

A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos

Moysés Martins Tosta Storti^(a)
Felipe Proenço de Oliveira^(b)
Aline Lima Xavier^(c)

Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1301-13.

The aim of this study was to identify strategies to create or expand vacancies in six family and community medicine residency programs coordinated by municipal managers in the Brazilian National Health System (SUS). The aim of these strategies is to contribute to the universalization of medical residency vacancies and the long-term supply of physicians foreseen by the More Doctors Program. The researchers analyzed reports, legislation, publications, and records of workshops promoted by the Ministry of Health. The following strategies were identified: expanding coverage and improving infrastructure at the primary care level; qualifying and recognizing the importance of preceptorship; planning legislation and budgets; integration with undergraduate programs and residencies in other areas. The protagonist role of municipal managers in transforming medical education is favored by innovative national policies coupled with initiatives adapted to the reality of each municipality.

Keywords: More Doctors Program. Medical residency. Family and Community Medicine. Primary Health Care.

Este estudo visa identificar estratégias para criação ou expansão de vagas de seis programas de residência de Medicina de Família e Comunidade coordenados por gestores municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) que podem contribuir para a universalização de vagas em residência médica e para o provimento médico em longo prazo previstos no Programa Mais Médicos (PMM). Foram analisados relatórios, legislação, publicações e registro de oficinas promovidas pelo Ministério da Saúde. Identificaram-se as seguintes estratégias: expansão da cobertura e melhoria da infraestrutura na Atenção Básica; qualificação e valorização da preceptorria; planejamento de legislação e do orçamento; integração com a graduação e outras residências. Conclui-se que iniciativas inovadoras de acordo com a realidade de cada município, combinadas com políticas nacionais, favoreceram o protagonismo de gestores municipais em mudanças na formação médica.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Residência médica. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Básica.

^(a) Prefeitura Municipal de Três Lagoas. Rua Darci Pio, 843. Santos Dumont. Três Lagoas, MS, Brasil. 79620-010. moysesmts@hotmail.com

^(b) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. proenco@ccm.ufpb.br

^(c) Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul, Sapucaia do Sul, RS, Brasil. alinelimaxavier@gmail.com

Introdução

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) logrou importantes avanços no país e melhorou o acesso à saúde, os resultados e os indicadores, sobretudo após a ordenação de pactos interfederativos e de novos arranjos organizacionais, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse cenário, evidencia-se a potente expansão do número de equipes de Saúde da Família e a sua cobertura populacional, porém, ainda enfrenta-se dificuldades como infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), capacidade administrativa municipal e financiamento insuficientes e alta rotatividade de profissionais¹. Tal nível de atenção, alçado à condição de prioridade no Governo Federal, mobilizou esforços do Ministério da Saúde (MS) na proposição de estratégias de intervenção frente a esses desafios, como a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a instituição do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), que provê profissionais em áreas remotas mediante supervisão e capacitação especializada; e oferta de bolsas para a residência médica por meio do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Prioritárias (Pró-Residência), entre outras².

Segundo Pinto et al.³, “a insuficiência e a má distribuição de médicos no território nacional é fato percebido há muito tempo por gestores, estudiosos, trabalhadores e usuários”. Diferentes estudos afirmam que, para a população, a medida mais importante a ser tomada para melhoria do atendimento no SUS é o aumento do número de médicos⁴. A proporção desses profissionais por habitante é menor do que a necessidade da população, eles estão mal distribuídos no território nacional e escassos em áreas com populações mais pobres e remotas do país⁵. Além disso, o número de vagas disponíveis nos cursos de graduação é, proporcionalmente, pequeno e mal distribuído⁶.

Esses dados se relacionam diretamente à dificuldade ainda existente de expansão da ESF, em que o médico é integrante de uma equipe multiprofissional. Em 2013, a Frente Nacional de Prefeitos organizou a campanha “Cadê o médico?” solicitando medidas do Governo Federal para a solução do problema. O conjunto desses elementos condicionou o posicionamento diante da questão como objeto de ação efetiva do Estado, o que resultou na criação, ainda naquele ano, do Programa Mais Médicos (PMM)³. O PMM propõe a diminuição da escassez de médicos ao intervir em três dimensões: provimento emergencial de profissionais para municípios com áreas de vulnerabilidade, melhoria da infraestrutura das UBS e mudanças na formação de médicos, como a reordenação da oferta de cursos de Medicina e das vagas para residência médica, a adoção de novos parâmetros curriculares para a graduação, entre outras ações⁷.

