

Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica

The More Doctors Program and Family and Community Medicine residencies: articulated strategies of expansion and interiorization of medical education (abstract: p. 14)

Programa Más Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica y llevarla al interior del Estado (resumen: p. 14)

Danyella da Silva Barrêto^(a)

<dany_barreto@yahoo.com.br>



Alexandre José de Melo Neto^(b)

*halemao_jp@hotmail.com>



Alexandre Medeiros de Figueiredo^(c)

<potiguar77@yahoo.com.br>



Juliana Sampaio^(d)

<julianasmp@hotmail.com>



Luciano Bezerra Gomes^(e)

<lucianobgomes@gmail.com>



Ricardo de Sousa Soares^(f)

<ricardosousasoares@gmail.com>



^(a, b, c, d, e, f) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/no, Castelo Branco III. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-085.

O objetivo do estudo é relatar e analisar o efeito do Programa Mais Médicos (PMM) na expansão de programas de residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), a partir das estratégias desenvolvidas na Paraíba. Realizou-se sistematização da experiência por meio de roda de conversa e análise documental. A partir da articulação dos atores locais integrada às políticas nacionais de expansão da RMFC, desenvolveram-se um conjunto de estratégias (parcerias entre instituições de ensino superior e secretarias de saúde, oficinas estaduais da RMFC, apoio institucional de municípios, articulação entre os programas de provimento do governo federal, residências regionais, complementação de bolsa, entre outros) que resultaram na interiorização da residência e em uma taxa de expansão e ocupação superior à média nacional. Essa experiência apresentou inovações e avanços na formação de generalistas e na integração ensino-serviço, com o conseqüente fortalecimento da Atenção Básica (AB).

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Programa Mais Médicos. Administração de recursos humanos em saúde. Internato e residência.

Introdução

O Brasil tem apostado em um modelo assistencial baseado em redes de atenção ordenadas pela AB, em uma perspectiva muito semelhante a de diversos países do mundo¹. Nos últimos anos, algumas medidas – como implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF); aumento de financiamentos e mecanismos de avaliação; e indução para a melhoria da qualidade – foram implementadas, ampliando a cobertura assistencial e garantindo melhora dos indicadores de saúde².

Apesar desses resultados, percebe-se ainda fragilidades tanto no acesso quanto na qualidade da AB brasileira, tendo especial destaque a crítica de uma baixa resolatividade. Quanto ao acesso, um dos limitadores da expansão da AB brasileira foi o déficit quantitativo de médicos, principalmente nos locais com piores índices de desenvolvimento humano, contrapondo-se, portanto, ao princípio da equidade³. Outro aspecto relevante é o pequeno número de médicos com perfil e qualificação para atuar na AB: os médicos de família e comunidade representam aproximadamente 1,2% dos médicos brasileiros e 5% dos médicos que trabalham na AB⁴.

Nas últimas décadas, os Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC) implementaram iniciativas para estimular a formação de generalistas, bem como ampliar as atividades formativas na AB. Dentre essas iniciativas, podemos destacar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab)⁵.

O Pró-Residência foi criado em 2009 e teve como objetivo apoiar a formação de especialistas em regiões desprovidas e especialidades prioritárias para o SUS⁶. Esse programa teve grande impacto na criação de vagas e na redução das iniquidades regionais na distribuição de vagas de residência⁶.

O Provab foi criado pelo MS em 2012, com o objetivo de estimular o profissional de saúde para a atuar na ESF e, para isso, o MS ofereceu uma bolsa de estudo-trabalho e suporte pedagógico por meio de uma especialização a distância e de supervisão presencial⁷. Além disso, o programa oferecia uma bonificação de 10% na nota das provas de seleção de residência, sendo este o seu elemento mais atacado por ferir uma concepção meritocrática. Contudo, ambos os programas tiveram impacto limitado na procura pela formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC)⁷.

A preocupação com a lacuna entre a quantidade de equipes de saúde da família – cerca de 34 mil em 2013 – e a existência de apenas 3.250 MFC no país⁸ demonstram uma disparidade entre as necessidades sociais e a capacidade de formação de especialistas. Em relação às necessidades futuras, ao avaliar a taxa de ocupação e o número de vagas de residência existentes em 2012, observa-se que a taxa anual de formação de novos médicos de família seria inferior a trezentos médicos por ano. Esse quantitativo era insuficiente para atender às necessidades que estavam previstas no plano nacional de saúde (2012-2015), que previa uma expansão anual de 1325 novas equipes de Saúde da Família⁹.

