

## Physis: Revista de Saúde Coletiva



Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons.

Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000200633&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200633&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 mar. 2018.

### REFERÊNCIA

ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633-667, abr./jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000200633&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200633&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 mar. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>.

# Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos

I<sup>1</sup> Maria Martins Alessio, <sup>2</sup> Maria Fátima de Sousa I

**Resumo:** Até recentemente, inexistiam políticas indutoras da formação de especialistas voltadas ao SUS. Um marco foi o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência, criado em 2009. Com o lançamento do Programa Mais Médicos pela Lei nº12.871/2013, novas estratégias se configuraram para aprimorar a regulação da formação de especialistas. Este artigo pretende discutir as políticas de regulação da abertura de vagas de residência médica a partir do Pró-Residência e abordar mudanças apontadas pela Lei nº 12.871/2013, como a universalização das vagas com ênfase para Medicina de Família e Comunidade. Foi realizada pesquisa bibliográfica com análise documental, além de estudo quantitativo. Os resultados evidenciam efeitos positivos de políticas públicas no número e distribuição de vagas de residência médica com a duplicação destas entre 2009 e 2014, aumento mais expressivo nas regiões Norte e Nordeste, além do surgimento de especialidades antes inexistentes nessas regiões. Novos desafios se colocam para expandir a residência com velocidade e qualidade necessárias, como a melhoria de ferramentas para a gestão de recursos humanos em saúde, com expansão e qualificação da preceptoria e campos de prática para formação.

► **Palavras-chave:** políticas de saúde; recursos humanos em saúde; demografia/provisão & distribuição; internato e residência.

<sup>1</sup> Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília-DF, Brasil (maria.alessio@gmail.com).

<sup>2</sup> Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva. Brasília-DF, Brasil (mariafatimasousa@uol.com.br).

Recebido em: 24/03/2015  
Aprovado em: 11/08/2015

## Introdução

A residência médica, no Brasil, data de 1944, com a implantação dos primeiros programas no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (NUNES, 2004). Trata-se de uma pós-graduação *lato sensu*, considerada padrão-ouro na formação de médicos especialistas no país. Tal modalidade de pós-graduação só seria regulamentada, entretanto, três décadas depois de criada, em 1977, pelo Decreto nº 80.821, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O decreto define residência médica como “pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço [...]”. Já em 1981, a Lei nº 6.932, que regulamenta as atividades do médico residente, vedou o uso da expressão “residência médica” para programas de residência médica (PRMs) que não tenham sido aprovados pela CNRM e definiu que os PRMs devem funcionar sob responsabilidade de instituições de saúde credenciadas pela CRNM (BRASIL, 2013c).

Atualmente são reconhecidas 53 especialidades e 56 áreas de atuação que podem ser ofertadas na modalidade residência médica (CFM, 2015). O reconhecimento de uma especialidade médica é hoje definido conjuntamente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela CNRM, que decidiram adotar, em 2002, condutas comuns relativas a criação e reconhecimento de especialidades médicas no país. O processo se dá por meio da Comissão Mista de Especialidades, instituída por convênio próprio, aprovado e regido pela Resolução nº 1634/2002 do CFM, atualizada pela Resolução nº 2.116/2015, além de outras que a antecederam (CFM, 2002; 2015). Antes disso, este reconhecimento ficava a cargo da AMB mediante solicitação de entidade civil organizada que reunisse pelo menos cem especialistas afins e existisse há pelo menos dois anos (AMB, 1994).

Existem duas formas de se obter o título de especialista em uma destas 53 especialidades e 56 áreas de atuação: por meio da residência médica, concluindo um PRM em uma delas ou por meio de exames periódicos aplicados pelas sociedades de especialidades, após ter cursado uma especialização ou estágio credenciados por estas sociedades, que são entidades filiadas à AMB com poderes para oferecer títulos de especialistas, de acordo com a Comissão Mista de Especialidades (SCHEFFER, 2013).

Neste trabalho, será considerado o termo “especialista” para o médico que tiver obtido o título em uma das 53 especialidades e 56 áreas de atuação, e “generalista” àquele que exerce a medicina sem tal título. Para este último conceito, tomou-se como parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, que propõem que a graduação em Medicina tenha como meta a formação do médico “generalista, propositivo e resolutivo” (BRASIL, 2014).

Apesar de a Constituição Federal, em seu Art. 200, definir que “ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete [...] III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, tal prerrogativa não aparece na legislação referente às residências médicas até 2011, quando foi lançado o Decreto nº 7.562, que altera a composição da CNRM e dispõe sobre sua função de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas. Além disso, tal decreto deixa expresso que a “regulação das instituições e dos PRMs deverá considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil sócio-epidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS” (BRASIL, 2011b).

A alteração da composição da CNRM causou grande desconforto nas entidades médicas à época e em dias atuais, evidente na “carta aberta aos médicos e ao povo brasileiro” defendendo a derrubada do decreto dois anos depois (SILVESTRE, 2013): a comissão passaria a contar com a presença do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), sendo estes grandes ofertantes e financiadores das residências médicas no país, além de gestores dos campos de prática dos PRMs (BRASIL, 2011b; FEUERWERKER, 2010).

