

Lacunas globais

**Como a Alemanha está externalizando sua
escassez de trabalhadores da saúde**



Publicado por

Brot für die Welt
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Telephone +49 30 65211 0
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de

Autor/a German Andres Alarcon
Garavito, Juliana Ferreira de Santana

Redação Julia Stoffner, Lou-Marleen
Appuhn, Michael Billanitsch

**Responsável nos termos da lei de
imprensa alemã** Dr. Jörn Gravingholt

Fotos Shutterstock/Focus Pix, título;
picture alliance/Sipa USA, pag. 13;
Stefan Hauck, pag. 15; Paola Reine,
pag. 17, 20

Diagramação Simon Gümpel

Doações

Brot für die Welt
Bank für Kirche und Diakonie
IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00
BIC: GENODED1KDB

Berlin, Fevereiro de 2026

Conteúdo

Prefácio	4
Introdução	5
Visão geral dos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia	6
Políticas de recrutamento e emigração de profissionais de saúde	13
Efeitos do recrutamento internacional de profissionais de saúde	16
Lições e recomendações mais amplas	18
Conclusão	20
Abreviações	22
Referências	23

Prefácio

A Alemanha está enfrentando uma escassez cada vez mais grave de trabalhadores qualificados no setor de saúde, especialmente na área de enfermagem. Em resposta a isso, os formuladores de políticas alemães identificaram o recrutamento de profissionais de saúde estrangeiros como uma estratégia fundamental para resolver essas lacunas. Com esse objetivo, foi estabelecido um número crescente de acordos bilaterais entre a Agência Federal de Emprego da Alemanha (Bundesagentur für Arbeit, BA) e os países parceiros, chamados de Acordos sobre a Colocação de Profissionais de Saúde, para fornecer uma estrutura legal para o recrutamento estruturado e facilitar a migração de mão de obra.

Esses acordos frequentemente têm como alvo países de baixa e média renda. No entanto, suas implicações para os sistemas de saúde dos países de origem geralmente não são suficientemente consideradas. Embora o sistema de saúde alemão se beneficie de profissionais formados no exterior, a emigração destes pode agravar a escassez existente nos seus países de origem. As desigualdades econômicas estruturais permitem que a Alemanha recrute profissionais de saúde de países que, por sua vez, enfrentam déficits significativos de pessoal qualificado.

Apesar da densidade comparativamente alta de profissionais de saúde na Alemanha, foram celebrados acordos bilaterais de recrutamento com países como o Brasil e a Colômbia. A Alemanha tem aproximadamente 45 médicos por 10.000 habitantes, em comparação com 29 no Brasil e 26 na Colômbia (1). As disparidades são ainda mais pronunciadas na área de enfermagem, com a Alemanha empregando cerca de 120 enfermeiros por 10.000 habitantes, enquanto o Brasil tem 37 e a Colômbia apenas 16 por 10.000 (2). Nesse contexto, esses acordos representam riscos consideráveis para os sistemas nacionais de saúde que já operam com um número substancialmente menor de recursos humanos do que a Alemanha.

Além disso, as disparidades regionais nos países de origem raramente são refletidas adequadamente nas avaliações de recrutamento. As estatísticas em nível nacional podem ocultar a grave escassez em regiões específicas, especialmente em áreas rurais e carentes. O recrutamento de profissionais de saúde dessas regiões pode prejudicar ainda mais a prestação de cuidados de saúde locais e, em casos extremos, levar ao seu colapso. Além disso, as disparidades de receitas entre os países contribuem para os fluxos migratórios secundários entre os países vizinhos, resultando nas chamadas cadeias de recrutamento. De

uma perspectiva global, essa dinâmica acaba colocando a maior carga sobre países economicamente vulneráveis com sistemas de saúde frágeis. Esses efeitos interconectados são amplamente desconsiderados na avaliação que a Alemanha faz dos possíveis países parceiros. Além disso, os países de origem geralmente arcam com os custos financeiros do treinamento de profissionais que, posteriormente, migram para países de destino, como a Alemanha.

Os acordos bilaterais de recrutamento não devem dar origem a estruturas de exploração. Eles devem ser orientados por padrões éticos, sociais e de direitos humanos claros. Os efeitos adversos do recrutamento ativo por terceiros, incluindo instituições estatais e agentes privados, devem ser minimizados, não apenas para os profissionais de saúde individuais, mas também para as populações locais e os sistemas de saúde dos países de origem.

É essencial o envolvimento efetivo de todas as partes interessadas relevantes na negociação de acordos bilaterais. A participação das autoridades locais de saúde, dos sindicatos e das organizações da sociedade civil é crucial para salvaguardar condições de trabalho justas e evitar danos aos sistemas nacionais de saúde. A tomada de decisão informada requer dados abrangentes e desagregados sobre o número, a distribuição e as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Esses dados não devem ser fontes exclusivas de governos ou organizações internacionais.

Além disso, o investimento público na educação e formação dos profissionais de saúde que posteriormente emigram deve ser devidamente reconhecido e compensado financeiramente. O recrutamento internacional deve ser acompanhado de medidas estruturais e de capacitação que abordem as perdas de mão de obra, a transferência de conhecimento e as consequências sociais mais amplas da migração, de acordo com o princípio orientador de “não causar danos”

Este estudo examina as consequências da emigração de profissionais de saúde do Brasil e da Colômbia no âmbito dos acordos bilaterais com a Alemanha. Além disso, identifica as condições sob as quais esses acordos podem ser elaborados para garantir benefícios equitativos para todas as partes envolvidas.

Julia Stoffner

Responsável pela política internacional de saúde
Brot für die Welt

Introdução

Esta pesquisa encomendada examina a migração e o recrutamento internacional de profissionais de saúde da Colômbia e do Brasil, com o objetivo de informar as políticas públicas nos países de origem e de destino. Em toda a América Latina e no Caribe, projeta-se uma escassez de 600.000 profissionais de saúde até 2030, com base na referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 44,5 profissionais médicos, de enfermagem e de obstetrícia por 10.000 habitantes. Os enfermeiros, que representam 56 % da força de trabalho da área da saúde e 89 % dos quais são mulheres, continuam especialmente vulneráveis a baixos salários, contratos precários e pressões migratórias. Tanto a Colômbia quanto o Brasil refletem esses desafios regionais: embora o Brasil tenha uma força de trabalho

maior em geral, suas desigualdades regionais e a dependência de enfermeiros refletem as lacunas da Colômbia, que tem cerca de 36 médicos, enfermeiros e parteiras por 10.000 pessoas, abaixo da meta da OMS. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS pediram um recrutamento ético, tratamento justo dos trabalhadores migrantes e uma cooperação mais forte. Esse trabalho tem como objetivo gerar evidências acionáveis para informar a tomada de decisões, moldar políticas públicas e orientar acordos bilaterais justos e efetivos sobre a migração de profissionais da saúde.

German Andres Alarcon Garavito
Juliana Ferreira de Santan



For skilled workers For advisors Service

English EN

Welcome!

Information on professional recognition



For skilled workers

Do you want to work in your occupation or profession in Germany? Find out here, in 11 languages, how and where you can have your qualification recognised.



For advisors

Do you provide counselling or conduct research on the recognition of foreign professional qualifications? All specialist information is available here in German and English.



For employers

Do you want to employ skilled workers with foreign qualifications? Practical information and support is available here (only in German).

A Alemanha facilita a contratação de profissionais de saúde qualificados. Isso pode se tornar um problema para os seus países de origem.

Capítulo 1

Visão geral dos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia

Brasil

Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde pública universal do mundo. Mais de 70 % da população, sendo mais de 85 % em regiões desfavorecidas, depende exclusivamente do SUS para assistência médica (3–6).

Um dos programas mais importantes criados pelo SUS para reduzir as barreiras e melhorar o acesso ao atendimento foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse modelo de atenção primária foi implementado em 1994 e emprega grupos multidisciplinares para dar assistência às famílias em áreas predefinidas, servindo como o primeiro contato com o sistema de saúde e facilitando a avaliação das necessidades locais. Atualmente, mais de 60 % do total de domicílios no Brasil são cobertos pela ESF. Embora a estratégia tenha melhorado os efeitos sobre a saúde, as desigualdades na utilização dos serviços de saúde persistem, como, por exemplo, o acesso a cuidados especializados que resulta em longos tempos de espera e no acesso a medicamentos (3, 7).

O SUS também é conhecido por programas que obtiveram reconhecimento internacional. Por exemplo, o Programa Nacional de Imunização (PNI) oferece uma ampla gama de produtos imunobiológicos sem custo para a população. O SUS também opera o maior programa de transplante com financiamento público do mundo. Para atender às necessidades do vasto território e suas diferenças regionais, o SUS adotou um modelo descentralizado, no qual os governos federal, estadual e municipal compartilham o poder e as responsabilidades sobre o setor da saúde, incluindo o financiamento, que se origina das receitas tributárias e da previdência social (6, 8).

A participação do governo no financiamento da formação de profissionais de saúde varia. Não há dados disponíveis sobre os custos por aluno em universidades públicas; no entanto, o governo federal tem dois programas para democratizar o ensino superior, auxiliando nos custos de mensalidades para os alunos matriculados em instituições privadas. O Programa Universidade para todos (PROUNI) oferece bolsas de estudo integrais e parciais (50 % do valor da mensalidade), enquanto o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) é um programa de empréstimo estudantil que permite que os alunos financiem até 100 % do valor das mensalidades.

