

ANÁLISE DO PERFIL E DA EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL

Profile and Evolution of Family and Community Health Residency Programs in Brazil

Carlos Eduardo Aguilera Campos¹, Mellina Marques Vieira Izecksohn²

RESUMO

As mudanças recentes do perfil do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e o seu papel no atual contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) são os focos deste trabalho. Pretende-se, ainda, descrever a evolução da oferta de vagas em programas de Residência Médica (RM) no país, especialmente no que se refere à proporcionalidade do crescimento de novas vagas na especialidade MFC em relação às demais especialidades. Verificar-se-á também a evolução do número de vagas da RM em MFC segundo as regiões do país e os vínculos institucionais das entidades mantenedoras. Foram pesquisadas as informações existentes no banco de dados do Ministério da Educação - Secretaria de Educação Superior (MEC-SESu), entre julho e setembro de 2007, em que puderam ser consultados os dados referentes aos Programas de Residência Médica. Foi levantado o período compreendido entre 2002 e 2007, incluindo as seguintes variáveis: instituição, número de vagas, especialidade, tempo de duração da especialização, região do país em que se encontra e categoria administrativa. Cada variável foi analisada separadamente e, depois, em conjunto, possibilitando as comparações, por ano, por especialidades e por categoria administrativa. Apesar da prioridade dada por diversos segmentos da gestão do SUS à Estratégia Saúde da Família e o decorrente aumento da demanda por este profissional, conclui-se que o Programa de Residência em MFC sofreu transformações importantes no sentido de se adequar às exigências da Política de APS no país e que os Programas de Residência Médica no Brasil e, em particular

ABSTRACT

Recent changes to the Family Medicine Residency Program and the role of this program in the context of the Primary Health Care (PHC) and the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) are the focus of this paper. It also intends to describe the evolution of the slots offered by medical residency programs in the country, especially concerning the growing proportion of new slots in Family Medicine compared to other specialties. It also verifies the evolution in the number of slots offered by Family Medicine Medical Residency Programs, according to the geographic area and the institutional relationships with the sponsoring institutions.

The Ministry of Education-Higher Education Secretariat database was searched between July and September 2007. Data concerning Medical Residency Programs were obtained for the 2002-2007 period, including the following variables: institution, number of slots offered, specialties, specialization time, geographic location in the country and administrative category. Each variable was analyzed individually and later as a whole, for comparisons by year, specialty and administrative category. In spite of the priority assigned by the SUS to the family health strategy, and the consequent increasing demand for this kind of service, and in spite of the important transformations suffered by the Family and Community Medicine

¹ Carlos Eduardo Aguilera Campos, graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1984), mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (1991) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1999). Professor adjunto do Programa de Atenção Primária à Saúde e do Departamento de Medicina Preventiva da FM da UFRJ. Coordenador da Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFRJ.

² Mellina Marques Vieira Izecksohn, médica de Família e Comunidade (MFC) com Residência pela Universidade Federal Fluminense. MFC do Centro de Saúde Escola Germano Silval Faria-ENSP-Fiocruz/SMS-RJ. E-mail: mellmarques@hotmail.com

a de MFC, têm tido um crescimento importante, ainda que estes estejam aquém das necessidades.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina de Família e Comunidade; Residência Médica; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A Residência Médica tem sido reconhecida, ao longo dos anos, como uma forma de qualificação e especialização do profissional recém-formado. O primeiro programa surgiu nos Estados Unidos, em 1889, no John's Hopkins Hospital, coordenado por um ícone da cirurgia, Dr. William Halsted. No Brasil, os primeiros programas de residência datam de meados da década de 1940, implantados no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) e no Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado no Rio de Janeiro - IPASE.^{1,2}