Algumas análises sobre os impactos do PMM até o momento têm apontado para a redução de iniquidades em saúde e da escassez de médicos e para a satisfação dos usuários com a assistência dos médicos do Programa⁸⁻¹⁰. Ao mesmo tempo, identificam limites como o caráter provisório do programa e o caráter privatizante da expansão da graduação médica; insuficiências na gestão municipal dos serviços; pouco avanço em relação à definição de carreiras profissionais e à rotatividade profissional ocasionada pelos vínculos precários de trabalho^{10,11}.

Mais Médicos e a formação em residência médica para a Atenção Básica

A Lei nº 12.871/2013, que institui o PMM, dispõe sobre novos parâmetros para a formação médica na graduação e pós-graduação, especialmente, em suas relações com a AB¹².

Não é novo o debate sobre a necessidade de mudanças na educação médica, principalmente no que se refere à aproximação das necessidades de saúde da população. Entretanto, para que se consolide esse movimento de mudança, ele deve estar ligado a uma profunda revisão da residência médica¹³⁻¹⁶. Segundo a Lei nº. 6.932/1981:

A residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.¹⁷

Neste contexto, Amoretti¹⁶ chama atenção para o cenário que se apresenta em relação à residência médica: a constituição do modelo hospitalocêntrico de assistência médica e a fragmentação em disciplinas por especialidades no ensino médico produzem os hospitais como o principal campo de formação em serviço. Assim, a expansão das residências médicas se deu pela necessidade dos serviços médicos para as práticas hospitalares; a definição de vagas ocorria segundo as próprias necessidades ou o desejo da especialidade. As especialidades passaram a organizar tanto as faculdades quanto os serviços, formando elevados números de profissionais para atividades específicas em um mercado de trabalho restrito geograficamente.

Desse modo, é reconhecida a necessidade e a urgência da regulação da oferta de vagas de residência médica pelo Estado^{13,15}. Tal prerrogativa aparece legalmente pelo Decreto Presidencial nº 7.562/2011, que determina que a regulação das instituições e dos 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 SUS¹⁸.

Cria-se então o Pró-Residência, em 2009, que teve o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. Segundo Alessio¹⁸, “até então, inexistiam políticas indutoras de vagas de formação de especialistas, voltadas para a necessidade do SUS, apesar de o poder público ser sabidamente o maior financiador das bolsas dos residentes”. Entre as especialidades e áreas de atuação prioritárias para a expansão nesse programa encontra-se a Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) remontam ao ano de 1976, com a criação das primeiras experiências na área. A especialidade do médico de família e comunidade estabelece uma ampla base de clínica geral, familiar e comunitária para a sustentação dos sistemas de saúde¹⁶. A prática do médico de família é de atenção ampliada, que aborda o binômio saúde-doença como um processo condicionado pelo entrelaçamento de fenômenos biológicos, psicológicos e sociais de todos os grupos populacionais. Ademais, é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde, sem desfazer o vínculo com o paciente e, em casos mais críticos, exercitar o gerenciamento da clínica ao longo da rede, considerando tanto a condição geral de saúde quanto o contexto do usuário^{19,20}. Esses atributos convergem sobre as competências esperadas dos médicos formados nessa especialidade conforme os requisitos mínimos regulamentados pela resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)²¹.

Segundo Santos²⁰, “os sistemas de saúde de países que são majoritariamente públicos e com forte investimento em [Atenção Primária à Saúde] APS têm 30 a 40% de seus especialistas formados em MFC.” Alessio evidencia alguns desafios para a consolidação das residências nessa especialidade, com dados de 2014:

Em 2013, havia cerca de 34.000 ESF implantadas no país, mas apenas 3.253 médicos titulados especialistas em MFC. Atualmente, há 1.277 vagas de MFC distribuídas por todas as regiões do país, mas ainda ausentes em alguns Estados, como Amapá, Piauí e Rondônia. Apesar de as vagas nesta especialidade terem dobrado de 2009 a 2014, a ocupação das vagas é extremamente baixa, com taxa de ociosidade girando em torno de 70%.¹⁸

A autora sugere, então, que o PMM possibilite uma atuação conjunta das políticas públicas para investimentos na formação de médicos conforme responsabilidade social, centrado na AB e em número adequado ao modelo assistencial do SUS. Em relação à ocupação de vagas, especialmente, as políticas públicas têm se destacado como fatores positivos²².

Entre as principais mudanças na formação médica, o PMM propõe a universalização das vagas de residência médica até o ano de 2018, priorizando a expansão de vagas de PRMFC, que passaria a ser pré-requisito para a maioria das outras especialidades^{2,12}. Segundo dados apresentados pelo MS²³, 18.419 estudantes ingressaram em cursos de graduação de Medicina no ano de 2012. Por outro lado, em 2015, havia 1.533 vagas de residência em MFC e 365 vagas para as demais especialidades de acesso direto. Dessa forma, até 2018 haveria necessidade de criação de aproximadamente 16.500 vagas nesta especialidade para garantia do acesso universal à residência médica no Brasil.

