemia de COVID-19 reverteu algumas melhorias históricas nesse campo, revelando que a interrupção de treinamentos regulares impacta negativamente o controle de infecções hospitalares e eventos clínicos como quedas e úlceras de pressão (BATES et al., 2023).

A falta de formação adequada também está fortemente relacionada à ocorrência de erros percebidos pelos próprios pacientes. Em uma pesquisa internacional<sup>1</sup>, 11,2% dos pacientes relataram terem sofrido erros médicos, sendo a má coordenação do cuidado um dos principais fatores de risco (SCHWAPPACH, 2014). A ausência de sistemas obrigatórios e não punitivos de notificação de erros, como ainda se observa em muitos hospitais dos EUA e do Canadá, contribui para subnotificação e reduz a capacidade institucional de aprendizado e melhoria (ANDERSON; ABRAHAMSON, 2017; KALRA; KALRA; BANIAK, 2013).

---

<sup>1</sup> O estudo abrangeu 11 países.



Além disso, medicamentos de alto risco, como anticoagulantes, opioides, benzodiazepínicos e agentes quimioterápicos, exigem conhecimentos técnicos específicos para prescrição e administração seguros. A falta de capacitação contínua sobre esses fármacos aumenta significativamente os riscos de eventos adversos graves, incluindo óbitos (LO et al., 2013; SINGH et al., 2024; HADLAND et al., 2024). Casos envolvendo medicamentos manipulados, como os agonistas de GLP-1, mostram que erros de dosagem decorrentes de falhas de treinamento podem causar internações e complicações graves (NEUMILLER et al., 2025).

Em síntese, a má capacitação pode gerar:

- Maior incidência de eventos adversos e erros evitáveis (BATES et al., 2023; SCHWAPPACH, 2014);
- Redução da eficácia clínica em situações complexas ou de alta vulnerabilidade (DESHIELDS et al., 2021; DA MATA; ALLEN, 2023);
- Subnotificação de eventos críticos e menor aprendizado institucional (ANDERSON; ABRAHAMSON, 2017);
- Riscos elevados com medicamentos sensíveis ou de alta toxicidade (LO et al., 2013; SINGH et al., 2024).

Portanto, o fortalecimento de programas contínuos, contextualizados e interdisciplinares de capacitação é uma medida essencial para a segurança do paciente, a equidade no cuidado e o aprimoramento dos sistemas de saúde.

## 2. Capacitação Profissional na Área da Saúde: Experiências do Canadá, Austrália e Reino Unido

### 2.1 Canadá

#### 2.1.1 Programa de Manutenção da Certificação (MOC)

No Canadá, o programa Maintenance of Certification (MOC), conduzido pelo Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, constitui uma das principais estruturas de desenvolvimento profissional contínuo (DPC) do país. O modelo é baseado na premissa de que a aprendizagem ao longo da vida é essencial para manter a competência clínica, promover o aprimoramento profissional e garantir a qualidade dos serviços de saúde. Nesse contexto, o CPD (Continuing Professional Development) é a unidade básica de mensuração das atividades formativas, sendo que cada hora de participação em uma atividade reconhecida equivale a um crédito de CPD.

O programa exige que, em um ciclo de três anos, o profissional acumule pelo menos 150 créditos, distribuídos em diferentes tipos de atividades que reflitam tanto a atualização técnica quanto o desenvolvimento de habilidades transversais. As oito categorias de CPD reconhecidas são:



1. Aprendizagem em grupo (Group Learning), como congressos, workshops e cursos presenciais;
2. Aprendizagem autodirigida (Self-Learning), que envolve leitura crítica de literatura científica, módulos online ou podcasts educacionais;
3. Avaliação de desempenho pessoal (Assessment of Performance), com uso de feedbacks, auditorias clínicas e análise de resultados próprios;
4. Avaliação de resultados da prática profissional (Assessment of Outcomes), baseada em indicadores de desempenho clínico e impacto das ações sobre os pacientes;
5. Ensino e supervisão (Teaching and Supervision), incluindo preceptoria, orientação de residentes e palestras educacionais;
6. Contribuições para a profissão (Contribution to the Profession), como atuação em comitês, publicações científicas, revisão de periódicos ou participação em conselhos regulatórios;
7. Planejamento de aprendizado pessoal (Personal Learning Projects), nos quais o próprio profissional define objetivos, métodos e evidências de aprendizagem;
8. Atividades de desenvolvimento profissional estruturadas institucionalmente, como programas formais de mentoria e treinamento organizacional.

O sistema é estruturado para oferecer flexibilidade e incentivo à diversidade de experiências, promovendo uma autorregulação responsável e adaptada às realidades individuais dos profissionais. Além disso, é requerido que os créditos não estejam concentrados em uma única categoria: o profissional deve demonstrar engajamento em pelo menos três diferentes tipos de atividade, o que reforça o caráter multifacetado da competência profissional (COLLIERA et al., 2001). Essa estrutura busca assegurar competência permanente, promover o engajamento com múltiplas formas de aprendizado e reconhecer contribuições profissionais diversas.

### 2.1.2 Framework CanMEDS

O CanMEDS é um dos modelos mais influentes no campo da educação médica. Desenvolvido pelo Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, define sete papéis fundamentais para a formação do médico: Especialista Médico, Comunicador, Colaborador, Líder, Advogado da Saúde, Acadêmico e Profissional (FRANK; LANGER, 2003). Esses papéis estão integrados aos currículos de residência e avaliações por meio de ferramentas como as Atividades Profissionais Confiáveis (EPAs). Cerca de metade das EPAs estão associadas a competências intrínsecas, o que demonstra a centralidade dessas habilidades no treinamento baseado em competências (LOGIUDICE et al., 2022).

O desenvolvimento dessas competências também ocorre por meio de modelagem comportamental e mentoria. Preceptores reconhecem sua importância, mas relatam dificuldades para ensiná-las de forma estruturada, especialmente aquelas percebidas como "menos científicas" (CÔTÉ; LAUGHREA, 2014). Modelos de mentoria em cascata têm mostrado eficácia na promoção dessas competências, fortalecendo a compreensão de determinantes sociais da saúde (GUO et al., 2023). Também são adotadas intervenções educacionais estruturadas, como programas de sombreamento entre pares e uso de prompts CanMEDS em atividades clínicas (TURNER et al., 2012; JOHNSTON et al., 2014).

Apesar da formalização, parte significativa da aprendizagem ainda ocorre de modo implícito, o que pode dificultar a avaliação sistemática e o reconhecimento formal das competências (RENTING et al., 2017).

## **2.2. Austrália**

### **2.2.1 Estrutura de Formação Profissional**

Na Austrália, a formação profissional segue um modelo em espiral, iniciando-se na educação médica básica, passando pelo treinamento pré-vocacional e pela especialização, e culminando no desenvolvimento profissional continuado. O internato obrigatório é regulado por conselhos de educação médica e departamentos de saúde. A especialização é conduzida por colleges como o Royal Australasian College of Physicians e o Royal Australasian College of Surgeons, que definem currículos, avaliações e normas de acreditação (GEFFEN, 2014; UDEMANS et al., 2018).

### **2.2.2 Requisitos e Avaliação de Continuing Professional Development - CPD**

Desde 2023, é obrigatório o cumprimento de 50 horas anuais de CPD, divididas entre atividades educacionais e revisões de desempenho. O CPD é regulado por conselhos profissionais e pela Australian Medical Council. A eficácia do CPD está relacionada à sua natureza interativa, multimodal e longitudinal (MAIN; ANDERSON, 2023).

### **2.2.3 Desafios e Barreiras**

A heterogeneidade nos requisitos entre as profissões e a falta de referências impactam negativamente a formação. Médicos em início de carreira relatam dificuldades para ingressar em especialidades, com falta de feedback e acesso limitado a redes profissionais (O'SULLIVAN et al., 2021). Enfermeiros e profissionais de saúde relatam necessidade de formação em tecnologias da informação, mas enfrentam barreiras como carga de trabalho elevada e falta de incentivo institucional (ELEY et al., 2008; EDIRIPPULIGE et al., 2018). Problemas sistêmicos como distribuição desigual da força de trabalho e práticas ineficientes também restringem o acesso a oportunidades de capacitação (SCOTT, 2009; THISTLETHWAITE et al., 2019).