Em 2007, havia sido criada a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES) pelo Decreto nº 20/2007 (BRASIL, 2007) de função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e com as competências de:

- I. Subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde;
- II. Subsidiar a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores na área da saúde;
- III. Subsidiar a definição de critérios para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior, incluindo a pós-graduação lato-sensu nas modalidades de especialização, residência médica, multiprofissional e em área profissional na área da saúde;

IV. Identificar, periodicamente, a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais;

V. Identificar, periodicamente, a capacidade instalada do SUS, a fim de subsidiar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais de saúde;

VI. Estabelecer diretrizes para a educação na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde na rede pública de educação básica

A comissão, por sua vez, criou a “Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil” por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007, cujos trabalhos influenciaram a criação do Pró-Residência – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. O programa, instituído em outubro de 2009 pela Portaria Interministerial nº 1.001, “tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica, [...] em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS” (BRASIL, 2009a). Este incentivo para a formação de residentes em regiões e especialidades prioritárias se dá com: (i) criação de novos programas de residência médica e ampliação de vagas em programas já existentes nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, secretarias estaduais e municipais de Saúde; (ii) concessão de bolsas para os residentes das novas vagas; e (iii) parceria com instituições selecionadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação para ações de apoio matricial a PRMs.

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. O pedido de credenciamento de novas vagas de residência médica dependia, essencialmente, da tradição da instituição de saúde ou unidade da Federação em oferecer PRMs ou mesmo do desejo e disponibilidade de alguns especialistas, com algumas parcerias, em passar a oferecê-los em suas instituições.

Do estudo da subcomissão acerca da distribuição de vagas de residência médica nas diferentes especialidades e estados, além de pesquisa junto aos gestores na época, foi identificada importante desigualdade nessa distribuição e grande dificuldade na contratação de profissionais médicos de diversas especialidades (BRASIL, 2008). O relatório da subcomissão aponta, portanto, no sentido de priorizar: (a) intervenções estruturantes para a residência médica, com a definição de diretrizes

nacionais pra cada PRM, avaliação das condições de oferta dos programas e monitoramento da qualidade; (b) áreas para formação das redes de atenção – foram definidas, portanto, grandes áreas prioritárias: atenção básica, saúde mental, atenção oncológica, atenção obstétrica e pediátrica e urgências/emergências; e (c) priorização das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde se identificava a inexistência de oferta de vagas de residência médica em diversas especialidades essenciais, como Medicina de Família e Comunidade (MFC), Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Psiquiatria, dentre outros.

Diversos autores têm se debruçado sobre fatores que levam à escolha ou à recusa da MFC como especialidade a ser seguida pelos jovens médicos e questões como remuneração, prestígio da especialidade entre os pares, valorização da especialidade na carreira e o pouco contato com especialistas em MFC durante a graduação aparecem com frequência (SCHAFER et al., 2000; SENF, CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003; NETO et al., 2009; SCOTT et al., 2011). Globalmente, investimentos estão sendo encorajados no sentido de a formação de recursos humanos em saúde ser integrada aos sistemas de saúde locais e voltada a suas necessidades. Além disso, grande ênfase é dada, em relatórios internacionais, para a priorização como campo de prática de formação, as unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e para a formação de médicos comprometidos socialmente (FRENK et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) mantém como meta que a proporção de médicos na Atenção Básica ultrapasse 40% do total da força de trabalho médico locorregionalmente (OPAS/OMS, 2007, s/p).

A magnitude dos principais desafios em relação aos recursos humanos em saúde que os países da região enfrentam, exigiu alterações radicais e intervenções inovadoras por parte dos governos. Estas mudanças serão mais sustentáveis à medida que as autoridades sanitárias de cada país assumam liderança forte e desenvolva planos de ação de colaboração necessários. Para atingir o máximo impacto sobre os resultados de saúde, estes planos devem se concentrar essencialmente no desenvolvimento de sistemas baseados na atenção primária à saúde e fortalecimento da infraestrutura de saúde pública.

Em 2013 foi homologada a Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013c), mais conhecida como a Lei do Mais Médicos, mas que, para além da provisão imediata de milhares de médicos brasileiros e estrangeiros para atuarem na Atenção Básica nas regiões de maior vulnerabilidade, traz mudanças fundantes na graduação médica e contribuições inéditas e estruturantes para a regulação da formação de médicos especialistas no país, como a exigência de um ou dois anos de RMFC

para o acesso à maioria das demais especialidades que hoje são de acesso direto, e a criação do Cadastro Nacional de Especialistas, ferramenta para aprimorar a gestão de recursos humanos em saúde.

O presente artigo é parte da dissertação do Mestrado Profissional do Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e pretende estudar o processo de regulação da formação de especialistas no Brasil e sua inter-relação com o Programa Mais Médicos. Para tanto, abordaremos o cenário da formação de especialistas no país na modalidade “residência médica”; as políticas de regulação da abertura de vagas de residência médica a partir do Pró-Residência, da Portaria nº 1.248/2013 e de encontros promovidos pelo Ministério da Saúde com gestores de saúde e de programas de residência médica, e discutiremos os resultados destas políticas na ampliação e distribuição das vagas de formação de especialistas. Em seguida, abordaremos as mudanças no âmbito da regulação de vagas para a formação de médicos especialistas no país apontadas pela Lei nº 12.871/2013, que cria o Programa Mais Médicos e os resultados pretendidos a médio e longo prazo pelo programa.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica com análise documental para nos valermos das contribuições que têm sido produzidas sobre o tema aqui abordado por meio de artigos publicados em revistas científicas, dissertações de mestrado, livros, relatórios técnicos, notícias em sítios eletrônicos e legislações pertinentes. Na abordagem quantitativa para avaliar os resultados das políticas públicas, foram utilizados dados secundários de publicações em Diário Oficial da União (DOU), das portarias de concessão das bolsas do Pro-Residência, além de bases de sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIG-Residências) e do Ministério da Educação (SIS-CNRM), com análise estatística dos dados e produção de tabelas e gráficos em Microsoft Excel®.