De acordo com o Ministério da Saúde, como consequência da universalização da residência médica a partir dos PRMFC, o Brasil se aproximaria da maioria dos países com sistemas públicos de saúde no mundo e, concomitantemente, possibilitaria o provimento, a longo prazo, de médicos qualificados para atuação no âmbito da Atenção Básica^{2,7,23}.

Considera-se que a mobilização institucional, conduzida por atores como os Ministérios da Saúde e o da Educação, para a consolidação das residências médicas, especialmente as de MFC, pode reforçar a formação de especialistas em áreas prioritárias de acordo com as necessidades da saúde no Brasil. Esse movimento alia-se às medidas de corresponsabilização dos gestores municipais nas estratégias de provimento e fixação de médicos na AB pelo PMM.

Este estudo visa identificar estratégias para criação ou expansão de vagas de seis Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade promovidas por gestores municipais que podem contribuir para a universalização de vagas de residência médica e para o provimento em longo prazo de médicos propostos pelo PMM.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória realizada no ano de 2015. Esta abordagem tem como objetivo proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato em sua historicidade, especialmente por se tratar de um tema pouco explorado e com necessidade de delimitação e esclarecimento, o que contribui com a primeira etapa de uma investigação mais ampla e na formulação de problemas mais precisos²⁴.

No ano de 2015, o Ministério da Saúde realizou duas oficinas de discussão com a participação de representantes de dez PRMFC de todas as regiões do país convidados, entre outros motivos, pelo êxito na expansão ou ocupação de suas vagas. Essas oficinas tiveram como objetivos apresentar informações do PMM, particularmente no que se refere à expansão das residências médicas; discutir desafios e potencialidades para a implantação de PRMFC, de acordo com a percepção dos gestores e coordenadores desses programas; e compor uma agenda conjunta entre MS, PRMFC e outros parceiros, de colaboração à expansão de vagas nacionais.

Entre os participantes das oficinas, foram selecionados seis programas como objeto deste estudo, definindo-se como critério de inclusão o estabelecimento da sua Comissão de Residência Médica (Coreme) pelo gestor municipal do SUS. Esse critério considerou a priorização da estratégia do Ministério da Saúde de estímulo à criação de programas municipais de residência em MFC²³. Com isso, foram analisados os programas dos seguintes municípios: Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Palmas (TO), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e São Bernardo do Campo (SP).

A coleta de dados ocorreu a partir da observação participante nessas oficinas e do registro em diário de campo. Objetivou-se registrar as informações sobre as estratégias de criação, organização e gestão desses programas, suas potencialidades e desafios, além da opinião dos seus representantes em relação ao êxito de suas atividades.

Foi utilizada, também, a técnica de pesquisa documental que, segundo Gil²⁴, é a pesquisa desenvolvida a partir de material já elaborado, com a vantagem de permitir ao investigador a cobertura ampla de fenômenos e dados dispersos pelo espaço. Segundo o autor, essa técnica consiste na exploração de fontes documentais que podem ter sido previamente analisadas, porém, são passíveis de nova análise, de acordo com outros objetivos de pesquisa.

Foram analisados os relatórios das duas oficinas supracitadas^{25,26}; o registro em diário de campo; um relatório técnico de estudos sobre modelos de conformação e financiamento de PRMFC realizado pelo MS no ano de 2014²⁷; e quatro entrevistas publicadas na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, entre os anos de 2013 e 2015, com gestores de saúde envolvidos com os PRMFC dos municípios de Curitiba, Florianópolis e Rio de Janeiro²⁸⁻³¹. Foram analisados, também, dados coletados no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM), em legislação específica dos municípios selecionados e por contato direto com os coordenadores desses PRMFC.

A análise dos dados foi realizada conforme modelo referenciado por Gil²⁴ quanto à análise de conteúdo proposta por Bardin: inicialmente, seguiu-se a leituras dos materiais e, posteriormente,

seleção e preparação para análise temática segundo os objetivos da pesquisa. Após essa primeira etapa, houve a exploração do material, recortando e classificando os dados, e, por fim, seu tratamento, inferência e interpretação, de modo a construir novas formas de compreendê-lo de maneira ampla e generalizada.

Foram encontradas limitações referentes às técnicas de pesquisa utilizadas no pequeno alcance sobre as particularidades das experiências práticas dos programas estudados e à atualização dos dados dos sistemas utilizados. A análise desses dados permitiu explorar estratégias gerais e discursivas dos PRMFC, de modo a identificar as relações entre o desenvolvimento de uma política local e nacional de apoio à expansão de vagas desses programas por gestores municipais.