A regulamentação da Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977³, e constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, idealmente sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com a função de estabelecer as normas e os requisitos que regulam o credenciamento dos programas. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere, ao egresso, o título de especialista. Os demais cursos de especialização existentes seguem as normas da Resolução CNE/CES 1/2001⁴ e não dão direito ao registro de especialista junto aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina. Nestes casos, o título deve ser obtido através das sociedades da respectiva especialidade, filiadas a Associação Médica Brasileira, através de prova e avaliação de currículo.^{5,6} As origens da Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) datam de 1979, quando os programas então existentes orientaram-se por normas definidas na resolução 8/79 da CNRM⁷, de outubro de 1979, as quais abrangiam programas de denominações diversas, tais como: Saúde Coletiva, Medicina Comunitária, Saúde Comunitária e outras, e eram considerados como equivalentes ao Programa de Residência de Medicina Preventiva e Social (MPS). Esta situação não perdurou devido a conflitos e discordâncias políticas entre os grupos responsáveis pelos diversos programas. Em 1981, a Residência em Medicina Geral Comunitária

Residency Programs to meet PHC guidelines in Brazil, there are still unmet needs.

KEY WORDS: Family Practice; Internship and Residency; Primary Health Care; Family Health Program.

(MGC) foi então reconhecida pela CNRM. Em 1984, existiam 14 programas em 10 estados com um total de 138 bolsas, sendo 80% delas financiadas pelo governo federal (INAMPS e MEC). Naquele ano, o número de egressos foi de 174 médicos especialistas, sendo 130 deles oriundos de um único Programa: o do Hospital Conceição/Unidade Sanitária Murialdo, Porto Alegre, RS.⁸

A situação da Residência em MGC tornou-se crítica quando, em 1988, o INAMPS deixou de subsidiar novas bolsas.⁹ Este fato pode ser considerado o clímax do embate entre visões distintas sobre os rumos da Política de Saúde e da Rede Básica, especialmente, neste caso, em relação à definição do tipo de especialista médico que deveria atuar no campo da APS. Este conflito tinha como consequência a ausência de um mercado de trabalho para este especialista, uma vez que a Rede Básica previa a atuação de médicos pediatras, clínicos, gineco-obstetras, sanitaristas e, ainda, especialmente em unidades de maior porte, de infectologistas, pneumologistas, cardiologistas, dermatologistas, entre outros.^{10,11}

Esta tendência só começou a ser revertida a partir da criação, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993. Com esta e outras iniciativas, como a criação do Piso da Atenção Básica, fixo e variável, entre 1996 e 1998, ocorreu uma expansão significativa de um novo modelo em APS em base municipal. Este preconizava, entre outras mudanças, a contratação de Médicos de Família para a atuação no Programa. Nesta época, iniciou-se uma discussão entre gestores do sistema sobre qual especialidade deveria atuar no campo da Estratégia Saúde da Família - ESF.^{12,13} Ainda que muitos defendessem que nenhuma exigência deveria ser cumprida por este médico, mas apenas e simplesmente o seu curso de graduação, a ideia de que haveria a necessidade de formação especializada foi fortalecida em vários meios. Em 2002, a especialidade em MGC foi repensada frente aos novos desafios e foram reformulados alguns de seus princípios assim como o programa de residência. Nesta oportunidade, passou-se a uma nova denominação: Medicina de Família e Comunidade.¹⁴ A demanda por especialistas em MFC começou a crescer em quantidades exponenciais, não só para a prestação de

serviços de saúde, mas para atuar no aparelho formador, em processo de reforma visando o ensino da APS, coordenado por Polos de Capacitação criados na maioria dos estados e, com isso, iniciou-se também o crescimento do número de vagas para a Residência Médica em MFC.⁶

A progressiva expansão da Estratégia Saúde da Família⁵ e algumas iniciativas de absorção do MFC pelo subsetor privado têm mantido a demanda por esta especialidade em alta no mercado de trabalho. Atualmente, estima-se que 47% da população estão cobertos pela ESF, que contava, em março de 2008, com 27.886 equipes (tabela 1).