A partir do PMM, foram implementadas iniciativas no campo da formação médica, gerando impactos diretos nos programas de RMFC. A Lei 12.871/2013, que criou o programa, objetiva a universalização do acesso à residência médica e a necessidade de realização de um a dois anos do programa de RMFC como pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência^{3,10}.

Nessa mesma direção, foram definidas estratégias de fortalecimento da preceptorial e de indução de integração entre a graduação e a RMFC, estimulando a participação das escolas médicas no processo de expansão da residência. Para o fortalecimento da preceptorial, destaca-se a criação do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os programas de RMFC, que possibilitou um financiamento específico para a preceptorial¹¹. No campo da indução da integração entre a graduação e a residência, vários instrumentos normativos relacionados ao processo de autorização e avaliação das escolas médicas induziram a abertura de vagas de RMFC e outras especialidades prioritárias. Dessa forma, todas as escolas foram incentivadas a credenciar novos programas de RMFC ou ampliar as vagas nos programas existentes.

Essas normativas definiam também que as novas escolas médicas privadas deveriam criar, ao longo dos seis anos iniciais de funcionamento, um número de vagas de RMFC equivalente ao número de vagas de ingresso no processo de autorização do curso¹². O objetivo dessa associação foi garantir a qualidade dos programas de residência e induzir o processo de interiorização e fixação médica, uma vez que estudos demonstram que o potencial de fixação médica era potencializado quando se realizava a graduação e residência na mesma região^{13,14}.

As alterações legais propostas e o papel atribuído à RMFC no novo cenário gerou a necessidade de reorganização nos programas de RMFC; e definição do escopo da especialidade médica e das competências esperadas para o médico de família¹⁵ levando em conta a realidade da AB no Brasil. Também foi importante o fortalecimento do papel do residente como componente da equipe na ESF, possível desde portarias do MS de 2012 com novo impulso para a reorganização dessa formação, na perspectiva da educação pelo trabalho¹⁶.

Após quatro anos de implementação desse programa, torna-se fundamental a análise dessa iniciativa e de suas perspectivas futuras, em um contexto de cortes de investimentos no setor saúde, principalmente na AB. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar e analisar os efeitos do PMM na expansão das RMFC, a partir das experiências vividas no estado da Paraíba.

Metodologia

Trata-se de uma sistematização de experiência¹⁷, na qual os atores/pesquisadores colocam suas próprias práticas em análise. A presente sistematização se debruça sobre o processo de expansão da residência em MFC, analisando-a a partir das experiências vividas por professores/pesquisadores do Departamento de Promoção da Saúde (DPS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Estes estão implicados diretamente na formação de médicos no estado e desenvolvem atividades vinculadas ao Provac, PMM, RMFC e à graduação de Medicina.

Para esta sistematização, utilizaram-se abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas. Foi realizada uma roda de conversa com nove professores/pesquisadores para a discussão/análise das experiências, conduzida sem roteiro estruturado e mediada coletivamente por seus participantes, que discorreram livremente sobre suas experiências, produzindo coletivamente a análise do vivido¹⁸. O registro da roda se deu em ato, a partir de anotações individuais, consolidadas em um relatório coletivo, que foi socializado em uma ferramenta de comunicação virtual assíncrona, na qual os atores

mantiveram a conversação. Todas as narrativas foram analisadas a partir da identificação dos núcleos de sentidos produzidos pelos atores que estruturaram as linhas de análise e definiram as seções do presente artigo¹⁹.

Foi ainda realizada análise documental dos relatórios de atividades desenvolvidas por esses atores no âmbito do Provac, PMM e das portarias do Governo Federal publicadas entre 2012 e 2017 que versaram sobre a formação médica e documentos relacionados à RMFC publicados entre 2010 e 2017. Os relatórios foram disponibilizados pela Coordenação dos Programas na Paraíba e as portarias foram acessadas na página virtual do MS. Sobre tais documentos, desenvolveu-se estudo de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico²⁰. Após definição do material, realizou-se uma leitura exploratória, seguida de leituras seletiva, analítica e interpretativa. As primeiras leituras visaram selecionar materiais relacionados às questões de pesquisa, enquanto as leituras seguintes visavam construir sínteses capazes de contribuir para a compreensão do objeto em estudo²¹.