## As inter-relações da regulação da formação de especialistas com o Programa Mais Médicos

Cada vez mais se consolida o modelo assistencial no Brasil, tendo a Atenção Básica como principal “porta de entrada” para os demais serviços de saúde e que avança no seu papel de ordenadora das redes de atenção e na gestão e coordenação do cuidado do usuário junto a essas redes (MENDES, 2010). A expressiva expansão das equipes de saúde da família (eSFs) nos últimos 20 anos

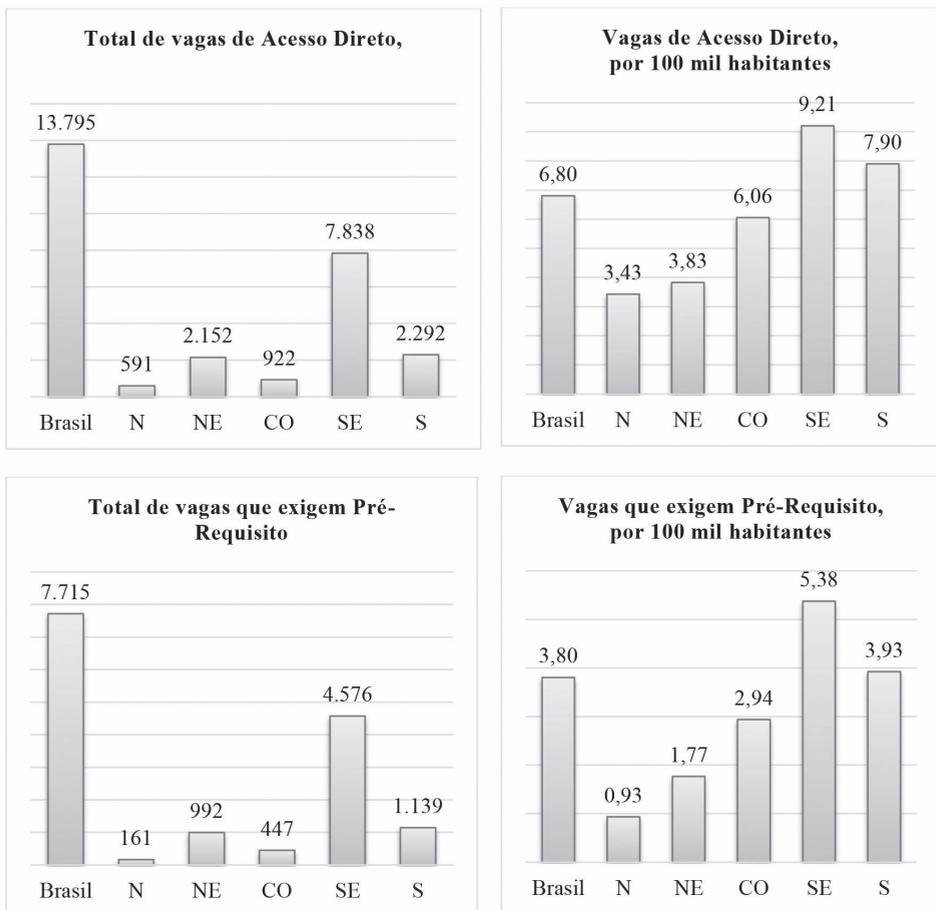
em todos os estados e municípios brasileiros não veio acompanhada, entretanto, de ampliação de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade na mesma proporção. Em 2013, havia cerca de 34.000 eSFs implantadas no país, mas apenas 3.253 médicos titulados especialistas em MFC (BRASIL, 2014; SCHEFFER, 2013). Amplamente estudados, os efeitos de um sistema de saúde orientado pela APS se traduzem em menores custos da assistência, melhores níveis de saúde, maior satisfação dos usuários deste tipo de atenção e mesmo a diminuição da desigualdade social, garantidos pelos elementos essenciais a uma APS de qualidade, quais sejam: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da atenção individual ter seu foco na família e na comunidade (STARFIELD, 1994; GREEN et al., 2001; RAWAF; DE MAESENEER; STARFIELD, 2008; ROCHA; SILVA; BARBOSA, 2011). Em trabalho realizado em 2010, Lermen Junior (2011) evidenciou a diferença entre médicos treinados na modalidade residência médica e aqueles que não tiveram esta formação, e mesmo entre aqueles que cursaram residência médica e os que cursaram outro tipo de especialização, embora menos significativa em relação à primeira comparação. Presente no Brasil desde a década de 1970, a Medicina de Família e Comunidade teve seu primeiro PRM desenvolvido no Rio Grande do Sul, ainda sob a denominação de Medicina Geral Comunitária, mas somente oficializada como uma especialidade no Brasil pela CNRM em 1981 e pelo CFM, por meio da Comissão Mista de Especialidades, em 2002 (FALK, 2010).

Em trabalho de 1997, intitulado “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)”, Campos et al. (1997) já traziam como desafio inadiável a necessidade de definir o perfil dos profissionais a serem formados conforme necessidades de saúde e a lógica do sistema público, mas sem furtrar-se à discussão da necessidade da valorização financeira e profissional dos médicos das áreas básicas.