Tabela 1 - Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família: Brasil. 1998-2007

Mês/Ano	ESF Credenciadas	ESF Implantadas	População - Brasil	% cobertura populacional da SF
7/1998	2.195	2.054	159.636.413	4,4
7/2001	16.616	11.087	166.184.342	22,12
7/2004	20.822	20.822	176.875.750	38,22
3/2008	27.886	27.886	188.206.105	47,50

Fonte BRASIL - 2008a

Frente às questões acima descritas, este trabalho busca analisar as mudanças do perfil do Programa de Residência em MFC e o seu papel no atual contexto da APS e do SUS. Também pretende descrever a evolução da oferta de vagas em programas de Residência Médica no país, especialmente no que se refere à proporcionalidade do crescimento de novas vagas na especialidade MFC em relação às demais especialidades. A despeito da prioridade dada por diversos segmentos da gestão do SUS à Estratégia Saúde da Família e o decorrente aumento da demanda por este profissional, tem-se como hipótese que este crescimento esteja aquém das necessidades, permanecendo, ainda, um alto crescimento relativo das demais especialidades. Pretende-se também verificar a evolução do número de vagas da RM em MFC segundo as regiões do país e os vínculos institucionais das entidades mantenedoras.

Foram pesquisadas as informações existentes no banco de dados do Ministério da Educação - Secretaria de Educação Superior (MEC-SESu), entre julho e setembro de 2007, em que podem ser consultados os dados referentes aos Programas de Residência Médica.¹⁵ Foi levantado o período compreendido entre 2002 e 2007, incluindo as seguintes variáveis: instituição, número de vagas, especialidade, tempo de duração da especialização, região do país em que se encontra e categoria administrativa. Cada variável foi analisada separadamente e, depois, em conjunto, possibilitando as comparações, por ano, por especialidades e por categoria administrativa.

É importante frisar que estas informações não permitem inferir quantos médicos residentes estão, de fato, cursando os programas, uma vez que podem existir vagas ociosas ou não preenchidas em decorrência de fatores inerentes a estes. Assim, a taxa de ocupação dos programas de residência não foi, portanto, objeto deste trabalho e demandaria outro estudo específico para tanto. Os autores deste trabalho, porém, têm como premissa que a oferta de vagas e, por conseguinte, a alocação de bolsas, reflete a prioridade dada a cada especialidade, considerando a Política de Saúde. Estas informações, portanto, podem ser úteis para esta avaliação, uma vez que refletem a decisão política de alocar mais recursos para o aumento da formação do profissional especializado e, em especial, do MFC.

O Perfil do Programa da Residência Médica na especialidade em MFC

À época de sua criação, em 1981, o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária refletiu uma forte influência dos princípios consagrados pela Conferência de Alma Ata, dos quais pode ser destacada a prestação de cuidados primários de saúde à população dentro do conceito de família, atuando com promoção e educação em saúde.¹⁶

As atividades de assistência médica, compreendidas como cuidados básicos de saúde, incluíam: o acompanhamento da gestação normal e do puerpério, a puericultura, a herbiatria e a geriatria, focados no atendimento físico e psicológico dos usuários.¹⁶

As atividades de administração e planejamento assim como a área de epidemiologia, também eram bastante enfatizadas.¹⁶

O peso dado às atividades de saúde pública parece ter sido o motivo da polêmica referente à equivalência que se propôs estabelecer entre os Programas de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social e Medicina Geral Comunitária.^{8,10} As diferentes visões entre os dois grupos não permitiram que esta proposta fosse adiante. No entanto, analisando as atividades previstas, percebem-se funções e atribuições comuns do programa da MGC com o perfil da MPS.

Em 2002, com a resolução CNRM 1/2002, os programas de Residência Médica foram redefinidos como um todo.¹⁴ Em relação MGC, além de receber uma nova denominação - Medicina de Família e Comunidade - passou a englobar, além dos cuidados de atenção primária definidos anteriormente, o papel do profissional médico como constante formador e avaliador da equipe de saúde em que está inserido. Há, ainda, uma ênfase na formação clínica com um menor conteúdo ligado à saúde coletiva. A questão da integralidade é igualmente destacada.