Na abordagem quantitativa, foi realizada análise de dados coletados de bases secundárias referentes ao ano de 2010 a 2017. Os números de vagas de residência no país foram obtidos a partir de dados da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) disponibilizados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC). As informações relativas ao estado da Paraíba foram coletadas por meio dos extratos de atos autorizativos da CNRM e de informações fornecidas pelas Comissões de Residência Médica (Coreme).

Para a análise, foram consideradas todas as vagas credenciadas para residentes de primeiro ano. Os dados relativos à ocupação das vagas e ao modelo de organização das RMFC foram coletados diretamente com os supervisores dos programas e com as Coremes, sendo os dados nacionais disponibilizados pela SBMFC. Foram consideradas como ocupadas as vagas que estavam preenchidas até o fim do primeiro mês no primeiro ano de residência.

Os dados referentes ao número de equipes da ESF têm como fonte os dados do portal do Departamento de AB do MS. Os dados referentes ao Provac e à atuação da residência foram retirados dos relatórios do programa registrados pela coordenação local entre 2012 e 2017. Os registros foram tabulados e passaram por etapa descritiva, que permitiu a elaboração de dados absolutos e relativos, os quais foram apresentados na forma de tabelas, gráficos e figuras, que permitiram a compreensão dos aspectos quantitativos relacionados à distribuição das vagas de residência no estado.

Resultados

O processo de expansão da RMFC na Paraíba teve algumas peculiaridades porque foi compreendido como uma oportunidade de qualificar a AB do estado e transformá-la em um local de formação de médicos especialistas, conferindo à RMFC um caráter troncular²². Esse entendimento de alguns atores envolvidos se deu porque, em 2014, cerca de um terço das equipes do estado dependiam do eixo provimento do PMM para manter médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diante disso e da limitação temporal do provimento de médicos por meio do PMM, a Paraíba precisaria estar preparada para compor sua rede com médicos qualificados e sensíveis à AB ao término do programa. Para alcançar esse objetivo, um conjunto de atores baseou-se nas políticas

nacionais de indução, como o Pró-Residência e normativas de indução de integração da graduação com os programas de RMFC para construir um processo estadual de formação de médicos voltados para a AB.

Inicialmente, definiu-se como meta a busca de substituição gradativa das vagas do Provac por vagas em programas de RMFC. Em um contexto de valorização da AB, inclusive no seu papel ordenador da rede²², poderia se apostar mais fortemente na RMFC assumindo um papel decisivo na consolidação do SUS. Observa-se na tabela 1 que essas ações foram exitosas e que atualmente mais de 10% das equipes da ESF do estado estão vinculadas à RMFC.

Tabela 1 – Evolução do número e percentual de equipes da Estratégia Saúde da Família com médicos vinculados ao Provac e a Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2012 a 2017, Paraíba.

Ano	Número de equipes do Provac	Número de equipes com RMFC	Percentual equipes da ESF com Provac (%)	Percentual equipes da ESF com RMFC (%)
2012	5	15	0,40%	1,20%
2013	182	23	14,50%	1,80%
2014	169	26	13,50%	2,10%
2015	100	22	8,00%	1,80%
2016	35	58	2,80%	4,60%
2017	13	140	1,00%	11,20%

A singularidade da Paraíba pode ser explicada por uma série de pactuações para a construção de uma rede local que articula diversos atores e instituições. Dessa forma, o processo de expansão das residências na Paraíba se caracterizou por uma grande integração entre as instituições de ensino e secretarias de saúde, interiorização das vagas da residência, diálogo entre diversas residências do estado, atuação de diversos atores do Provac/PMM e sensibilização permanente dos gestores por meio das suas instituições representativas. Faremos a seguir um relato de algumas ações e apresentaremos alguns resultados alcançados, comparando-os com dados nacionais de ocupação de vagas.

Construção da expansão na Paraíba: novos atores e encontros para a produção de uma rede de formação

Com o PMM, novos atores passam atuar de uma forma estruturada para viabilizar e consolidar o programa por meio da Comissão Coordenadora Estadual (CCE) do Programa Mais Médicos, que em sua composição mínima é formada por representação do MS, da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e representação das instituições supervisoras que na Paraíba eram instituições de ensino superior (IES) federais²³. Na Paraíba, a CCE contou ainda com representação do MEC, por se considerar a relevância desse ator em uma política intersetorial cujo eixo formativo é um dos eixos estruturantes do PMM.

A partir de 2015, a CCE passa a ter um papel fundamental no processo de discussão da ampliação e interiorização da RMFC e tem entre suas atribuições orientar seus trabalhos para a Política Nacional de Atenção Básica, promover a articulação com

Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e promover Fóruns de Educação Permanente em Saúde²³, o que deixa claro seu caráter articulador no debate da qualificação da AB e na integração ensino-serviço.