Com um aumento exponencial no número de médicos, especialmente na última década, a categoria contava com 597.428 profissionais registrados em dezembro de 2024, e espera-se que chegue a 635.706 até o final de 2025, representando uma densidade de 29,8 médicos por 10.000 pessoas. O número, no entanto, varia entre as regiões, com uma densidade maior em áreas urbanas e desenvolvidas.

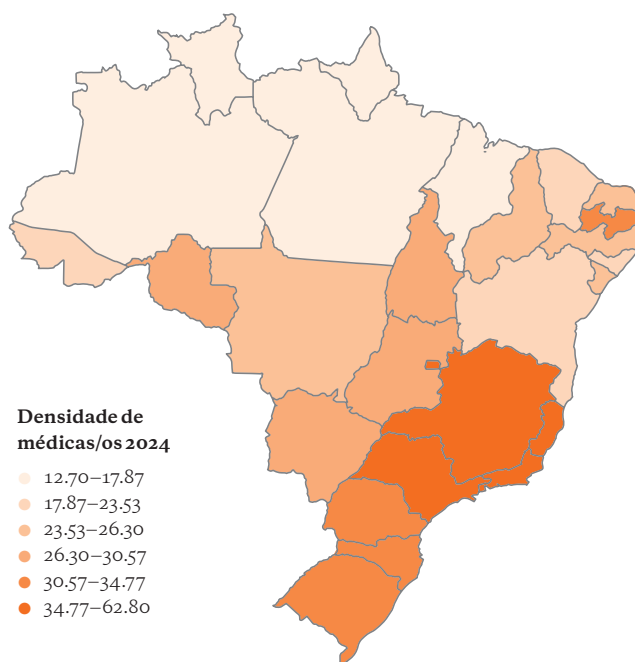


Figura 1. Densidade de médicas/os por 10.000 habitantes por estado

Fontes: Scheffer, 2025 (9)

As disparidades também estão presentes na distribuição das instituições educacionais, seguindo tendências semelhantes. A maioria das instituições de ensino superior agora é privada, respondendo por 79 % do total de vagas em cursos de medicina oferecidas no país (9, 10).

O grupo de enfermagem é composto por três categorias profissionais regulamentadas: enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes de enfermagem. Eles diferem em sua formação exigida e em seu escopo de prática. Os enfermeiros concluem uma formação universitária de cinco anos e são qualificados para funções de atendimento de maior complexidade, liderança, diretoria executiva e tomada de decisões. Os técnicos de enfermagem têm cerca de dois anos de treinamento e prestam cuidados de

complexidade intermediária. Os assistentes de enfermagem podem prestar cuidados básicos sob supervisão e recebem aproximadamente 15 meses de treinamento.

Em 2025, a força de trabalho de enfermagem é grande, mais de 799.000 enfermeiros registrados (37,4 por 10.000) (11), mas apenas cerca de metade está efetivamente empregada no sistema de saúde (12). A má distribuição é acentuada, com escassez em áreas remotas e excesso de oferta nas regiões metropolitanas.

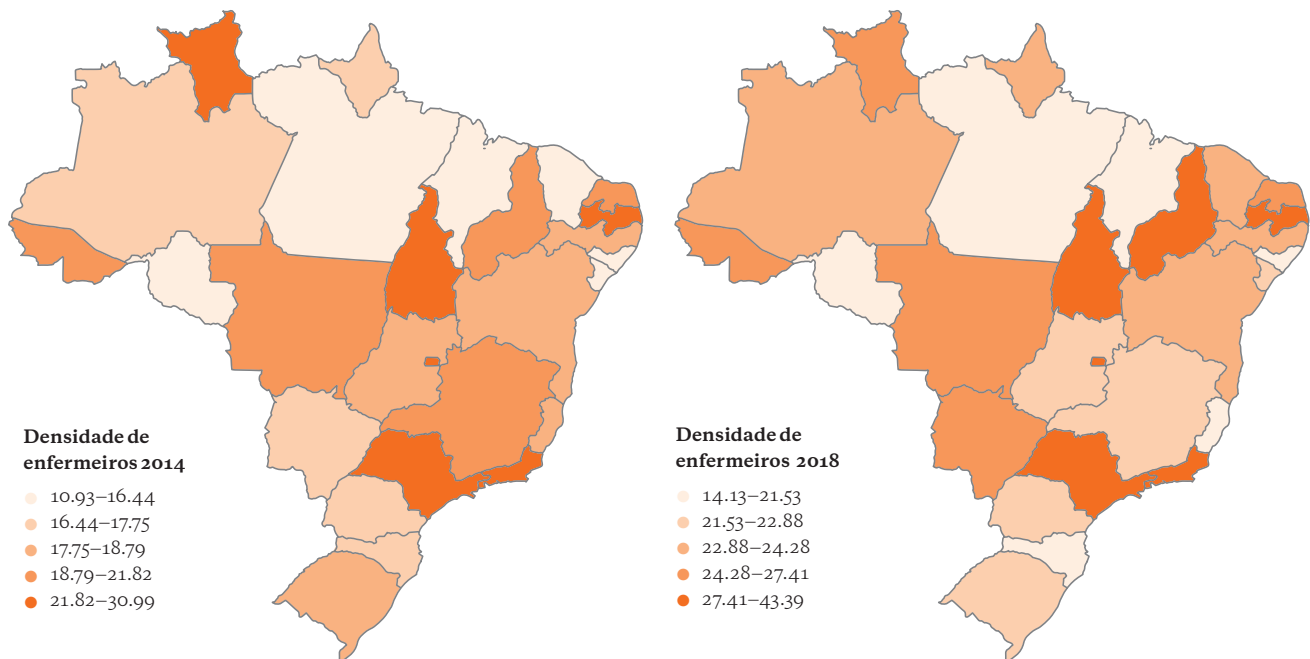


Figura 2. Densidade de enfermeiros por 10.000 habitantes por estado
Fontes: PAHO, 2020 (13, 14)

A concentração de profissionais em grandes centros urbanos está associada a sinais de um mercado de trabalho saturado, com um número crescente de enfermeiros qualificados competindo por uma oferta relativamente limitada de cargos estáveis. Essa situação se reflete em desemprego e subemprego, longas jornadas de trabalho, contratos precários e baixos salários, condições que os autores descrevem

como precarização do trabalho de enfermagem (15–17). Ao mesmo tempo, ainda há dificuldades persistentes na contratação e retenção de enfermeiros em algumas áreas, onde os profissionais frequentemente trabalham com infraestrutura inadequada e incentivos fracos para permanecer no território (15, 18, 19).

Um estudo recente realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil indica que, embora tenha havido um aumento consistente no número de cargos de enfermagem no sistema de saúde na última década, ainda se verifica uma alta rotatividade entre esses profissionais (21).

A capacidade educacional se expandiu significativamente. Em 2023, o Brasil tinha 1.298 programas de enfermagem, 86,9 % em instituições privadas (10, 22). Embora os programas de ensino à distância representassem uma pequena parte dos cursos, eles correspondiam a quase metade de todas as vagas disponíveis, uma tendência que levou à criação de novas regulamentações em 2025, restringindo a formação em saúde ao ensino presencial (23). E especialistas alertam para a necessidade de análise em relação as vagas ofertadas nos cursos de enfermagem, sua taxa de eficiência terminal, e o mercado de trabalho (24).

O Brasil não possui um sistema nacional de dados que registre a emigração de profissionais de saúde. As fontes existentes se concentram principalmente nos fluxos de entrada, e apenas um pequeno número de enfermeiros estrangeiros está registrado no país (21). A densidade geral de profissionais de saúde é de cerca de 67 por 10.000 pessoas (acima do limite da OMS), de modo que o Brasil não está incluído na Lista de Apoio e Salvaguardas da Força de Trabalho em Saúde da OMS (25). No entanto, reportagens da mídia e estudos emergentes indicam o aumento da emigração, especialmente entre enfermeiros e médicos, com destinos populares incluindo Canadá, Estados Unidos, Alemanha e Reino Unido (26–28).

Entre 2022 e 2023, o Brasil tinha um acordo bilateral com a Alemanha para recrutar enfermeiros. Embora o acordo tenha sido suspenso, o recrutamento internacional ainda ocorre por meio de agências privadas. Muitas dessas empresas fazem contato com instituições educacionais privadas no Brasil para recrutar enfermeiros recém-formados. Também é possível ver anúncios nas mídias sociais sobre o recrutamento internacional de médicos especialistas.