O programa de Residência Médica em MFC, mesmo sem citar uma única vez a Estratégia de Saúde da Família, incorpora a maioria dos seus princípios, com grande confluência de áreas do conhecimento, objetivos programáticos, modelos e propostas de ações assistenciais.

Perfil atual da oferta de vagas dos programas de RM existentes no país

Estavam regulamentadas, no momento deste levantamento, 56 especialidades médicas e 61 áreas de atuação.^{15,17} De acordo com a resolução CNRM 2/2006¹⁸, foram definidos os pré-requisitos mínimos para cada Programa de Residência Médica, podendo ser acrescentado mais um ano de especialização desde que previamente aprovado pelo CNRM (Quadro 1).

Segundo a Comissão Mista de Especialidades, formada pelo CNRM, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB)¹⁵, especialidade é definida como:

“núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão bio-psico-social do indivíduo e da coletividade”¹⁹

e entende-se por área de atuação:

“modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades”.

Em maio de 2001, os membros da CNRM reuniram-se em Brasília com representantes das associações de 35 especialidades médicas, a fim de reformular os requisitos mínimos para o credenciamento de programas de Residência Médica.¹⁹

A titulação da área de atuação seria obtida através de título concedido pela AMB juntamente com os conselhos profissionais envolvidos e não através de Residência Médica como é o caso das especialidades. Observa-se a existência de 13 especialidades cujo pré-requisito é a conclusão da Residência em Clínica Médica em um ou dois anos, dependendo da subespecialidade. No caso das especialidades cirúrgicas, seis delas exigem como pré-requisito a residência em Cirurgia Geral.

Quanto às áreas de atuação, chama atenção a existência de 16 áreas de atuação ligadas à especialidade pediatria, o que aponta para um estímulo à subespecialização dentre os residentes formados nesta área.

Quadro 1 - Residências por Especialidades e Tipo ou Áreas de Atuação, Brasil - 2007*

Especialidades	Tipo	Especialidades	Tipo
01. Acupuntura		26. Medicina de Família e Comunidade	AD-E
02. Alergia e Imunologia		27. Medicina do Trabalho	
03. Anestesiologia	AD-E	28. Medicina do Tráfego	
04. Angiologia e Cirurgia Vascular	PR-CG-E	29. Medicina Esportiva	
05. Cancerologia	PR-CM-E	30. Medicina Intensiva	
06. Cardiologia	PR-CM-E	31. Medicina Física e Reabilitação	AD-E
07. Cirurgia Cardiovascular	PR-CG-E	32. Medicina Legal	
08. Cirurgia de Cabeça e Pescoço		33. Medicina Nuclear	
09. Cirurgia Geral	AD-AB	34. Medicina Preventiva e Social	AD-AB
10. Cirurgia do Aparelho Digestivo		35. Nefrologia	PR-CM-E
11. Cirurgia Pediátrica	PR-CG-E	36. Neurocirurgia	AD-E
12. Cirurgia Plástica	PR-CG-E	37. Neurologia	PR-CM-E
13. Cirurgia Torácica	PR-CG-E	38. Nutrologia	
14. Clínica Médica	AD-AB	39. Oftalmologia	AD-E
15. Coloproctologia	PR-CG-E	40. Ortopedia e Traumatologia	AD-E
16. Dermatologia	PR-CM-E	41. Otorrinolaringologia	AD-E
17. Endocrinologia	PR-CM-E	42. Patologia	AD-E
18. Gastroenterologia	PR-CM-E	43. Patologia Clínica/Méd Laboratorial	AD-E
19. Genética Médica		44. Pediatria	AD-AB
20. Geriatria	PR-CM-E	45. Pneumologia	PR-CM-E
21. Ginecologia e Obstetrícia	AD-AB	46. Psiquiatria	AD-E
22. Hematologia e Hemoterapia	PR-CM-E	47. Radiologia/Diagnóstico por Imagem	AD-E
23. Homeopatia		48. Radioterapia	
24. Infectologia	AD-E	49. Reumatologia	PR-CM-E
25. Mastologia		50. Urologia	PR-CM-E