Compreendendo seu potencial articulador entre diversas instituições que tinham interesse em qualificar a AB da Paraíba, a CCE inicia o debate entre os atores. Foram construídas várias frentes de atuação com o objetivo de sensibilizar os gestores municipais e as IES para aderirem, qualificarem e ampliarem a residência, assim como fortalecer os dispositivos para melhorar a ocupação das vagas ociosas da RMFC.

Foi nesse contexto que a CCE da Paraíba lançou mão de alguns dispositivos: 1. articulação com a SES para debater sobre o caminho da RMFC dentro do estado; 2. apresentação da residência médica para o Cosems; 3. participação em reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR); 4. realização de oficinas estaduais para fomentar o debate sobre o eixo formativo com gestores e IES; 5. realização de diagnóstico sobre a rede de serviços necessários para a implantação de RMFC; 6. aproveitamento da estrutura de matriciamento dos municípios do Provab; 7. reunião de aproximação dos supervisores e tutores do Provab e PMM para debater residência e o papel do supervisor nesse processo; e 8. o diálogo permanente com as referências descentralizadas do MS, devido ao conhecimento e à aproximação desses atores com os municípios desde a criação do programa. A seguir, detalharemos as principais ações para melhor compreensão do processo vivido e sua relevância para a articulação de processos em rede.

Articulação entre IES e gestores do SUS: unindo os pontos da rede

Para a construção de um processo que tivesse legitimidade política local, a CCE promoveu espaços de diálogos com diferentes gestores e IES locais. Uma importante característica desses espaços foi terem sido promovidos em parceria com a SES e com o Cosems. Foram realizados eventos com o objetivo de debater o eixo formativo, apresentando a RMFC como estratégia central no processo de qualificação da AB. Foram articulados para esses diálogos a coordenação do Provab, tutores do PMM, supervisores de ambos os programas, referências descentralizadas do MS e MEC, integrantes da CCE, gestores, coordenadores de cursos de Medicina, secretários de saúde, SES, presidentes das CIR-PB e do Cosems, representante de Coremes, coordenadores das RMFC e Centro Formador do Estado.

Foram realizadas três oficinas, a partir das quais a CCE pôde colocar em pauta o debate sobre a construção e consolidação de residências municipais, modelos pedagógicos e estratégias de qualificação da AB e de fixação de profissionais a partir da residência.

Essas oficinas produziram a troca de experiências entre vários programas de RMFC do estado. Foram compartilhadas dificuldades, muitas vezes semelhantes, iniciativas positivas e perspectivas conjuntas de qualificação da rede de saúde e integração entre os programas. Também foram articuladas junto com o Cosems estratégias importantes a serem implementadas no estado, tais como a criação de incentivos municipais e leis que embasassem a complementação da bolsa de residentes e o pagamento de preceptor e de experiências de integração ensino-serviço, envolvendo graduação e residência.

Esses encontros permitiram o (re)conhecimento dos atores, o que foi fundamental para a construção de pertencimento a uma rede estadual de formação em RMFC. Como resultado, foi elaborado um plano de ação que apontava para: 1. a permanente integração entre as residências do estado e os gestores do SUS, a partir do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes); 2. a elaboração de uma agenda de debates nas CIR e Comissões Intergestores Bipartite (CIB), para que os municípios pudessem conhecer e participar da construção das residências; 3. a criação de estratégias das IES e municípios que já têm residência para ampliar vagas e aumentar a ocupação das vagas ociosas; 4. apoio/suporte do Proav para as residências que estavam fragilizadas e não conseguiam ocupar vagas.

Realização de diagnóstico sobre a rede de serviços necessários para a implantação de RMFC

Foi realizado um levantamento das redes de saúde dentro do estado pela coordenação de AB da SES e do MS. A CCE classificou os 223 municípios da Paraíba em “potencial para residência regional”, “potencial em ter residência municipal”, “potencial para expandir ou qualificar a residência” e “município não prioritário” para a priorização do debate sobre a residência no período de seis meses. Para esse diagnóstico, foi levado em conta o histórico de participação do município no programa, capacidade de acolher os residentes nos estágios obrigatórios para uma residência ser aprovada, estrutura da rede, processo de organização da AB, existência de profissionais com perfil para a preceptoria, capacidade de articulação entre os municípios da região e existência de cursos de graduação ou de campos de práticas na área da saúde. Esse processo permitiu reconhecer os municípios e regiões com potencial para atividades de integração ensino-serviço, conforme preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)²⁴.