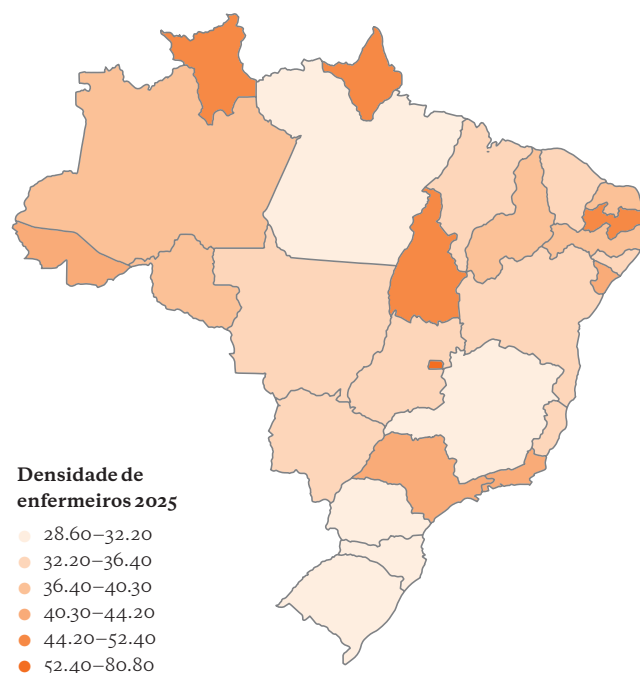


Figura 3. Densidade de enfermeiros por 10.000 habitantes por estado

Fontes: Author's elaboration based on data from COFEN/CORENs and IBGE (11, 20)

Colômbia

De acordo com o Observatório da Força de Trabalho em Saúde da Colômbia (OTHS), o país conta com 989.863 profissionais de saúde (29), incluindo 138.131 médicos (26,21 por 10.000 habitantes) e 83.172 enfermeiros (15,78 por 10.000 habitantes) (consulte a Tabela 1).

Indicador	Brasil	Colômbia
População total	213,4 milhões	53,1 milhões
Número total de enfermeiros	799,337	83,172
Número total de médicos	597,428	138,131
Densidade de enfermeiros (por 10.000 habitantes)	37,5	15,7
Densidade de médicos (por 10.000 habitantes)	29,8	26,2
Despesas atuais com saúde (% do PIB)	9,14	8
Nível de receita/s	Média-alta	Média-alta

Tabela 1. Principais indicadores da força de trabalho no Brasil e na Colômbia
Fontes: IBGE (2025) (20), COFEN (2025) (11), Scheffer (2025) (9), OTHS (2025) (29) & Banco Mundial (2025) (30, 31)

Além disso, a força de trabalho de saúde da Colômbia é extensa, mas distribuída de forma desigual (consulte a Figura 4).

Não há registro oficial para parteiras, embora a obstetrícia tradicional persista nas áreas rurais. A Colômbia também depende muito de profissionais de nível técnico e auxiliar, especialmente técnicos de enfermagem, que somam 363.479 em todo o país (68,98 por 10.000 habitantes) (29). Os técnicos de enfermagem desempenham um papel central, mas precisam de supervisão, o que reflete um sistema baseado na transferência de tarefas e não em um número suficiente de profissionais totalmente treinados. A Colômbia tem 425 programas em nível de assis-

tente, que ajudam a atender às necessidades básicas de atendimento, mas não compensam o baixo número de enfermeiros profissionais (32).

Apesar da escala, a densidade combinada de médicos, enfermeiros e parteiras continua abaixo da meta da OMS de 44,5 por 10.000 habitantes (29), com a Colômbia em aproximadamente 36 por 10.000, o que a torna a quarta menor densidade de enfermagem das Américas (25). Os centros urbanos têm concentrações muito mais altas de mão de obra, enquanto as populações rurais e dispersas continuam sendo mal atendidas (25).

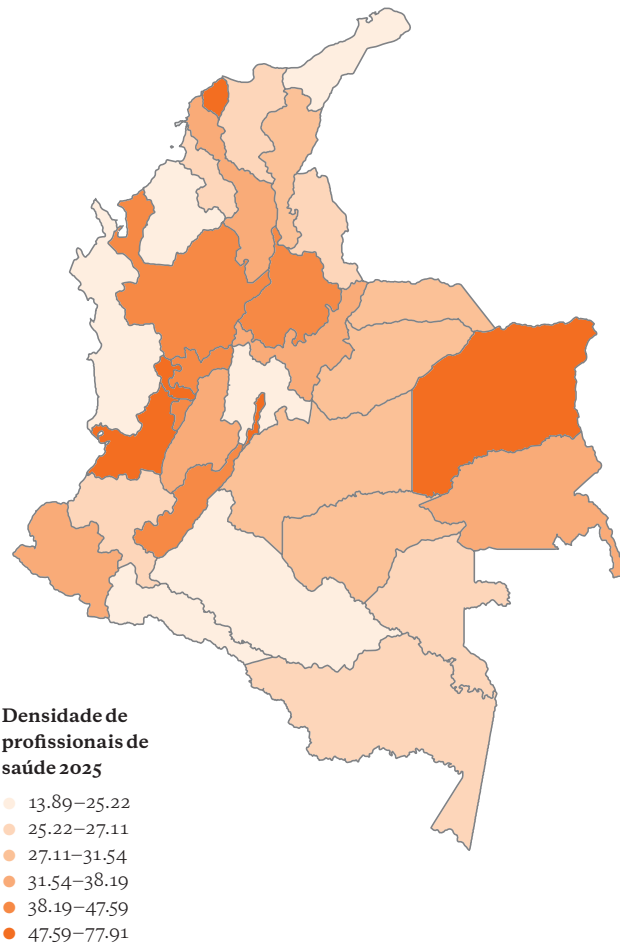


Figura 4. Densidade de profissionais de saúde por 10.000 habitantes por Departamento
Fontes: OTHS (2025) (29)

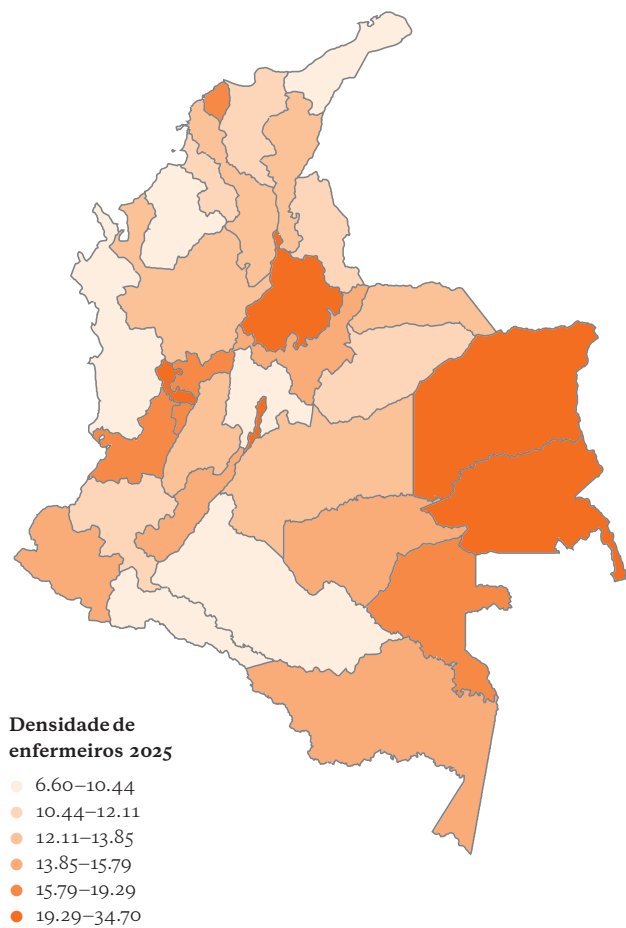


Figura 5. Densidade de enfermeiros por 10.000 por departamento
Fontes: OTHS (2025) (29)

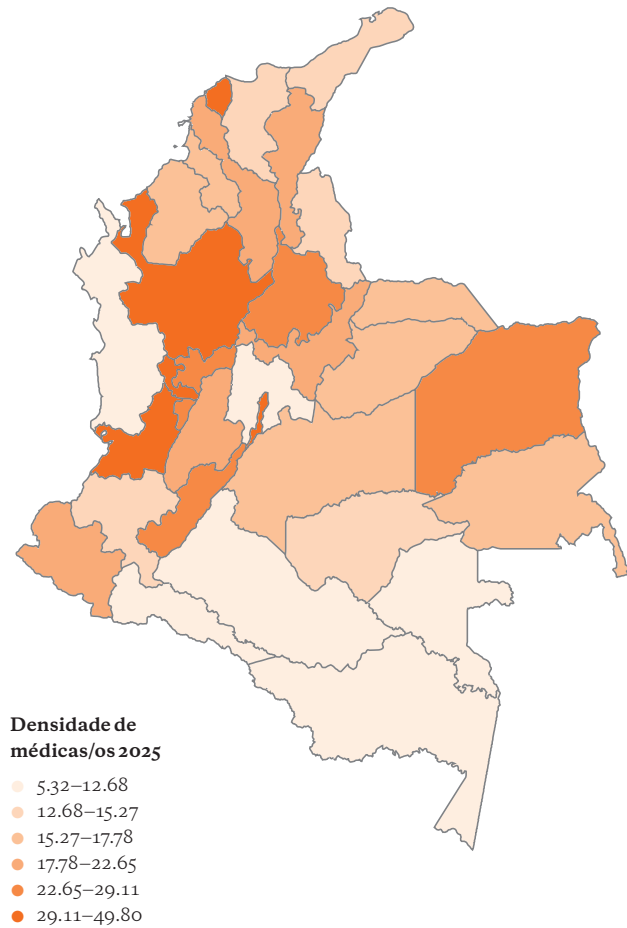


Figura 6. Densidade de médicas/os por 10.000 por departamento
Fontes: OTHS (2025) (29)

O sistema de saúde apresenta avanços importantes em planejamento e saúde pública. Estratégias nacionais, como o Plano de Eliminação de Doenças Transmissíveis 2024-2030, melhoraram a vigilância, a vacinação e a diretoria executiva de condições de alta incidência, incluindo malária, tuberculose, HIV e hepatite (33). A atenção primária ganhou destaque por meio da integração de serviços e de esforços intersetoriais voltados para o acesso à água, nutrição e outros determinantes (34). A Colômbia também

fortaleceu o alinhamento com parceiros internacionais por meio da Estratégia de Cooperação com o País da OMS 2024-2026 (35). As reformas trabalhistas paralelas visam abordar a deterioração das condições de trabalho e diversificar os acordos de emprego (32). No entanto, as deficiências estruturais permanecem. As desigualdades regionais estão enraizadas (34), a força de trabalho continua a enfrentar a terceirização e o emprego informal, e as áreas remotas lutam para atrair pessoal especializado.