Cada vez mais avançam estudos nacionais e internacionais acerca da definição de índices de escassez de médicos para planejar e priorizar investimentos na formação de especialistas em determinado território. Sabe-se que se trata de tema de alta complexidade, dependente de múltiplas variáveis e que não existe uma fórmula universal que consiga abraçar a diversidade de características políticas, geográfica, culturais e epidemiológicas entre países e, no Brasil, entre regiões, estados da federação, municípios e mesmo bairros em uma grande metrópole (GIRARDI et al., 2010; SCHEIL-ADLUNG, 2013).

A análise dos dados do SIS-CNRM relativos a agosto de 2014, das vagas de PRMs autorizadas a funcionar pela CNRM, revelou haver ao todo 21.110 vagas de primeiro ano de Residência (R1), sendo 13.795 vagas de programas de acesso direto e 7.715 vagas que exigem que o candidato tenha cursado outro programa como pré-requisito. Proporcionalmente à população, o Norte possui quatro vezes menos vagas com exigência de pré-requisito em relação à média nacional e, semelhante ao Nordeste, duas vezes menos vagas de acesso direto (figura 1).

**Figura 1.** Distribuição nas regiões do Brasil das vagas de primeiro ano de Programas de Residência Médica de acesso direto e das vagas que exigem pré-requisito em 2014, em número total e por 100 mil habitantes



Fonte: CNRM/IBGE/autoria própria.

Além disso, é clara a concentração destas vagas nas capitais, mais diluída no Sul e Sudeste, pelo padrão distinto de existência e distribuição de municípios de médio e grande porte em relação aos estados do Norte, Nordeste e Centro Oeste (tabela 1). A concentração é ainda mais nítida em relação às vagas que exigem pré-requisito, certamente por serem estas especialidades e áreas de atuação que exigem maiores níveis de tecnologias duras (MERHY, 2000) que, por sua vez, exigem instalações e equipamentos de alto custo e maiores volumes de demanda para serem mais custo-efetivos.

Em 2009, ano anterior ao primeiro ano com vagas financiadas pelo Pró-Residência, eram 12.965 vagas de R1, distribuídas em 8.571 de acesso direto e 4.394 naquelas que exigem pré-requisito.

O primeiro Edital do Programa (Edital nº 7/2009) foi lançado no final de 2009 para instituições de saúde que ofertavam PRMs solicitarem bolsas de residência ao Ministério da Saúde referentes a novas vagas que fossem abertas em 2010 (BRASIL, 2009b). Em 2013, foi publicado estudo analisando a distribuição das bolsas deste primeiro edital, cujos resultados indicaram priorização do financiamento para regiões prioritárias e especialidades estratégicas para o SUS (PETTA, 2013). Depois deste edital, que gerou 785 bolsas financiadas pelo programa, foram publicados outros cinco, um por ano, para solicitação de bolsas para novas vagas a serem abertas no ano seguinte ao lançamento de cada um deles (quadro 1).

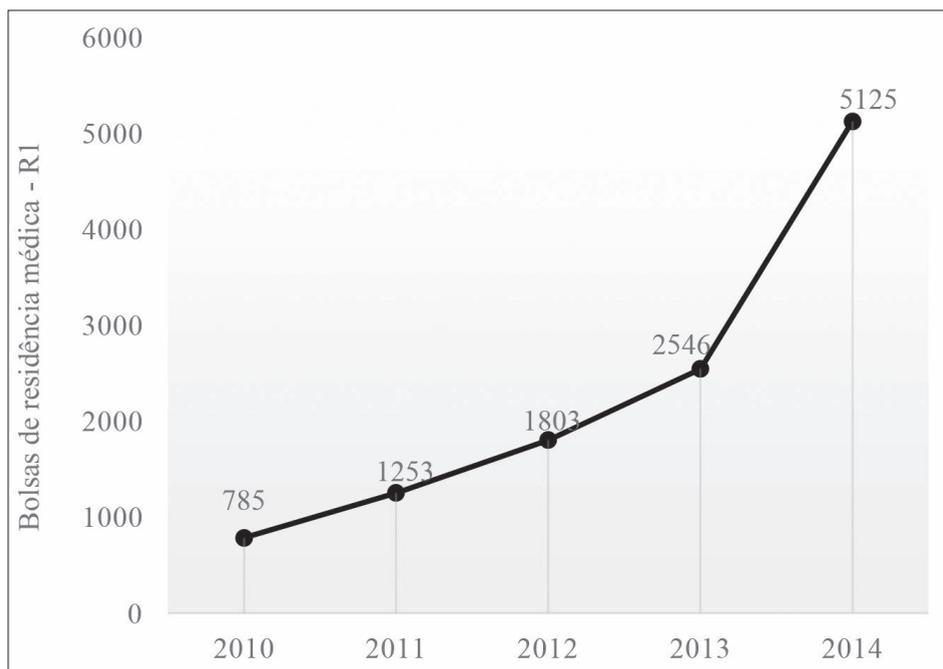
**Quadro 1.** Número de bolsas de primeiro ano de Programas de Residência Médica financiadas pelo Ministério da Saúde, por edital

Edital	Ano de referência de oferta de novas vagas financiadas pelo edital	Número de bolsas de 1º ano financiadas pelo Ministério da Saúde
Edital nº 7, de 22 de outubro de 2009	2010	785
Edital nº 19, de 21 de julho de 2010	2011	468
Edital nº 18, de 7 de novembro de 2011 (renovado em 2012)	2012	550
Edital nº 18, de 7 de novembro de 2011 (renovado em 2012) II	2013	743
Edital nº 29, de 27 de junho de 2013	2014	2.579

Fonte: SGTES/MS.

