

## La expansión de plazas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad por municipios y el Programa Más Médicos

Moisés Martins Tosta Storti<sup>(a)</sup>

Felipe Proenço de Oliveira<sup>(b)</sup>

Aline Lima Xavier<sup>(c)</sup>

(a) Psicólogo, Prefeitura Municipal de Três Lagoas. Avenida Capitão Olyntho Mancini, 667. Centro. Três Lagoas, MS, Brasil. 79601-905. 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) Enfermeira, Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul, Sapucaia do Sul, RS, Brasil. alinelimaxavier@gmail.com

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 la 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.

### Introducción

Después de la implantación del Sistema Brasileño de Salud (SUS), la Atención Básica (AB) consiguió importantes avances en el país, mejoró el acceso a la salud, resultados e indicadores, principalmente después de la ordenación de pactos inter-federativos y de nuevos arreglos institucionales, tales como la Estrategia Salud de la Familia (ESF). En este escenario, queda clara la potente expansión del número de equipos de salud de la familia y su cobertura poblacional, pero todavía enfrenta dificultades tales como: infraestructura inadecuada de las Unidades Básicas de Salud (UBS), capacidad administrativa municipal y financiación insuficientes y alta rotación de profesionales<sup>1</sup>. Tal nivel de atención, elevado a la condición de prioridad en el gobierno federal, movilizó esfuerzos del Ministerio de la Salud (MS) en la propuesta de estrategias de intervención ante estos desafíos, tales como: la publicación de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), la institución del Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Provab), que coloca profesionales en áreas remotas mediante supervisión y capacitación especializada y oferta de becas para la residencia médica por medio del Programa de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas en Áreas Prioritarias (Pro-Residencia), entre otras<sup>2</sup>.

Según Pinto et al<sup>3</sup>, “la insuficiencia y la mala distribución de médicos en el territorio nacional es un hecho percibido hace mucho tiempo por gestores, estudiosos, trabajadores y usuarios”. Diferentes estudios afirman que para la población la medida más importante a tomar para la mejora de la atención en el SUS es el aumento del número de médicos<sup>4</sup>; la proporción de esos profesionales por habitantes es menor que la necesidad de la población; ellos están mal distribuidos en el territorio nacional y son escasos en áreas con poblaciones más pobres y remotas del país<sup>5</sup>. Además, el número de plazas disponibles en los cursos de graduación es, proporcionalmente, pequeño y mal distribuido<sup>6,7</sup>.

Estos datos se relacionan directamente con la dificultad que todavía existe de expansión de la ESF, en la que el médico es integrante de un equipo multi-profesional. En 2013, el Frente Nacional de Alcaldes organizó la campaña: “¿Dónde está el médico?”, solicitando medidas del Gobierno Federal para la solución del problema. El conjunto de esos elementos condicionó el posicionamiento ante la cuestión como objeto de acción

efectiva del Estado, lo que resultó en la creación, en ese año, del Programa Más Médicos (PMM)<sup>3</sup>. El PMM propone la disminución de la escasez de médicos al intervenir en tres dimensiones: provisión de emergencia de profesionales para municipios con áreas de vulnerabilidad, mejora de la infraestructura de las UBS y cambios en la formación de médicos como la reordenación de la oferta de cursos de medicina y de las plazas para residencia médica y adopción de nuevos parámetros curriculares para la graduación, entre otras acciones<sup>2</sup>.

Algunos análisis sobre los impactos del PMM hasta el momento han señalado la reducción de inequidades en salud, la satisfacción de los usuarios con la asistencia de los médicos del programa y la mayor inserción de alumnos en la AB durante la graduación<sup>7-10</sup>. Al mismo tiempo, identifican límites tales como: el carácter provisional del programa y privatizador de la expansión de la graduación médica, insuficiencias en la gestión municipal de los servicios, poco avance en relación a la definición de carreras profesionales y a la rotación profesional causada por los vínculos precarios de trabajo<sup>11</sup>.

### **Más Médicos y la formación en residencia médica para la atención básica**

La ley n° 12.871/2013, que instituye el PMM, dispone sobre nuevos parámetros para la formación médica en nivel de graduación y post-graduación, especialmente en su relación con la AB<sup>12</sup>.