Apenas 26 % dos médicos são especialistas, muito abaixo das médias da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) (32). Os desafios de governança, o subfinanciamento e os sistemas de informação fragmentados comprometem os esforços de planejamento e monitoramento. As pressões externas, como as alterações climáticas e a resistência antimicrobiana, aumentam ainda mais a tensão (33).

A Colômbia treina sua força de trabalho de saúde por meio de dois subsistemas complementares: educação superior (diplomas profissionais, especialidades, programas de pós-graduação) e o sistema de Treinamento para o Trabalho e Desenvolvimento Humano (que treina auxiliares). O ensino de enfermagem é fundamental, com 65 faculdades e escolas (22 públicas, 43 privadas) (36). Embora isso constitua a infraestrutura formal nacional, ela parece modesta em comparação com seus pares regionais, onde o número de escolas de enfermagem geralmente chega a centenas. Por exemplo, em 2019, foi relatado que havia mais de 1.244 cursos e programas de enfermagem (graduação) na Colômbia (37). A duração do programa varia (oito semestres: 29 programas; nove: 14 programas; dez: 22 programas). No entanto, a distribuição é desigual: Amazonas e Orinoquia (ambos na região amazônica) não têm faculdades de enfermagem, forçando a dependência de treinamento técnico (10). Embora o panorama da educação em saúde tenha triplicado desde a década de 1990 (38), as desigualdades regionais persistem, o interesse dos estudantes é baixo e apenas 1,5 % dos jovens de 15 anos de idade expressam interesse em enfermagem (39) (um nível semelhante às tendências observadas nos países da OCDE), principalmente devido à percepção de carga de trabalho pesada, condições de trabalho difíceis e baixa remuneração (40).

As referências internacionais sugerem que a Colômbia precisaria aumentar o número de graduados em 8 a 12 % ao ano para dobrar sua força de trabalho em uma década, especialmente em enfermagem (41). É importante ressaltar que não há dados nacionais consolidados disponíveis publicamente sobre as despesas públicas com treinamento, o que limita a transparência e o planejamento.

A migração de profissionais de saúde é cada vez mais visível, mas pouco monitorada. A OMS estima que 15 % dos profissionais de saúde e de cuidados em todo o mundo

exercem a profissão fora de seu país de nascimento (42), sendo que os países de alta renda hospedam quase metade dos enfermeiros do mundo (46 %), apesar de representarem apenas 17 % da população (42). A Colômbia não faz relatórios sistemáticos sobre indicadores de saída nem mantém registros de médicos e enfermeiros migrantes. Os números disponíveis mostram que 7 % dos médicos colombianos e menos de 2 % dos enfermeiros foram treinados no exterior (25). A migração para o exterior está aumentando acentuadamente: as solicitações formais de enfermeiros colombianos para colocação internacional aumentaram de quatro em 2014 para 507 em 2021 (43). Os fatores determinantes incluem salários inadequados, contratos precários e insatisfação, mas os enfermeiros que migram geralmente enfrentam condições menos favoráveis no exterior (44). Isso reflete os padrões globais nos quais os países ricos recrutam de países como a Colômbia para compensar seus próprios subinvestimentos (44).

A Colômbia respondeu com políticas como a Política Nacional de Enfermagem e o Plano de Ação 2022-2031 para melhorar a qualidade do treinamento e criar incentivos para regiões carentes (36). No entanto, essas políticas não abordam explicitamente a migração internacional e, sem dados nacionais confiáveis, o país corre o risco de sofrer a “fuga de cérebros”, que foi definida como a extração de profissionais qualificados que podem migrar para o exterior em busca de melhores oportunidades, e a distribuição desigual de pessoal (45).

O discurso sobre migração e recrutamento internacional reflete a tensão entre a escassez doméstica e a demanda global. Apesar de uma densidade de enfermeiros de apenas 1,3 por 1.000 habitantes, muito abaixo da recomendação internacional de 10 por 1.000 (46) a Colômbia firmou acordos com a Agência Federal de Emprego da Alemanha por meio do Serviço Nacional de Aprendizagem (SENA, na sigla em espanhol) para promover a mobilidade laboral (46). As agências de recrutamento privadas também facilitam a migração, oferecendo treinamento no idioma alemão (geralmente até B2) e colocação de emprego, geralmente vinculando os trabalhadores a uma estadia mínima de dois anos no exterior (47). A Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem (ACOFAN) e os líderes acadêmicos advertiram que essa migração para o exterior agrava a escassez e corre o risco de trans-

formar os investimentos do Estado em um subsídio para os mercados de trabalho estrangeiros (48). Além disso, pesquisas anteriores destacaram que os acordos bilaterais raramente cumprem a transferência de conhecimento ou os investimentos prometidos (39, 49).

A migração também é atraente para os estudantes: os alunos do último ano de graduação relatam planos de emigrar antes mesmo de entrar no mercado de trabalho, sendo a Alemanha, a Espanha, o Canadá e os Estados Unidos os principais destinos (50). Também há um interesse crescente na migração de “sul para sul” na América Latina (50). Embora o Código de Prática Global da OMS (42) destaque os riscos de drenagem de recursos humanos, a Colômbia não consta da Lista de Apoio e Salvaguardas da Força de Trabalho em Saúde da OMS 2023 (51), embora seu déficit de enfermeiros seja crítico em comparação com os indicadores regionais e da OCDE (52). Talvez isso se deva às limitações da lista como ferramenta isolada, uma vez que ela não leva em consideração outros fatores relevantes, como o déficit em relação a referências regionais ou de desenvolvimento, má distribuição interna ou precariedade futura..

Os líderes de enfermagem colombianos da ACOFAEN argumentaram que a mobilidade internacional pode ser positiva, mas também expõe os profissionais a vulnerabilidades no exterior, onde podem enfrentar condições menos favoráveis do que a equipe local (48). Por esse motivo, eles pediram aos governos que melhorassem a capacidade de treinamento, as condições de trabalho e as políticas de retenção para evitar um maior esgotamento dos recursos humanos (48).

Capítulo 2**Políticas de recrutamento e emigração de profissionais de saúde****Brasil**

Para entender melhor as complexidades do tópico, foram realizadas duas entrevistas: uma com representantes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a agência autônoma que regula a prática da enfermagem no Brasil, e outra com um representante da Secretaria de Gestão da Força de Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), que supervisiona a remuneração e o planejamento da força de trabalho. Essas entrevistas forneceram informações sobre a lógica política por trás dos acordos bilaterais recentes e o ambiente político mais amplo no qual os mesmos foram negociados.

Os representantes do COFEN participaram ativamente do desenvolvimento do acordo bilateral com a Alemanha, e o representante da SGTES trabalha diretamente com políticas de remuneração e planejamento da força de trabalho em saúde.

Para contextualizar o acordo bilateral com a Alemanha, é útil observar que o Brasil já se envolveu anteriormente em recrutamento internacional direcionado, especialmente por meio do Programa Mais Médicos, lan-

çado em 2013. Os profissionais recrutados para trabalhar no programa incluem brasileiros (que concluíram o curso de medicina no Brasil ou no exterior), bem como médicos internacionais, demonstrando a disposição do Brasil em usar o recrutamento internacional como estratégia para suprir a escassez de profissionais em áreas carentes (53). Entre 2013 e 2018, a OPAS estabeleceu cooperação técnica com o governo brasileiro, facilitando convênios entre Brasil e Cuba. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, em 2018, a participação de médicos cubanos representou 60 % do total de participantes do programa (54). O programa melhorou substancialmente o acesso à atenção primária e os indicadores de saúde e, durante vários anos, contou com a ajuda de médicos cubanos por meio de um acordo facilitado pela OPAS. Seu fim em 2018 (55) ressaltou a vulnerabilidade das políticas de recrutamento a ciclos políticos e tensões diplomáticas. Outros estudos mostraram que o programa trouxe uma enorme melhoria na cobertura da atenção primária, bem como nos indicadores de saúde (56, 57).



Diante da falta de profissionais qualificados na área da saúde, o Brasil recorre ao recrutamento internacional para preencher as lacunas.

