

O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade

The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine (abstract: p. 16)

El Programa Más Médicos y la reorganización de la formación de residencia médica con enfoque en Medicina de Familia y Comunidad (resumen: p. 16)

Felipe Proença de Oliveira^(a)

<proenco@ccm.ufpb.br> 

Cássia de Andrade Araújo^(b)

<cassia.araujo@fiocruz.br> 

Odete Messa Torres^(c)

<odete.torres@unb.br> 

Alexandre Medeiros de Figueiredo^(d)

<potiguar77@gmail.com> 

Priscilla Azevedo Souza^(e)

<priscilla.souza@saude.gov.br> 

Francisco Arsego de Oliveira^(f)

<farsego@hcpu.edu.br> 

(continua p. 13)

^{a, d)} Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Jardim Universitário, s/no, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900.

^{b)} Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Drogas. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, DF, Brasil.

^{c)} Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

^{e)} Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

^{f)} Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

^{g)} Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em 2013 para enfrentar problemáticas como a insuficiência e má distribuição de médicos e o perfil de formação inadequado às necessidades da população. Entre os seus eixos está a mudança da formação médica, incluindo a reordenação e ampliação da residência, propondo uma vaga para cada egresso dos cursos de Medicina. Neste artigo, propõe-se uma reflexão sobre quais elementos foram decisivos na formulação e implementação das mudanças na residência médica pelo PMM. Identificam-se: melhor distribuição de vagas de residência entre as regiões do país; diversificação de estratégias para universalização do acesso à residência médica; regulação das vagas de residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade; e qualificação da preceptoria. Na conclusão são apontados desafios enfrentados pelo esforço institucional necessário de manter as ações do PMM visando regular a residência e expandir ações para mais profissões.

Palavras-chave: Atenção básica. Educação médica. Residência médica. Programa Mais Médicos.

Introdução

A formação de especialistas por meio de programas de residência médica tem sido considerada o padrão-ouro em todo o mundo. Por outro lado, a discussão sobre as alternativas para superar a falta de médicos e a sua má-distribuição geográfica tem se intensificado em diversos países, apontando para a necessidade de mudanças profundas que exigem planejamento a longo prazo¹.

A residência médica no Brasil tem seus primeiros programas descritos na década de 1940, mas passa a ser reconhecida mediante lei de 1981². Apesar do longo período de existência, da posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de iniciativas de mudança na formação em saúde, sempre houve uma grande dificuldade em estabelecer uma política pública que garantisse uma formação de especialistas adequada às necessidades em saúde da população^{3,4}.

Um dos marcos de mudança nesse cenário foi o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), criado em 2009 por iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC)⁵, com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. Desde o início, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) apresentava-se como especialidade prioritária. O programa ampliou o financiamento de bolsas pelo MS, tornando-o um dos principais mantenedores em nível nacional⁴. A expansão ocorreu notadamente nas regiões que possuíam menor oferta de programas de residência, sendo as regiões Nordeste e Norte as que apresentaram o maior aumento proporcional da oferta de vagas de residência⁶. Outro marco importante é o Decreto Presidencial nº 7.562 de 2011, que determina que instituições e os programas de residência médica (PRM) considerem a necessidade de médicos especialistas segundo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS⁴.

Apesar do processo de expansão proporcionado pelo Pró-Residência, ainda persistiam déficits significativos, especialmente na Medicina de Família e Comunidade. Em 2013, existiam cerca de 3.250 médicos de família, o que representava menos de 1% dos médicos do país⁷, sendo este número muito inferior aos 40% preconizados pela Organização Mundial de Saúde, considerando as mais de 34 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) existentes na época⁶. Esse déficit de médicos apresentava-se como limitador da expansão da ESF, em um contexto de valorização da Atenção Básica (AB), inclusive na perspectiva de ordenação da rede de atenção à saúde⁸. Além da insuficiência de especialistas, a expansão de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) promovida pelo Pró-Residência mostrava-se insuficiente, o que se agravava com altos índices de vagas não ocupadas^{6,9}.

Nesse contexto, o PMM, criado em 2013, apresenta duas proposições no âmbito da formação de especialistas: a garantia de universalização do acesso à residência médica, de modo a alcançar a oferta de vagas de acesso direto equivalente ao número de egressos da graduação em Medicina; e a necessidade de realização de um a dois anos de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) como pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência médica, tornando a Medicina de Família e Comunidade (MFC) uma especialidade troncular na formação de especialistas¹⁰. Combinando essas duas estratégias, o PMM tem como meta criar 12.400 vagas para a universalização da residência, prioritariamente em MFC².

A combinação de políticas federais de gestão do trabalho, da educação na saúde e de expansão da Atenção Básica com diversas iniciativas, principalmente no âmbito municipal, vem propiciando um momento ímpar para a RMFC^{2,4,11}. A efetivação dessas estratégias, principalmente no seu âmbito regulatório, pode equiparar o Brasil a outros países em que a proporção de vagas de RMFC corresponde a mais de 30% das vagas de residência no país¹²⁻¹⁴, ao mesmo tempo que possibilitaria o provimento, a longo prazo, de médicos qualificados para atuação no âmbito da Atenção Básica⁴.

O que se propõe aqui é fazer uma reflexão sobre quais elementos foram decisivos na formulação e implementação das mudanças na residência médica pelo PMM.