### 3.3 Reino Unido

#### 3.3.1 Processo de Revalidação Profissional

No Reino Unido, a revalidação profissional é conduzida pelo General Medical Council (GMC) em ciclos de cinco anos, com avaliações anuais baseadas em portfólios. Estes devem incluir registros de CPD, feedback 360° de pacientes e colegas, participação em auditorias clínicas, resultados clínicos, plano de desenvolvimento pessoal (PDP), e reflexões sobre eventos adversos (THOMSON; FELLOWS, 2011; MAHMOOD, 2010; IRVINE, 2004). A não conformidade pode levar a uma investigação formal sob os processos de "Fitness to Practise".

#### 3.3.2 Estrutura de CPD no Sistema de Saúde

A obrigatoriedade do CPD se estende a cerca de 1,5 milhão de profissionais regulamentados, com reguladores como o GMC<sup>2</sup>, NMC<sup>3</sup> e HCPC[4] estabelecendo normas próprias. As atividades aceitas incluem cursos presenciais, e-learning, revisões por pares, prática reflexiva e participação em reuniões profissionais. Em torno de 81% dos profissionais devem realizar reflexões formais, enquanto 35% precisam manter um PDP (KARAS et al., 2020). A maioria dos reguladores não exige acreditação formal de todas as atividades, desde que pertinentes à prática profissional e devidamente registradas (STURROCK; LENNIE, 2009). A auditoria de CPD ocorre de forma amostral ou programada, podendo resultar em exclusão do registro profissional em caso de descumprimento (REDWOOD et al., 2024).

As abordagens adotadas pelo Canadá, Austrália e Reino Unido revelam a importância de sistemas formais e estruturados de capacitação e revalidação profissional. Embora existam diferenças quanto à rigidez regulatória, à natureza das atividades formativas e aos mecanismos de avaliação, todos enfatizam a prática reflexiva, a integração de competências não clínicas e a necessidade de documentação sistemática. Desafios persistem, especialmente na equidade de acesso, na capacitação digital e na formalização da avaliação de competências transversais. O aprendizado a partir dessas experiências pode orientar o aperfeiçoamento das políticas de educação permanente no Brasil e em outros contextos.

---

<sup>2</sup>General Medical Council - Conselho Geral de Medicina

<sup>3</sup> Nursing and Midwifery Council - Conselho de Enfermagem e Obstetrícia

[4] Health and Care Professions Council - Conselho de Profissões de Saúde e Assistência

### 3. Cenário brasileiro

#### 3.1 Demografia dos médicos

A partir de 2010, o Brasil vivenciou uma significativa ampliação no número de cursos de medicina, impulsionada por mudanças regulatórias e por incentivos políticos que visavam tanto à interiorização da formação médica quanto à ampliação do acesso ao ensino superior, com a expectativa de fixar os profissionais formados nas regiões interioranas, normalmente carentes de médicos. Essa expansão antecedeu e preparou o terreno para a formulação do Programa Mais Médicos, instituído oficialmente em 2013. No entanto, o diagnóstico de escassez de médicos e o desequilíbrio na distribuição regional desses profissionais já eram amplamente reconhecidos por estudos conduzidos pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011; BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o governo federal promoveu a flexibilização dos critérios de autorização para novos cursos, sobretudo em regiões carentes de profissionais de saúde. A publicação da Portaria nº 1.120/2009, do Ministério da Educação, constituiu um marco regulatório, ao simplificar o processo de credenciamento de instituições de ensino superior para oferta de cursos presenciais, fomentando assim a participação do setor privado (BRASIL, 2009).

O aumento de cursos médicos esteve, ainda, alinhado às diretrizes do Plano Nacional de Educação vigente à época, o qual estabelecia metas ambiciosas de expansão do ensino superior, especialmente em áreas estratégicas como a saúde. Paralelamente, houve intensa pressão social por mais médicos, principalmente em regiões do interior e da Amazônia Legal, o que incentivou políticas públicas voltadas à descentralização da formação médica (PAIM et al., 2016).

A culminância dessa política ocorreu com a sanção da Lei nº 12.871/2013, que instituiu formalmente o Programa Mais Médicos. Essa lei estabeleceu como meta a abertura de 11.500 novas vagas em cursos de medicina até 2017, com prioridade para municípios caracterizados por vazios assistenciais e baixa densidade médica (BRASIL, 2013). A combinação entre regulação flexibilizada, expansão do setor privado, políticas de interiorização e diretrizes federais explica o crescimento expressivo nas formações médicas no Brasil a partir de 2010.

Para medir a desigualdade na distribuição dos profissionais, o Índice de Distribuição de Médicos Capital/Interior (IDCI) revela padrões preocupantes. No Brasil, o IDCI médio é de 3,66, indicando que as capitais concentram, em média, 266% mais médicos por mil habitantes do que o interior dos estados. Regionalmente, os maiores índices são observados no Nordeste (7,32), seguido pelo Norte (5,07), Sul (4,37), Centro-Oeste (4,27) e Sudeste (2,78), evidenciando uma concentração desproporcional de médicos nas capitais em detrimento do interior (Demografia Médica no Brasil 2025).

Tabela 1 - Índice de Distribuição de Médicos Capital/Interior (IDCI) – por Região

| Região       | IDCI |
|--------------|------|
| Nordeste     | 7,32 |
| Norte        | 5,07 |
| Sul          | 4,37 |
| Centro-Oeste | 4,27 |
| Sudeste      | 2,78 |
| Média Brasil | 3,66 |

**Fonte:** Demografia Médica no Brasil 2025

Os estados do Norte e do Nordeste lideram as disparidades internas, sendo responsáveis por elevar a média regional. As 48 cidades brasileiras com mais de 500 mil habitantes concentram a maior parte dos médicos do país, com 377.787 profissionais, apresentando uma razão de 5,75 médicos por mil habitantes. Em comparação, os 288 municípios com população entre 100 mil e 500 mil habitantes apresentam razão de 3,08 médicos por mil habitantes, valor ainda compatível com a média nacional. À medida que se reduzem os tamanhos populacionais dos municípios, também diminui a razão de médicos por mil habitantes, revelando um padrão de concentração dos profissionais nos maiores núcleos urbanos (Demografia Médica no Brasil 2025).

Os dados de 2024 (Tabela 2) evidenciam uma expressiva concentração de médicos nos grandes centros urbanos do Brasil. Os 48 municípios com mais de 500 mil habitantes, que representam menos de 1% do total de cidades, concentram 57,8% dos médicos do país e apresentam a maior razão de profissionais por mil habitantes (5,75). Em contrapartida, os 3.640 municípios com menos de 20 mil habitantes, que abrigam aproximadamente 15% da população brasileira, contam com apenas 5% dos médicos e exibem razões significativamente inferiores, entre 0,67 e 0,51 médicos por mil habitantes. Essa desigualdade revela um padrão persistente de concentração da força de trabalho médica nas grandes cidades, dificultando o acesso equitativo aos serviços de saúde nas regiões de menor porte populacional.