Embora o governo brasileiro tenha, até recentemente, mantido um acordo para o recrutamento de médicos internacionais, em junho de 2022, a Agência Federal de Emprego da Alemanha (Bundesagentur für Arbeit, BA) e o COFEN assinaram um acordo bilateral para recrutar enfermeiros brasileiros (58). De acordo com seus representantes, o COFEN foi nomeado pelos então ministérios das Relações Exteriores, do Trabalho e Emprego e da Saúde, sob a administração de Bolsonaro, como o órgão para negociar o assunto. Antes de assinar o acordo, a organização tinha a expectativa de que ele estabeleceria regulamentos e garantiria melhores condições de contratação para os enfermeiros do que as oferecidas pelas agências de recrutamento privadas.

Embora as diretrizes da OIT (Normas Internacionais do Trabalho) tenham sido usadas para a construção do acordo, o Código de Prática da OMS para Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde não foi aplicado. Quando questionados sobre o assunto, os representantes do COFEN afirmaram que o objetivo do acordo não era redirecionar os enfermeiros, mas apenas anunciar as ofertas de emprego e, portanto, a utilização do Código não seria aplicável. Foi ressaltado que a organização não estava envolvida no processo de seleção dos profissionais que migraram. Além disso, o COFEN enfatizou que o acordo foi assinado entre duas entidades públicas autônomas e não entre ministérios governamentais.

Os entrevistados também descreveram como o emprego precário, os baixos salários e a necessidade de ter vários empregos são os principais fatores que levam à migração dos enfermeiros, o que é consistente com a literatura existente (59–61). No entanto, o acordo em si não abordou essas questões estruturais; em vez disso, criou um caminho que corria o risco de as reforçar, uma vez que os enfermeiros aceitaram a migração em grande parte como uma resposta à instabilidade do mercado de trabalho doméstico (62, 63).

“A nossa expectativa é que tenhamos condições no Brasil para que os profissionais queiram ficar aqui, e aqueles que querem ir, porque tem alguns que querem, vão não por causa das más condições, mas por terem outras expectativas maiores lá.”

(Representante do COFEN)

Organizações sindicais como a Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), o Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo (SINPSI SP), a Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI) e a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS) emitiram uma forte crítica ao acordo bilateral entre o COFEN e a Alemanha (64). Eles argumentaram que faltavam proteções trabalhistas essenciais, não garantiam o reconhecimento das qualificações e corriam o risco de impor custos financeiros aos enfermeiros, especialmente se a revalidação não fosse bem-sucedida (64). É importante ressaltar que esses sindicatos desafiaram as narrativas de um “excesso” de enfermeiros brasileiros, enfatizando, em vez disso, as persistentes desigualdades regionais na distribuição da força de trabalho. Sua crítica também destacou que a negociação do COFEN sem consulta aos sindicatos ou aos ministérios da saúde enfraqueceu a proteção do trabalhador (64).

A percepção do acordo foi se alterando com o tempo, especialmente após a transição de governos. Durante a administração de Bolsonaro, o governo nomeou o COFEN para atuar como a organização responsável pela discussão dos termos e condições com a Agência Federal de Emprego da Alemanha, enquanto o novo governo sob o poder de Lula demonstrou mais interesse em proteger a força de trabalho nacional e chegar a um acordo mutuamente benéfico. Em uma coletiva de imprensa com o Presidente em dezembro de 2023, o ministro do trabalho declarou que a Alemanha não havia cumprido alguns dos pontos acordados no memorando em relação ao recrutamento das enfermeiras brasileiras, e que uma carta oficial foi protocolada com a submissão de relatórios sobre o assunto. Ele também reiterou a importância de proteger a força de trabalho do setor de saúde. Ele mencionou pontos a serem discutidos com o governo alemão, como as garantias sobre a família, os esforços para promover a adaptação cultural e um maior envolvimento das federações e sindicatos (65).

O acordo foi suspenso em novembro de 2023, mas o governo brasileiro tem a intenção de criar um grupo interministerial para discutir o assunto e desenvolver o recrutamento ético, evitando a fuga de cérebros e trabalhando para o benefício mútuo (66).

Colômbia

Foram realizadas duas entrevistas com informantes-chave: I. um ex-alto funcionário do Departamento de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde, com experiência em meio acadêmico, associações profissionais e elaboração de políticas; e II. um líder sindical e acadêmico, representante sênior da Associação Nacional de Enfermeiros da Colômbia (ANEC), com vasta experiência em defesa dos enfermeiros, políticas de enfermagem e ensino universitário. Juntas, essas entrevistas capturam as perspectivas em nível de política e de base/sindicato sobre a migração de profissionais de saúde e o recrutamento internacional.



Duas parteiras colombianas ajudam uma mãe durante o parto. Na Colômbia, nem sequer existem estatísticas sobre o número de parteiras em atividade.

Ambos os entrevistados enfatizaram que a Colômbia não tem uma política nacional coerente sobre o recrutamento internacional de profissionais de saúde. Apesar do alto volume de migração, especialmente de enfermeiros, não existe uma estrutura bilateral clara para governar o recrutamento ou garantir a reciprocidade.

Em vez disso, os acordos são fragmentados e amplamente negociados pelo Ministério das Relações Exteriores e não pelo Ministério da Saúde, com pouca ou nenhuma consulta às associações de enfermagem, como a ANEC. Por exemplo, o recente acordo bilateral com a Alemanha foi assinado pelo Ministério das Relações Exteriores sem a participação das associações profissionais, embora facilite as operações das agências de recrutamento na Colômbia.

A posição oficial da ANEC não é apoiar a migração, mas sim defender o direito dos profissionais de procurarem melhores oportunidades no estrangeiro. A associação escreveu às embaixadas e aos funcionários do governo para expressar sua preocupação com o êxodo de enfermeiros, mas relata ter recebido pouca resposta do governo nacional.

“O recrutamento internacional na Colômbia assemelha-se a uma forma de tráfico; as agências prometem condições que não são cumpridas quando as enfermeiras chegam... Observamos isso através dos nossos colegas que se mudaram para países como a Alemanha.”

(Líder da ANEC)

Ambas as entrevistas enfatizam que alguns governos locais e universidades incentivam ativamente a migração, por exemplo, por meio de programas de treinamento ou campanhas de recrutamento direto, apesar da escassez significativa de enfermeiros em suas próprias regiões. Isso é visto como algo que prejudica as necessidades da força de trabalho de saúde nacional e como um exemplo de “emigração apoiada pelo Estado”. Consequentemente, os entrevistados indicaram que a abordagem atual da Colômbia é permissiva e não regulamentada, deixando o recrutamento principalmente para atores privados e agências estrangeiras.

Capítulo 3

Efeitos do recrutamento internacional de profissionais de saúde

Brasil

O Brasil não possui dados oficiais sobre o número de profissionais de saúde que emigram para outros países; no entanto, um estudo realizado pelo Ministério das Relações Exteriores indica que, em 2022, aproximadamente 4,9 milhões de brasileiros estavam vivendo no exterior, com números mais altos na América do Norte e na Europa (67).

Durante entrevista com representantes do COFEN, observou-se que, embora o COFEN não mantenha dados oficiais sobre a migração de enfermeiros, seu representante relatou um aumento consistente do fenômeno: enquanto há alguns anos os pedidos de documentação para imigração nos conselhos regionais de enfermagem eram esporádicos, há relatos de que hoje eles ocorrem toda semana.

Embora os dados sobre o número de médicos e enfermeiros que deixam o país sejam escassos, a tendência de aumento na migração do pessoal de saúde é evidente, e o recrutamento internacional também ocorre por meio de agências privadas.

Os entrevistados observaram que ainda não é possível observar efeitos negativos da migração de enfermeiros nos serviços de saúde, em grande parte devido ao alto número de escolas de enfermagem e de profissionais registrados.

Essa interpretação, no entanto, leva em conta apenas os números totais e não reconhece a má distribuição documentada de enfermeiros entre as regiões e as dificuldades em atrair e reter enfermeiros em áreas desvantagens e remotas do país.

O representante da SGTES reconhece essas desigualdades e ressalta que não é fácil produzir dados oficiais sobre a distribuição de enfermeiros em áreas remotas e urbanas. A base de dados da COFEN, por exemplo, está organizada principalmente por estado e por registro profissional, e não pelo local onde o enfermeiro trabalha ou se o trabalho é rural ou urbano, o que dificulta ver claramente onde estão realmente as lacunas no território.

Nessas condições, a emigração de enfermeiros pode agravar diretamente a escassez em regiões que já são mal atendidas. Mesmo quando os que saem vêm de mercados de trabalho urbanos saturados, como a região Sudeste, eles representam profissionais que poderiam, em princípio, ser mobilizados para preencher lacunas em outras partes do país.

Embora o aumento exponencial do número de escolas de enfermagem não tenha resolvido as disparidades regionais em termos de mão de obra, principalmente devido à falta de um planejamento adequado, também suscitou preocupações quanto à qualidade da formação, em particular no que diz respeito aos programas oferecidos através da modalidade online. Ao mesmo tempo, o recrutamento internacional tende a atrair os profissionais mais qualificados, conforme declarado em uma entrevista:

“O que normalmente enviamos para o exterior é uma força de trabalho mais qualificada, capaz de ter sucesso nesses processos seletivos. Portanto, tendemos a exportar o que temos de melhor.”