Somando os resultados dos editais lançados de 2009 até 2013, o Ministério da Saúde disponibilizou um total de 5.125 bolsas para financiar novas vagas de residência médica, ou seja, um aumento de mais de cinco vezes no período (gráfico 1). Ao aprofundarmos a análise, é possível destacar que algumas especialidades contribuíram especialmente para esse aumento, como MFC, que teve aumento na oferta de bolsas em mais de três vezes, Psiquiatria nove vezes e Pediatria, mais de dez vezes (tabela 2).

**Gráfico 1.** Evolução do número de bolsas de residência médica de primeiro ano financiadas pelo Ministério da Saúde entre 2010 e 2014



Fonte: DPREPS/SGTES/MS.

**Tabela 2.** Evolução do número de bolsas financiadas pelo Pró-Residência entre 2010 e 2014 em especialidades de Áreas Básicas e Psiquiatria

UF	Cirurgia Geral		Clínica Médica		G.O*		MFC**		Pediatria		Psiquiatria	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014	2010	2014
AC	1	1			1	1						
AL				6		5				2	2	2
AM								35		5	5	5
BA		12		20		1	23	45		24		2
CE	10	18	6	27	6	14	57	65	3	15	2	11
DF							41	41				
ES		7	2	12	2	4		2		11		
GO	2	14	3	27	3	12	6	12	2	18		5
MA		1				10		4	6	6		5
MG	2	73	8	105	10	59	2	79	8	57	2	16
MS	6	6	6	12				2	6	12	1	1
MT		4		2			8	12				1
PA		41	2	48		25	23	43		21	2	3
PB		10	6	16		3	2	39		16		
PE	6	6	8	26	4	4	20	28	4	4		11
PI		2				5						
PR		14		39		15		52		28		12
RJ		7	5	23	4	16		82	7	27		8
RN						4						
RN		3								5		
RO		2	4	6		4				4		
RR	3	5	2	2				11		6		
RS	3	28		48	2	13	14	26	2	27	1	17
SC		2		22		13	10	42		8	2	2
SE		3		7				4		2		2
SP	3	100	2	275	13	129	66	176	7	176	1	70
TO		3				2		15				
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>362</b>	<b>54</b>	<b>723</b>	<b>45</b>	<b>339</b>	<b>272</b>	<b>815</b>	<b>45</b>	<b>474</b>	<b>18</b>	<b>173</b>

\*G.O.: Ginecologia e Obstetrícia; \*\*MFC: Medicina de Família e Comunidade

Fonte: SGTES/MS

No ano de 2013, foram apresentadas novas iniciativas voltadas à indução de abertura de novas vagas de residência, que podem ter sido fator importante para a diferença de crescimento da demanda das instituições e da consequente oferta de bolsas pelo Ministério da Saúde apresentada entre 2013 e 2014 em relação ao período de 2012 para 2013 (gráfico 1). Foi o caso do Edital nº 29/2013, que ofertou a possibilidade de uma vaga que não fosse nova pudesse ser financiada pelo Ministério da Saúde a cada duas novas vagas abertas em especialidades prioritárias (BRASIL, 2013a). Além da especificidade deste edital, foram realizadas oficinas com gestores de secretarias de Saúde e gestores de PRMs (CONASS, 2013) e foi lançada a Portaria nº 1248/2013 que, diferentemente das bolsas que são pagas diretamente ao médico residente, oferece verba para a instituição que ampliar vagas em áreas prioritárias, dentro de regras específicas (BRASIL, 2013b). Foram 27 especialidades definidas como prioritárias para adesão à portaria e que sofreram considerável ampliação entre 2009 e 2014, ilustrada na tabela 3.

**Tabela 3.** Evolução do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica nas especialidades prioritárias\* da Portaria nº 1.248/13, entre 2009 e 2014

Especialidade	2009	2014	Aumento (%)
Anestesiologia	496	898	81 %
Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica	79	132	67 %
Cancerologia/Cancerologia Clínica	120	256	113 %
Cancerologia/Cancerologia Pediátrica	54	73	35 %
Cardiologia	411	728	77 %
Cirurgia Cardiovascular	85	103	21 %
Cirurgia do Trauma	47	103	119 %
Cirurgia Geral	1.209	1.782	47 %
Cirurgia Pediátrica	59	75	27 %
Clinica Médica	1.659	2.663	61 %
Geriatrics	60	142	137 %
Medicina de Família e Comunidade	584	1.277	119 %
Medicina de Urgência	7	84	1.100 %

continua...

<b>Especialidade</b>	<b>2009</b>	<b>2014</b>	<b>Aumento (%)</b>
Medicina Intensiva	220	535	143 %
Medicina Nuclear	19	54	184 %
Nefrologia	185	325	76 %
Neonatologia	221	423	91 %
Neurocirurgia	116	154	33 %
Neurologia	162	251	55 %
Ginecologia e Obstetrícia	864	1.350	56 %
Ortopedia e Traumatologia	488	896	84 %
Patologia	109	149	37 %
Pediatria	1.166	1.763	51 %
Psiquiatria	306	520	70 %
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	287	497	73 %
Radioterapia	33	78	136 %
<b>Total Geral</b>	<b>9046</b>	<b>15311</b>	<b>69%</b>