Tabela 2 - Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo agrupamentos de municípios por porte populacional, em 2024

| Porte de municípios (nº de habitantes) | Número de municípios | Médicos | % Médicos | % População | Razão (médicos por mil hab.) |
|----------------------------------------|----------------------|---------|-----------|-------------|------------------------------|
| ≥500 mil                               | 48                   | 377.787 | 57,8      | 30,9        | 5,75                         |
| 100 a 500 mil                          | 288                  | 178.514 | 27,3      | 27,3        | 3,08                         |
| 50 a 100 mil                           | 339                  | 42.533  | 6,5       | 11,2        | 1,79                         |
| 20 a 50 mil                            | 1.072                | 35.188  | 5,4       | 15,6        | 1,06                         |
| 10 a 20 mil                            | 1.357                | 12.392  | 2         | 9,1         | 0,67                         |
| 5 a 10 mil                             | 1.178                | 4.786   | 0,7       | 4           | 0,57                         |
| <5 mil                                 | 1.284                | 2.204   | 0,3       | 2           | 0,51                         |
| Brasil                                 | 5.570                | 653.945 | 100       | 100         | 3,08                         |

**Fonte:** Demografia Médica no Brasil 2025

O relatório de Demografia Médica no Brasil, 2025, na projeção para 2035, indica que a oferta de médicos no Brasil seguirá trajetória ascendente, alcançando 1.152.230 profissionais ou 5,25 médicos por mil habitantes. Contudo, a desigualdade na distribuição deverá persistir. Enquanto unidades federativas como o Distrito Federal (11,83 médicos por mil habitantes) e o Rio de Janeiro (8,11) manterão altos índices, estados da Amazônia Legal e do Nordeste tendem a continuar com cobertura deficiente. O Maranhão deverá registrar a menor densidade médica do país (2,43), seguido por Pará (2,56) e Amapá (2,76). Por outro lado, São Paulo (7,17), Minas Gerais (6,62) e Rio Grande do Sul (6,68) continuarão concentrando a maior parte dos médicos. No Centro-Oeste, o Distrito Federal manterá uma densidade quase duas vezes superior à média nacional, enquanto estados como Mato Grosso (4,23) e Mato Grosso do Sul (5,62) permanecerão abaixo da média, mesmo com crescimento (Demografia Médica no Brasil 2025).

Tabela 3 - Projeção da Densidade de Médicos por Unidade Federativa no Brasil – 2035

| <b>Unidade Federativa</b> | <b>Médicos por mil hab.</b> |
|---------------------------|-----------------------------|
| Distrito Federal          | 11,8                        |
| Rio de Janeiro            | 8,1                         |
| São Paulo                 | 7,2                         |
| Minas Gerais              | 6,6                         |
| Rio Grande do Sul         | 6,7                         |
| Mato Grosso               | 4,2                         |
| Mato Grosso do Sul        | 5,6                         |
| Maranhão                  | 2,4                         |
| Pará                      | 2,6                         |
| Amapá                     | 2,8                         |
| Brasil                    | 5,3                         |

**Fonte:** IBGE e Demografia Médica no Brasil 2025

Essas disparidades evidenciam um desafio global: o descompasso entre a oferta de médicos e as necessidades dos sistemas de saúde. No Brasil, o monitoramento da Demografia Médica, aliado à atualização da contagem populacional promovida pelo IBGE, subsidia pesquisas e políticas públicas. Embora a densidade médica tenha aumentado em todas as regiões na última década, a desigualdade persiste mesmo dentro de estados com boas médias. Existem variações relevantes entre macrorregiões, entre municípios e entre os setores público e privado. Persistem os chamados “vazios assistenciais”, ou desertos médicos, que dificultam o acesso da população à assistência em saúde (Demografia Médica no Brasil 2025).



Garantir que o crescimento quantitativo na força de trabalho médica resulte em distribuição equitativa é um dos maiores desafios atuais. A tendência de concentração nas capitais só será revertida com políticas públicas permanentes de incentivo ao deslocamento e à fixação de profissionais em áreas remotas. (Demografia Médica no Brasil 2025).

O rejuvenescimento do perfil etário da categoria também trará desafios, já que os médicos jovens apresentam padrões distintos de vínculo, carga horária, especialização, uso de tecnologias e organização da vida profissional. Isso exigirá investimentos em qualificação e educação médica continuada, com foco em formação generalista de qualidade (Demografia Médica no Brasil 2025).

### 3.2 Demografia de dentistas[5]

Afirma-se que a odontologia brasileira está entre as melhores do mundo ou que o Brasil tem os melhores dentistas. Essas declarações baseiam-se, em parte, no número total de artigos científicos em odontologia produzidos no país e na extrapolação dos rankings de cursos e faculdades brasileiras em comparação com instituições do restante do mundo, rankings que também consideram o número de publicações por instituição como parâmetro. Como resultado, escolas e cursos de odontologia de universidades públicas brasileiras aparecem bem colocados entre os 10 primeiros. Assim, a odontologia brasileira é vista como uma das melhores do mundo, uma vez que esse é um critério direto: mais publicações científicas implicariam estar na vanguarda do conhecimento, o que se transferiria para as salas de aula e clínicas onde os futuros dentistas estão sendo formados (VIEIRA, 2022).

Contudo, o Brasil não apresenta os melhores indicadores em saúde bucal. Os dados do SB Brasil 2023 revelam que, entre crianças de 5 anos, a experiência de cárie segue elevada, com índice ceo-d de 2,14 e 46,83% apresentando cárie não tratada. O dado mais preocupante é que 37,17% dessas crianças nunca foram ao dentista, evidenciando falhas no acesso precoce aos cuidados odontológicos. Além disso, há uma percepção distorcida por parte dos pais ou responsáveis, que consideram a saúde bucal das crianças “boa ou muito boa”, apesar da alta prevalência de lesões. Fatores como desigualdades regionais, consumo excessivo de açúcar e baixa cobertura de água fluoretada agravam a situação, demandando ações estruturais, preventivas e intersetoriais, especialmente no contexto da promoção da saúde bucal (BRASIL, 2024).

---

[5] Para um estudo mais aprofundado do tema de Odontologia leia: Caminhos da Saúde Suplementar: Perspectivas 2035 – Odontologia (IESS) - <https://www.iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/caminhos-da-saude-suplementar-perspectivas-1>

Entre os adolescentes, apesar da redução do índice CPO-D — passando de 2,07 em 2010 para 1,67 aos 12 anos e de 4,25 para 3,41 entre os de 15 a 19 anos — os dados ainda apontam cenários críticos: 36,85% e 43,73%, respectivamente, têm cárie não tratada. A dor dentária é recorrente (20,94%) e 7,86% necessitam de atendimento urgente. O uso dos serviços odontológicos é limitado: 11,02% dos adolescentes de 12 anos nunca foram ao dentista e 40% não buscaram atendimento no último ano; entre os de 15 a 19 anos, 37,61% não buscaram nenhum tipo de serviço. Esse cenário reflete barreiras de acesso relacionadas à jornada escolar e laboral, além das persistentes desigualdades sociais. Na população idosa, os desfechos são ainda mais graves: média de 19,86 dentes perdidos, prevalência de edentulismo em 36,48% e necessidade de prótese em 53,2% (BRASIL, 2024).

Em julho de 2025, o país contava com 441.697 cirurgiões dentistas, cuja alocação segue padrões regionais marcadamente assimétricos. Apenas 6,2% desses profissionais atuam na Região Norte e 9,2% no Centro-Oeste, enquanto o Nordeste concentra 19,1% do total. Em contraste, as regiões Sudeste e Sul, que apresentam maior desenvolvimento econômico e infraestrutura de serviços de saúde, concentram 50,1% e 15,4% dos dentistas, respectivamente (BRASIL, 2024). A Tabela 4 apresenta dados que refletem as razões de cirurgiões-dentistas por mil habitantes, que variam de 1,5 nas regiões Norte e Nordeste a 2,5 no Sudeste, com média nacional de 2,1. A razão relativamente elevada observada no Centro-Oeste (2,4), apesar da menor participação absoluta no total de profissionais, sugere uma distribuição mais proporcional à população. Ainda assim, a análise evidencia a persistência de desequilíbrios na disponibilidade regional de profissionais, com possíveis implicações para o acesso equitativo aos serviços de saúde bucal.

Tabela 4 – Razão de cirurgião dentista por mil habitantes – 2025

| Região       | Razão de cirurgião dentista | %     |
|--------------|-----------------------------|-------|
| Norte        | 1,5                         | 6,2%  |
| Nordeste     | 1,5                         | 19,1% |
| Sudeste      | 2,5                         | 50,1% |
| Sul          | 2,2                         | 15,4% |
| Centro-Oeste | 2,4                         | 9,2%  |
| Brasil       | 2,1                         | 100%  |

**Fonte:** CRO e IBGE

Essa distribuição desigual impacta diretamente o acesso à atenção odontológica, especialmente em municípios pequenos e mais afastados dos centros urbanos. Nessas localidades, a escassez de profissionais compromete a oferta de serviços tanto preventivos quanto curativos, dificultando o enfrentamento de agravos bucais já mencionados, como a alta prevalência de cárie não tratada e perda dentária (BRASIL, 2024).