Metodologia

Neste artigo, são analisadas as proposições declaradas oficialmente como objetivos do eixo formação médica, no âmbito da residência médica, do PMM^{4,10,15,16} buscando-se responder a questionamentos como: quais as principais proposições do PMM no âmbito da residência médica? O PMM conseguiu efetivar uma ampliação da residência médica maior do que nos períodos anteriores, com o objetivo da universalização? Quais estratégias foram utilizadas para viabilizar a ampliação dos PRM? Como o programa buscou priorizar a RMFC? As mudanças são sustentáveis ou possibilitam a retomada dessa estratégia no futuro?

Para tanto, foi realizada uma análise documental retrospectiva com base nas normativas disponíveis (leis, decretos, portarias e resoluções), bem como relatórios técnicos de oficinas e momentos de formulação e execução do PMM. Um elemento importante para a análise foi o Relatório da Oficina de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade¹⁷, documento elaborado pelo MS em evento realizado em julho de 2015.

Configura-se, portanto, como um estudo documental no qual, além da análise de normativas, realizou-se uma revisão não sistemática nas bases Pubmed e SciELO com os termos “Programa Mais Médicos”, “Mais Médicos” e “Residência” a partir de 2013, ano de criação do PMM. Nessa busca foram encontrados 17 artigos, sendo selecionados seis que estavam mais diretamente relacionados ao PMM. Percebeu-se a pouca disponibilidade de referências sobre o tema, sendo que o material encontrado falava sobre experiência de programas de residência (principalmente de iniciativa municipal) e problematizava as ações de regulação de médicos especialistas no Brasil.

A partir desses documentos, busca-se identificar evidências de mudanças produzidas em indicadores que poderiam descrever o programa utilizando referenciais e diretrizes metodológicas do campo de estudos da análise de políticas^{18,19}, bem como elementos que foram importantes para compreender a elaboração e as repercussões do PMM na residência médica.

Foi realizada análise das bases de dados do Departamento de Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), da Secretaria de Educação Superior (Sesu) do MEC, incluindo o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica (SisC-NRM), e do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, incluindo o Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGResidências). Os dados referentes às bolsas financiadas pelo Pró-Residência pelo MS possuem atualização até 2015. Os demais, que incluem o número total de vagas

autorizadas pela Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNRM) por estado e a ocupação de vagas de RMFC, possuem atualização do início de 2016 e de 2017, respectivamente. Os dados de população tem como fonte Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foi realizada análise descritiva dos dados com produção de tabelas, gráficos e mapas em Microsoft Excel.

Com base nisso, foram criadas as seguintes categorias: construção do projeto de mudanças no âmbito da lei do Mais Médicos; a escolha da MFC como especialidade prioritária no contexto do MM; trajetória de implantação da proposta de universalização das residências médicas; expansão da residência e ocupação de vagas de RMFC; experiências já existentes e *expertise* acumulada na formação de preceptores.

Resultados e discussão

Construção do projeto de mudanças no âmbito da lei do Mais Médicos

O lançamento da Medida Provisória (MP) nº 621 em 2013 gerou uma série de debates sobre a formação médica. Assim, o capítulo da Formação Médica na conversão da MP para a lei do PMM foi o que mais sofreu alterações, conforme estudo realizado das emendas parlamentares²⁰. Uma das mais significativas foi a eliminação dos trechos referentes à criação de um Segundo Ciclo na formação médica envolvendo treinamento em serviço na AB, com duração mínima de dois anos.

Desse modo, manteve-se a duração do curso de Medicina, mas foi disposta uma importante mudança para a formação do especialista, com inserção na MFC e uma meta de universalização da residência com oferta de vagas para todos os concluintes da graduação, a ser implantada progressivamente até 2018. Esse modelo, conforme publicação do MS⁴, foi inspirado no percurso formativo de outros países com sistemas universais de saúde nos quais há vagas de residência para todos os médicos que concluem a graduação^{13,14,21}.

Essa perspectiva dialoga com a necessidade de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nestes⁸. O PMM estabeleceu, por meio de decreto presidencial previsto na Lei nº 12.871, o Cadastro Nacional de Especialistas, que tem como objetivo reunir informações relacionadas aos profissionais médicos para subsidiar o MS e o MEC na parametrização de ações de Saúde Pública e de formação em Saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional.

A publicação do decreto acirrou o debate com as entidades médicas, que, entre outros argumentos, sustentavam que ocorreria uma deterioração na qualidade da formação de especialistas no Brasil²². Como o decreto basicamente regulamenta um cadastro dos especialistas no país, analisa-se que é possível que o principal temor das entidades fosse o teor regulatório das disposições para a residência, já que o PMM trouxe mecanismos para vincular a formação médica com as necessidades do SUS⁶.

Considera-se que este segue sendo um debate fundamental para discorrer sobre o modelo de formação de especialistas necessário para o Brasil. A resistência de alguns setores, mais notadamente das entidades médicas (que compõem metade dos assentos

da CNRM), em entender a necessidade de expansão das vagas de residência, tem gerado dificuldade em atingir as metas do programa, especialmente a referente à universalização da residência e à viabilização da MFC como especialidade prioritária. Nota-se que houve uma mudança no discurso das entidades médicas, que se voltou para uma alegada perda de qualidade da residência com o PMM a partir do momento em que perderam o debate público sobre a vinda de médicos estrangeiros²³.