Em sequência, durante um ano, componentes da CCE participaram de reuniões que envolveram 76 municípios com potencial em ter residência regional ou municipal. Além disso, a representante da residência regional de Patos (que teve início em 2016 com o desafio de alocar 36 residentes nos pequenos municípios do estado) articulou municípios de quatro microrregiões de saúde para pactuação de campos de residência. Ambos os movimentos contribuíram para que os municípios conhecessem a proposta da RMFC e para que fosse desencadeado um processo pioneiro no estado de interiorização da RMFC em locais onde não há instituições de ensino médico.

Apoio institucional aos municípios

Apesar das iniciativas desencadeadas pela CCE em âmbito estadual e dos dispositivos regulatórios serem fundamentais, uma parte significativa das estratégias se constitui de mecanismos indutores e se desenvolve em um contexto de autonomia dos atores locais. Pensando nisso, estabeleceu-se um processo de apoio institucional para os municípios prioritários. Partiu-se da aposta do apoio como um dispositivo de gestão do trabalho que tem por suporte a produção compartilhada de conhecimentos²⁵. A proposta foi ir ao encontro dos municípios, identificar suas potencialidades e

dificuldades e, junto com eles, construir estratégias para o fortalecimento da rede de formação em RMFC.

Para tanto, os supervisores do Provac, inicialmente em conjunto com as referências descentralizadas do MS que já tinham conhecimento prévio da região, realizaram visitas mensais a tais municípios estratégicos. Por ser uma produção do encontro entre os atores, o apoio aconteceu de formas diferentes, a depender do município e/ou região. Assim, houve participação em reuniões de CIR e realização de visitas a unidades de saúde que pudessem ter residência, além de apresentação de propostas/modelos de projeto de programas de RMFC de base regional e das normativas e trâmites para pleitear um programa de residência ou fazer parceria com algum programa já existente. Os municípios que decidiram pela criação de um programa próprio tiveram o suporte para todo o processo de organização do projeto pedagógico e submissão do pedido à CNRM. Vale destacar que a elaboração dos projetos pedagógicos foi realizada a partir de reuniões entre os diversos gestores e os supervisores do Provac e tinham uma perspectiva de atuar como dispositivo de estruturação da formação de profissionais para a AB e do fortalecimento das redes de atenção regional.

Esse processo envolveu seis das 16 microrregiões de saúde da Paraíba, com cem municípios, apoiando diretamente o pleito de um programa na segunda microrregião, com quatro vagas, e o envolvimento de outras duas microrregiões como campos de estágio.

Os primeiros olhares sobre as repercussões estaduais do processo de indução nacional e local

Diante de todo esse processo, a construção da RMFC na Paraíba se diferencia da nacional pela alta taxa de ocupação e um aumento importante de municípios que ofertam vagas de residência, que caracterizou o processo de interiorização das RMFC no estado. Em 2010, apenas dois municípios ofertavam vagas de residência, e ainda assim com dificuldades na ocupação. Pode-se observar que em 2017 tem-se uma redistribuição de residentes nas quatro macrorregiões, em 24 municípios do estado (figura 1), o que demonstra um processo de interiorização da residência como estimulado pela política nacional.

Além da interiorização, algo inovador foi o despertar dos municípios de pequeno, médio e grande porte para participarem do processo formativo dos médicos. A partir desse despertar, a RMFC entrou na pauta de discussão das CIR; alguns municípios abriram-se para ser campos de estágio de outros programas, fortalecendo a parceria das IES com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS); uma região de saúde enviou projeto que foi aprovado e diversos municípios ficaram sensibilizados para construir projetos regionais.