Comparando-se a outras nações, o Brasil apresenta uma peculiaridade: embora os indicadores de cárie e perda dentária não sejam significativamente diferentes dos observados em países como Canadá e Estados Unidos, o país investe proporcionalmente muito mais em formação de cirurgiões-dentistas. Enquanto o Canadá conta com aproximadamente 19.433 dentistas (51 por 100 mil habitantes) e os Estados Unidos com cerca de 173.574 (59 por 100 mil habitantes), o Brasil supera amplamente esses números, com mais de 800 mil dentistas registrados — o equivalente a cerca de 168 por 100 mil habitantes. Ainda assim, os resultados em saúde bucal não acompanham proporcionalmente esse volume de profissionais, refletindo ineficiências estruturais no modelo de atenção (VIEIRA, 2022).

Essa discrepância se agrava quando se observa a estrutura de formação e atuação profissional. O Brasil possui mais de 575 cursos de odontologia — mais de oito vezes o número de cursos existentes nos EUA e mais de 57 vezes os do Canadá. No entanto, ao contrário dos países norte-americanos, o Brasil praticamente não investe na formação de equipes auxiliares, como os higienistas dentais, fundamentais para ampliar a cobertura de ações preventivas e reduzir a carga de trabalho dos dentistas. Assim, o modelo brasileiro continua centrado no profissional cirurgião-dentista, limitando a eficiência e a abrangência dos serviços ofertados, sobretudo nas regiões mais carentes (VIEIRA, 2022).

Em termos de produção científica, o país ocupa a segunda posição mundial em número de publicações na área odontológica, com cerca de 9% dos artigos produzidos globalmente. Contudo, em termos de impacto e qualidade, a contribuição do Brasil é reduzida: apenas 1,77% segundo o Scimago Institutions Ranking e 23ª posição mundial no índice H[6]. Essa desproporção entre quantidade e qualidade também evidencia a necessidade de alinhar a formação acadêmica e a produção científica às reais demandas da população, buscando eficiência, equidade e resolutividade nos serviços de saúde bucal (VIEIRA, 2022).

### 3.3 Demografia de profissionais de terapias especializadas ou não médicos.

- Enfermagem

O estudo de Marinho e Queiroz (2023) realizou uma análise comparativa das fontes oficiais sobre a cobertura populacional de enfermeiros no Brasil, abrangendo diferentes períodos: IBGE (2010 e 2015) e Cofen (2013 e 2019). Os autores constataram um expressivo aumento absoluto no número de enfermeiros — em média 164 mil profissionais —, embora as taxas de crescimento anuais apresentem discrepâncias significativas: 15,7% a.a. no período IBGE e 5,3% a.a. nos registros do Cofen. Esses dados evidenciam a expansão da categoria, impulsionada pela proliferação de cursos, sobretudo privados, mas também indicam a importância de se avaliar a qualidade das fontes e a consistência temporal dos dados.

Adicionalmente, a estratificação regional reforça a concentração no Sudeste e a carência no Norte e Centro-Oeste. O estudo apresenta que o estado do Sudeste concentra mais de 50% dos enfermeiros nos períodos analisados, enquanto o Norte permaneceu abaixo de 7% do total (Marinho e Queiroz, 2023).

---

[6] Índice H (H-index) é uma métrica usada para medir a produtividade científica e o impacto dos trabalhos acadêmicos de um pesquisador ou instituição.

Dados mais recentes de 2025, segundo o Cofen (Tabela 5), evidenciam significativas disparidades regionais na distribuição dos profissionais de enfermagem no Brasil. O Sudeste concentra aproximadamente 47,5% do total nacional, com 1.522.533 profissionais — incluindo 334.292 auxiliares, 843.371 técnicos, 344.481 enfermeiros e 389 obstetrizas — e apresenta a maior razão por mil habitantes do país: 48,6. Essa concentração reflete a maior densidade populacional, a presença ampliada de instituições formadoras e a infraestrutura consolidada de serviços de saúde na região. O Nordeste aparece em seguida com 779.330 profissionais (24,3% do total), sendo 504.348 técnicos e 210.744 enfermeiros, além de 64.142 auxiliares e 96 obstetrizas, com uma razão de 13,6 profissionais por mil habitantes.

O Sul, com 12,4% do total, soma 397.753 profissionais, destacando-se pelo número de técnicos (262.356) e enfermeiros (96.095), e apresenta uma razão de 23,1 por mil habitantes. No Centro-Oeste, há 238.535 trabalhadores (7,4% do total), com predominância de técnicos (154.097) e 69.999 enfermeiros, correspondendo a uma razão de 12,7. A região Norte, embora concentre a maior população regional (88,8 milhões), conta com apenas 266.962 profissionais (8,3% do total) e a menor razão do país: 3,0 por mil habitantes, indicando forte desigualdade na oferta de força de trabalho em enfermagem. A média nacional foi de 15,0 profissionais por mil habitantes.

Tabela 5 - número de profissionais da área de enfermagem por região do Brasil, 2025

| <b>Região</b> | <b>Auxiliares</b> | <b>Técnicos</b> | <b>Enfermeiros</b> | <b>Obstetrizas</b> | <b>Razão por mil hab.</b> |
|---------------|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Centro-Oeste  | 14.429            | 154.097         | 69.999             | 10                 | 12,7                      |
| Nordeste      | 64.142            | 504.348         | 210.744            | 96                 | 13,6                      |
| Norte         | 17.177            | 186.341         | 63.418             | 26                 | 3,0                       |
| Sudeste       | 334.292           | 843.371         | 344.481            | 389                | 48,6                      |
| Sul           | 39.292            | 262.356         | 96.095             | 10                 | 23,1                      |
| Total         | 469.332           | 1.950.513       | 784.737            | 531                | 15,0                      |

**Fonte:** Cofen

- Psicólogos e Fisioterapeutas

A atuação dos fisioterapeutas no Brasil tem se expandido significativamente nas últimas décadas, refletindo não apenas a ampliação da formação profissional, mas também a crescente demanda por cuidados de saúde reabilitacional e preventivo. Segundo levantamento georreferenciado recente, o país contava com mais de 278 mil fisioterapeutas em 2020, com uma média nacional de 1,13 profissionais por 1.000 habitantes. Entretanto, essa média esconde desigualdades marcantes entre as regiões, sendo que o Norte apresenta a menor densidade (0,42), enquanto o Sudeste concentra mais da metade dos profissionais da área, com 1,34 por 1.000 habitantes (Matsumura et al., 2021). Essa distribuição desigual reflete não apenas o padrão histórico de desenvolvimento regional, mas também limitações estruturais do sistema de saúde no tocante à oferta de serviços especializados em áreas remotas e vulneráveis.

Além da disparidade geográfica, observa-se diversidade nos ambientes de atuação dos fisioterapeutas. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2017 apontam que cerca de 64% desses profissionais estavam vinculados a serviços especializados, evidenciando uma predominância no atendimento ambulatorial e hospitalar, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a presença crescente em instituições de ensino, centros de pesquisa e no setor domiciliar (home care) revela um processo de diversificação do campo profissional, que exige políticas públicas integradas para garantir não apenas a formação qualificada, mas também a fixação desses profissionais nas áreas de maior escassez (Teixeira et al., 2018).

A psicologia, como profissão regulamentada desde 1962 no Brasil, apresenta atualmente um dos maiores contingentes de profissionais da saúde no país. Segundo dados do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Brasil contava, em 2022, com aproximadamente 435 mil psicólogas e psicólogos inscritos nos Conselhos Regionais, sendo cerca de 90% do sexo feminino, evidenciando uma clara feminização da profissão (CFP, 2022). A distribuição regional desses profissionais, no entanto, também reflete desigualdades: a região Sudeste concentra cerca de 55% do total, enquanto o Norte responde por menos de 6% dos registros. Essa assimetria territorial compromete o acesso equitativo aos serviços psicológicos, sobretudo em municípios pequenos e em áreas rurais, onde a presença desses profissionais ainda é escassa.