No es nuevo el debate sobre la necesidad de cambios en la educación médica, principalmente en lo que se refiere a la aproximación con las necesidades de salud de la población. No obstante, para que ese movimiento de cambio se consolide, el mismo debe estar vinculado a una profunda revisión de la residencia médica<sup>13,14</sup>. Según la Ley n° 6.932/1981:

La residencia médica constituye una modalidad de enseñanza de postgrado, destinada a médicos, bajo la forma de cursos de especialización, caracterizada por capacitación en servicio, funcionando bajo la responsabilidad de

instituciones de salud, universitarias o no, bajo la orientación de profesionales médicos de elevada calificación ética y profesional.<sup>15</sup>

En este contexto, Amoretti<sup>16</sup> llama la atención para el escenario que se presenta en relación a la residencia médica: la constitución del modelo hospitalocéntrico de asistencia médica y la fragmentación en disciplinas por especialidades en la enseñanza médica producen los hospitales como el principal campo de formación en servicio. Por lo tanto, la expansión de las residencias médicas tuvo lugar por la necesidad de los servicios médicos para las prácticas hospitalarias, siendo que la definición de plazas ocurría de acuerdo con las propias necesidades o el deseo de la especialidad. Las especialidades pasaron a organizar tanto las facultades como los servicios, formando a un elevado número de profesionales para actividades específicas en un mercado de trabajo restringido geográficamente.

Siendo así, se reconoce la necesidad y la urgencia de la regulación de la oferta de plazas de residencia médica por parte del Estado<sup>13,17</sup>. Tal prerrogativa surge legalmente por medio del Decreto Presidencial n° 7.562/2011, el cual determina que la regulación de las instituciones y de los PRM consideren la necesidad de médicos especialistas de acuerdo con el perfil socio-epidemiológico de la población, en consonancia con los principios y las directrices del SUS.

Surge entonces la creación de la Pro-Residencia, en 2009, con el objetivo de dar apoyo a la formación de especialistas en regiones y especialidades prioritarias para el SUS. Según Alessio<sup>18</sup>, “hasta entonces no existían políticas inductoras de plazas de formación de especialistas, enfocadas en la necesidad del SUS, aunque el poder público sea, sabidamente, el mayor financiador de las becas de los residentes”. Entre las especialidades y áreas de actuación prioritarias para la expansión en este programa, está la Medicina de Familia y Comunidad (MFC).

Los programas de residencia médica en Medicina de Familia y Comunidad (PRMFC) vienen del año 1976, con la creación de las primeras experiencias en el área. La especialidad del médico de familia y comunidad establece una amplia base de clínica general, familiar y comunitaria para el mantenimiento de los sistemas de salud<sup>16</sup>. La

práctica del médico de familia es de atención ampliada, abordando el binomio salud-enfermedad como un proceso condicionado por el entrelazamiento de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales de todos los grupos poblacionales. Además, es capaz de resolver el 85% de los problemas de salud, sin deshacer el vínculo con el paciente y, en casos más críticos, ejercitar la gestión de la clínica a lo largo de la red, considerando tanto la condición general de salud como el contexto del usuario<sup>19,20</sup>. Esos atributos convergen con las competencias esperadas de los médicos formados en esa especialidad conforme los requisitos mínimos reglamentados por la resolución de la Comisión Nacional de Residencia Médica<sup>21</sup>.

Según Santos<sup>20</sup>, “los sistemas de salud de países que son mayoritariamente públicos y con fuerte inversión en APS tienen del 30 al 40% de sus especialistas graduados en MFC.” Alessio muestra algunos desafíos para la consolidación de las residencias en esta especialidad, con datos de 2014:

En 2013, había casi 34.000 ESF implantadas en el país, pero solamente 3.253 médicos titulados especialistas en MFC. Actualmente, hay 1.277 plazas de MFC distribuidas por todas las regiones del país, pero todavía ausentes en algunos Estados tales como Amapá, Piauí y Rondônia. Aunque las plazas en esta especialidad se han duplicado de 2009 a 2014, su ocupación es extremadamente baja, con una tasa de ociosidad que gira alrededor del 70%.<sup>18</sup>

Por lo tanto, la autora sugiere que el PMM posibilite una actuación conjunta de las políticas públicas para inversiones en la formación de médicos conforme responsabilidad social, enfocado en la AB y en número adecuado al modelo asistencial del SUS. Con relación a la ocupación de plazas, especialmente, las políticas públicas se han destacado como factores positivos<sup>22</sup>.