(Representante da SGTES)

A dimensionamento inadequado da enfermagem nas instituições de saúde, caracterizada por uma alta proporção de enfermeiros por paciente, foi um tema recorrente nas entrevistas. A composição desproporcional do grupo de enfermagem também foi mencionada. De fato, os enfermeiros representam apenas um quarto do total dos profissionais da enfermagem, sendo que a maior proporção (mais de dois milhões de profissionais) é de técnicos de enfermagem, destacando a fragilidade do sistema. A migração desses profissionais qualificados causaria um impacto negativo ainda maior no ecossistema.

Além disso, a migração desses profissionais representa uma perda permanente de investimentos em formação financiados com recursos públicos e resulta em custos de oportunidade substanciais para o sistema de saúde.

Colômbia

Os entrevistados descreveram uma dupla perda: (a) o esgotamento de uma força de trabalho de enfermagem já escassa e desigualmente distribuída e (b) a perda de investimentos públicos no treinamento de profissionais altamente qualificados. Cerca de 5.500 enfermeiros se formam anualmente, mas muitos emigram logo após a formatura ou no meio da carreira, muitas vezes deixando áreas carentes completamente sem profissionais.

“Há municípios em Cundinamarca (a região onde Bogotá está localizada) onde não há um único profissional de enfermagem.”

(Líder da ANEC)

As condições de trabalho foram repetidamente citadas como o principal motivador da migração: terceirização, baixos salários, contratos precários e falta de reconhecimento em comparação com os dos médicos. Isso gera desânimo e leva à migração como uma estratégia de sobrevivência em vez de uma escolha de carreira.

“Os enfermeiros migram muito endividados, buscando dignidade e um salário justo.”

(Líder da ANEC)

Ambos os entrevistados enfatizaram os riscos e os custos suportados pelos migrantes, como grandes dívidas para cobrir as despesas de migração e a possibilidade de tratamento desigual no exterior, incluindo jornadas de trabalho mais longas ou salários mais baixos em comparação com a equipe local. A separação familiar e o estresse psicossocial também foram mencionados.

No nível do sistema, a migração enfraquece a capacidade dos hospitais e das universidades de manter uma equipe experiente, prejudica a continuidade do atendimento e pode exacerbar a dependência de enfermeiros auxiliares em vez de profissionais, especialmente em áreas rurais e dispersas. Isso prejudica o movimento declarado da Colômbia em direção a um modelo de saúde preventivo e voltado para a comunidade.



Na Colômbia, apenas 26 % dos médicos são especializados.

Capítulo 4

Lições e recomendações mais amplas

Brasil

Considerando que o Brasil carece de dados consistentes e confiáveis sobre a migração de profissionais de saúde para outros países, o representante da SGTES sugeriu que o ponto de partida para o Brasil seria melhorar a coleta de dados sobre a força de trabalho e identificar possíveis excedentes ou déficits. O Brasil está tomando medidas nesse sentido. O Ministério da Saúde está desenvolvendo um censo da força de trabalho da área da saúde (68), bem como um relatório sobre a demografia da enfermagem. Esses dados serão utilizados para o desenvolvimento de um plano decenal para a força de trabalho. Em julho de 2025, o Brasil, em parceria com a OPAS, realizou o Fórum Internacional sobre Recursos Humanos para a Saúde nas Américas. A discussão resultou em um consenso regional sobre a gestão ética e sustentável da migração dos profissionais de saúde e espera-se que sirva de base para um futuro roteiro sobre o tema (69).

Em relação às sugestões para futuras colaborações, todos os entrevistados manifestaram interesse em receber um pagamento de indenização do país de destino:

“O que esse país que está recrutando ele traz de contrapartida a um país [...] economicamente mais frágil que eles e que fez investimento na sua força de trabalho?”

(Representante da SGTES)

Um representante do COFEN acrescenta: “Acredito que a principal recomendação para um futuro acordo para os países que estão precisando dessa mão de obra é investir na formação das pessoas dos países que eles consideram recrutar. [...] a importância está na formação e nos acordos entre governo mesmo, para não haver qualquer impressão que está havendo exploração de um lado ou do outro.”

Embora a Alemanha procure recrutar enfermeiros apenas em países com um excedente declarado desses profissionais e enquadre isso na Estratégia Triple Win, os benefícios proporcionados aos países de origem (principalmente remessas e circulação de cérebros) não parecem compensar suas perdas (55).

“O governo alemão, desde o início, nos disse que estava preocupado em entender o impacto. Portanto, acredito que esses acordos entre governos também são importantes. Então, investimentos em formação e garantia de que as condições de trabalho lá serão de maneira bem adequada.”

(Representante do COFEN)

O Código de Prática Global da OMS recomenda que os países de destino apoiem os países de origem por meio de medidas como parcerias de treinamento e transferência de tecnologia (70). No contexto de um país como o Brasil, em que o treinamento de profissionais de saúde é altamente financiado por fundos públicos e o governo investe no desenvolvimento e na retenção da força de trabalho da área de saúde, apesar das restrições financeiras, o compensação por esse investimento precisa ser mais abrangente. Também é fundamental para o desenvolvimento e o sucesso de um acordo mutuamente benéfico promover o envolvimento das partes interessadas e fomentar discussões construtivas para entender melhor as necessidades e prioridades dos países de origem e de destino.

Colômbia

Ambos os entrevistados convergiram para a necessidade urgente de uma estratégia nacional e interministerial que coordene os Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Educação e do Trabalho para tratar da retenção da força de trabalho da saúde e do recrutamento internacional. Eles enfatizaram que, sem uma política unificada, a Colômbia está efetivamente “treinando para a exportação” em vez de desenvolver capacidade interna.

“A fragmentação do setor, incluindo os sindicatos dos profissionais de saúde, impede que isso se torne uma prioridade política.”

(Ex-funcionário do governo)

Uma das principais recomendações foi a negociação de acordos bilaterais genuínos com os países de destino. Esses acordos não devem apenas regulamentar os números de recrutamento, mas também incluir garantias aplicáveis às condições de trabalho no exterior, reconhecimento de qualificações e sistemas de monitoramento para proteger os direitos dos trabalhadores. Os entrevistados também enfatizaram a necessidade de compensação financeira por parte dos países receptores.

“A Alemanha e qualquer país que recruta profissionais de saúde deveriam pagar um imposto para financiar mais vagas de treinamento em universidades públicas.”

(Ex-funcionário do governo)

O líder da ANEC também apoiou essa declaração. Esse “imposto de treinamento” permitiria à Colômbia re-investir em sua força de trabalho na área da saúde e garantir que o investimento público na educação profissional beneficiasse o sistema nacional de saúde, em vez de subsidiar nações mais ricas.

Outra lição diz respeito ao fortalecimento de sindicatos e associações profissionais. Ambos os entrevistados contrastaram a cultura sindical fraca e fragmentada da Colômbia com a sindicalização obrigatória e a alavancagem institucional mais robusta do Brasil. O líder da ANEC observou que os profissionais de saúde da Colômbia en-

frentam perseguição e barreiras socioeconômicas para se organizarem, o que prejudica sua capacidade de influenciar políticas e negociar termos mais justos. A construção de poder coletivo, segundo eles, é fundamental para elevar a questão da migração na agenda política.

Por fim, ambos apelaram a melhorias nas condições de trabalho e na educação a nível nacional, para que a migração se torne uma escolha genuína e não um ato de desespero. Isso inclui acabar com a terceirização, aumentar os salários, criar um regime trabalhista especial para o setor da saúde, ou seja, um conjunto personalizado de regras de emprego, proteções e benefícios que reconheçam a carga de trabalho, os riscos e os requisitos de treinamento específicos do setor, e revisar os currículos universitários para que os enfermeiros se formem com as habilidades necessárias para defender seus direitos trabalhistas e negociar condições éticas antes de migrar.

“Sem alterar o sistema de trabalho dos profissionais de saúde, a Colômbia continuará a ‘treinar para exportar’ em vez de desenvolver a capacidade interna.”

(Ex-funcionário do governo e líder da ANEC)

Capítulo 5

Conclusão

Uma das principais limitações dessa análise comparativa é a disponibilidade desigual de informações entre os dois países. Enquanto as experiências do Brasil, especialmente por meio do Mais Médicos e das negociações do COFEN com a Alemanha, geraram algum grau de documentação pública, o acordo da Colômbia com a Alemanha permanece muito menos transparente. Essa visibilidade limitada parece resultar da ausência de processos formais de consulta, restrições de acesso público a documentos e uma falta geral de comunicação por parte das instituições envolvidas. Consequentemente, o caso colombiano contém menos detalhes, não porque a questão seja menos significativa, mas porque o acordo foi executado com transparência mínima e praticamente nenhum material disponível ao público. Essa escassez de informações é, por si só, uma descoberta importante: processos opacos prejudicam a obrigação de responsabilização, restringem a capacidade de monitorar os efeitos da política de desenvolvimento e enfraquecem a base de evidências na qual os formuladores de políticas se baseiam.