Cabe, ainda, ressaltar que as disposições para a formação são entendidas enquanto iniciativas fundamentais para tratar da necessidade de médicos no Brasil a longo prazo⁴, incluindo a meta de chegar a 2,6 médicos por mil habitantes em 2026. O processo de expansão de vagas de graduação e residência do PMM tem como objetivo formar médicos para substituir as ações de provimento com médicos estrangeiros. Esse planejamento levou, inclusive, à denominação do eixo de provimento como emergencial.

Com base nesse planejamento, foi iniciada uma diminuição do número de ingressos no provimento por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) a partir de 2015, com o redirecionamento de sua supervisão para estimular a criação de vagas de RMFC²⁴, e foi publicada a resolução nº 2 de 2015 da CNRM, na qual o egresso de RMFC passou a ter pontuação adicional de 10% para ingresso em outros programas de residência. Além disso, a Programação Anual de Saúde de 2016 estabeleceu metas mais expressivas de aumento da residência, sem incluir metas de aumento de provimento. Esperava-se, assim, contar cada vez mais com preceptores, residentes e egressos da RMFC nas ESF e menos com médicos recrutados por edital do PMM.

Escolha da MFC como especialidade prioritária no contexto do PMM

Analisando o processo de definição da RMFC como especialidade prioritária, pode-se identificar no contexto alguns elementos que exerceram influência para o tema da AB se tornar uma agenda de governo. É possível remontar sua origem no modelo de atenção implantado na Inglaterra a partir de 1920, com o Relatório Dawson. Em 1978 a Organização Mundial da Saúde realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Essa conferência apontou para a organização da atenção primária enquanto condição para o alcance do maior nível de saúde da população²⁵.

No Brasil, a AB instituiu-se a partir da implantação dos primeiros centros de saúde em 1924 e da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) na década de 1940, voltado às áreas de extração da borracha, de maior relevância econômica, ampliando-se nas décadas de 1950 e 1960 para outras regiões do país. Outros programas pontuais seguem, até que em 1988 a Constituição Federal (CF) aponta para as diretrizes que orientam a AB em seu texto constitucional^{26,27} e, a partir de então, destaca-se a criação do Programa de Saúde da Família em 1994, constituindo-se em estratégia principal para reorganizar os sistemas municipais de saúde com ênfase na reorganização da atenção à saúde, além do enfoque nas famílias e comunidades e na integração da atenção com a promoção da saúde²⁸.

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, foi aprovada como diretriz que todas as famílias e todas as pessoas tivessem assegurado o direito a uma ESF. O Plano Nacional de Saúde 2012/2015 do MS apontava como estratégia fundamental

a organização do sistema de saúde baseado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que devem ser ordenadas pela AB. Assim, a expansão e a qualificação da AB, organizada pela Estratégia de Saúde da Família, fazem parte do conjunto de prioridades apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa modalidade de atenção orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Entende-se que a necessidade de formar médicos que estejam bem preparados para atuar na AB é uma prerrogativa para a consolidação do modelo de atenção proposto para o SUS. Assim, fundamentado no artigo 200 da CF, que confere ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, o PMM definiu a MFC como especialidade central na formação dos especialistas do país, de modo que os médicos sejam formados em uma especialidade que os prepara para a prática do cuidado integral e humanizado, com a capacidade de compreensão do contexto pessoal, familiar e comunitário dos cidadãos. Sabe-se ainda que a presença de especialistas e de processos formativos nos serviços de AB melhora o cuidado com a população e a sua satisfação com o serviço²⁸. Estudo recente aponta para uma maior redução de Internações por causas sensíveis à atenção primária em equipes com médicos especialistas em MFC²⁹.

A janela de oportunidade apresentou um conjunto de condições favoráveis, como a entrada de novos temas nas agendas governamentais e de decisão, que acontece quando os fluxos de problemas, de soluções e políticos se convergem³⁰. Destaca-se que, para essa proposta, além do momento político favorável às mudanças, da pressão e mobilização de grupos pela necessidade de médicos e fortalecimento da AB, os avanços garantidos pela ampliação da AB em indicadores de saúde, a viabilidade técnica e o orçamento, enquanto instrumento influenciador e coordenador de políticas, foram fundamentais para a viabilização do plano de governo nas fases de formulação e tomada de decisão.

Trajetória de implantação da proposta de universalização das residências médicas

Considerando a necessidade de criação de um número importante de novas vagas de RMFC, foram pensadas estratégias diversificadas que foram debatidas com os gestores nas três esferas do SUS e com programas de gestão municipal de experiência exitosa na gestão de programas de RMFC. Fruto do debate entre esses atores, foram propostas estratégias em três âmbitos: expansão de vagas pelas instituições de ensino superior (IES) em parceria com municípios; expansão de vagas de RMFC pelos gestores municipais, estaduais e escolas de Saúde Pública; e criação de vagas no Programa Nacional de RMFC¹⁷.

A expansão de vagas pelas IES (criadas antes e após o PMM) junto com os municípios era tida como estratégia prioritária e abrangia diversos estímulos, como: financiamento de bolsas para as instituições; mudanças nos critérios de avaliação das instituições para induzir a criação de vagas de residência para todos egressos, com pelo menos 70% de RMFC; obrigatoriedade de criação de vagas de RMFC para os novos cursos de Medicina privados selecionados por edital; e portaria de incentivo financeiro de estrutura e custeio para as IES que criarem ou ampliarem vagas de residência.

A expansão de vagas de RMFC pelos gestores municipais, estaduais e escolas de Saúde Pública tinha diversos incentivos, tais como bolsa do residente paga pelo MS, financiamento da ESF criada com residente, formação de gestores de programas de residência, formação de preceptores de programas de residência (com concessão de bolsa) e mecanismos de fixação do profissional ao término da residência.