Entre los principales cambios en la formación médica, el PMM propone la universalización de las plazas de programas de residencia médica hasta el año 2018, dando prioridad a la expansión de plazas PRMFC, que pasaría a ser pre-requisito para la mayoría de las otras especialidades<sup>2,12</sup>. Según datos presentados por el MS<sup>23</sup>, 18.419 estudiantes ingresaron en cursos de graduación de medicina en el año 2012. Por otro

lado, en 2015, había 1.533 plazas de residencia en MFC y 365 plazas para las demás especialidades de acceso directo. De tal forma, hasta 2018, existiría la necesidad de creación de aproximadamente 16.500 plazas en esta especialidad para garantía de acceso universal a la residencia médica en Brasil.

De acuerdo con el MS, como consecuencia de la universalización de la residencia médica a partir de los PRMFC, Brasil se aproximaría de la mayoría de los países con sistemas públicos de salud en el mundo y, al mismo tiempo, haría posible la provisión a largo plazo de médicos calificados para actuación en el ámbito de la atención básica<sup>2,7,23</sup>.

Se considera que la movilización institucional, dirigida por actores tales como los Ministerios de la Salud y de la Educación, para consolidación de las residencias médicas, especialmente las de MFC, puede reforzar la formación de especialistas en áreas prioritarias de acuerdo con las necesidades de la salud en Brasil. Ese movimiento está aliado a las medidas de corresponsabilidad de los gestores municipales en las estrategias de provisión y fijación de médicos en la AB por el Programa Más Médicos.

El objetivo de este estudio es identificar estrategias para la creación o la expansión de plazas de seis programas de residencia de Medicina de Familia y Comunidad, promovidas por gestores municipales que pueden contribuir para la universalización de plazas de residencia médica y la provisión a largo plazo de médicos propuestos por el PMM.

## **Metodología**

Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, cuyo objetivo es proporcionar una visión general sobre determinado hecho en su historicidad, especialmente por tratarse de un tema poco explorado y con necesidad de delimitación y aclaración, lo que contribuye con la primera etapa de una investigación más amplia y en la formulación de problemas más precisos<sup>24</sup>.

En el año 2015, el Ministerio de la Salud realizó dos talleres de discusión con la participación de representantes de diez PRMFC de todas las regiones del país que fueron invitados, entre otros motivos, por el éxito en la expansión u ocupación de sus plazas.

Tales talleres tuvieron los objetivos siguientes: presentar informaciones del PMM, particularmente en lo que se refiere a la expansión de las residencias médicas, discutir desafíos y potencialidades para la implantación de PRMFC, de acuerdo con la percepción de los gestores y coordinadores de estos programas y componer una agenda conjunta entre el MS, los PRMFC y otros aliados para la colaboración en la expansión de las plazas nacionales.

Entre los participantes de los talleres se seleccionaron seis Programas como objeto de este estudio, definiéndose como criterio de inclusión el establecimiento de su Comisión de Residencia Médica (COREME) por parte del gestor municipal del SUS. Este criterio consideró la priorización de la estrategia del Ministerio de la Salud de incentivo a la creación de programas municipales de RMFC<sup>23</sup>. Siendo así, se analizaron los programas de los municipios siguientes: Curitiba/Paraná, Florianópolis/Santa Catarina, Palmas/Tocantins, Recife/Pernambuco, Río de Janeiro/Río de Janeiro y São Bernardo do Campo/São Paulo.

La colecta de datos se realizó a partir de la observación participativa en estos talleres y del registro en diario de campo. El objetivo fue registrar las informaciones sobre las estrategias de creación, organización y gestión de estos programas, sus potencialidades y desafíos, además de la opinión de sus representantes con relación al éxito de sus actividades.

También se utilizó la técnica de investigación documental que, de acuerdo con Gil<sup>24</sup>, es la investigación desarrollada a partir de material ya elaborado, con la ventaja de permitir al investigador la cobertura amplia de fenómenos y datos dispersos por el espacio. De acuerdo con el autor, esa técnica consiste en la exploración de fuentes documentales que pueden haber sido, o no, analizadas previamente, pero que pueden pasar por un nuevo análisis de acuerdo con otros objetivos de investigación.

Se analizaron los informes de los dos talleres anteriormente citados<sup>25,26</sup>, el registro en diario de campo, un informe técnico de estudios sobre modelos de conformación y financiación del PRMFC realizado por el MS en el año 2014<sup>27</sup>; cuatro entrevistas publicadas en la Revista de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad, entre los años 2013 y 2015, con gestores de salud envueltos con los PRMFC

de los municipios de Curitiba, Florianópolis y Río de Janeiro<sup>28-31</sup>. También se analizaron datos colectados en el Sistema de la Comisión Nacional de Residencia Médica (SisCNRM), en legislación específica de los municipios seleccionados y por contacto directo con los coordinadores de estos PRMFC.