*AB= área básica; AD= acesso direto; PR= pré-requisito; CM= clínica médica; CG=cirurgia geral; E=especialidade

Fonte: AMB, 2002

Quadro 1 - Residências por Especialidades e Tipo ou Áreas de Atuação, Brasil - 2007*

Áreas de Atuação	Áreas de Atuação
01. Alergia e Imunologia Pediátrica	33. Histopatologia
02. Administração em Saúde	34. Infectologia Hospitalar
03. Administração Hospitalar	35. Infectologia Pediátrica
04. Andrologia	36. Medicina do Adolescente
05. Cardiologia Pediátrica	37. Medicina Fetal
06. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	38. Medicina Intensiva Neonatal
07. Cirurgia da Coluna	39. Medicina Intensiva Pediátrica
08. Cirurgia da Mão	40. Medicina Sanitária
09. Cirurgia Dermatológica	41. Nefrologia Pediátrica
10. Cirurgia do Joelho	42. Neonatologia
11. Cirurgia do Ombro	43. Neurofisiologia Clínica
12. Cirurgia do Pé	44. Neurologia Pediátrica
13. Cirurgia do Quadril	45. Neurorradiologia
14. Cirurgia do Trauma	46. Nutrição Parenteral e Enteral
15. Cirurgia Oncológica	47. Nutrologia Pediátrica
16. Cirurgia Videolaparoscópica	48. Oncologia Clínica
17. Citopatologia	49. Oncologia Pediátrica
18. Colonoscopia	50. Ortopedia Pediátrica
19. Cosmiatria	51. Pediatria Preventiva e Social
20. Densitometria óssea	52. Pneumologia Pediátrica
21. Dor	53. Psicogeriatría
22. Ecocardiografia	54. Psicoterapia
23. Endocrinologia Pediátrica	55. Psiquiatria da Infância e da Adolescência
24. Endoscopia Digestiva	56. Psiquiatria Forense
25. Endoscopia Respiratória	57. Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia
26. Epidemiologia	58. Reprodução Humana
27. Foniatria	59. Ressonância Magnética
28. Gastroenterologia Pediátrica	60. Reumatologia Pediátrica
29. Hanseníase	61. Sexologia
30. Hematologia e Hemoterapia Pediátrica	62. Tratamento de Queimados
31. Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	63. Ultrassonografia
32. Hepatologia	64. Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia

*AB= área básica; AD= acesso direto; PR= pré-requisito; CM= clínica médica; CG=cirurgia geral; E=especialidade

Fonte: AMB, 200219

A evolução recente da oferta de vagas dos Programas de RM em MFC com relação aos demais programas no país

Havia no país, em 2007, 24.555 vagas para médicos residentes, distribuídas em 120 programas de RM. As principais entidades mantenedoras eram o Ministério da Saúde (com repasse de verba do SUS), Fundação do Desenvolvimento Administrativo de São Paulo e o MEC. A alteração do número de vagas já existentes entre os programas é muito rara devido à gama de interesses envolvidos. Desta maneira, a alternativa com mais viabilidade é o aumento absoluto no número de vagas nos programas existentes ou a criação de novos programas.

Na tabela 2, estão apresentadas as vagas em MFC e em todas as especialidades, distribuídas segundo as regiões do país. O maior crescimento do número de vagas em MFC deu-se, em ordem, nas regiões Norte, Nordeste

e Sudeste. É ainda interessante destacar que as regiões Norte e Centro-Oeste experimentaram um aumento substancial de bolsas em todas as especialidades.¹⁵ Ao final, fica evidenciado o crescimento, no Brasil como um todo, onde, enquanto o crescimento das vagas em todas as especialidades foi de 43%, a especialidade MFC experimentou um crescimento de 279%. Como o número absoluto de vagas em MFC, em 2002, era baixo, 276, 1,6% do total, este crescimento, apesar de expressivo, elevou a participação da especialidade para apenas 4,3% do total das vagas de residência.