Já a criação de vagas no Programa Nacional de RMFC (que foi desenvolvido pelo Grupo Hospitalar Conceição em parceria com o MS) partia da definição de municípios onde a vaga do PMM se transformaria em programa de residência, com o supervisor desempenhando apoio em educação a distância ao preceptor local, que desenvolve atividades presencialmente. Esse programa exigiu a criação de uma normativa nacional específica, representando uma estratégia inédita, respaldada pela CNRM, ao possibilitar o desenvolvimento da residência em outros estados além dos que sediavam a RMFC como apoio da gestão local.

Destaca-se nesse cenário o lançamento de edital do Pró-Residência específico para PRMFC e a criação do Plano Nacional de Formação de Preceptores (PNFP) para os PRMFC como medidas para subsidiar essas três estratégias².

Outro marco para a RMFC é a Resolução nº 1 de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que regulamenta os requisitos mínimos para os programas de RMFC. Ela foi debatida e formulada pela Câmara Técnica de Atenção Básica, espaço específico para pensar a formação na AB criado na CNRM em 2014 e constituído por diversas representações de instituições de ensino, trabalhadores e gestores do SUS. Essa resolução estabeleceu quais competências são essenciais para a formação na MFC e dispôs sobre parâmetros que consideravam a realidade da AB no Brasil e a necessidade de expansão da RMFC.

Apesar dos esforços de universalização das vagas, avalia-se que a CNRM não avançou no formato de regulamentação dos programas de residência médica para os quais a RMFC seria pré-requisito de ingresso, nem determinou qual o tempo necessário para ingressar em outras especialidades⁵. Tal lacuna regulatória limita avanços na formação de especialistas médicos em todas as áreas, orientados pela AB, para atuação nas redes de atenção à saúde, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS³¹.

Expansão da residência e ocupação de vagas de RMFC

No início de 2013, ano de criação do PMM, já ocorreram modificações no Pró-Residência como o incentivo à expansão de vagas por meio do pagamento de bolsas para vagas pré-existentes de residência médica financiadas por outras fontes pagadoras, situação na qual, a cada duas novas vagas criadas pela instituição, uma vaga já existente passava a ser financiada pelo MS⁴. Outra iniciativa foi a Portaria nº 1.248/2013³², que definiu incentivos para custeio, reforma e ampliação de serviços das Redes de Atenção à Saúde dos PRMFC, contemplando 22 instituições públicas estaduais, municipais e distrital, bem como hospitais privados sem fins lucrativos e 13 instituições federais vinculadas ao MEC.

O processo de expansão do financiamento de bolsas de RMFC pelo Pró-Residência foi intensificado após a criação do PMM. A figura 1 demonstra que, entre 2010 e 2015, houve a criação de 1.213 bolsas financiadas na especialidade, sendo 634 vagas (52,3%) apenas nos últimos dois anos. O maior número de vagas criadas foi em 2015, sendo

produto da publicação dos resultados de dois editais de concessão de bolsas pelo MS, um deles exclusivo aos programas interessados na abertura de vagas de RMFC.

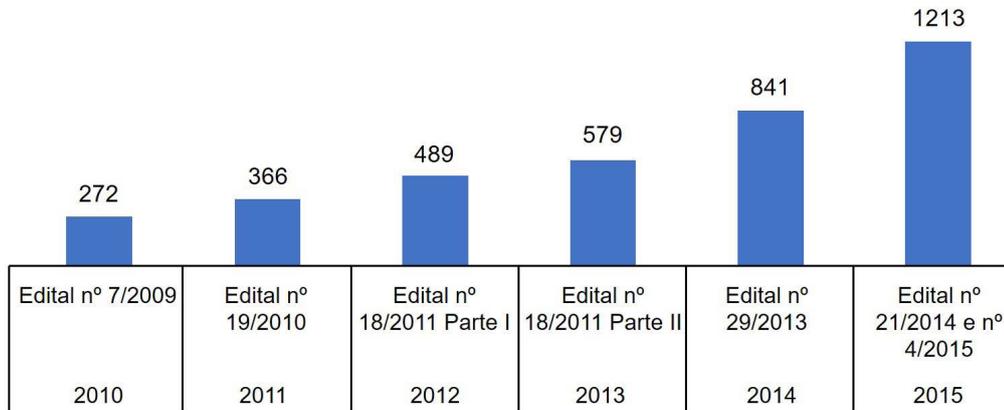


Figura 1. Cumulativo de bolsas de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade financiadas pelo Pró-Residência/MS, 2010-2015, Brasil.

Fonte: DEPREPS, 2015.

Com esses esforços, o MS passou a ter papel ainda mais decisivo no financiamento da residência médica e viabilizou a criação de vagas em especialidades e em regiões que antes careciam dessa oferta de formação.

Analisando na tabela 1 as vagas autorizadas por estado, no período de 2013 a 2015, é possível verificar que as regiões Nordeste e Norte, que apresentam déficits históricos de vagas, obtiveram um bom percentual de crescimento da relação vaga de residência por cem mil habitantes após a criação do PMM. As regiões Sul e Sudeste, polos de formação de especialistas para o país⁶, obtiveram um aumento de 34% e 26%, respectivamente. O Centro-Oeste, apesar de ter tido um aumento inferior às demais regiões, expandiu em 15% suas vagas nesse período. Estados com baixa relação vagas de residência por habitante – como Tocantins (103%), Rondônia (93%), Espírito Santo (86%), Piauí (80%), Sergipe (65%), Maranhão (64%) e Paraíba (63%) – apresentaram crescimento superior a 50% nessa relação, conforme destacado na figura 2. Tais dados demonstram que as medidas adotadas no período para indução da formação de especialistas no Brasil têm atingido regiões prioritárias.