El análisis de los datos se realizó conforme modelo referenciado por Gil<sup>24</sup> en lo que se refiere al análisis de contenido propuesto por Bardin: inicialmente, hubo la lectura de los materiales y, posteriormente, la selección y preparación para análisis temático según los objetivos de la investigación. Después de esta primera etapa, hubo la exploración del material, recortando y clasificando los datos y, finalmente, su tratamiento, inferencia e interpretación para construir nuevas formas de comprenderlo de manera amplia y generalizada.

Se encontraron limitaciones referentes a las técnicas de investigación utilizadas en el pequeño alcance sobre las particularidades de las experiencias prácticas de los programas estudiados y a la actualización de los datos de los sistemas utilizados. El análisis de esos datos permitió la exploración de estrategias generales y discursivas de los PRMFC para identificar las relaciones entre el desarrollo de una política local y nacional de apoyo a la expansión de plazas de PRMFC por parte de gestores municipales.

Los datos utilizados en esta investigación se retiraron de fuentes gubernamentales y/o publicaciones científicas asegurándose los aspectos éticos necesarios para la investigación documental. Los gestores de los sistemas de salud de los municipios seleccionados fueron informados oficialmente sobre la investigación e invitados a la colaboración de acuerdo con la alianza establecida con el MS. La investigación no envolvió experimentos con seres humanos, estando de acuerdo con las directrices de la Resolución CNS n° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud.

## **Resultados y Discusión**

Los resultados y la discusión se presentan en ítems. Primeramente, se describe un programa de expansión y de ocupación de plazas de los PRMFC estudiados. Después, se definieron los típicos que reúnen las estrategias identificadas en el análisis de los datos,

que son: I. Expansión de la cobertura y mejora de la infraestructura de la atención básica; II. Calificación y valorización de la preceptoría; III. Planificación de legislación y presupuesto; y, IV. Integración con cursos de graduación en medicina y otras residencias.

**Tabla 1.** Total de plazas de residentes del 1<sup>er</sup> año (R1), ocupación y desistimiento por año de los PRMFC.

	Plazas (R1)			Ocupación		Desistimiento	
	2012	2014	2016*	2014	2015	2014**	2015**
Curitiba/Estado de Paraná	-	20	50	11 - 55%	5 - 25%	3 - 27%	1 - 20%
Florianópolis/Estado de Santa Catarina	-	16	16	13 - 81%	16 - 100%	5 - 31%	3 - 18%
Palmas/Estado de Tocantins	-	20	20	14 - 70%	14 - 70%	3 - 21%	6 - 42%
Recife/Estado de Pernambuco	-	6	60	3 - 50%	6 - 100%	0	2 - 33%
Río de Janeiro/Estado de Río de Janeiro	60	100	150	64 - 64%	100 - 100%	20 - 31%	20*** - 20%
São Bernardo do Campo/Estado de São Paulo	-	10	10	5 - 50%	6 - 60%	2 - 40%	0

Fuentes: Coordinadores de los PRMFC, SisCNRN, el 15/11/2015, DEPREPS/SGTES/MS, 2014. \**sujeito a la aprobación de la CNRM* \*\**en los primeros 6 meses* \*\*\* *en noviembre/2015*

Los datos referentes al número de plazas, su ocupación y el desistimiento de las plazas ocupadas en los PRMGFC se colectaron en el SisCNRN y junto a la coordinación de estos programas se presentan en la tabla 1. La ocupación de las plazas ofrecidas y la permanencia de los médicos residentes en los PRMGFC son dos de los principales desafíos reconocidos para la formación de médicos especialistas en el área y para la provisión de médicos<sup>20,32</sup>. De acuerdo con los datos, la ocupación de plazas en el año

2015, en todos los municipios estudiados, fue igual o superior al 50%, presentándose por encima de la tasa de ocupación nacional de ese año, que fue del 26,5%<sup>32</sup>. En 2016, solamente Curitiba/Estado de Paraná presentó ocupación inferior al 50%.