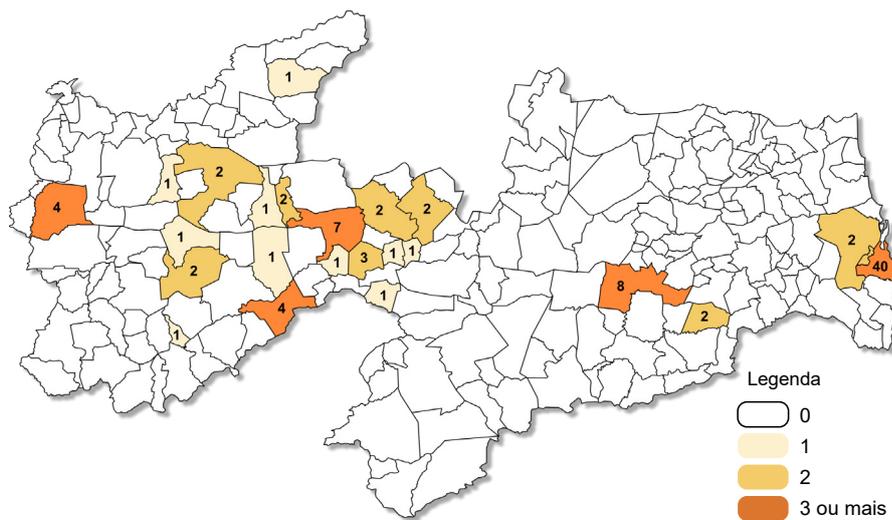


Figura 1 – Distribuição de R1 em MFC por município, Paraíba, 2017.

Por outro lado, onde já existia a RMFC, houve uma qualificação das relações institucionais. Essas parcerias entre IES e SMS resultaram em: criação de colegiados gestores, aumento da resolutividade e ampliação do escopo de práticas na AB, contratação de preceptores e pagamento de complementação de bolsas aos residentes. Pela diversidade territorial, os contratos se deram de formas diferentes: os preceptores em algumas residências eram contratados quarenta horas pelo município como médico da AB e alocados para a função de preceptores responsáveis por dois a quatro residentes, enquanto outros eram contratados pela própria IES. A complementação da bolsa do residente era realizada de três formas: o município pagava em formato de bolsa por meio de portaria municipal, ou como prestação de serviços ou ainda eram médicos concursados da AB que já tinham vínculo estatutário e realizavam a residência na sua UBS, mantendo salário acrescido da bolsa do MS. Cabe ressaltar que vários municípios discutem e estão formulando leis de complementação de bolsa tanto para residentes quanto para preceptores.

Outro aspecto relevante foi a percepção do impacto positivo dessas ações na qualificação do ensino na graduação, em virtude da ampliação das possibilidades de preceptoria e qualificação dos cenários de prática na AB, tanto para o primeiros anos do curso quanto para o internato, pois as unidades mais bem avaliadas eram aquelas nas quais os internos acompanhavam os residentes. Pensando nessa integração ensino-serviço que qualifica ambos, um dos cursos de Medicina no sertão paraibano criou uma residência regional com 36 vagas anuais, envolvendo diversos municípios, por acreditar que, para terem um curso qualificado, precisariam qualificar primeiro a rede de serviços.

Por fim, analisando de uma forma mais quantitativa o resultado geral das intervenções no estado, o gráfico 1 mostra uma grande expansão das vagas de RMFC, com o aumento de mais de dez vezes entre os anos de 2010 e 2017. Já a taxa de ocupação dos programas, atualmente, é de 87%, sendo 2,5 vezes maior do que a taxa nacional. A taxa de ocupação variou ao longo do período e apresentava uma tendência de queda entre 2013 e 2015, quando houve uma reversão desse processo, com o

retorno aos patamares anteriores no mesmo momento em que se fortaleciam estratégias nacionais de ocupação de vagas e realizavam-se as estratégias estaduais de tornar a AB paraibana um centro formador. A nível nacional, como pode ser visto no gráfico 2, entre 2010 e 2017 houve um aumento de 4,5 vezes no número de vagas, com uma baixa taxa de ocupação das vagas, de apenas 35%, mostrando um problema crônico, apesar das medidas nacionais de indução. Ao comparar os dados nacionais e do estado da Paraíba, observa-se uma maior efetividade no processo de expansão e ocupação das residências. Esse desempenho está relacionado a mecanismos de integração ensino-serviço e à atuação sinérgica entre os gestores do SUS e a IES, gerando movimentos singulares, conforme estabelecido pela PNEPS.