Em termos de inserção no mercado de trabalho, a maioria dos psicólogos atua na clínica, com ênfase no atendimento individual em consultórios particulares ou conveniados, sendo essa a principal atividade de mais de 60% dos profissionais registrados (Yamamoto et al., 2022). No entanto, há uma expansão gradual da atuação em políticas públicas, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com presença crescente em equipamentos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e serviços socioassistenciais. Essa diversificação é fruto de políticas públicas voltadas à saúde mental, sobretudo após a Reforma Psiquiátrica e a publicação da Política Nacional de Humanização (PNH), que ampliaram a demanda por profissionais da psicologia em contextos coletivos e interdisciplinares.

A formação profissional em psicologia também se expandiu significativamente: de acordo com o Censo da Educação Superior de 2022, existem mais de 700 cursos de graduação em psicologia no Brasil, com predominância do setor privado (INEP, 2023). Apesar disso, persistem desafios quanto à qualidade da formação e à adequação dos currículos às necessidades do SUS e das políticas sociais. A alta concentração de cursos em áreas urbanas de maior densidade populacional contribui para a manutenção das desigualdades de acesso, além de exigir esforços maiores de interiorização e capacitação continuada. A análise do perfil dos psicólogos evidencia, portanto, a necessidade de políticas públicas integradas que articulem formação, distribuição territorial e valorização profissional como estratégias fundamentais para garantir o cuidado integral em saúde mental no Brasil (Benevides et al., 2012; Yamamoto et al., 2022; Conselho Federal de Psicologia, 2021).

- Capacitação profissional da saúde no Brasil

A capacitação profissional na área da saúde no Brasil enfrenta desafios relacionados à distribuição territorial de programas educacionais, que estão concentrados principalmente em regiões metropolitanas e capitais, em detrimento de áreas interioranas e rurais. Essa desigualdade compromete o acesso à formação e à especialização por profissionais de localidades com maior carência de serviços de saúde, agravando a lacuna de cobertura assistencial no SUS (PERES et al., 2023).

Além da desigual distribuição geográfica, observa-se uma lacuna entre teoria e prática nos currículos das profissões da saúde. Muitos cursos ainda adotam uma abordagem disciplinar, deixando de promover competências interprofissionais e a orientação comunitária, aspectos fundamentais para o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde (BOMFIM et al., 2024).



Um estudo realizado na Paraíba recentemente analisou a capacitação de residentes na área da saúde da família que indicou, além da fragilidade nos currículos, há deficiências na avaliação e no acompanhamento das competências clínicas dos profissionais em formação. A pesquisa realizada com residentes e preceptores de programas em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional identificou lacunas significativas em procedimentos essenciais da atenção primária, como a inserção de dispositivo intrauterino, com elevados índices de insegurança técnica entre os participantes. O estudo também evidenciou a ausência de instrumentos diagnósticos na entrada dos programas, o que dificulta a identificação precoce das necessidades formativas dos residentes e compromete o planejamento pedagógico individualizado (MEDSCAPE, 2025).

A modalidade de desenvolvimento profissional contínuo (DPC) também é afetada por múltiplas barreiras, como a sobrecarga de trabalho, a escassez de tempo protegido para formação continuada e a ausência de apoio institucional e financeiro adequado. Esses fatores inibem a participação de profissionais da atenção primária e docentes em atividades que poderiam aperfeiçoar sua prática (SILVEIRA et al., 2010; GUERRA et al., 2025).

As condições de trabalho precárias, caracterizadas por vínculos temporários e incerteza laboral, reduzem a motivação dos profissionais para investir em qualificação. A falta de articulação entre supervisão, planejamento e formação educacional reflete-se na baixa qualidade do atendimento e na alta rotatividade da força de trabalho (SILVEIRA et al., 2010; FURLANETTO et al., 2015).

A capacitação em contextos interculturais, especialmente em saúde indígena, destaca-se como uma área carente de abordagens adequadas, comprometendo a prestação de serviços culturalmente sensíveis. A ausência de estratégias educativas específicas impede que profissionais estejam aptos a atender demandas complexas com efetividade (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Os cursos de desenvolvimento docente nas escolas médicas e de enfermagem muitas vezes enfrentam forte resistência cultural, dificuldade em incorporar métodos inovadores e falta de acesso a recursos, fragilizando programas importantes de aprimoramento acadêmico (CINTRA et al., 2023; SANTOS et al., 2025).

No livro *Educação em Saúde: estratégias de formação e práticas colaborativas* (resenhado por SILVA, 2024), a autora Maria Silva destaca que a formação em saúde deve integrar saberes clínicos e comunitários, valorizando educação interprofissional e o protagonismo do paciente. O texto enfatiza também a importância da mentoria e das redes entre serviços e universidades para promover práticas colaborativas no SUS.

O alinhamento entre políticas públicas, instituições de ensino e serviços de saúde ainda é incipiente. Embora existam iniciativas federais para reorientar a formação profissional, como a reforma curricular e obrigatoriedade de estágios em SUS, sua implementação é lenta e heterogênea, refletindo diferenças regionais e falta de articulação intersetorial (PERES et al., 2023; BOMFIM et al., 2024).

O investimento em tecnologias educacionais, como laboratórios virtuais, simulação avançada e tele-educação, é fundamental para reforçar a capacitação em áreas remotas. No entanto, lacunas na infraestrutura institucional e na formação docente limitada dificultam a adoção dessas ferramentas, reduzindo seu impacto no desenvolvimento profissional (ROMBALDI et al., 2024; BOMFIM et al., 2024).

Finalmente, é importante adotar ações integradas que envolvam governo, instituições acadêmicas e sociedade civil para corrigir desigualdades de acesso, fortalecer competências profissionais e valorizar os trabalhadores da saúde. Estratégias como mentoria, financiamento dedicado e certificação contínua podem reforçar a qualidade dos serviços e consolidar uma formação profissional alinhada ao SUS (GUERRA et al., 2025; DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

#### **4. As profissões da saúde do futuro diante do envelhecimento populacional: desafios de capacitação e integração**

O avanço do envelhecimento populacional global e regional tem impulsionado mudanças significativas nas demandas por cuidados em saúde. Essa transição demográfica exige a reformulação dos sistemas de saúde e o fortalecimento de perfis profissionais especializados no cuidado de pessoas idosas, especialmente frente ao aumento da prevalência de doenças crônicas, fragilidade e condições multimórbidas. A literatura internacional aponta que haverá um aumento expressivo da necessidade por profissionais como geriatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, profissionais de reabilitação (como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos), cuidadores de longa permanência, assistentes sociais, psicólogos e trabalhadores comunitários da saúde, integrados em equipes interprofissionais para atender à complexidade dos cuidados em saúde da população idosa (LESTER; DHARMARAJAN; WEINSTEIN, 2020; FLAHERTY; BARTELS, 2019; VILLALOBOS DINTRANS et al., 2024).

Dentre esses profissionais, os cuidadores de idosos despontam como uma categoria central, especialmente diante da crescente demanda por cuidado domiciliar e institucional. No Brasil, o perfil predominante desses cuidadores é composto majoritariamente por mulheres, com vínculos informais ou familiares, baixa escolaridade e pouco acesso a formação técnica específica[7] (SACARLOS, 2022; CUADERNOS, 2023). Estudos apontam que grande parte desses profissionais exercem a função por necessidade, sem avaliação prévia de competências e sem suporte institucional, o que agrava situações de sobrecarga física e emocional. A atuação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), por exemplo, tem revelado lacunas importantes quanto à preparação prévia e ao acompanhamento desses profissionais. Além disso, observa-se uma dificuldade crescente em encontrar cuidadores qualificados, tanto em contextos urbanos quanto rurais, devido à baixa atratividade da profissão, ausência de carreira estruturada e remuneração limitada. Segundo estimativas do Instituto de Longevidade Mongeral Aegon, o Brasil poderá demandar mais de 2 milhões de cuidadores formais até 2040, impulsionado pelo aumento do número de idosos dependentes, que deverá mais que dobrar nas próximas duas décadas (INSTITUTO DE LONGEVIDADE MONGERAL AEGON, 2022).

As principais lacunas formativas incluem a ausência de diretrizes curriculares claras, carência de conteúdos voltados à geriatria e gerontologia, e a falta de padronização nas competências requeridas. Além disso, há baixa articulação entre as necessidades reais dos idosos e os programas de capacitação existentes. Para enfrentar essas limitações, os estudos recomendam a implementação de cursos técnicos e profissionalizantes com base em competências, a inclusão de estágios supervisionados em cenários reais de cuidado, a avaliação prévia de habilidades antes da inserção no trabalho, e a oferta de suporte emocional e educacional durante a prática.