Según Feuerwerker<sup>13</sup>, la ociosidad de las plazas sucede en función del inventivo para determinadas especialidades y también de las instituciones, considerando la importancia histórica de la práctica y las consecuencias de la especialización creciente en la formación médica. Sin embargo, hay elementos que favorecen la ocupación: inversiones en herramientas de trabajo y ambiente en la atención básica, planes de cargos, carreras y sueldos y la valorización de la formación del médico de familia y comunidad en el trabajo de la ESF<sup>22</sup>.

Además, el aumento de la oferta y del valor de las becas, incluyendo el incentivo a la formación en preceptoría, son propuestas nacionales recientes cuyo objetivo es aumentar las tasas de ocupación. Otro incentivo reciente fue el puntaje adicional del 10% en proceso selectivo de PRM en otra especialidad de acceso directo para quien concluya la Residencia en MFC.

El PMM posibilitó espacio en la agenda política para la importancia de la RMFC en la provisión de médicos en áreas de vulnerabilidad social calificados para la actuación en la AB. La provisión de emergencia fortaleció la asistencia médica, pero todavía son necesarias medidas de provisión a largo plazo para enfrentar la escasez de médicos. Existe la perspectiva de fijación de médicos en los locales en donde realizan la residencia médica, así la expansión de estos programas puede contribuir con la distribución y con la provisión de médicos en donde todavía es necesario. No obstante, iniciativas municipales y de la gestión de estos PRM son esenciales para la superación de este desafío<sup>23,25,26</sup>.

Siendo así, los tópicos a continuación discuten las estrategias para la expansión y ocupación de las plazas identificadas en estos PRMFC y permiten analizar la implicación de estos PRMFC en el nivel local del sistema de salud municipal que dialogan con el contexto nacional de las políticas de educación en la salud.

### **Expansión de la cobertura y mejora de la infraestructura de la atención básica**

Se percibe que los municipios de este estudio desarrollaron acciones para ampliar la cobertura de la atención básica, especialmente por medio de la Estrategia de Salud de la Familia y señalaron también la necesidad de analizar la situación de la infraestructura de las Unidades Básicas de Salud.

El municipio de Río de Janeiro ha divulgado una importante inversión en la AB por su reestructuración a partir de la ESF, influenciada tanto por la PNAB como por experiencias internacionales que comprueban la eficacia de estos servicios como base para el desarrollo de sistemas universales de salud<sup>30,33</sup>. De acuerdo con los datos del Departamento de Atención Básica/MS<sup>34</sup>, el municipio pasó de aproximadamente el 9% de cobertura de la población por parte del ESF, en 2010, para el 45,4%, en 2015. Curitiba/Estado de Paraná también presentó expansión por medio de la ESF<sup>20</sup>, alcanzando cobertura del 45,82%.

Los datos de cobertura poblacional de la ESF referentes a São Bernardo do Campo también presentaron aumento: del 18,51%, en 2010, para el 58,77% de la población 2015. A su vez, los municipios de Palmas y Florianópolis mostraron una cobertura elevada e histórica de este indicador demostrando, en el período de 2010 y 2015, un aumento de aproximadamente el 10% y el 15%, respectivamente, mientras que el de Recife presentó un mantenimiento próximo del 50% de esta cobertura en el mismo período período. Incluso en Florianópolis, que alcanzó la cobertura de toda la población, según los criterios actuales de la PNAB, todavía hay espacio para el crecimiento de la ESF<sup>29</sup>.

Un factor que limitaba la expansión de la ESF en tan solo el 1,5% a cada año en Brasil, era la dificultad de los gestores municipales para atraer y fijar médicos en los equipos de salud de la familia<sup>2,5</sup>. La residencia médica es una posibilidad para atraer médicos que se inserirán en las Unidades Básicas de Salud, principalmente los graduados hace poco tiempo. No obstante, se subrayan los desafíos de la interiorización y de la ocupación de estas plazas, conforme visto anteriormente<sup>18,32</sup>.

El PRMFC fue uno de los medios para disminuir la escasez de médicos y aumentar su calificación para actuación en la ESF<sup>33</sup>. De tal forma, la expansión de la atención básica contribuyó como una ventana de oportunidad para la creación de PRM de gestión

municipal, representando una demanda para incorporación y calificación de médicos, además de proporcionar infraestructura para la organización de estos PRM.