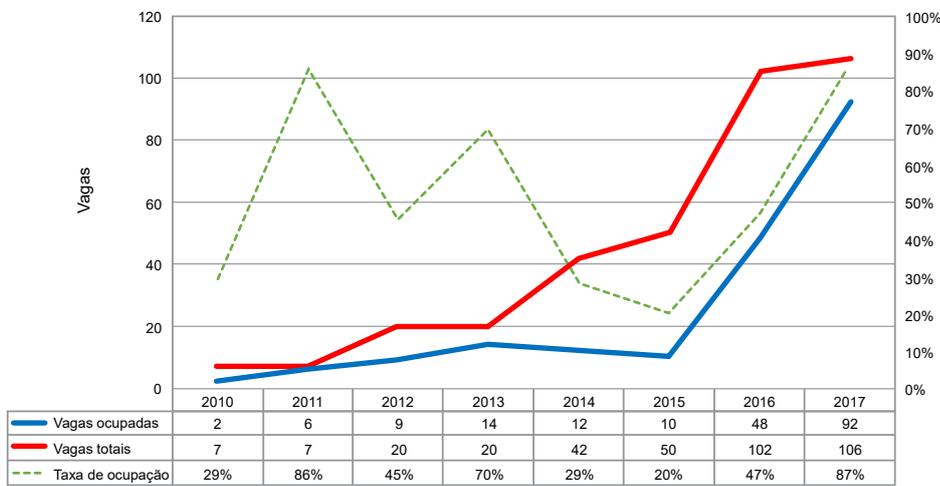


Gráfico 1 – Evolução no número total de vagas, vagas ocupadas em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e taxa de ocupação, 2010 a 2017, Paraíba.

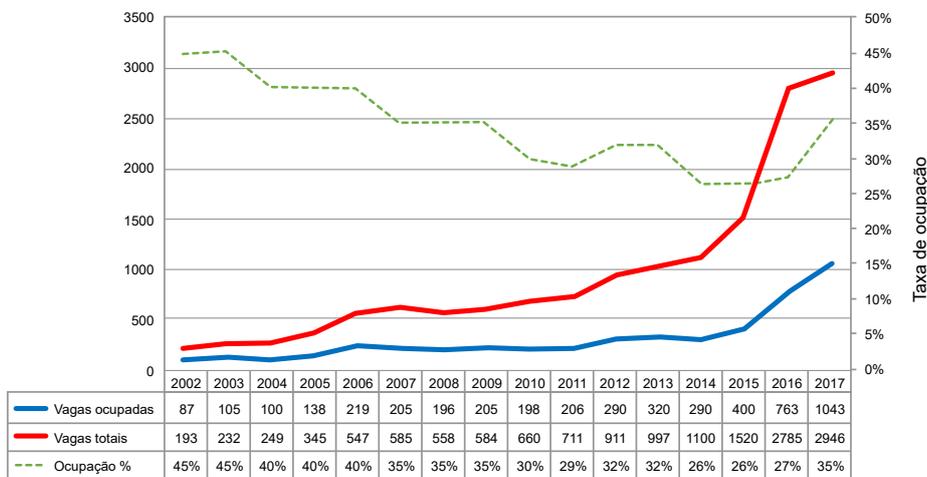


Gráfico 2 – Evolução no número total de vagas, vagas ocupadas em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e taxa de ocupação, 2002 a 2017, Brasil.

Considerações finais

O processo de expansão e ocupação das RMFC na Paraíba tem resultados positivos e melhores do que a média nacional. A combinação de políticas federais de gestão do trabalho e da educação na saúde; e de expansão da AB, com a atuação sinérgica no âmbito locorregional, propiciaram uma série de inovações voltadas para o fortalecimento da integração ensino-serviço e da construção de espaços conjuntos de planejamento e gestão entre instituições de ensino e gestores locais do SUS.

Em resumo, percebe-se, portanto, que uma política que em muitos locais se restringiu ao provimento de médicos, na Paraíba, consolidou-se como uma estratégia de indução na formação de profissionais, articulando os vários atores do SUS para a construção dessa rede de formação e assistência adequadas às necessidades da população paraibana.

Além disso, o desenvolvimento dos programas regionais de residência e a sua organização a partir da CIR evidenciam o grande potencial da integração ensino-serviço para o fortalecimento do processo de regionalização e do próprio SUS. Apontam também para a possibilidade de um maior protagonismo dos gestores de municípios de todos os portes populacionais em compor uma rede de formação de especialistas em MFC, o que pode ser essencial em um país continental e composto por cidades de pequeno e médio porte que, em geral, têm necessidades diferentes dos municípios de maior porte.

Outro ponto importante é que iniciativas municipais de fomento à preceptoria e de complementação de bolsas podem melhorar as taxas de ocupação dos programas, sendo, entretanto, importante pensar também em dispositivos de fixação desses profissionais após a conclusão da residência. Cabe ressaltar que no estado a complementação de bolsas não envolveu o terceiro setor e se dá exclusivamente pelo município, o que pode ser um potencial nos debates para a criação de leis municipais para consolidar essa política.