Dados disponíveis no SisCNRM até o primeiro semestre de 2016 demonstram que, a partir da implantação do PMM, as ações de fomento à residência induziram a abertura de um total de 6,7 mil vagas autorizadas pela CNRM, representando uma taxa anual de abertura de mais de 2.200 vagas ao ano. Uma quantidade importante, mas que não atinge a meta estabelecida pela Lei¹⁰. Salienta-se que o planejamento para a expansão de vagas de residência previa um aumento progressivo da taxa de crescimento anual, até atingir a criação de 12.400 vagas em 2018, considerando que, para uma expansão com qualidade, era necessário nos primeiros anos formar preceptores, fortalecer parcerias com a rede de serviços e envolver gestores do SUS, fazendo assim com que o ritmo de crescimento esperado fosse superior nos anos subsequentes.

Tabela 1. Vagas de residência e relação vaga de residência por 100.000 habitantes, por unidade da federação e macrorregião do Brasil, 2013 e 2015.

Região/UF	Vagas de residência		Relação vaga de residência por 100.000 habitantes	
	2013	2015	2013	2015
Acre	47	52	6,05	6,47
Amazonas	188	221	4,94	5,61
Amapá	34	37	4,63	4,83
Pará	221	300	2,76	3,66
Rondônia	36	71	2,08	4,02
Roraima	42	46	8,61	9,10
Tocantins	37	77	2,50	5,08
Norte	605	804	3,56	4,59
Alagoas	106	141	3,21	4,22
Bahia	587	839	3,90	5,52
Ceará	551	613	6,28	6,88
Maranhão	87	145	1,28	2,10
Paraíba	140	231	3,58	5,82
Pernambuco	637	801	6,92	8,57
Piauí	63	114	1,98	3,56
Rio Grande do Norte	156	194	4,62	5,64
Sergipe	83	140	3,78	6,24
Nordeste	2410	3218	4,32	5,69
Distrito Federal	551	598	19,75	20,52
Goiás	293	380	4,55	5,75
Mato Grosso do Sul	187	217	7,23	8,18
Mato Grosso	111	153	3,49	4,69
Centro-Oeste	1142	1348	7,62	8,73
Espírito Santo	160	304	4,17	7,74
Minas Gerais	1625	2224	7,89	10,66
Rio de Janeiro	2106	2379	12,87	14,37
São Paulo	5340	6945	12,23	15,64
Sudeste	9231	11852	10,93	13,82
Paraná	887	1215	8,07	10,88
Rio Grande do Sul	1233	1619	11,04	14,39
Santa Catarina	411	605	6,20	8,87
Sul	2531	3439	8,79	11,77
Total	15919	20661	7,92	10,10

Fonte: DDES e DEPREPS, 2015.

Considera-se ainda que, com essas ações, torna-se possível vislumbrar a universalização de vagas de residência médica para os egressos da graduação. Com a universalização das vagas, a Lei¹⁰ normatiza que todos os médicos que ingressam na residência cursarão pelo menos um ano de RMFC, mantendo-se uma possibilidade com pequeno quantitativo de vagas para se inserir em outras nove especialidades de acesso direto – Genética Médica; Medicina do Trabalho; Medicina do Tráfego; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia e Radiologia.

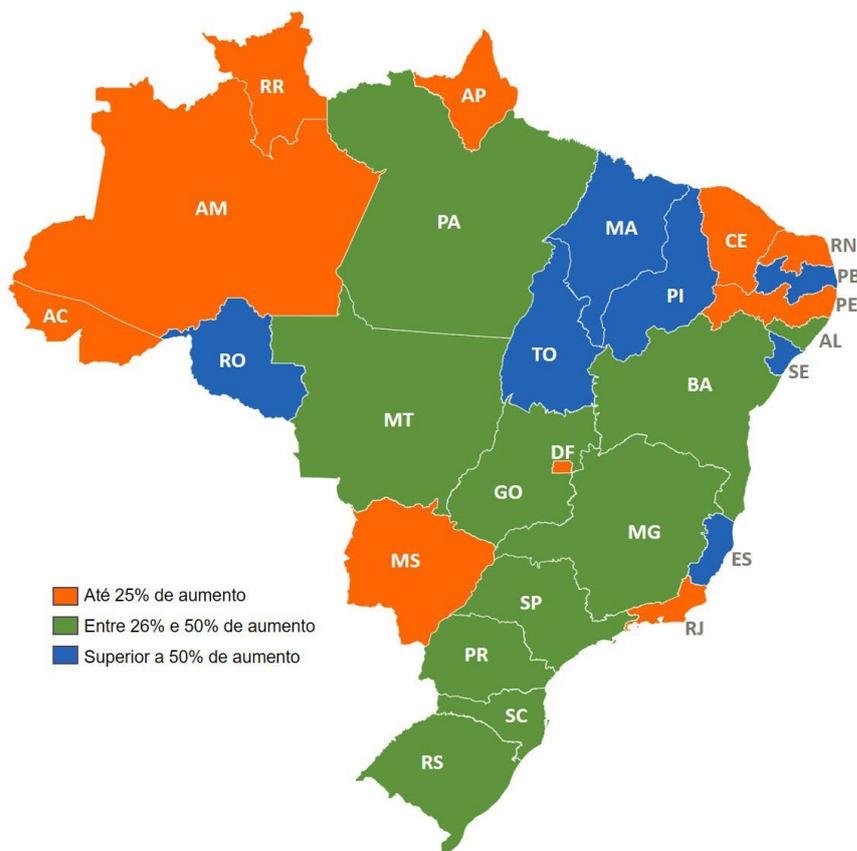


Figura 2. Percentual de crescimento da relação vagas de residência por 100.000 habitantes entre 2013 e 2015.