Quando se analisa o tipo de vínculo das entidades mantenedoras dos programas (tabela 3), nota-se uma predominância do setor público municipal e federal. Esta é uma importante característica da especialidade MFC. Uma vez que o município é o principal empregador deste profissional, parece haver uma tendência também à municipalização destes programas.

Tabela 2 - Evolução do número de vagas de residência em MFC em comparação com as demais especialidades por região do país. Brasil 2002-2007

REGIÃO		2002	2003	2004	2005	2006	2007	% cresc.02-07
SE	MFC	134	170	200	334	442	454	238%
	Total	11053	12262	12385	13054	14296	14741	33%
SUL	MFC	117	114	114	140	194	223	90%
	Total	2706	3120	3185	3382	3778	4018	48%
NORTE	MFC	12	12	12	12	52	52	333%
	Total	326	402	444	565	705	826	153%
NE	MFC	11	18	22	54	254	288	251%
	Total	1897	2215	2344	2624	3135	3282	73%
CO	MFC	2	8	8	8	22	30	140%
	Total	1118	1310	1326	1390	1620	1688	150%
Brasil	MFC	276	332	356	548	964	1047	279%
	Total	17100	19309	19684	21015	23534	24555	43%

Fonte: Brasil, 200815

Quanto à evolução do número de vagas em áreas básicas, o número de vagas em Clínica Médica mantém-se em alta. Esta tendência é explicada pelo grande número de subespecialidades que têm, como pré-requisito, esta especialidade básica. Percebe-se que houve um discreto decréscimo quando se trata de Pediatria Geral (área básica). No entanto, quando avaliamos a evolução do número de vagas nas chamadas “áreas de atuação”, que consistiria numa subespecialização, o aumento se torna significativo no caso da Pediatria, já que, em 2002, apenas uma área de atuação oferecia vagas para Residência Médica em Pediatria e, em 2007, este número subiu para 10, com 327 novas vagas, incluindo medicina intensiva, pneumologia, medicina do adolescente, entre outras. A tendência à subespecialização parece ser uma tônica não só na Pediatria, mas também em todas as especialidades. Isto pode ser verificado pelo crescente número de vagas disponíveis para anos de residência (R3, R4, R5, R6) que já perfazem 5.348 vagas ou 21,5% do total. Chama a atenção o maior número de vagas financiadas por municípios numa clara tendência às soluções locais para o desenvolvimento da APS.

Tabela 3 - Vagas ofertadas em residência de MFC por tipo de categoria administrativa da entidade promotora segundo o ano de curso - Brasil 2007

Categoria administrativa	MFC	%	Todas	%	Varição
Privada sentido estrito	158	4,1	2469	9,9	
Privada filantrópica	134	11,7	4064	16,3	
Privada comunitária	8	0,8	29	0,1	
Subtotal privadas	300	16,6	6562	26,4	
Pública federal	230	25,5	7565	30,4	
Pública estadual	296	18,6	8689	34,9	
Pública municipal	306	29,3	2072	8,3	
Subtotal Pública	832	83,4	18326	73,6	
Total	1132	100	24888	100	

Fonte: MS/MEC-SESu, 2008

DISCUSSÃO

A Residência em MFC foi reformulada e buscou acompanhar a evolução da trajetória da APS no país. Desta forma, avalia-se que esta especialidade tem consonância com a Política vigente e deve ser cada vez mais estimulada a preencher as necessidades de recursos médicos qualificados para as tarefas de assistência, ensino e pesquisa no país.