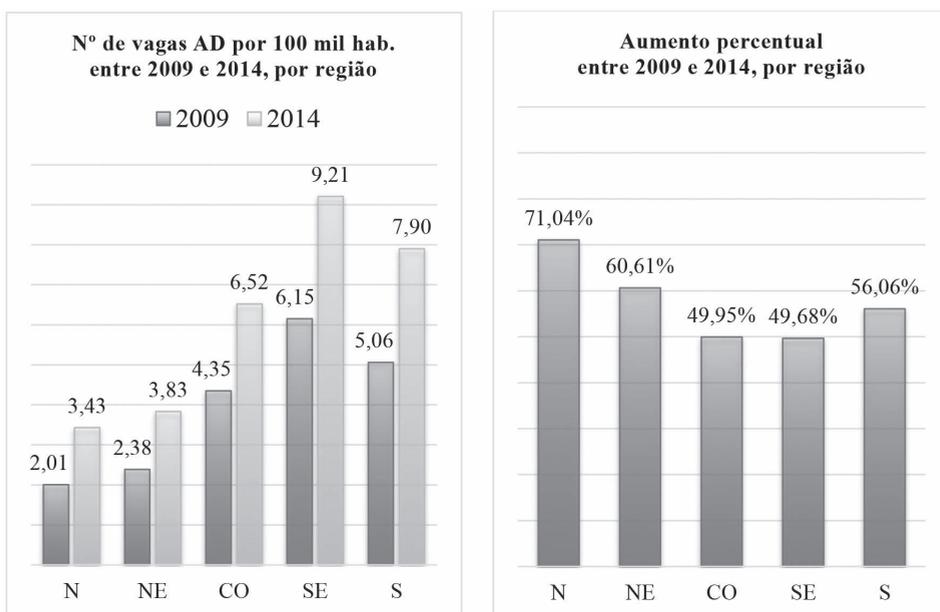
\* Foram omitidas informações das vagas de Programas de Residência Médica em Transplantes, por falta de informações no ano de 2009

Fonte: CNRM/MEC

Apesar de termos as especialidades básicas bastante presentes em PRMs em todas as regiões do país, analisando a distribuição de vagas que exigem pré-requisito, podemos perceber que ainda há uma distribuição bastante desigual entre regiões, principalmente entre as regiões Norte e Nordeste e o restante do país. Segundo estudo de Seixas e colaboradores, a possibilidade de formação em especialidades complementares às básicas e às de acesso direto se revela importante fator de fixação de médicos; além disso, aproximadamente 80% dos médicos permanecem nos estados onde cursaram Residência Médica (SEIXAS; CORRÊA; MORAES, 2011). Onde já há uma menor razão de médicos por habitante, a migração desses médicos para outras regiões em busca de continuidade de desenvolvimento profissional parece ser algo que pode ter sua intensidade diminuída pelo estímulo à abertura de vagas de determinadas especialidades direcionadas a localidades prioritárias e com potencialidades para desenvolvê-las.

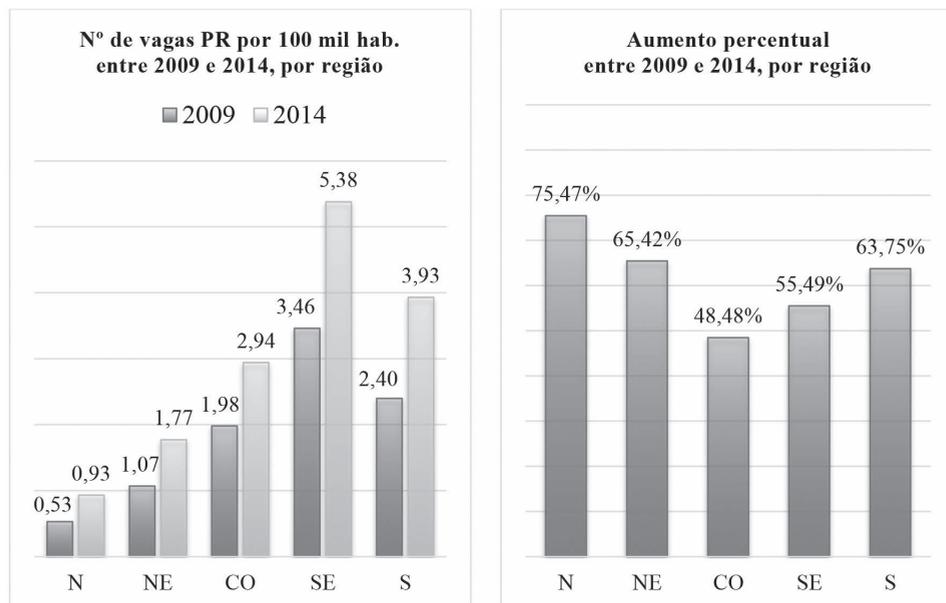
Entre 2009 e 2014, entretanto, é possível perceber um movimento que parece redirecionar a abertura de vagas para as regiões Norte e Nordeste, uma vez que tivemos um aumento de 71% de vagas de acesso direto na Região Norte e de 60% no Nordeste, frente a um aumento de 49% na Região Sudeste. O mesmo acontece com as vagas que exigem pré-requisito, tendo havido um aumento de 75% na Região Norte e 65% no Nordeste, comparados aos 55% no Sudeste (figuras 2 e 3).