Os dados utilizados nesta pesquisa foram retirados de fontes governamentais e/ou publicações científicas, sendo assegurados os aspectos éticos necessários à pesquisa documental. Os gestores dos sistemas de saúde dos municípios selecionados foram informados oficialmente sobre a pesquisa e convidados à colaboração em consonância com a parceria estabelecida com o MS. A pesquisa não envolveu experimento em seres humanos, estando de acordo com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

Resultados e discussão

Os resultados e a discussão estão apresentados em itens. Primeiramente, descreve-se um panorama de expansão e da ocupação de vagas dos PRMFC estudados. Depois, foram definidos os tópicos que reúnem as estratégias identificadas na análise dos dados, a saber: I. Expansão da cobertura e melhoria da infraestrutura da atenção básica; II. Qualificação e valorização da preceptoria; III. Planejamento de legislação e orçamento; e IV. Integração com cursos de graduação em Medicina e outras residências.

Os dados referentes ao número de vagas, a sua ocupação e à desistência das vagas ocupadas nos PRMGFC foram coletados no SisCNRN e com a coordenação desses programas, estando apresentados na Tabela 1. A ocupação das vagas ofertadas e a permanência dos médicos residentes nos programas são dois principais desafios reconhecidos para a formação de médicos especialistas na área e para o provimento de médicos^{20,32}. De acordo com os dados, a ocupação de vagas no ano de 2014, em todos os municípios estudados, foi igual ou superior a 50%, apresentando-se acima da taxa de ocupação nacional deste ano, de 26,5%³². Em 2015, apenas Curitiba apresentou ocupação inferior a 50%.

Tabela 1. Total de vagas de residentes do 1º ano (R1); e ocupação e desistência, por ano, dos PRMFC

	Vagas (R1)			Ocupação (%)		Desistência (%)	
	2012	2014	2016*	2014	2015	2014**	2015**
Curitiba (PR)	-	20	50	11 - 55	5 - 25	3 - 27	1 - 20
Florianópolis (SC)	-	16	16	13 - 81	16 - 100	5 - 31	3 - 18
Palmas (TO)	-	20	20	14 - 70	14 - 70	3 - 21	6 - 42
Recife (PE)	-	6	60	3 - 50	6 - 100	0	2 - 33
Rio de Janeiro (RJ)	60	100	150	64 - 64	100 - 100	20 - 31	20 - 20
São Bernardo do Campo (SP)	-	10	10	5 - 50	6 - 60	2 - 40	0

Fontes: Coordenadores dos PRMFC, SisCNRN, em 15/11/2015, DEPREPS/SGTES/MS, 2014. *sujeito à aprovação da CNRM
**nos primeiros 6 meses.

Segundo Feuerwerker¹³, a ociosidade das vagas ocorre em função do estímulo para determinadas especialidades e também das instituições, considerando a importância histórica da prática e as consequências da especialização crescente na formação médica. Contudo, há elementos que favorecem a ocupação: investimentos em ferramentas de trabalho e ambiência na atenção básica, planos de cargos, carreiras e salários e a valorização da formação do médico de família e comunidade no trabalho da ESF²².

Além disso, o aumento da oferta e do valor das bolsas, incluindo o estímulo à formação em preceptoria, são propostas nacionais recentes que visaram aumentar as taxas de ocupação. Outro recente incentivo foi a pontuação adicional de 10% em processo seletivo de programa de residência médica em outra especialidade de acesso direto para quem concluir a residência em MFC.

O PMM possibilitou espaço na agenda política para a importância da residência em MFC na provisão de médicos em áreas de vulnerabilidade social qualificados para a atuação na AB. O provimento emergencial fortaleceu a assistência médica, mas ainda são necessárias medidas de provimento a longo prazo para enfrentar a escassez de médicos. Há perspectiva de fixação de médicos nos locais onde realizam a residência médica; assim, a expansão desses programas pode contribuir com a distribuição e com o provimento de médicos onde ainda é necessário. Entretanto, iniciativas municipais e da gestão desses programas de residência são essenciais para a superação desse desafio^{23,25,26}.

Assim, os tópicos a seguir discutem as estratégias para a expansão e ocupação das vagas identificadas nesses programas, permitem analisar a sua implicação no nível local do sistema de saúde municipal e dialogam com o contexto nacional das políticas de educação em saúde.