Há uma enorme defasagem entre as vagas oferecidas e a demanda dos municípios brasileiros por este especialista. Uma das medidas levadas a cabo atualmente pelo MS visa prover o SUS de profissionais médicos com curso de especialização em Saúde da Família. A mais importante delas é a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que, através de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destina-se a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS. A primeira ação da UNA-SUS é a oferta de curso de especialização em Saúde da Família para os médicos, dentistas e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Seis Universidades Públicas estão conveniadas para a oferta de 5.500 vagas de especialização em Saúde da Família no próximo biênio e, no primeiro semestre de 2009, novos convênios serão formalizados para ampliar essa oferta para 18.700 vagas.²⁰

Ainda que não seja uma exigência atual para a ocupação de vagas, esta será uma tendência natural dos responsáveis pela Estratégia Saúde da Família ou iniciativas do setor privado. Desde 2004, a SBMFC faz exames para o título de especialista que atualmente exige, na análise de currículo, o mínimo de três anos trabalhando na área de Medicina

de Família e Comunidade e uma prova teórica. Nesses três anos, cerca de 1.000 médicos puderam se credenciar nos seus Conselhos Regionais como Especialistas em Medicina de Família e Comunidade mediante a apresentação do Título da SBMFC. Através desta alternativa de obtenção do registro de especialista, o número de médicos aptos a exercer esta especialidade aumentou, mas ainda não o suficiente para acompanhar o crescimento das vagas em equipes saúde da família em todo o país. Com a iniciativa do UNA-SUS, é bem possível que este número se eleve consideravelmente. A formação em nível de residência continuará tendo a sua importância, considerando a sua duração e formato, que pode garantir melhores padrões de qualidade que poderão suprir áreas estratégicas em áreas de ensino, pesquisa, assistência e gestão da APS.

Nos países da União Européia e da América do Norte, a Residência em MFC tem a duração de quatro anos. No caso do Brasil, é de se esperar que a ampliação da duração da residência em MFC ainda vá demorar algum tempo em decorrência da necessidade já citada de ampliação acelerada do número de profissionais disponíveis para atuar no SUS. Esta situação deverá, porém, ser alterada a médio ou a longo prazos haja visto que a abrangência mais adequada do treinamento profissional competente exigirá um maior período de treinamento.

Nos últimos anos, desde a implantação da ESF, a organização da Atenção Primária à Saúde vem aparecendo com destaque nos programas do governo federal. O aumento da cobertura populacional, como vimos, foi extremamente significativo. Verifica-se um crescimento do número de vagas de Residência Médica em MFC. No entanto, outros programas também contaram com acréscimos importantes no seu número de vagas, com tendência a aprofundar a formação de superespecialistas com incremento do número de anos de residência ou abertura de novas áreas de atuação.

Apesar de o número de bolsas e, por conseguinte, o de programas de Residência em MFC terem crescido substancialmente, nos últimos cinco anos, o valor absoluto e relativo em relação ao número de vagas de Residência Médica em todas as especialidades, no país, permanece baixo em relação ao número de egressos nos cursos de Medicina. Isto é decorrência do fato de que o patamar em que se encontrava esta Residência, em termos quantitativos, era muito baixo. A existência de 1.047 vagas em MFC, por ano, no Brasil, está muito aquém da necessidade do SUS, haja visto a meta do MS de implantar um total de 40 mil equipes de Saúde da Família em médio prazo. Estes dados, aliados ao crescimento importante do total de vagas em todas as especialidades, não permitem concluir que haja

uma prioridade para a formação de residentes de MFC, se bem que pode ser considerado um esforço no sentido de ampliar o número de vagas, especialmente nas instâncias públicas municipal e federal. Este pode ser um importante fator de sustentabilidade da política de formação de recursos humanos nesta área, pois é o nível municipal o principal empregador deste profissional. Resta saber se esta estratégia está sendo utilizada no sentido de uma maior qualificação profissional ou se se trata de uma simples forma de fixação de recursos humanos escassos. A tendência à municipalização dos programas de RM em MFC deve ser avaliada em mais detalhe buscando estimar seus eventuais pontos positivos e negativos.