Fonte: DDES e DEPREPS, 2015.

No que se refere à ocupação de vagas em RMFC, conforme Figura 3, o número de residentes no ano de 2017 era 11 vezes maior do que em 2002, mas ainda muito abaixo da necessidade de especialistas em MFC no país. Além do desafio da expansão de vagas de RMFC, havia ainda uma preocupação quanto à ocupação dessas vagas pelos egressos de Medicina. A taxa média de ocupação durante o período foi de 34,6% e apresentava uma tendência de queda, chegando a 26,1% em 2014. Entende-se que a ociosidade é motivada por diversos fatores, entre eles a própria necessidade de mudança curricular dos cursos de Medicina que ainda tem pouca vivência na AB. Mesmo assim, a ociosidade não é entendida como um motivo para limitar a expansão, considerando a possibilidade de preenchimento das vagas em curto espaço de tempo à medida que forem implantadas as medidas regulatórias e ocorra a expansão da graduação, conforme parece ocorrer a partir de 2017 com um aumento na taxa de ocupação aos patamares habituais e a existência de 1.043 residentes, número 36,7% maior do que 2016.

Um estudo interno realizado em 2014 pelo DEPREPS com vinte programas de RMFC apontou alguns fatores que poderiam influenciar a ocupação das vagas da especialidade no Brasil, sendo eles: a complementação da bolsa federal por parte dos estados e municípios; a vinculação com instituição formadora; a estruturação da rede de serviços de saúde; a oferta de incentivos educacionais pela instituição aos residentes,

a exemplo de cursos de formação e mestrado; a atratividade do município; a disponibilidade de preceptores de MFC; e a articulação com a residência multiprofissional. A escolha dos programas estudados teve como base o estudo realizado por Storti². No entanto, a temática ainda demanda novos estudos que aprofundem a análise desses e de outros fatores de atratividade e ocupação das vagas de RMFC, sobretudo, da expectativa dos que ainda cursam a graduação em Medicina.

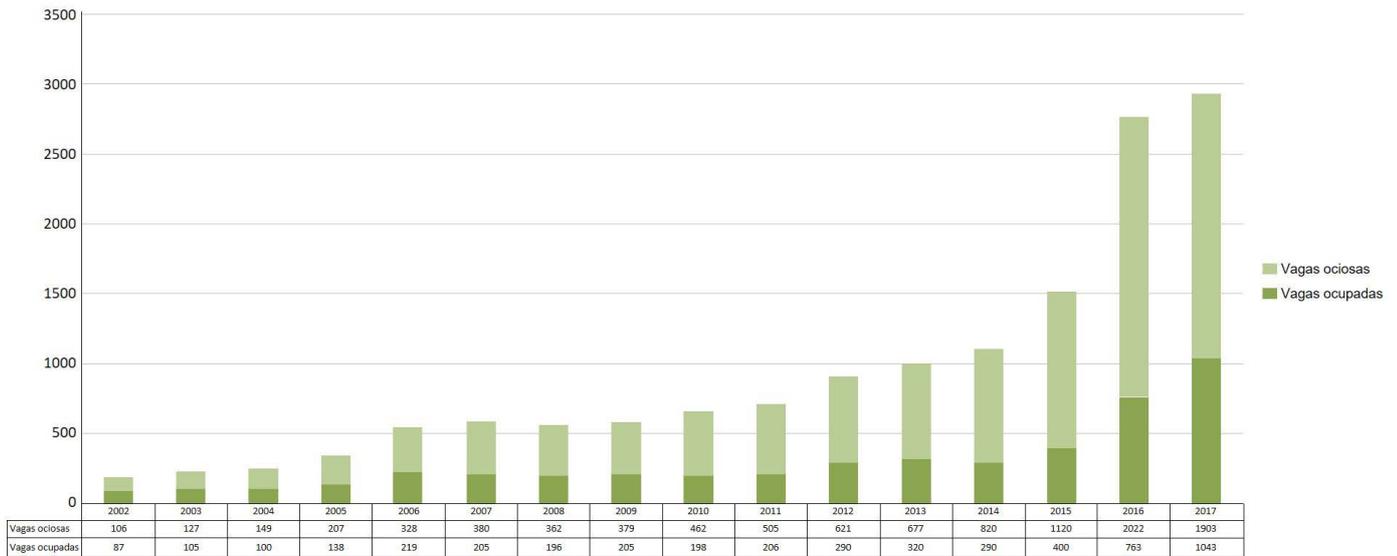


Figura 3. Vagas totais e vagas ocupadas de PRMFC no Brasil, 2002 a 2017.

Fonte: SisCNRM, 2017.