Expansão da cobertura e melhoria da infraestrutura da Atenção Básica

Percebe-se que os municípios desse estudo desenvolveram ações para ampliar a cobertura na Atenção Básica, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família, e sinalizaram, também, a necessidade de analisar a situação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

O município do Rio de Janeiro tem divulgado um importante investimento na Atenção Básica pela sua reestruturação a partir da Estratégia Saúde da Família, influenciada tanto pela PNAB quanto por experiências internacionais que comprovam a eficácia desses serviços como base para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde^{30,33}. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica/MS³⁴, o município passou de, aproximadamente, 9% de cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família, em 2010, para 45,4%, em 2015. Curitiba também apresentou expansão por meio da Estratégia Saúde da Família²⁸, alcançando cobertura de 45,82%.

Os dados de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família referentes a São Bernardo do Campo (SP) também apresentaram aumento: de 18,51%, em 2010, para 58,77% da população, em 2015. Já Os municípios de Palmas (TO) e Florianópolis (SC) evidenciaram cobertura elevada historicamente e demonstraram, no período de 2010 a 2015, aumento de, aproximadamente, 10% e 15%, respectivamente, enquanto o Recife (PE) apresentou uma manutenção próxima a 50% dessa cobertura no mesmo período. Mesmo em Florianópolis (SC), que atingiu a cobertura de toda a população, segundo os critérios atuais da Política Nacional de Atenção Básica, ainda há espaço para crescimento da ESF²⁹.

Um fator que limitava a expansão da ESF em apenas 1,5% a cada ano no Brasil era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família^{2,5}. A residência médica é uma possibilidade para atrair médicos que serão inseridos em UBS, principalmente os formados há pouco tempo. Entretanto, ressaltam-se os desafios da interiorização e da ocupação dessas vagas, conforme visto anteriormente^{13,18}.

O programa de residência médica foi um dos meios para diminuir a escassez de médicos e aumentar a sua qualificação para atuação na ESF^{28,33}. Assim, a expansão da Atenção Básica contribuiu como janela de oportunidade para a criação de PRM de gestão municipal, representando demanda para incorporação e qualificação de médicos, além de prover infraestrutura para a organização desses programas.

Os dados apresentam empreendimentos nessa questão realizados pelo Rio de Janeiro, como a implantação de clínicas da família, a incorporação e a reestruturação de serviços e a oferta de recursos tecnológicos educacionais³⁰⁻³³. Florianópolis e São Bernardo do Campo encontraram dificuldades em relação ao espaço necessário dentro dos serviços, ao mesmo tempo em que reuniram profissionais qualificados e preceptores nos serviços com PRMFC²⁹. Não obstante, as iniciativas já realizadas verificaram que este ponto é ainda um desafio para todos os municípios.

Qualificação e valorização da preceptoría

No registro dos PRM no SisCNRM, é cadastrado o número de preceptores no início do processo de credenciamento e de abertura de novas vagas. A preceptoría é elemento fundamental dos projetos pedagógicos dos cursos. A proporcionalidade numérica entre o preceptor e o residente é definida por resolução da CNRM, na qual consta os requisitos mínimos para o credenciamento: “proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para seis residentes, ou de dois médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para três médicos residentes”³⁵.

Nos programas estudados, a proporcionalidade de um preceptor para um residente foi encontrada em três programas – Curitiba, Florianópolis e São Bernardo do Campo –, enquanto a proporção 1:2 foi percebida no programa de Palmas e Recife. Finalmente, a proporção de 1:4 foi encontrada no município do Rio de Janeiro.

A formação de docentes tutores e preceptores para programas de residência em MFC também é um desafio, pois eles são considerados modelos e responsáveis pelo caráter formativo para alunos e residentes. Assim, a construção da identidade e da formação do preceptor passa pela reflexão dos diferentes modelos de atenção e de ensino presentes no cotidiano do trabalho na saúde, pela valorização da preceptoría; pela definição de um perfil de competência que articule a gestão, a atenção e a educação; e pela busca de educar para responder às necessidades da área, considerando tanto o saber/fazer docente quanto o saber/fazer profissional^{16,36}.

Destaca-se, ainda, a oferta de cursos de atualização e especialização em preceptoría médica promovida por instituições de excelência na área da saúde em parceria com o MS desde o ano de 2012; além de, recentemente, a instituição do Plano Nacional de Formação de Preceptores ter como objetivo subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em MFC. Verificou-se, também, que cinco dos seis PRMFC dos municípios estudados inscreveram preceptores para formação nesses cursos em 2016³⁷ (a exceção foi São Bernardo do Campo, embora tenha havido participação em ofertas anteriores).

Os coordenadores dos PRMFC apontaram o valor positivo de preceptores qualificados para a satisfação dos médicos em formação e, conseqüentemente, sua permanência no Programa. Os cursos de formação de preceptores foram considerados importantes não só para a qualificação desses profissionais, mas também para a própria criação e organização desses programas. Entretanto, os dados analisados não possibilitaram correlação de tais iniciativas com a ocupação ou desistência das vagas.