Praticamente todas as sociedades de especialidades reivindicam mais vagas de residência médica além de aumentos progressivos no número de anos obrigatórios em seus programas. Em muitos casos, estas reivindicações visam a atender ao surgimento de subspecializações no âmbito de cada especialidade. Cabe aos gestores federais a devida regulação e priorização de autorização de novas vagas e programas buscando atender às exigências da política de saúde que vise à universalização e à equidade com qualidade. Portanto, em qualquer cenário futuro, a Residência em MFC deverá estar colocada como prioridade máxima visando à consolidação do SUS em nosso país.

REFERÊNCIAS

1. Botega NJ. Residência médica: como melhorar sem os três anos? *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(3):124-5.
2. Calil LC, Contel JOB. Estudo dos programas de residência médica em Psiquiatria do Estado de São Paulo no ano de 1993. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999 jul/set; 21(3):139-44.
3. Brasil. Ministério da Educação. Decreto 802881 de 05 set. 1977. Regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica. [Citado em 2008 jul. 07]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legislacao.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 1, de 3 de abril de 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós graduação. [Citado em 2008 jul. 07]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/CES0101.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. Evolução do credenciamento e implantação

- da estratégia Saúde da Família: [Citado em 2008 maio 15]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php.
6. Falk JW. SBMFC - História. [Citado em 2008 jun. 15]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/sbmfc/historia.aspx>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução 8/79 de out. 1979. Regulamenta o Programa de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social. [Citado em 2008 jul. 01]. Disponível em: http://www.fundap.sp.gov.br/rm/rm_old/Legislacoes/Res0879.htm.
8. Abath GM. Medicina geral comunitária no Brasil. *Rev Bras Educ Méd.* 1984 set/dez; 8(3):166-76
9. Abath GM. Medicina Familiar no Brasil. *Educ Méd Salud.* 1985; 19(1):48-73.
10. Farias ER, Stein AT, Hoffmann JE. Os egressos da residência de medicina de família e comunidade do Centro de Saúde -Escola Murialdo, 1976-2000. *Bol Saúde.* 2004 jan/jun; 18(1):99-111.
11. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC. Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. *Rev Bras Edu Méd.* 2003 set/dez; 27(3):200-4.
12. Campos CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Rev APS.* 2005; 8:181-90.
13. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2003; 8:569-84.
14. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM. Resolução CNRM N.1, de 14 de maio de 2002 (pré-requisitos e durações). Disponível em: [Citado em 2008 maio 05]. Disponível em: http://www.fundap.sp.gov.br/rm/rm_old/Legislacoes/Res0102.htm.
15. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM. Programas e Vagas de Residência Médica no Brasil. [Citado em 2008 jun. 15]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&ativo=507&Itemid=506.
16. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM. Resolução N. 5/1981, de 17 jun. 1981, p. 11436. [Citado em 2008 maio 05]. Disponível em: http://www.fundap.sp.gov.br/rm/rm_old/Legislacoes/Res0581.htm.
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução N. 1.763 de 2005. D.O.U. de 09 Mar 2005, Seção I, p. 89-192. [Citado em 2008 maio 05]. Disponível em: <http://www.cbcd.org.br/redator/item10610.shtml>.
18. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM. Resolução 2/2006, de 17 de maio de 2006. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm/resolcnrm002_2006.pdf.
19. Associação Médica Brasileira. Comissão Mista de Especialidades - AMB/CFM/CNRM. *Jornal AMB Suplemento especial*, 2002. [Citado em 2008 maio 05]. Disponível em: http://www.connectmed.com.br/amb/novo/jamb/especial/pg_1.pdf.
20. Brasil. Ministério da Educação. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNASUS. [Citado em 2009 out. 05]. Disponível em: http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29886.

Submissão: agosto de 2009

Aprovação: outubro de 2009