A efetivação dessas estratégias, principalmente no seu aspecto regulatório, pode equiparar o Brasil e outros países em que a proporção de vagas de MFC corresponde a mais de 30% das vagas da residência, ao mesmo tempo que possibilitaria o provimento, a longo prazo, de médicos qualificados para atuação no âmbito da AB.

O intenso debate a partir do início do PMM demonstra, por outro lado, que para o estado exercer o seu papel de ordenador da formação de trabalhadores é necessário também disputar conceitos já instituídos na sociedade atual e, entre eles, o de mérito, agregando ao conceito existente a lógica do compromisso e responsabilidade social com a população brasileira e, conseqüentemente, com a consolidação do SUS. Além disso, é preciso ressignificar o papel dos gestores do SUS e das IES e estabelecer novos mecanismos de gestão e de diálogo entre todos os atores que participam da formação médica.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Todo o conteúdo deste artigo, exceto onde identificado, está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):783-94.
2. Costa JSD, Teixeira AMFB, Moraes M, Boing AF, Strauch ES, Silveira DS, et al. Redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2):359-66.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Pérez PB, López-Valcárcel BG, Vega RS. Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas em Brasil: proyecciones a 2020; 2011. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2012.
5. Dias HSA, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
6. Alessio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
7. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
8. Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de Setembro de 2015. Institui, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília. Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2013.
12. Brasil. Secretaria de Regulação do Ensino Superior, Ministério da Educação. Edital nº 6/2014/SERES/MEC. Edital de seleção de propostas para autorização de funcionamento de cursos de medicina em municípios selecionados no âmbito do edital nº 03, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União*. 23 dez 2014.



13. Seixas PHDA, Correa AN, Moraes JC. *Migramed - Migração médica no Brasil: tendências e motivações*. São Paulo: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo; 2014.
14. Adler B, Biggs WS, Bazemore AW. State patterns in medical school expansion, 2000-2010: variation, discord and policy priorities. *Acad Med*. 2013; 88:1849-54.
15. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 1/2015. Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.147, de 28 de Dezembro de 2012. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Holliday OJ. Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias. In: Seminario ASOCAM; 2001; Cochabamba. Cochabamba: Intercooperation; 2001.
18. Bernardes JS, Santos RAS, Silva LB. A Roda de Conversa como dispositivo ético-político na pesquisa social. In: Lang CE, Bernardes JS, Ribeiro MAT, Zanotti SV, organizadores. *Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas*. Maceió: EDUFAL; 2015. p. 13-34.
19. Spink MJ. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000.
20. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 1999.
21. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2002.
22. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:14-29.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.921, de 28 de Novembro de 2013. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.



The aim of this study is to report and analyze the effect of the More Doctors Program on the expansion of Family Medicine Residency (FMR), based on the strategies developed in Paraíba. A systematization of the experience was carried out by means of a conversation wheel, plus documentary analysis. A set of strategies (partnerships between Higher Education Institutions and Health Secretariats, state FMR workshops, institutional support of municipalities, articulation between the programs of provision of the federal government, regional residences, complementation of scholarship, among others) that resulted in new programs of FMR in interior of the state and a rate of expansion and occupation higher than the national average. This experience presented innovations and advances in the formation of generalists and in the teaching-service integration, with the consequent strengthening of Primary Care.

Keywords: Primary healthcare. More Doctors Program. Health personal management. Internship and residency.

El objetivo del estudio es relatar y analizar el efecto del Programa Más Médicos en la expansión de programas de Residencia de Medicina de Familia y Comunidad (RMFC), a partir de las estrategias desarrolladas en el Estado de Paraíba. Se realizó la sistematización de la experiencia por medio de una ronda de conversaciones y análisis documental. A partir de la articulación de los actores locales, integrada a las políticas nacionales de expansión de la RMFC, se desarrolló un conjunto de estrategias (alianzas entre Instituciones de Enseñanza Superior y Secretarías de Salud, talleres estatales de la RMFC, apoyo institucional de municipios, articulación entre los programas de provisión del gobierno federal, residencias regionales, complementación de bolsa, entre otros) que resultaron en llevar la residencia al interior del estado y en un índice de expansión y ocupación superior al promedio nacional. Esta experiencia presentó innovaciones y avances en la formación de generalistas y en la integración enseñanza-servicio, con el consiguiente fortalecimiento de la Atención Básica.

Palabras-clave: Atención primaria de la salud. Programa Más Médicos. Administración de recursos humanos en salud. Internado y residencia.

Submetido em 20/01/18.

Aprovado em 08/10/18.