Experiências já existentes e a *expertise* acumulada na formação de preceptores

A formação de preceptores é prioridade na agenda das residências em Saúde desde 2003, por meio de pactuação entre o MS e o MEC. As inovações relacionadas à mudança na formação e no trabalho em saúde, a partir da criação da SGTES, impulsionam iniciativas como o desenvolvimento da RMFC.

A formação de preceptores passa a ser uma demanda estratégica para o desenvolvimento das metas do PMM. Corrobora-se, portanto, com a ideia que cabe à área da formação um lugar central e finalístico junto com as políticas de saúde³³.

Em resposta às necessidades do SUS, erige-se o compromisso de formar profissionais capazes de identificar problemas e construir soluções conjuntas com os indivíduos e comunidades, trabalhando em equipes multiprofissionais, de forma interprofissional, formulando saberes interdisciplinarmente, a partir de práticas integrais e humanizadas. Esse é o perfil desejável ao residente, o que demanda a atuação de preceptores e docentes qualificados. Muito mais do que técnicos, quer se formar cidadãos conscientes de seus potenciais sociais e sujeitos críticos capazes de identificar problemas, com capacidade de enfrentamento para a busca de soluções³⁴.

Muitos são os desafios que envolvem o ensino-aprendizagem na formação em preceptoria no SUS. A construção do perfil do preceptor e a experimentação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem – que desafiam e instigam a participação do residente e envolvem os trabalhadores das equipes de saúde, mobilizando saberes e fazeres – concedem o diferencial necessário para o exercício da prática profissional desejada pelo SUS e que vem sendo apontada nas principais tendências de mudanças na formação em Saúde³³.

O PNFP faz parte do escopo de estratégias voltadas a essa mudança. Criado em 2015, propõe o aumento do número de profissionais capacitados para apoiar a formação da RMFC e teve como meta a formação de mais de dez mil preceptores até 2018, de forma a atingir um quantitativo de 14,2 mil profissionais formados, considerando o que foi acumulado anteriormente. Durante o processo formativo, o residente tem a possibilidade de aderir à especialização em preceptoria, realizada de forma concomitante à residência, qualificando-os nas dimensões pedagógicas e permitindo, após a conclusão, atuar como preceptor.

O principal objetivo do PNFP é garantir a oferta de médicos preceptores aos PR-MFC, com formação específica em preceptoria, em quantidade e qualidade suficientes para garantir a expansão da MFC no Brasil. O plano se propõe a qualificar a formação médica no Brasil, garantindo maior experiência prática; capacitar o médico-residente como multiplicador no aprimoramento da AB; fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde, integrando os médicos à formação e aperfeiçoamento ensino-serviço; ampliar a compreensão médica das políticas públicas de saúde do Brasil e sobre os mecanismos de funcionamento do SUS; incentivar a prática de pesquisas no campo da AB; e desenvolver a educação médica integrando ensino, serviço e comunidade, produzindo e sistematizando conhecimento².

A implementação do PNFP propõe beneficiar os municípios, os programas de residência, os profissionais da rede de AB e, principalmente, os usuários do SUS. A troca de conhecimentos, a ampliação da formação em RMFC e a inserção do médico-residente-especializando em preceptoria médica na AB dos municípios que aderirem ao PNFP fortalecem a rede de atenção e promoção da saúde em benefício da população².

A aposta da formação em serviço, nas modalidades RMFC e especialização em preceptoria, são inovações contemporâneas ao fortalecimento imediato do SUS e imprimem mudanças na formação em saúde que, em curto e médio prazo, impactarão na formação médica e na MFC no Brasil.

Para a realização de mudanças na formação em Saúde em prol da educação em serviço, fazem-se necessárias transformações das organizações dos serviços, que se abrem para acolher a RMFC, e dos processos de formação, no apoio e organização pedagógica da formação de médicos-residentes e preceptores, perpassando as práticas multiprofissionais. Saúde e Educação são setores complementares, implicados e integrados, que refletem-se na prática. Quando esses campos não se integram, demonstram as fragilidades dos aparelhos formadores e dos órgãos responsáveis pelos serviços de saúde, desconectando o objeto da formação e da atenção em saúde que tem o foco no usuário³⁴.

A formação de preceptores à RMFC possui então lócus privilegiado nas políticas de saúde e assim deve ser compreendida por governantes, trabalhadores, formadores e sociedade em geral. O campo da educação na Saúde deve assegurar real diálogo entre os setores da Saúde e Educação, potencializando, dentro da gestão da Saúde, o debate da formação e, dentro da gestão da Educação, a garantia do debate da Saúde³⁵.

Conclusão

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM induziu a ampliação das vagas de residência médica em regiões vulneráveis do país e em especialidades prioritárias. Além disso, desencadeou ações estruturantes como o PNFP e o Cadastro Nacional de Especialistas.

Apesar desses resultados, permanecem desafios para a expansão e ocupação de vagas em áreas estratégicas para o SUS como a AB. Caso a expansão da residência não aconteça a contento, com o seguimento das ações estruturantes do PMM, é possível que não se consiga prover médicos qualificados na Atenção Básica, mantendo a necessidade de médicos estrangeiros na periferia de grandes cidades e em áreas remotas. O processo de expansão, durante o período estudado, não foi suficiente para reverter completamente as desigualdades regionais na oferta de vagas de residência, demandando ainda atenção.

Além disso, o eixo de formação do PMM apresenta inovações regulatórias importantes para o setor Saúde e que podem ser expandidos para outras profissões. Os dispositivos estabelecidos visam um melhor dimensionamento e planejamento da força de trabalho, possibilitando assim uma formação vinculada às necessidades em saúde e um equilíbrio entre oferta e demanda por profissionais.