Los datos presentan proyectos en esa área realizados por el municipio de Río de Janeiro, como la implantación de clínicas de la familia, la incorporación y la reestructuración de servicios y la oferta de recursos tecnológicos educativos<sup>30-33</sup>. Florianópolis y São Bernardo do Campo enfrentaron dificultades en lo que se refiere al espacio necesario dentro de los servicios, al mismo tiempo en que reunieron a los profesionales calificados y preceptores en los servicios con PRMFC<sup>29</sup>. No obstante, las iniciativas ya realizadas verificaron que este punto todavía constituye un desafío para todos los municipios.

### **Calificación y valorización de la preceptoría**

En el registro de los PRM en el SisCNRN se inscribe el número de preceptores en el inicio del proceso de acreditación y de la apertura de nuevas plazas. La preceptoría es un elemento fundamental de los proyectos pedagógicos de los cursos. La proporcionalidad numérica entre el preceptor y el residente se define por resolución de la CNRM, en la que constan los requisitos mínimos para la acreditación “proporción mínima de un médico del cuerpo clínico, en régimen de tiempo total, para seis residentes, o de dos médicos del cuerpo clínico, en régimen de tiempo parcial, para tres médicos residentes”<sup>35</sup>.

En los programas estudiados, la proporcionalidad de un preceptor para un residente se encontró en tres programas (Curitiba, Florianópolis y São Bernardo do Campo), mientras que la proporción 1:2 se utiliza en el programa de Palmas y Recife y 1:4 en el municipio de Río de Janeiro.

La formación de docentes tutores y preceptores para PRMFC también constituye un desafío, puesto que ellos se consideran modelos y responsables por el carácter formativo para alumnos y residentes. Por lo tanto, la construcción de la identidad y de la formación del preceptor transita por la reflexión de los diferentes modelos de atención y de enseñanza presentes en el cotidiano del trabajo en la salud, por la valorización de la preceptoría, por la definición de un perfil de competencia que articule la gestión, la

atención y la educación y en la búsqueda de educar para corresponder a las necesidades del área, considerando tanto el saber/hacer docente como el saber/hacer profesional<sup>16,36</sup>.

También se destaca la oferta de cursos de actualización y especialización en preceptoría médica promovida por instituciones de excelencia en el área de la Salud en alianza con el MS desde el año 2012, además de la reciente institución del Plan Nacional de Formación de Preceptores cuyo objetivo es dar subsidios y asegurar instrumentos para el proceso de expansión de plazas de residencia en MFC. También se verificó que cinco de los seis PRMGFC de los municipios estudiados inscribieron preceptores para la formación en estos cursos en 2016<sup>37</sup> (con excepción de São Bernardo do Campo, aunque haya tenido participación en ofertas anteriores).

Los coordinadores de los PRMFC señalaron el valor positivo de preceptores calificados para la satisfacción de los médicos en formación y, consecuentemente, su permanencia en el programa. Los cursos de formación de preceptores se consideraron importantes no solo para la calificación de estos profesionales, sino también para la propia creación y organización de los PRMFC. No obstante, los datos utilizados no posibilitaron la correlación de tales iniciativas con la ocupación o desistimiento de las plazas.

Una peculiaridad señalada por el gestor del PRMFC de Florianópolis fue el potencial que la gran cantidad de médicos especialistas en MFC que actúan en la AB del municipio proporcionó en términos de avances, principalmente en lo que se refiere al modelo de inserción del residente en los equipos y en la participación de los preceptores en el desarrollo de las acciones de residencia<sup>29</sup>.

Además de los incentivos financieros para el reclutamiento, también se encontraron otras formas de valorización de estos profesionales, tales como: reconocimiento de la carga-horaria en actividades educativas contabilizadas en el trabajo regular y en el registro de producción profesional, aproximación con actividades de iniciación a la docencia y a la investigación, capacitación en el área pedagógica y de educación médica, reconocimiento de esta función en un plan de carrera, cargos y sueldos y prioridad en cuestiones de gestión de personas en la red de servicios.

## Planificación de legislación y presupuesto

Algunos arreglos organizacionales de planificación legal y financiera también se identificaron y se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2.** Complementación de beca-residente, incentivo al preceptor, mecanismo jurídico utilizado y sostenibilidad financiera de los PRMGFC.