**Figura 2.** Variação do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica de Acesso Direto (AD), por 100 mil habitantes, nos anos de 2009 e 2014



Fonte: DPREPS/SGTES/MS

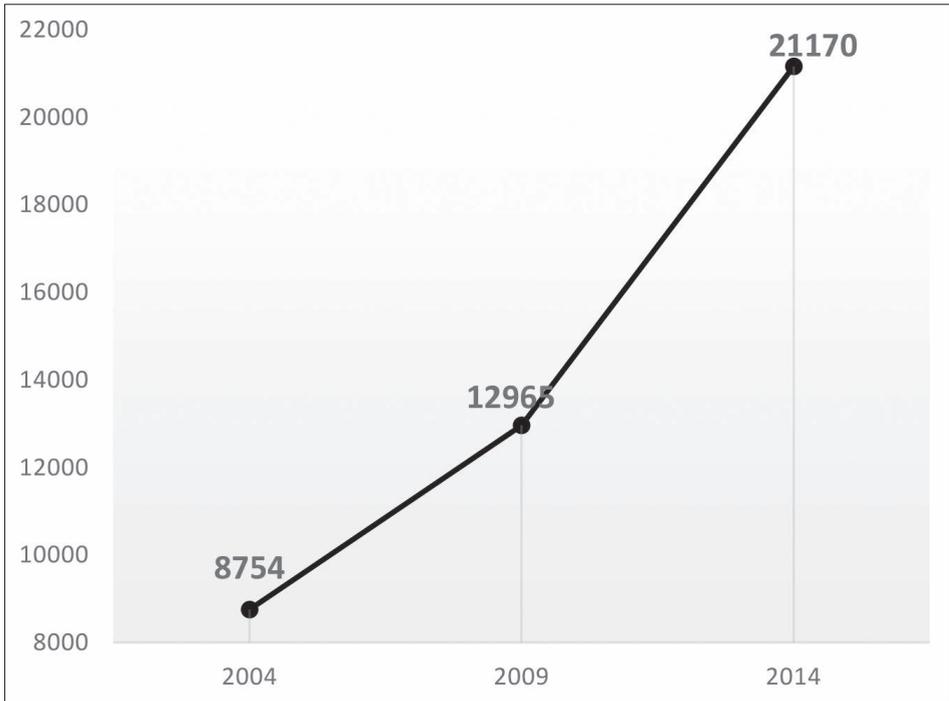
**Figura 3.** Variação do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica que exigem Pré-Requisito (PR), por 100 mil habitantes, nos anos de 2009 e 2014



Fonte: DPREPS/SGTES/MS

Observando-se a ampliação de vagas ocorrida entre 2004 e 2014, com o Pró-Residência tendo sido lançado ao final de 2009, parece ficar claro o potencial de indução de abertura de vagas do programa: o número total de vagas de primeiro ano passou de 12.965 para 21.110 entre 2009 e 2014. O aumento no período foi praticamente o dobro do que ocorreu nos cinco anos anteriores, quando ainda não haviam políticas indutoras de formação de especialistas no Brasil (gráfico 2 e tabela 4).

**Gráfico 2.** Total de vagas de primeiro ano em Programas de Residência no Brasil entre 2004 e 2014



Fonte: ano de 2004 - Nunes, 2004; anos de 2009 e 2014 – CNRM/MEC.

**Tabela 4 -** Evolução do número de vagas de primeiro ano em Programas de Residência Médica entre 2009 e 2014 em especialidades de Áreas Básicas e Psiquiatria, por estado

UF	MFC		Pediatría		Clínica Médica		Cirurgia Geral		G.O*		Psiquiatria	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
AC	6	6	5	5	6	6	5	6	3	4		
AL	2	7	7	11	6	14	6	8	9	20	2	4
AM	10	43	5	18	21	26	13	16	13	15	3	5
AP			8	8	4	8	4	10	4	8		
BA	12	45	44	77	63	114	48	65	28	37	9	13
CE	100	85	38	64	47	83	28	45	24	42	15	21
DF	4	9	47	69	70	91	43	50	42	46	10	12
ES			20	41	16	39	8	37	5	20		
GO			17	28	37	48	19	24	15	25	4	11
MA	5	4	18	15	9	20	9	20	14	11		5
MG	77	160	113	187	176	335	117	228	86	157	28	42
MS	7	7	12	28	21	34	18	28	15	19	4	6
MT	4	12	10	18	8	18	10	18	7	12		1
PA	10	32	10	24	25	44	21	36	10	16	5	5

continua...

UF	MFC		Pediatría		Clínica Médica		Cirurgia Geral		G.O*		Psiquiatria	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
PB	45	45	11	32	15	32	10	20	4	12		7
PE	22	44	42	54	61	96	49	48	49	54	4	18
PI	10		5	8	7	13	8	14	6	23	3	3
PR	29	93	53	80	85	142	62	113	40	66	12	29
RJ	39	182	181	214	219	258	160	176	109	143	39	50
RN	15	32	15	23	14	19	11	16	8	19	7	9
RO			4	8	4	6	4	6	4	8		
RR		8	4	6	4	6	3	5	4	4		
RS	78	124	97	109	148	205	105	129	81	91	46	71
SC	30	56	23	53	58	126	40	86	16	46	5	13
SE	7	6	4	11	8	21	8	20	2	7		4
SP	117	237	373	565	527	851	400	547	266	437	110	189
TO		20		7		8		11		8		2
Total	584	1.227	1.166	1.763	1.659	2.663	1.209	1.782	864	1.350	306	520

\*GO: Ginecologia e Obstetrícia

Fonte: SGTES/MS.

Além disso, é possível observar o surgimento da oferta de formação em especialidades que não existiam anteriormente, com diversos novos PRMs em estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste (quadro 2). Apesar disso, existem ainda lacunas importantes nos estados destas regiões, com vazios de formação em dezenas de especialidades e áreas de atuação essenciais para o sistema de saúde local, como Psiquiatria no Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Espírito Santo; MFC no Amapá, Piauí e Rondônia; Neonatologia no Pará, em Rondônia e Tocantins; Anestesiologia no Piauí e em Tocantins, dentre outros tantos exemplos (quadro 3).