Em ambos os países, a comparação revela duas abordagens nitidamente diferentes, moldadas pela capacidade institucional, pelo contexto político e pelo envolvimento das principais partes interessadas. A trajetória do Brasil reflete programas mais estruturados e a participação visível de conselhos profissionais como o COFEN, que negociou diretamente com as autoridades alemãs e contribuiu para a estruturação das condições de recrutamento. A Colômbia, por outro lado, seguiu um caminho mais reativo e fragmentado, com associações profissionais totalmente excluídas das negociações e agências de recrutamento privadas desempenhando um papel dominante. A tradição brasileira de sindicalização e uma infraestrutura pública de treinamento mais forte conferem vantagem nas negociações de salvaguardas, enquanto a dependência da Colômbia de intermediários privados reduz a supervisão e aumenta a vulnerabilidade dos profissionais de saúde a condições precárias, apoio limitado e monitoramento desigual. Essas diferenças mostram como a força institucional e o diálogo social podem determinar se o recrutamento



internacional opera em uma estrutura ética e regulamentada ou em uma estrutura que intensifica as desigualdades trabalhistas existentes. Essa comparação também destaca uma lição política crucial: sem consulta, compensação, e proteções internas fortes, o recrutamento internacional pode aprofundar as desigualdades nos países de origem.

Além disso, a ausência do Brasil e da Colômbia na Lista de Salvaguarda da OMS não deve ser interpretada como evidência de que seus sistemas de saúde sejam resilientes ou tenham pessoal suficiente. Em vez disso, destaca as limitações dos indicadores globais em capturar desafios complexos, como austeridade fiscal, insegurança profissional, má distribuição interna e as crescentes pressões de recrutamento exercidas por países de alta renda que lidam com sua própria escassez de mão de obra. Ambos os países, portanto, permanecem em uma situação estruturalmente precária com relação à sustentabilidade de longo prazo de sua força de trabalho na área da saúde.

Uma descoberta central e transversal é a quase total falta de dados abrangentes, transparentes ou consistentes. Não há um sistema unificado de documentação: 1. o conteúdo e os termos dos acordos bilaterais com a Alemanha; 2. a verdadeira magnitude dos fluxos de emigração de enfermeiros; ou 3. os efeitos diretos e indiretos desses processos de recrutamento nos sistemas nacionais de saúde. A ausência de tais informações não é apenas uma lacuna técnica, mas uma barreira estrutural que impede a avaliação adequada, obscurece os riscos potenciais e bloqueia o desenvolvimento de respostas políticas baseadas em evidências. Isso também representa uma lacuna importante na literatura acadêmica e de políticas existente.

As evidências disponíveis tanto do Brasil quanto da Colômbia destacam uma realidade dura e incômoda: os países de destino não estão simplesmente atraindo talentos, mas efetivamente extraíndo profissionais de saúde escassos, formados com recursos públicos, de sistemas de saúde que já estão sobrecarregados. Essa perda sustentada exacerba as desigualdades geográficas, enfraquece os investimentos públicos e prejudica a soberania da saúde. As entrevistas realizadas como parte deste trabalho revelam um senso de urgência compartilhado: sem estratégias nacionais coordenadas, acordos internacionais transparentes e proteções aplicáveis aos profissionais de saúde mi-

grantes, o recrutamento internacional corre o risco de se tornar um formulário de extração institucionalizada que beneficia os países de alta renda às custas dos países de origem.

Tanto as diretrizes da OMS quanto os especialistas consultados enfatizam que os países de destino têm uma responsabilidade significativa de assegurar práticas de recrutamento éticas, garantir o tratamento justo dos trabalhadores migrantes e oferecer contrapartidas aos países de origem, cujos recursos e sistemas de educação são utilizados. As transferências financeiras para expandir a capacidade de formação, os investimentos em políticas de retenção, o apoio bilateral ao planejamento da força de trabalho e os mecanismos que facilitam a migração circular ou temporária não devem ser opcionais. Eles são componentes essenciais de uma força de trabalho de saúde global justa e sustentável. Somente por meio de medidas como essas é que a migração de profissionais de saúde pode evoluir de um modelo de fuga de cérebros para uma troca mutuamente benéfica que reforce, em vez de esgotar, os sistemas de saúde de ambos os lados.

Esses achados também apontam para recomendações claras. Em primeiro lugar, há uma necessidade premente de pesquisas rigorosas e sistemáticas sobre os efeitos da política de desenvolvimento do recrutamento internacional, especialmente o recrutamento que está ocorrendo atualmente entre países de alta renda, como a Alemanha, e países da América Latina. Compreender como esses processos afetam a prestação de serviços, a distribuição da força de trabalho e a resiliência do sistema de saúde a longo prazo é indispensável para o desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais efetivas. Em segundo lugar, tanto o Brasil quanto a Colômbia devem estabelecer sistemas transparentes e centralizados para rastrear acordos bilaterais, processos de recrutamento e fluxos de emigração. Sem isso, nem os governos nem as organizações internacionais podem avaliar com precisão os riscos, proteger os trabalhadores ou planejar o desenvolvimento sustentável da força de trabalho. Por fim, quaisquer acordos futuros devem incluir consultas com associações profissionais, mecanismos claros de responsabilização e proteções aplicáveis para garantir que o recrutamento contribua para as metas globais de saúde compartilhadas em vez de intensificar as desigualdades existentes.

Abreviações

ACOFAEN	Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem
CNTS	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (Central Única dos Trabalhadores)
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CORENs	Conselho Regional de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FENAPSI	Federação Nacional dos Psicólogos
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO	Normas internacionais do trabalho
OECD	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OTHS	Observatório da Força de Trabalho em Saúde da Colômbia
PAHO	Organização Panamericana de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PROUNI	Programa Universidade Para Todos
SENA	Serviço Nacional de Aprendizagem
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINPSISP	Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	Organização Mundial da Saúde

Referências

1. Statistisches Bundesamt. 2025 [cited 2025 Nov 28]. Basistabelle Ärztedichte. Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Aerzte.html + data from publication
2. Statista. 2025 [cited 2025 Nov 28]. Number of practicing nurses worldwide as of 2022, by country. Available from: <https://www.statista.com/statistics/283124/selected-countries-nurses-per-1-000-inhabitants/>
3. IBGE Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
4. Ortega F, Pele A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. *Lancet Reg Health – Am* [Internet]. 2023 Dec 1;28. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00205-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00205-3/fulltext)
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
6. Brasil. Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
7. Coube M, Nikoloski Z, Mrejen M, Mossialos E. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *Int J Equity Health*. 2023 Feb 2;22(1):25.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus/sus>
9. Scheffer M, Almeida C de J, Cassenote AJF, Dias IWH, Moreira JP de L, Sousa J, et al. Demografia Médica no Brasil 2025. Caetano M, editor. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. 446 p.
10. SEMESP. Mapa do Ensino Superior no Brasil, 12a edição [Internet]. São Paulo: SEMESP; 2022. Available from: <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2022/07/mapa-do-ensino-superior-2022-06-30.pdf>
11. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Enfermagem em Números – Cofen. Available from: <https://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros/>
12. DATASUS. CNES – Recursos Humanos – Profissionais – Indivíduos – segundo CBO 2002 – Brasil [Internet]. 2025. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?cnes/cnv/prido2br.def>
13. PAHO - Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde. Fotografia da enfermagem no Brasil. 2020 [cited 2025 Nov 21]. Fotografia da enfermagem no Brasil. Available from: <https://www.observatoriorh.org/pt/infografico-fotografia-da-enfermagem-no-brasil>
14. APS Redes. Fotografia da Enfermagem no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>
15. Aquino ÉCD, Guimarães RA, Pagotto DDP, Duarte JA, Silva Filho AID, Borges Júnior CV. Trends and spatial distribution of precarious work conditions for nurses in Brazil based on the type of employment bond. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2025;33:e4644.
16. Machado MH, De Oliveira E, Lemos W, De Lacerda WF, Filho WA, Wermelinger M, et al. MERCADO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: ASPECTOS GERAIS. *Enferm Em Foco*. 2016 Jan 27;7(ESP):35.
17. Oliveira JSAD, Pires DEPD, Alvarez ÂM, Sena RRD, Medeiros SMD, Andrade SRD. Trends in the job market of nurses in the view of managers. *Rev Bras Enferm*. 2018 Feb;71(1):148–55.
18. Junior JCG, Adilson Gomes De Campos, Marttem Costa De Santana, Rayssa Cristina Veiga Campos, Muniz AB, Da Silva Aguiar AGB, et al. ENFERMAGEM EM ÁREAS REMOTAS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO INTERIOR DA REGIÃO NORTE DO BRASIL. 2023 Jun 21 [cited 2025 Dec 8]; Available from: <https://zenodo.org/record/8062621>
19. Marinho GL, Queiroz MEVD. Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: estimativas com base em diferentes fontes de dados. *Trab Educ E Saúde*. 2023;21:e00916202.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação | IBGE [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>
21. Saúde M da. Demografia e mercado de trabalho em enfermagem no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. (Demografia da Enfermagem no Brasil 2025).
22. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Inep. 2024. Censo da Educação Superior. Available from: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/censo-da-educacao-superior>
23. Brasil. Decreto no 12.456, de 19 de maio de 2025 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2025/decreto/d12456.htm
24. Oliveira APC de, Ventura CAA, da Silva FV, Angotti H, Mendes IAC, de Souza KV, et al. State of Nursing in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 28:e3404.
25. Organización Panamericana de la Salud. La fuerza de trabajo en salud en las Américas – Datos e indicadores regionales [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2025 Jan. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/64275/9789275329702_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
26. Silva KL, de Sena RR, Tavares TS, Belga SMMF, Maas LWD. Migrant nurses in Brazil: demographic characteristics, migration flow and relationship with the training process. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Mar 28;24:e2686.