Uma peculiaridade apontada pelo gestor do programa de Florianópolis foi a potencialidade que a grande quantidade de médicos especialistas em MFC atuando na AB do município proporcionou em avanços, principalmente, no que se refere ao modelo de inserção do residente nas equipes e na participação dos preceptores no desenvolvimento das ações da residência²⁹.

Além dos incentivos financeiros para recrutamento, outras formas de valorização desses profissionais também foram encontradas: reconhecimento da carga horária em atividades educativas contabilizadas no trabalho regular e no registro de produção profissional; aproximação com atividades de iniciação à docência e à pesquisa; capacitação na área pedagógica e na de educação médica; reconhecimento dessa função em plano de carreira, cargos e salários; e prioridade em questões de gestão de pessoas na rede de serviços.

Planejamento de legislação e orçamento

Alguns arranjos organizacionais de planejamento legal e financeiro também foram identificados e são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Complementação de bolsa-residente, incentivo ao preceptor, mecanismo jurídico utilizado e sustentabilidade financeira dos PRMFC

	Complementação de bolsa-residente	Incentivo ao preceptor	Mecanismo jurídico	Sustentabilidade financeira
Curitiba/PR	Não	Não	-	Não
Florianópolis/SC	Sim	Sim	Lei nº 9.649, de 1º de outubro de 2014	Sim
Palmas/TO	Sim	Sim	Lei nº 2.010, de 12 de dezembro de 2013	Sim
Recife/PE	Não	Não	-	Não
Rio de Janeiro/RJ	Sim	Sim	Convênio que regulamenta as ações com as Organizações Sociais	Não
São Bernardo do Campo/SP	Sim	Sim	Lei nº 6.368, de 4 de dezembro de 2014, alterada pela Lei nº 6.406, de 25 de junho de 2015; Portaria Conjunta SBC/Fundação ABC, de 10 de dezembro de 2010	Não

Fonte: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, 2014²⁷

Foram utilizados dois mecanismos pelos programas dos municípios de Florianópolis, Palmas, Rio de Janeiro e São Bernardo do Campo para estimular a ocupação e a permanência dos residentes nas vagas. Um dos métodos foi a complementação financeira à bolsa-residente, além da gratificação aos profissionais servidores da rede desses municípios condicionada ao exercício de atividades de supervisão/preceptoria a estudantes da área da saúde.

Em relação ao planejamento e à execução desses investimentos, verifica-se heterogeneidade entre os municípios estudados. O Rio de Janeiro realiza atos administrativos por meio de contrato com a Organização Social de Saúde, no caso dos residentes, e convênio com Fundação Universitária, que gerencia a gratificação dos preceptores. Florianópolis e São Bernardo do Campo adotam legislação específica para concessão de bolsas e gratificações.

Outro mecanismo de repasse de recursos financeiros ocorre pela inserção do residente e/ou do preceptor em programas de incentivo à integração ensino-serviço instituídos no município, como é o caso de Palmas e São Bernardo do Campo. Constatou-se que esses programas visam incentivar processos formativos de acordo com as necessidades do sistema municipal de saúde; qualificar a força de trabalho em saúde por meio da reflexão sobre o processo de trabalho; estimular mudanças na formação profissional nas instituições de educação superior (IES) e na pesquisa científica, voltando-se ao contexto do SUS; e fixar o profissional especializado nesses municípios.

Desse modo, verifica-se que o investimento financeiro na forma de bolsas para as atividades assistenciais, de estudo e pesquisa de médicos-residentes e, também, de gratificação aos profissionais que exercem atividades de preceptoria e supervisão nas unidades de saúde se configuraram como uma importante ação de protagonismo dos municípios. Os únicos municípios que não indicaram complementação de bolsas-residência, conforme indicado na Tabela 2, foram Curitiba e Recife, embora indiquem complementação financeira aos residentes já vinculados às formas de contratação municipal. Assim, os programas analisados apresentam importantes taxas de ocupação, ao mesmo tempo em que demonstraram estratégias que implicaram incentivos financeiros aos residentes e/ou preceptores, sugerindo uma possível correlação entre esses incentivos e a ocupação das vagas.

Esta estratégia alia-se ao financiamento proporcionado nos últimos anos por políticas de âmbito nacional voltadas à criação de novas equipes de saúde da família, incluindo acréscimo de repasses financeiros previstos para a AB, e de formação de médicos especialistas em áreas prioritárias para qualificação das Redes de Atenção à Saúde. Combinados, tais investimentos ajudam a avaliar de forma inicial a possibilidade de sustentabilidade financeira dos PRMFC, ou seja, a capacidade de reunir recursos próprios e repasses de outros entes para garantir um orçamento positivo para manutenção do residente e, conseqüentemente, apostar na expansão de vagas²⁷.