	Complementación de beca-residente	Incentivo al preceptor	Mecanismo jurídico	Sostenibilidad financiera
Curitiba/Estado de Paraná	No	No	–	No
Florianópolis/Estado de Santa Catarina	Sí	Sí	Ley n° 9.649, del 1° de octubre de 2014	Sí
Palmas/Estado de Tocantins	Sí	Sí	Ley n° 2.010, del 12 de diciembre de 2013	Sí
Recife/Estado de Pernambuco	No	No	–	No
Río de Janeiro/Estado de Río de Janeiro	Sí	Sí	Convenio que reglamenta las acciones con Organizaciones Sociales	No
São Bernardo do Campo/Estado de São Paulo	Sí	Sí	Ley n° 6.368, del 4 de diciembre de 2014, alterada por la Ley n° 6.406, del 25 de junio de 2015; Decreto	No

Administrativo  
Conjunto  
SBC/Fundación  
ABC, del 10 de  
diciembre de 2010

---

Fuente: Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud, 2014<sup>27</sup>

Los PRMFC de los municipios de Florianópolis, Palmas, Río de Janeiro y São Bernardo do Campo utilizaron dos mecanismos para incentivar la ocupación y la permanencia de los residentes en las plazas. Uno de los métodos fue la complementación financiera para la beca-residente, además de la gratificación a los profesionales servidores de la red de estos municipios condicionada al ejercicio de actividades de supervisión/preceptoría a estudiantes del área de la salud.

Con relación a la planificación y a la realización de estas inversiones, se verifica la heterogeneidad entre los municipios estudiados. Río de Janeiro realiza actos administrativos por medio de contrato con Organización Social de Salud, en el caso de los residentes y convenio con Fundación Universitaria que administra la gratificación de los preceptores. Florianópolis y São Bernardo do Campo adoptan una legislación específica para concesión de becas y gratificaciones.

Otro mecanismo de traspaso de recursos financieros se realiza por medio de la inserción del residente y/o del preceptor en programas de incentivo para la integración enseñanza-servicio instituidos en el municipio, como es el caso de Palmas y São Bernardo do Campo. Se constató que el objetivo de estos programas es incentivar procesos de formación de acuerdo con las necesidades del sistema municipal de salud, calificar la fuerza de trabajo en salud por medio de la reflexión sobre el proceso de trabajo, incentivar cambios en la formación profesional en las instituciones de educación superior (IES) y la investigación científica, enfocándose en el contexto del SUS y la fijación del profesional especializado en estos municipios.

De tal forma, se verifica que la inversión financiera en la forma de becas para las actividades asistenciales, de estudio e investigación de médicos-residentes y también de

gratificación a los profesionales que ejercen actividades de preceptoría y supervisión en las unidades de salud se configuran como una importante acción de protagonismo de los municipios. Los únicos municipios que no indicaron complementación de becas-residencia, conforme indicado en la tabla 2, fueron Curitiba y Recife, aunque indiquen complementación financiera para los residentes ya vinculados a las formas de contratación municipal. Siendo así, los programas analizados presentan importantes tasas de ocupación, al mismo tiempo en que demostraron estrategias que implicaron incentivos financieros para los residentes y/o preceptores, sugiriendo una posible correlación entre esos incentivos y la ocupación de las plazas.

Esta estrategia se une a la financiación proporcionada en los últimos años por políticas de ámbito nacional enfocadas en la creación de nuevos equipos de salud de la familia, incluyendo aumento de traspasos financieros previstos para la AB y de formación de médicos especialistas en áreas prioritarias para la calificación de las Redes de Atención a la Salud. Combinadas esas inversiones ayudan a evaluar de forma inicial la posibilidad de sostenibilidad financiera de los PRMGFC, es decir, la capacidad de reunir recursos propios y traspasos de otras entidades para asegurar un presupuesto positivo para el mantenimiento del residente y, como consecuencia, apostar por la expansión de plazas<sup>27</sup>.

### **Integración con los cursos de graduación en Medicina y otras residencias**

Las estrategias de aproximación con la graduación se señalaron como un factor importante de atracción para la opción de médicos por la MFC en los documentos analizados. Una buena experiencia inicial en la AB, especialmente en unidades de salud con buena evaluación en los procesos de formación y con acompañamiento de preceptores formados en MFC, se indicaron como estrategias de éxito para favorecer la ocupación de las plazas. Entre las iniciativas que siguen esa dirección están las políticas de integración enseñanza-servicio y la educación por medio del trabajo como en los casos de PRÓ-SAÚDE y PET-SAÚDE y actividades de integración entre los residentes y alumnos de graduación, así como la divulgación de la MFC entre los egresados y alumnos de los últimos años de los cursos de graduación.