27. Mota NV y VP da, Ribeiro H. Emigration of Brazilian doctors to the United States of America. *Saúde E Soc.* 2019 Jul 1;28:286–96.
28. Scheffer MC, Cassenote AJF, Guilloux AGA, Dal Poz MR. Internal migration of physicians who graduated in Brazil between 1980 and 2014. *Hum Resour Health.* 2018 May 2;16(1):21.
29. Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS). Indicadores básicos de Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [Internet]. 2025. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx#:~:text=El%20Observatorio%20de%20Talento%20Humano%20en%20Salud%20-OTHS-%20Colombia-%20oes,el%20talento%20humano%20en%20Salud>.
30. World Bank. World Bank Data / Brazil [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://data.worldbank.org/?locations=BR-XT>
31. World Bank. World Bank Open Data. 2025 [cited 2025 Nov 21]. Current health expenditure (% of GDP). Available from: <https://data.worldbank.org>
32. Andrés García-Suaza, Carlos Felipe Holguín, Julieth Ríos, Paul Rodríguez-Lesmes, Bernardo Romero-Torres. labour. 2023 [cited 2025 Sep 22]. Radiografía del mercado laboral para los profesionales de la salud. Available from: <https://www.labourosario.com/post/radiografia-del-mercado-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud>
33. Pan American Health Organization. Perfil de País – Colombia | Salud en las Américas [Internet]. [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/colombia>
34. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Colombia Lanza el Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/colombia-lanza-el-plan-nacional-de-eliminacion-y-erradicacion-de-enfermedades-transmisibles.aspx>
35. Pan American Health Organization. Estrategia de Cooperación con el País 2024–2026 [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-con-pais-equidad-salud-para-vida-colombia-2024-2026>
36. Asociaciones y Organizaciones de Enfermería de Colombia. Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería. 2020 [cited 2025 Sep 22]. Política Nacional de Talento Humano en Enfermería en Colombia y Plan Estratégico 2020–2030 – Resignificando la profesión de Enfermería en Colombia. Available from: <https://www.acoen.org.co/index.php/eventos/politica-nacional-de-enfermeria-2020-2030>
37. Fehn AC, Alves TDSG, Poz MRD. Higher education privatization in Nursing in Brazil: profile, challenges and trends. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3417.
38. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2018 Jul. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
39. OECD. What Do We Know about Young People's Interest in Health Careers? [Internet]. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 Sep 22]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/what-do-we-know-about-young-people-s-interest-in-health-careers_002b3a39-en.html
40. OECD. Fewer young people want to become nurses in half of OECD countries [Internet]. 2024 May [cited 2025 Nov 21]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/fewer-young-people-want-to-become-nurses-in-half-of-oecd-countries_e6612040-en.html
41. World Health Organization. State of the World's Nursing 2025: Investing in Education, Jobs, Leadership and Service Delivery. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2025. 1 p.
42. World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet]. [cited 2025 Sep 21]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/3090/A63_R16-en.pdf?sequence=1
43. Barros ÉPD, Dueñas AB, Miranda R. CONDICIONES LABORALES DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD PÚBLICA.
44. Cesar Augusto Castiblanco Montañez. Condiciones sociales y económicas de la enfermería y relación con la formación, permanencia y migración. Revisión de alcance. Universidad del Rosario [Internet]. 2024; Available from: <https://repository.urosario.edu.co/bitstreams/d1ee0916-412d-40ad-a745-f274368fbc1f/download>
45. Vega-Muñoz A, González-Gómez-del-Miño P, Contreras-Barraza N. The Determinants of Brain Drain and the Role of Citizenship in Skilled Migration. *Soc Sci.* 2025 Feb 24;14(3):132.
46. Noticias UNAL. Periódico UNAL – Migración de enfermeros colombianos a Alemania, un fenómeno que va en aumento [Internet]. [cited 2024 Dec 19]. Available from: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/migracion-de-enfermeros-colombianos-a-alemania-un-fenomeno-que-va-en-aumento>
47. Consultor Salud. Nueva alianza estratégica para facilitar la migración de enfermeras colombianas hacia Alemania. 2024 May 6 [cited 2025 Sep 22]; Available from: <https://consultorsalud.com/alianza-migracion-enfermeras-colombia-alemania/>
48. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ACOFAEN. Pronunciamiento de la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ACOFAEN. [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://acofaen.org.co/2025/03/27/pronunciamiento-de-la-asociacion-colombiana-de-facultades-y-es-cuelas-de-enfermeria-acofaen/>
49. World Health Organization, OECD. Bilateral Agreements on Health Worker Migration and Mobility: Maximizing Health System Benefits and Safeguarding Health Workforce Rights and Welfare Through Fair and Ethical International Recruitment. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.

50. Peña-Alfaro BS, Torres Díaz NV, Peña-Alfaro BS, Torres Díaz NV. Intention, Motivations, and Barriers to Emigration of Nursing Students in Colombia. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Sep 22];42(3). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=So120-53072024000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
51. World Health Organization. WHO Health Workforce Support and Safeguards List 2023. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2023. 1 p.
52. OECD. Health at a Glance 2025: Colombia. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 Nov 21]. Health at a Glance 2025: Colombia. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/colombia_971e6076-en.html
53. Brasil. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 [Internet]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
54. Brasil. Ministério da Saúde. Com mais de 18,5 mil profissionais, Mais Médicos bate recorde histórico seis meses após a retomada do programa. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/com-mais-de-18-5-mil-profissionais-mais-medicos-bate-recorde-historico-seis-meses-apos-a-retomada-do-programa>
55. Phillips D, Augustin E. Thousands of Cuban doctors leave Brazil after Bolsonaro's win. *The Guardian* [Internet]. 2018 Nov 23; Available from: <https://www.theguardian.com/global-development/2018/nov/23/brazil-fears-it-cant-fill-abrupt-vacancies-after-cuban-doctors-withdraw>
56. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PA, Comes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017 Feb 1;95(2):103–12.
57. Oliveira JPA, Pacheco C, Taves FAQ, Barbosa JMV, Santos LMP. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trab Educ E Saúde* [Internet]. 2024;22. Available from: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DC-5fcN5YD3hVsQzZ8dCMH5g/?lang=pt>
58. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. 2022. Cofen firma acordo de cooperação técnica com a Alemanha. Available from: <https://www.cofen.gov.br/cofen-firma-acordo-de-cooperacao-tecnica-com-a-alemanha/>
59. Toyin-Thomas P, Ikhurionan P, Omoyibo EE, Iwegim C, Ukueku AO, Okpere J, et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970–2022: a systematic review. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2023 May 8;8(5). Available from: <https://gh.bmj.com/content/8/5/eo12338>
60. Leitão CA, Salvador GL de O, Idowu BM, Dako F. Drivers of Global Health Care Worker Migration. *J Am Coll Radiol*. 2024 Aug 1;21(8):1188–93.
61. Afshari A, Masoumi SZ, Borzou SR, Safdari A, Khazaei A. Prioritizing drivers of nursing migration: a summative content analysis of influential factors. *BMC Nurs*. 2025 Jun 3;24(1):632.
62. Soares SSS, Lisboa MTL, Queiroz ABA, Silva KG, Leite JCR de AP, Souza NVD de O. Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. *Esc Anna Nery*. 2021;25:e20200380.
63. Souza NVD de O, Gonçalves FG de A, Pires A da S, David HMSL. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. *Rev Bras Enferm*. 2017;70:912–9.
64. FNE, CNTS, SINPSI SP, FENAPSI, CNTSS. Public Services International. 2023. Entidades brasileiras criticam programa de recrutamento alemão que não garante direitos aos profissionais da enfermagem. Available from: <https://publicservices.international/resources/news/entidades-brasileiras-criticam-programa-de-recrutamento-alemo-que-no-garante-direitos-aos-profissionais-da-enfermagem?id=14259&lang=pt>
65. Uchôa M. Conversa com o Presidente [Internet]. 2023. (05.12.2023). Available from: https://www.youtube.com/watch?v=ysxJtJv1_8U
66. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. 2024. MTE discute retomada de recrutamento de enfermeiros brasileiros para a Alemanha. Available from: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2024/Dezembro/mte-discute-retomada-de-recrutamento-de-enfermeiros-brasileiros-para-a-alemanha>
67. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Comunidades Brasileiras no Exterior – Estatísticas 2023. Available from: <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/porta-consular/comunidades-brasileiras-no-exterior-estatisticas-2023>
68. Hanrieder T, Janauschek L. The 'ethical recruitment' of international nurses: Germany's liberal health worker extractivism. *Rev Int Polit Econ*. 2025 Jul 4;32(4):1164–88.
69. Pan American Health Organization. Countries of the Americas move toward a joint approach to manage health workforce migration amid growing shortages – PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2025. Available from: <https://www.paho.org/en/news/25-7-2025-countries-americas-move-toward-joint-approach-manage-health-workforce-migration-amid>
70. World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet]. 2010. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32>

Todos os hiperlinks foram verificados pela última vez em 18 de dezembro de 2025.

Brot für die Welt
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Telephone +49 30 65211 0
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de