Integração com os cursos de graduação em Medicina e outras residências

As estratégias de aproximação com a graduação foram apontadas como um importante fator de atração para a escolha de médicos pela MFC nos documentos analisados. Uma boa experiência inicial na AB, especialmente em unidades de saúde bem avaliadas nos processos formativos e com acompanhamento de preceptores formados em MFC, foram indicados como estratégias de êxito para favorecer a ocupação das vagas. Entre as iniciativas que seguem esse direcionamento estão as políticas de integração ensino-serviço e educação pelo trabalho, como Pró-Saúde, Pet-Saúde e atividades de integração entre os residentes e graduandos, bem como a divulgação da MFC aos egressos e alunos dos últimos anos dos cursos de graduação.

Essa estratégia torna-se mais importante em um contexto de aumento da AB como campo de estágio na graduação. Ela se relaciona com a forma como o estudante percebe a profissão em relação a seus interesses pessoais e é influenciada pela comunicação. É desse modo que o estudante adquire as primeiras experiências e perspectivas de atuação no mercado de trabalho³¹.

Alguns programas estudados apresentaram, também, mecanismos de integração com outros programas de residência de MFC e Residência Multiprofissional em Saúde. Isso se deu por meio da realização conjunta de processos seletivos e propostas pedagógicas, incluindo atividades teórico-práticas como aulas, seminários e encontros regulares. A aproximação entre Secretaria de Saúde e Instituições de Ensino Superior, especialmente no apoio das escolas de Saúde Pública à criação e ao desenvolvimento de PRMFC, foi apontada como um importante passo para a criação e a efetivação dessas ações na convergência das atividades entre residentes e graduandos.

Considerações finais

Percebeu-se que os gestores municipais de saúde podem assumir um protagonismo fundamental para a expansão da formação em Medicina de Família e Comunidade. Nos programas analisados, verificou-se que o aumento da cobertura da Atenção Básica e a melhoria da infraestrutura das UBS são estratégias que potencializam a residência em MFC. Destacam-se, também, as ações de formação e valorização da preceptoria, muitas desenvolvidas em conjunto com iniciativas federais, e a oferta de bolsas e gratificações que demonstraram ser característica marcante de todos os programas com elevada taxa de ocupação das vagas de residência.

Os gestores desses programas, que demonstraram ações de aproximação com cursos de graduação em Medicina e outras iniciativas de fortalecimento da integração ensino-serviço na sua rede de atenção à saúde, interpretam essa estratégia como uma das fortalezas para o bom andamento dos seus PRMFC. E, por fim, a possibilidade de intervenção sobre aspectos legais e orçamentários, fazendo uso de mecanismos jurídicos específicos para o PRM, e a garantia de orçamento para a formação de profissionais de saúde na rede foram aspectos importantes para viabilizar a continuidade e a sustentabilidade dos programas analisados.

A combinação das iniciativas municipais com políticas federais de gestão do trabalho, da educação na saúde e de expansão da Atenção Básica aponta para um momento ímpar para a Residência de Medicina de Família e Comunidade, ainda mais considerando que a Lei 12.871 inseriu a RMFC como o caminho desejável para uma formação sólida do futuro médico especialista na Atenção Básica. Isso posiciona o Brasil com outros países que entenderam que a regulação da formação de recursos humanos é um tema sensível para quem defende sistemas universais de saúde.

Por fim, reitera-se que este estudo, devido aos seus objetivos, limitou-se a estudar os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade que participaram da formulação de políticas para a expansão de vagas de residência, sendo interessante buscar também compreender as experiências de outros municípios e IES como forma de ampliar a compreensão da diversidade de características possíveis que contribuam com a formulação de políticas públicas para o país inteiro.

Assim, novas investigações são necessárias para compreender as possibilidades de expansão dos programas de residência em MFC em municípios do interior, por exemplo.

A residência em MFC representa, então, uma das grandes políticas do SUS para atender, continuamente, à necessidade de médicos qualificados nos serviços, sendo uma oportunidade para que gestores municipais de saúde invistam na formação dos seus profissionais aliada à expectativa de provimento em longo prazo. É importante, portanto, a continuidade dos estudos sobre as experiências práticas de cada programa buscando identificar as possibilidades de mudanças alcançadas com o Programa Mais Médicos e as dificuldades que ainda persistem no contexto da formação profissional e do trabalho em saúde no Brasil.