O papel do geriatra, por exemplo, torna-se central diante da complexidade clínica dos idosos, sendo responsável por avaliações geriátricas abrangentes, revisão de polifarmácia, coordenação de cuidados e implementação de modelos centrados na pessoa. Apesar disso, existe uma crescente escassez de geriatras em diversos países, inclusive na Europa e América Latina, o que compromete a resposta dos sistemas de saúde às demandas emergentes (CESARI et al., 2024). Paralelamente, o cuidado longitudinal e o suporte às atividades de vida diária recaem fortemente sobre enfermeiros e técnicos de enfermagem, cuja presença será ainda mais crítica tanto em unidades hospitalares quanto no cuidado domiciliar e em ILPIs (VILLALOBOS DINTRANS et al., 2024).

---

[7] Ressalta-se que, conforme a regulamentação vigente, a contratação e o custeio de cuidadores de idosos não integram as coberturas obrigatórias previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, sendo, portanto, de responsabilidade do contratante quando desejada a prestação desses serviços.

Outro segmento profissional em expansão envolve os profissionais de reabilitação — fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos — que são essenciais para a manutenção da funcionalidade, prevenção da incapacidade e promoção da independência dos idosos. A demanda por trabalhadores de cuidado domiciliar e institucional deverá crescer entre 80% e 90% na próxima década, especialmente nas Américas, conforme estimativas de longo prazo (SPETZ et al., 2015). Além disso, assistentes sociais e conselheiros desempenham um papel fundamental na transição de cuidados, apoio psicossocial e suporte aos cuidadores informais, sendo cruciais na estruturação de modelos comunitários e integrados (FLAHERTY; BARTELS, 2019; MCCARVILLE et al., 2024).

No entanto, a formação e a integração desses profissionais encontram barreiras estruturais. A escassez de programas formais de formação em geriatria, a baixa inserção de conteúdos geriátricos nos currículos da graduação e a inconsistência na padronização de competências são obstáculos comuns em diversos países, incluindo aqueles da América Latina (STUCK; MASUD, 2022; VILLALOBOS DINTRANS et al., 2024). Adicionalmente, os modelos assistenciais permanecem fragmentados, ainda orientados para o cuidado agudo, em detrimento de abordagens longitudinais, domiciliares e interprofissionais, que são mais adequadas às necessidades dos idosos (FLAHERTY; BARTELS, 2019; GARSON, 2013).

Outro ponto crítico é a falta de incentivos financeiros e de políticas públicas robustas que valorizem o cuidado geriátrico. Os mecanismos de pagamento e financiamento frequentemente subestimam o papel do cuidado contínuo, dificultando a retenção e o desenvolvimento desses profissionais. A ausência de tempo protegido para formação, programas de desenvolvimento profissional limitados e políticas de gestão fragmentadas contribuem para a baixa atratividade das especialidades voltadas ao envelhecimento (SPETZ et al., 2015; GARSON, 2013).

A superação desses desafios depende de reformas abrangentes nos sistemas educacionais, nos modelos de cuidado e nos sistemas de financiamento. Experiências internacionais bem-sucedidas têm demonstrado que modelos estruturados de cuidado baseado em equipe, como o Patient-Centered Medical Home e o Chronic Care Model, favorecem a atuação colaborativa, clara definição de papéis, comunicação eficaz e melhores resultados clínicos (HALL et al., 2015). Para isso, é necessário investir em formação interprofissional, programas de mentoria e valorização de carreiras voltadas ao cuidado de idosos (MCCARVILLE et al., 2024; BORGHMANS et al., 2025).

Diante desse cenário, o futuro da saúde exige uma estratégia clara para antecipar as transformações demográficas e fortalecer a força de trabalho em saúde. Isso inclui não apenas a expansão quantitativa das profissões da saúde, mas, sobretudo, uma transformação qualitativa que garanta competências técnicas, sensibilidade cultural e capacidade de atuação integrada nos territórios. O fortalecimento do cuidado à população idosa é, antes de tudo, uma questão de justiça social e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

## **CONCLUSÃO**

Diante das mudanças demográficas e epidemiológicas que marcam a trajetória do Brasil rumo a 2035, torna-se urgente repensar a formação, a alocação e o reconhecimento dos profissionais de saúde, especialmente aqueles voltados ao cuidado da população idosa. O envelhecimento acelerado da população, aliado à alta prevalência de condições crônicas e dependência funcional, demanda uma força de trabalho tecnicamente qualificada, culturalmente sensível e distribuída de forma equitativa no território nacional.

A superação das lacunas atuais requer um conjunto de ações estruturantes. Em primeiro lugar, é essencial ampliar e interiorizar programas de formação técnica e superior, integrando conteúdos geriátricos e práticas interprofissionais desde a graduação. O fortalecimento das residências e capacitações em serviço, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, deve estar alinhado a critérios de avaliação prévia e à realidade dos territórios, conforme evidenciado por estudos recentes. Além disso, é necessário regulamentar e valorizar a atuação de cuidadores formais, cuja demanda poderá ultrapassar 2 milhões até 2040, por meio de políticas de certificação, incentivos e inclusão nas equipes de saúde.

O investimento em tecnologias educacionais, programas de mentoria, certificação continuada e redes colaborativas entre ensino e serviço pode alavancar a qualificação profissional de forma sustentável. Por fim, políticas públicas que integrem planejamento educacional, financiamento estável e gestão de recursos humanos são fundamentais para garantir uma resposta adequada aos desafios emergentes. Somente com uma ação coordenada entre governo, instituições de ensino e sociedade civil será possível consolidar um sistema de saúde capaz de oferecer cuidado de qualidade, centrado na pessoa e preparado para os próximos desafios da longevidade no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, R.; DARZI, A. Simulation to enhance patient safety: why aren't we there yet?. *Chest*, v. 140, n. 4, p. 854–858, 2011. DOI: 10.1378/chest.11-0728.
- ALRASSI, J.; KATSUFRAKIS, P. J.; CHANDRAN, L. Technology can augment, but not replace, critical human skills needed for patient care. *Academic Medicine*, v. 96, n. 1, p. 37–43, 2021. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003733.
- ANDERSON, J. G.; ABRAHAMSON, K. Your health care may kill you: medical errors. *Studies in Health Technology and Informatics*, v. 234, p. 13–17, 2017.
- BATES, D. W. et al. The safety of inpatient health care. *The New England Journal of Medicine*, v. 388, n. 2, p. 142–153, 2023. DOI: 10.1056/NEJMsa2206117.
- BEASTALL, G. H. Clinical Biochemistry Education, Training and Continuing Professional Development in the United Kingdom. *Clinica Chimica Acta*, v. 393, n. 1, p. 17–21, 2008. DOI: 10.1016/j.cca.2008.03.012.
- BENEVIDES, R. et al. A formação em Psicologia no Brasil: desafios e perspectivas na relação com o SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 389–402, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000038>.
- BOMFIM, R. A. et al. Brazilian Primary Dental Care in a Universal Health System: challenges for training and practice. *Journal of Dentistry*, v. 144, p. 104932, 2024.
- BORGHMANS, F. et al. “You Do Need Each Member of the Team to Bring That Next Piece of the Puzzle”: Allied Health Professionals' Experience of Interprofessional Complex Care in Hospital Settings. *PloS One*, v. 20, n. 3, p. e0317799, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0317799.
- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 1.120, de 19 de novembro de 2009. Dispõe sobre o credenciamento de instituições de educação superior para oferta de cursos de graduação na modalidade presencial. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 nov. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 442 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb\\_brasil\\_2023\\_relatorio\\_final\\_1edrev.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf). Acesso em: 30 jun. 2025.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013.
- CEPEDA-CARRIÓN, G. et al. How can managers in the hospital in the home units help to balance technology and physician-patient knowledge?. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 5, p. 600–609, 2011. DOI: 10.1093/intqhc/mzr046.