O Brasil precisa ampliar a quantidade de médicos e melhorar a sua formação para poder responder às razões que exigiram a criação do PMM e para que o país possa avançar mais e de modo consistente no caminho de garantir o direito a uma saúde de qualidade por meio de um sistema público, gratuito, universal, integral, equânime e com participação popular.

Autores (continuação)

Maria Martins Alessio⁽⁹⁾

<maria.alessio@saude.df.gov.br> 

Contribuições dos autores

Felipe Proenço de Oliveira, Cássia de Andrade Araújo, Odete Messa Torres, Alexandre Medeiros Figueiredo e Priscilla Azevedo Souza participaram da concepção e delineamento do trabalho e da redação do manuscrito. Francisco Arsego de Oliveira e Maria Martins Alessio participaram da discussão dos resultados e da revisão crítica do conteúdo. Todos os autores participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).

Referências

1. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950-7. doi: 10.1056/NEJMra1111610.



2. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1301-14.
3. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005; 29(1):136-46.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Petta HL. Descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(1):72-9.
6. Alessio MM. Análise da implantação do programa mais médicos. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
7. Scheffer MC. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015. v. 1.
8. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JTR. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (51):105-20.
9. Alessio MM, De Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o programa Mais Médicos. *Physis*. 2016; 26(2):633-67.
10. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
11. Trindade TG, Batista SR. Medicina de família e comunidade: agora mais do que nunca! *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2667-9.
12. Norman AH. A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9(30):1-2.
13. López-Valcárel B, Pérez P, Vega R. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil. Projeções para 2020 [Internet]. Las Palmas; 2011 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health workforce policies in OECD countries [Internet]. Paris: OECD; 2016 [3 Out 2018]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en. doi: <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
15. 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; 95(2):103-12.
16. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
17. Ministério da Saúde (BR). Oficina de residências em medicina geral de família e comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
18. Viana AL. Enfoque metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, editor. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1997. p. 204.

19. Arretche MTS. Tendências no estudo sobre a avaliação. In: Rico EM, editor. *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez; 2001. p. 256.
20. Oliveira FP, Costa AM, Cardoso AJC, Trindade JS, Dias IMÁV. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saude Debate*. 2017; 41 Spe 3:60-73.
21. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2013: OECD indicators* [Internet]. Paris: OECD; 2013 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
22. Associação Médica Brasileira. Sobre o Decreto 8497/2015 [Internet]. São Paulo: AMB; 2015 [citado 3 Out 2018]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/sobre-o-decreto-84972015/>
23. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1103-14. doi: 10.1590/1807-57622016.0363.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde. Edital nº 10, de 26 de Abril de 2016. Edital de Seleção de Instituições Supervisoras para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 26 Abr 2016.
25. Morosini MV, Fonseca AF, Pereira I. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
26. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
27. Victora CG, Barreto ML, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782):2042-53. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.
28. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(9):1772-84.
29. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). *BMJ Open*. 2017; 7(12):e015322.
30. Oliveira APC, Poz MRD, Craveiro I, Gabriel M, Dussault G. Fatores que influenciaram o processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil e em Portugal: estudo de caso múltiplo. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(2):1-16.
31. Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 Supl 1:1217-28. doi: 10.1590/1807-57622016.0607.
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.248, de 24 de Junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Jun 2013.
33. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-77.

34. Torres OM. “Memórias inventadas”: o portfólio como ferramenta de ensino-aprendizagem. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês; 2017.
35. Torres OM. O “Teatro Mágico” das residências em saúde no Brasil: caminhos de uma política pública [tese]. São Paulo: UNIFESP; 2015.

The More Doctors Program (PMM) was created in 2013 to address problems such as the insufficient number and unequal distribution of doctors, and their inadequate education profile to fulfill the population needs. Among other axes, it proposes changes in medical education, including the rearrangement and expansion of residency, suggesting one seat for every medical course graduate. This study reflects upon the elements that were essential to propose and implement changes in medical residency through PMM. The following advances were identified: better distribution of residency seats across Brazil; diversification of universalization strategies; regulations for residency seats focused on Family and Community Medicine; and preceptorship qualification. The conclusion section presents the challenges faced by the required institutional effort to maintain PMM's actions in order to regulate residency and expand actions to other professions.

Keywords: Primary care. Medical education. Medical residency. More Doctors Program.

El Programa Más Médicos, creado en 2013, buscaba enfrentar problemáticas como la insuficiencia y mala distribución de médicos y el inadecuado perfil de formación para las necesidades poblacionales en Brasil. Sus ejes buscan cambios en la formación médica, reorganización y ampliación de residencias, y proponer una plaza para cada egresado del curso de medicina. Este artículo analiza documentación, bases de datos oficiales y revisa la literatura buscando evaluar propuestas y objetivos alcanzados por el programa en las residencias. Se identificaron avances importantes en: la distribución de plazas de residencia en las regiones del país, la interiorización de la formación, la regulación de las plazas de residencia médica con enfoque en medicina de familia y comunidad y la cualificación de la preceptoría. La conclusión señala los desafíos enfrentados por el programa para alcanzar efectivamente sus objetivos.

Palabras clave: Atención básica. Educación médica. Residencia médica. Programa Más Médicos.

Submetido em 09/02/18.
Aprovado em 01/10/18.