Esa estrategia adquiere mayor importancia en un contexto de aumento de la AB como campo de pasantía en la graduación. Ella se relaciona con la forma en como el estudiante percibe la profesión con relación a sus intereses personales y tiene influencia de la comunicación, así como también el alumno adquiere las primeras experiencias y perspectivas de actuación en el mercado de trabajo<sup>31</sup>.

Algunos programas estudiados también presentaron mecanismos de integración con otros Programas de RMFC y también de Residencia Multi-profesional en Salud. Eso sucedió por medio de la realización conjunta de procesos selectivos, propuestas pedagógicas, incluyendo actividades teórico-prácticas tales como clases, seminarios y encuentros regulares. La aproximación entre Secretaría de Salud e instituciones de enseñanza superior, especialmente en el apoyo de las Escuelas de Salud Pública para la creación y el desarrollo del PRMFC, se señaló como un paso importante para la creación y realización de esas acciones en la convergencia de las actividades entre residentes y alumnos de graduación.

### **Consideraciones Finales**

Se percibió que los gestores municipales de salud pueden asumir un protagonismo fundamental para la expansión de la formación en Medicina de Familia y Comunidad. En los programas analizados se verificó que el aumento de la cobertura de la atención básica y la mejora de la infraestructura de las UBS son estrategias que potencian la RMFC. También se destacan las acciones de formación y valorización de la preceptoría, muchas de ellas desarrolladas en conjunto con iniciativas federales y la oferta de becas y gratificaciones que demostraron ser una característica señalada de todos los programas con alta tasa de ocupación de las plazas de residencia.

Los gestores de estos programas, que demostraron acciones de aproximación con cursos de graduación en medicina y otras iniciativas de fortalecimiento de la integración enseñanza-servicio en su red de atención a la salud, interpretan esa estrategia como una de las fortalezas para la buena marcha de sus PRMFC. Finalmente, la posibilidad de intervención sobre aspectos legales y presupuestarios, haciendo uso de mecanismos

jurídicos específicos para el PRM y la disponibilidad presupuestaria para la formación de profesionales de salud en la red fue un aspecto importante para asegurar la continuidad y sostenibilidad de los programas analizados.

La combinación de las iniciativas municipales con políticas federales de gestión del trabajo y de la educación en la salud y de expansión de la atención básica señala un momento sin precedentes para la Residencia de Medicina de Familia y Comunidad, aún más considerando que la Ley 12.871 insertó la RMFC como el camino deseable hacia una formación sólida del futuro médico especialista en la atención básica. Esto posiciona a Brasil juntamente con otros países que entendieron que la regulación de la formación de recursos humanos es un tema sensible para quien defiende sistemas universales de salud.

Finalmente, se reitera que este estudio, debido a sus objetivos, se limitó a estudiar los PRMFC que participaron en la formulación de políticas para la expansión de plazas de residencia, resultando también interesante tratar de comprender las experiencias de otros municipios e IES como forma de ampliar la comprensión de la diversidad de características posibles que contribuyan para la formulación de políticas públicas para todos el país. Por lo tanto, son necesarias nuevas investigaciones para comprender las posibilidades de expansión de los PRMFC en municipios del interior, por citar un ejemplo.

La Residencia de Medicina de Familia y Comunidad representa, por lo tanto, una de las grandes políticas del SUS para atender continuamente la necesidad de médicos calificados en los servicios, sirviendo de oportunidad para que gestores municipales de salud inviertan en la formación de sus profesionales, juntamente con la expectativa de provisión a largo plazo. Por eso, resulta importante la continuidad de los estudios sobre las experiencias prácticas de cada programa, buscando la identificación de las posibilidades de cambio alcanzadas con el Programa Más Médicos y las dificultades que todavía persisten en el contexto de la formación profesional y del trabajo en salud en Brasil.

**Contribución de los autores**

Moysés Martins Tosta Storti, Felipe Proença de Oliveira y Aline Lima Xavier participaron de la concepción y delineación del estudio, de la colecta, procesamiento, análisis y discusión de los datos, redacción y elaboración del manuscrito, revisión crítica del mismo y aprobación de su versión final. Todos los autores se declaran responsables por todos los aspectos del trabajo.

## Referencias

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](http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf).
7. Oliveira FP, Tazzio V, 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. 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.
16. Amoretti, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bra Educ Med. 2005; 29(2):136–46.
17. 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.
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.

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](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.