## REFERÊNCIAS

CESARI, M. et al. Defining the Role and Reach of a Geriatrician. *The Lancet. Healthy Longevity*, v. 5, n. 11, p. 100644, 2024. DOI: 10.1016/j.lanhl.2024.100644.

CHENG, A. et al. Part 6: Resuscitation education science: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, v. 142, n. 16\_suppl\_2, p. S551–S579, 2020. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000903.

CINTRA, K. A. et al. The impact and the challenges of implementing a faculty development program on health professions education in a Brazilian medical school: a case study with mixed methods. *BMC Medical Education*, v. 23, n. 1, p. 784, 2023.

COLLIERA, C. P. et al. The Continuing Professional Development of the Canadian Society of Clinical Chemists and the Canadian Academy of Clinical Biochemists. *Clinical Biochemistry*, v. 34, n. 2, p. 91–96, 2001. DOI: 10.1016/s0009-9120(01)00195-3.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Psicologia no Brasil: Censo das(os) psicólogas(os). Brasília: CFP, 2021. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/psicologia-no-brasil-censo-das-psicologas-e-dos-psicologos/>.

CÔTÉ, L.; LAUGHREA, P. A. Preceptors' Understanding and Use of Role Modeling to Develop the CanMEDS Competencies in Residents. *Academic Medicine*, v. 89, n. 6, p. 934–939, 2014. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000246.

DA MATA, C.; ALLEN, P. F. Providing oral healthcare to older patients—do we have what it takes?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 13, p. 6234, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20136234.

DAVIES, H.; KHERA, N.; STROOBANT, J. Portfolios, Appraisal, Revalidation, and All That: A User's Guide for Consultants. *Archives of Disease in Childhood*, v. 90, n. 2, p. 165–170, 2005. DOI: 10.1136/adc.2003.043273.

DE OLIVEIRA, M. A. C. et al. Modern medical schools curricula: necessary innovations and priorities for change. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 30, n. 2, p. 162–173, 2024. DOI: 10.1111/jep.13916.

DESHIELDS, T. L. et al. Addressing distress management challenges: recommendations from the consensus panel of the American Psychosocial Oncology Society and the Association of Oncology Social Work. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 71, n. 5, p. 407–436, 2021. DOI: 10.3322/caac.21672.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Health and indigenous peoples in Brazil: the challenge of professional training and continuing education of workers in intercultural contexts. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, p. 867–874, 2014.



## REFERÊNCIAS

- DIRIPPULIGE, S. et al. It's Important, but Not Important Enough: eHealth as a Curriculum Priority in Medical Education in Australia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 24, n. 10, p. 697–702, 2018. DOI: 10.1177/1357633X18793282.
- ELEY, R. et al. The Status of Training and Education in Information and Computer Technology of Australian Nurses: A National Survey. *Journal of Clinical Nursing*, v. 17, n. 20, p. 2758–2767, 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02285.x.
- FLAHERTY, E.; BARTELS, S. J. Addressing the Community-Based Geriatric Healthcare Workforce Shortage by Leveraging the Potential of Interprofessional Teams. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 67, supl. 2, p. S400–S408, 2019. DOI: 10.1111/jgs.15924.
- FRANK, J. R.; LANGER, B. Collaboration, Communication, Management, and Advocacy: Teaching Surgeons New Skills Through the CanMEDS Project. *World Journal of Surgery*, v. 27, n. 8, p. 972–978, 2003. DOI: 10.1007/s00268-003-7102-9.
- FURLANETTO, D. L.; PINHO, D. L.; PARREIRA, C. M. Re-orientation of human resources for health: a great challenge for the Brazilian National Health System. *Public Health*, v. 129, n. 9, p. 1166–1171, 2015.
- GARSON, A. New Systems of Care Can Leverage the Health Care Workforce: How Many Doctors Do We Really Need? *Academic Medicine*, v. 88, n. 12, p. 1817–1821, 2013. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000006.
- GEOFFRION, S. et al. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 9, CD011860, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD011860.pub2.
- GEFFEN, L. A Brief History of Medical Education and Training in Australia. *Medical Journal of Australia*, v. 201, supl. 1, p. S19–S22, 2014. DOI: 10.5694/mja14.00118.
- GUERRA, S. et al. Educational actions in healthcare planning: professionals' perceptions in two health regions of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 4, p. e00177724, 2025.
- GUO, T. et al. Exploring the Effectiveness of a Cascading Mentorship Model in Developing CanMEDS Competencies in Postgraduate Medical Education. *BMJ Open*, v. 13, n. 1, e061338, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-061338.
- HADLAND, S. E. et al. Opioid prescribing for acute pain management in children and adolescents in outpatient settings: clinical practice guideline. *Pediatrics*, 2024. DOI: 10.1542/peds.2024-068752.

## REFERÊNCIAS

- HALL, J. et al. Preparing the Workforce for Behavioral Health and Primary Care Integration. *Journal of the American Board of Family Medicine*, v. 28, supl. 1, p. S41–S51, 2015. DOI: 10.3122/jabfm.2015.S1.150054.
- HUMPHREY-MURTO, S. et al. Training physicians and residents for the use of electronic health records—a comparative case study between two hospitals. *Medical Education*, v. 57, n. 4, p. 337–348, 2023. DOI: 10.1111/medu.14944.
- INSTITUTO DE LONGEVIDADE MONGERAL AEGON. Cuidadores de idosos: um mercado em expansão e ainda pouco valorizado. Instituto de Longevidade, 2022. Disponível em: <https://institutodelongevidade.org/longevidade-e-trabalho/oportunidades/cuidadores-de-idosos>. Acesso em: 7 ago. 2025.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). A distribuição regional dos médicos no Brasil: uma análise da escassez. Brasília: IPEA, 2011. (Texto para discussão, 1616).
- IRVINE, D. Standards and Revalidation or Recertification. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, v. 33, n. 6, p. 715–719, 2004.
- JOHNSTON, D. L.; ROWAN-LEGG, A.; HAMSTRA, S. J. Examining the Educational Value of a CanMEDS Roles Framework in Pediatric Morbidity and Mortality Rounds. *BMC Medical Education*, v. 14, p. 262, 2014. DOI: 10.1186/s12909-014-0262-5.
- JOHNSTON, S. C. Anticipating and training the physician of the future: the importance of caring in an age of artificial intelligence. *Academic Medicine*, v. 93, n. 8, p. 1105–1106, 2018. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002175.
- JONES, L.; MOSS, F. What should be in hospital doctors' continuing professional development?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 112, n. 2, p. 72–77, 2019. DOI: 10.1177/0141076818808427.
- KALRA, J.; KALRA, N.; BANIAK, N. Medical error, disclosure and patient safety: a global view of quality care. *Clinical Biochemistry*, v. 46, n. 13-14, p. 1161–1169, 2013. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2013.03.025.
- KARAS, M. et al. Continuing Professional Development Requirements for UK Health Professionals: A Scoping Review. *BMJ Open*, v. 10, n. 3, e032781, 2020. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032781.
- LAST, K. et al. Future developments in training. *Clinical Microbiology and Infection*, v. 27, n. 11, p. 1595–1600, 2021. DOI: 10.1016/j.cmi.2021.06.032.
- LESTER, P. E.; DHARMARAJAN, T. S.; WEINSTEIN, E. The Looming Geriatrician Shortage: Ramifications and Solutions. *Journal of Aging and Health*, v. 32, n. 9, p. 1052–1062, 2020. DOI: 10.1177/0898264319879325.

## REFERÊNCIAS

LO, T. F. et al. Faculties' and nurses' perspectives regarding knowledge of high-alert medications. *Nurse Education Today*, v. 33, n. 3, p. 214–221, 2013. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.01.004.

LOGIUDICE, A. B. et al. Intrinsic or Invisible? An Audit of CanMEDS Roles in Entrustable Professional Activities. *Academic Medicine*, v. 97, n. 8, p. 1213–1218, 2022. DOI: 10.1097/ACM.0000000000004731.

MAIN, P. A. E.; ANDERSON, S. Evidence for Continuing Professional Development Standards for Regulated Health Practitioners in Australia: A Systematic Review. *Human Resources for Health*, v. 21, n. 1, p. 23, 2023. DOI: 10.1186/s12960-023-00803-x.