Colaboradores

Moisés Martins Tosta Storti, Felipe Proença de Oliveira e Aline Lima Xavier participaram da concepção e delineamento do estudo; da coleta; do processamento; da análise e discussão dos dados; e da escrita, elaboração e revisão crítica do manuscrito, além de aprovar sua versão final. Todos os autores declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
2. Ministério da Saúde (BR). Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. Saúde Debate*. 2014; 51:105-20.
4. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, Garcia LP, Paiva, AB, Barros MED. Percepção social sobre a saúde no Brasil. In: Schiavinatto F, organizador. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Brasília (DF): Ipea; 2011. p. 79-104.
5. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo, JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.
6. Martins MA, Silveira PSP, Silvestre D. Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras: Relatório I [Internet]. 2013 [citado 1 jul 2015]. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf.

7. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
8. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2749-59.
9. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2675-84.
10. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2685-96.
11. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2655-63.
12. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
13. Feuerwerker LCM. A especialização de médicos e as residências médicas no Brasil. *Saude Debate*. 2001; 25(57):39-54.
14. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e na residência médica no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 1998; 2(3):51-72.
15. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Public*. 1997; 13(1):141-4.
16. Amoretti, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bra Educ Med*. 2005; 29(2):136-46.
17. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 9 Jul 1981.
18. Alessio MM. Análise da implantação do Programa Mais Médicos. [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015.
19. Rodrigues RD, Anderson MIP. Formação em Medicina de Família e Comunidade. *Cad ABEM*. 2008; 4:30-7.
20. Santos MAS. Medicina de Família e Comunidade: um médico para todas as pessoas. *Rev Med (São Paulo)*. 2012; 91(ed esp):39-44.
21. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília. *Diário Oficial da União*. 26 Maio 2015.
22. Zambon ZLL. Necessidade crescente de médicos de família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: um paradoxo? [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mais Médicos para o Brasil. Saúde para você. Apresentação em 2ª. Oficina Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade: 02 de setembro de 2015. Brasília: 2015.
24. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6a ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Relatório da Oficina Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade: 01 de julho de 2015. Brasília; 2015.

26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Relatório da 2ª Oficina Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade: 02 de setembro de 2015. Brasília; 2015.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Modelos de conformação e financiamento de Programas de Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade. Brasília; 2014. (manuscrito não publicado)
28. Poli Neto P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba [entrevista a Norman, JA]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(31):192-4. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)904](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)904)
29. Lermen Jr. N. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis [entrevista a Duncan, MS]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(32):300-303. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)992](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)992)
30. Prado Jr JC. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10(34):1-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1105](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1105)
31. Soranz DR. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro [entrevista a Mello TP]. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(30):67-71. [citado 26 Nov 2015] Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)882](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)882)
32. Silva Jr AG, Andrade HS. Formação médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. Cienc Saude Colet. 2016. 21(9):2670-71.
33. Justino ALA, Oliver LL, Mello TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Cienc Saude Colet. 2016; 21(5):1471-80.
34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da Família [Internet]. 2015 [citado 26 out 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
35. Resolução nº 2, de 07 de julho de 2005. Adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica ao art. 22 da Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Brasília. Diário Oficial da União. 14 Jul 2015.
36. Oliveira MS, Petta HL. Novas necessidades de formação para o SUS: educação na saúde para preceptores. Oliveira MS, Petta HL, Tempski PZ, Lima, VV, Padilha RQ, Gomes R, organizadores. In: Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2014. São Paulo (SP): Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde; 2014. p. 17-20.
37. Portaria nº 109, de 4 de março de 2016. Divulga lista dos Programas de Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade que serão inseridos às atividades de aperfeiçoamento de preceptores de residência por meio do Plano Nacional de Formação de Preceptores, nos termos do Edital nº 14/SGTES/MS, de 2 de outubro de 2015. Diário Oficial da União. 7 Mar 2016.

Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. La expansión de plazas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad por municipios y el Programa Más Médicos. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1301-13.

El objetivo de este estudio es identificar estrategias para la creación o expansión de plazas de seis programas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad coordinados por gestores municipales del Sistema Brasileño de Salud (SUS) que pueden contribuir para la universalización de plazas de residencia médica y para la provisión médica a largo plazo previstos en el Programa Más Médicos. Se analizaron informes, legislación, publicaciones y registro de talleres promovidos por el Ministerio de Salud. Se identificaron las estrategias siguientes: expansión de la cobertura y mejora de la infraestructura en la atención básica, calificación y valorización de la preceptoría, planificación de la legislación y del presupuesto, integración con la graduación y otras residencias. Se concluye que iniciativas innovadoras de acuerdo con la realidad de cada municipio, combinadas con políticas nacionales, favorecieron el protagonismo de gestores municipales en cambios en la formación médica.

Palabras clave: Programa Más Médicos. Residencia médica. Medicina de Familia y Comunidad. Atención Básica.

Submetido em 07/06/2016. Aprovado em 02/05/2017.