MAHMOOD, T. Recertification and Continuing Professional Development: The Way Ahead. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 24, n. 6, p. 807–818, 2010. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2010.04.004.

MARINHO, G. L.; QUEIROZ, M. E. V. Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: estimativas com base em diferentes fontes de dados. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, e00916202, 2023. DOI: 10.1590/1981-7746-ojs916.

MATSUMURA, E. S. S. de S. et al. Levantamento georreferenciado de fisioterapeutas no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, e536101422392, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22392.

MCCARVILLE, E. et al. Understanding Critical Factors Associated With Integration of Community Health Workers Into Health and Hospital Systems. *Journal of Interprofessional Care*, v. 38, n. 3, p. 507–516, 2024. DOI: 10.1080/13561820.2023.2183183.

MEDSCAPE. Instrumento de autoavaliação revela lacunas críticas no treinamento de residentes em atenção primária - Medscape - 11 de julho de 2025. Disponível em: [HALL, J. et al. Preparing the Workforce for Behavioral Health and Primary Care Integration. \*Journal of the American Board of Family Medicine\*, v. 28, supl. 1, p. S41–S51, 2015. DOI: 10.3122/jabfm.2015.S1.150054.](#)

MENZIN, E. R. Not like they used to: the decline of procedural competency in medical training. *Annals of Family Medicine*, v. 23, n. 1, p. 81–82, 2025. DOI: 10.1370/afm.240309.

NEUMILLER, J. J. et al. Compounded GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists: a statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 48, n. 2, p. 177–181, 2025. DOI: 10.2337/dci24-0091.

OAKLEY, R. et al. Equipping tomorrow's doctors for the patients of today. *Age and Ageing*, v. 43, n. 4, p. 442–447, 2014. DOI: 10.1093/ageing/afu077.

## REFERÊNCIAS

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>. Acesso em: 7 ago. 2025.
- O’SULLIVAN, B. et al. Barriers to Getting Into Postgraduate Specialty Training for Junior Australian Doctors: An Interview-Based Study. PLoS ONE, v. 16, n. 10, e0258584, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0258584.
- PAIM, J. S. et al. O Programa Mais Médicos e a formação de recursos humanos em saúde: contribuições e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2665–2673, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17032016.
- PERES, F. et al. Mapping of public health courses and training programs in Brazil. Revista de Saúde Pública, v. 57, p. 45, 2023.
- REDWOOD, T. et al. Continued Professional Development (CPD) Provision for Nurses: A Qualitative Exploration. Heliyon, v. 10, n. 12, e32582, 2024. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e32582.
- RENTING, N. et al. Integrated and Implicit: How Residents Learn CanMEDS Roles by Participating in Practice. Medical Education, v. 51, n. 9, p. 942–952, 2017. DOI: 10.1111/medu.13335.
- RODRIGUEZ-PAZ, J. M. et al. Beyond “see one, do one, teach one”: toward a different training paradigm. Postgraduate Medical Journal, v. 85, n. 1003, p. 244–249, 2009. DOI: 10.1136/qshc.2007.023903.
- ROMBALDI, M. C. et al. Barriers to diffusion and implementation of pediatric minimally invasive surgery in Brazil. BMC Medical Education, v. 24, n. 1, p. 906, 2024.
- SACARLOS, S. et al. Quem cuida dos idosos? Perfil e sobrecarga de trabalho de cuidadores de residentes institucionalizados: estudo transversal. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 15, 2022. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/ced/2022/02/cuidadores-institucionalizados.html>. Acesso em: 7 ago. 2025.
- SALAZAR, K. et al. Our patients need empathy training across healthcare professions. American Journal of Pharmaceutical Education, v. 87, n. 5, 2023. DOI: 10.1016/j.ajpe.2022.09.001.
- SANTOS, L. L. D. et al. Undergraduate palliative care education in Brazil: a qualitative study on the challenges for clinical teachers. BMJ Open, v. 15, n. 5, p. e086496, 2025.

## REFERÊNCIAS

- SASSON, C. et al. Increasing cardiopulmonary resuscitation provision in communities with low bystander cardiopulmonary resuscitation rates: a science advisory from the American Heart Association. *Circulation*, v. 127, n. 12, p. 1342–1350, 2013. DOI: 10.1161/CIR.0b013e318288b4dd.
- SCHWAPPACH, D. L. Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries. *Health Expectations*, v. 17, n. 3, p. 321–331, 2014. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00755.x.
- SCOTT, I. A. Health Care Workforce Crisis in Australia: Too Few or Too Disabled? *Medical Journal of Australia*, v. 190, n. 12, p. 689–692, 2009. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02638.x.
- SILVA, M. Educação em Saúde: estratégias de formação e práticas colaborativas. Resenha em *Revista Brasileira de Educação em Saúde*, 2024.
- SILVEIRA, D. S. et al. Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 9, p. 1714–1726, 2010.
- SINGH, S. et al. High-risk medications in persons living with dementia: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, v. 184, n. 12, p. 1426–1433, 2024. DOI: 10.1001/jamainternmed.2024.5632.
- SPETZ, J. et al. Future Demand for Long-Term Care Workers Will Be Influenced by Demographic and Utilization Changes. *Health Affairs*, v. 34, n. 6, p. 936–945, 2015. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.0005.
- SPETZ, J. et al. Home and Community-Based Workforce for Patients with Serious Illness. *Health Affairs*, v. 34, n. 12, p. 2147–2154, 2015. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.0580.
- STEVENS, N. R. et al. Perceived lack of training moderates relationship between healthcare providers' personality and sense of efficacy in trauma-informed care. *Anxiety, Stress, and Coping*, v. 32, n. 6, p. 679–693, 2019. DOI: 10.1080/10615806.2019.1645835.
- STUCK, A. E.; MASUD, T. Health Care for Older Adults in Europe: How Has It Evolved and What Are the Challenges? *Age and Ageing*, v. 51, n. 12, p. afac287, 2022. DOI: 10.1093/ageing/afac287.
- STURROCK, J. B.; LENNIE, S. C. Compulsory Continuing Professional Development: A Questionnaire-Based Survey of the UK Dietetic Profession. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 22, n. 1, p. 12–20, 2009. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2008.00935.x.

## REFERÊNCIAS

- TEIXEIRA, R. C. et al. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. *Fisioterapia em Pesquisa*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 309–314, 2018. DOI: 10.1590/1809-2950/17027025032018.
- THISTLETHWAITE, J. E.; DUNSTON, R.; YASSINE, T. The Times Are Changing: Workforce Planning, New Health-Care Models and the Need for Interprofessional Education in Australia. *Journal of Interprofessional Care*, v. 33, n. 4, p. 361–368, 2019. DOI: 10.1080/13561820.2019.1612333.
- THOMSON, A.; FELLOWS, S. How Paediatricians Can Prepare for Revalidation. *Archives of Disease in Childhood*, v. 96, n. 10, p. 983–986, 2011. DOI: 10.1136/adc.2009.181412.
- TURNER, S. R. et al. Learning the CanMEDS Roles in a Near-Peer Shadowing Program: A Mixed Methods Randomized Control Trial. *Medical Teacher*, v. 34, n. 11, p. 888–892, 2012. DOI: 10.3109/0142159X.2012.716179.
- UDEMANS, R. et al. Educational Renewal of Physician Training in Australia and New Zealand. *Medical Teacher*, v. 40, n. 6, p. 627–632, 2018. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1444270.
- VIEIRA, A. R.; CASTRO, R. D. Brazilian Dentistry is Among the Best in the World. Is it True? *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 22, e210222, 2022. DOI: 10.1590/pboci.2022.067. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/txkZPTpdG3THTYcKrFNyLbS/>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- VILLALOBOS DINTRANS, P. et al. Human Resources for Care in Latin America and the Caribbean: Current Needs and Future Demands. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 25, n. 2, p. 232–236, 2024. DOI: 10.1016/j.jamda.2023.08.026.
- YAMAMOTO, O. H. et al. O trabalho da psicóloga e do psicólogo no Brasil: condições, trajetórias e desafios. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 24, n. 1, p. 1–20, 2022. DOI: 10.5935/1980-6906/ePTPEN14495.



INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

(11) 3709.4980  
contato@iess.org.br  
www.iess.org.br