**Quadro 2.** Programas de Residência em especialidades e áreas de atuação prioritárias existentes em 2014 e que não existiam em 2009, por estado

<b>AC</b>	
• Anestesiologia	• Neonatologia
• Cancerologia/Cancerologia Clínica	• Radioterapia
<b>AL</b>	
• Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica	• Neurocirurgia
• Geriatria	• Radiologia e Diagnóstico por Imagem
• Medicina Intensiva Pediátrica	
<b>AM</b>	
• Neonatologia	• Radiologia e Diagnóstico por Imagem
<b>AP</b>	
• Anestesiologia	• Neonatologia
• Cirurgia do Trauma	
<b>BA</b>	
• Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica	• Medicina Nuclear
• Medicina de Urgência	• Radioterapia
<b>CE</b>	
• Geriatria	• Patologia
• Medicina de Urgência	

continua...

<b>ES</b>	
• Cancerologia/Cancerologia Clínica	• Geriatria
• Cirurgia do Trauma	• Medicina de Família e Comunidade
<b>GO</b>	
• Cirurgia Cardiovascular	• Nefrologia Pediátrica
• Cirurgia do Trauma	• Neonatologia
• Medicina de Família e Comunidade	• Neurocirurgia
• Medicina de Urgência	
<b>MA</b>	
• Psiquiatria	• Radiologia e Diagnóstico por Imagem
<b>MS</b>	
• Cancerologia/Cancerologia Pediátrica	• Nefrologia
• Cirurgia Pediátrica	• Radiologia e Diagnóstico por Imagem
• Medicina Intensiva	
<b>MT</b>	
• Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica	• Psiquiatria
• Cancerologia/Cancerologia Clínica	• Radiologia e Diagnóstico por Imagem
• Neurologia	
<b>PA</b>	
• Cirurgia do Trauma	• Neurologia
• Medicina de Urgência	• Ortopedia e Traumatologia
• Medicina Intensiva Pediátrica	
<b>PB</b>	
• Medicina de Família e Comunidade	• Ortopedia e Traumatologia
• Medicina Intensiva Pediátrica	• Psiquiatria
• Neonatologia	

continua...

<b>PE</b>	
• Geriatria	• Neurologia Pediátrica
• Medicina de Urgência	• Radioterapia
• Medicina Nuclear	
<b>PI</b>	
• Cardiologia	• Medicina Intensiva
• Cirurgia Pediátrica	• Nefrologia
<b>RN</b>	
• Medicina Nuclear	
<b>RO</b>	
• Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica	• Medicina Intensiva
• Cancerologia/Cancerologia Clínica	
<b>RR</b>	
• Anestesiologia	• Medicina Intensiva
• Medicina de Família e Comunidade	• Neonatologia
• Medicina de Urgência	• Ortopedia e Traumatologia
<b>SE</b>	
• Anestesiologia	• Neurocirurgia
• Cirurgia Cardiovascular	• Neurologia
• Cirurgia do Trauma	• Ortopedia e Traumatologia
• Medicina Intensiva	• Psiquiatria
• Neonatologia	
<b>TO</b>	
• Anestesiologia	• Medicina Intensiva
• Cirurgia do Trauma	• Medicina Intensiva Pediátrica
• Cirurgia Geral	• Nefrologia
• Clínica Médica	• Ortopedia e Traumatologia
• Ginecologia e Obstetrícia	• Pediatria
• Medicina de Família e Comunidade	• Psiquiatria

Fonte: CNRM/MEC.

**Quadro 3.** Especialidades e áreas de atuação prioritárias inexistentes em Programas de Residência em 2014, por estado

<b>• AC</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Nefrologia
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurocirurgia
• Cirurgia Pediátrica	• Neurologia
• Geriatria	• Patologia
• Medicina Intensiva	• Psiquiatria
• Medicina Nuclear	
<b>AL</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Medicina Nuclear
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurologia
• Cirurgia do Trauma	• Radioterapia
• Cirurgia Pediátrica	
<b>AM</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Geriatria
• Cirurgia do Trauma	• Medicina Nuclear
• Cirurgia Pediátrica	• Radioterapia
<b>AP</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Medicina Nuclear
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Nefrologia
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurocirurgia
• Cardiologia	• Neurologia
• Cirurgia Pediátrica	• Ortopedia e Traumatologia
• Geriatria	• Patologia
• Medicina de Família e Comunidade	• Psiquiatria
• Medicina Intensiva	• Radioterapia
<b>CE</b>	
• Cirurgia do Trauma	• Medicina Nuclear

continua...

<b>DF</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Medicina Nuclear
<b>ES</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurocirurgia
• Cirurgia Pediátrica	• Psiquiatria
• Medicina Nuclear	• Radioterapia
<b>GO</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Medicina Nuclear
<b>MA</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Geriatria
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Medicina Nuclear
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurocirurgia
• Cirurgia do Trauma	• Neurologia
• Cirurgia Pediátrica	
<b>MS</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Neurologia
• Cirurgia do Trauma	• Patologia
• Geriatria	• Radioterapia
• Medicina Nuclear	
<b>MT</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Medicina Nuclear
• Cirurgia do Trauma	• Nefrologia
• Cirurgia Pediátrica	• Patologia
• Geriatria	• Radioterapia
<b>PA</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Patologia
• Medicina Nuclear	• Radioterapia
• Neonatologia	

continua...

<b>PB</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Medicina Nuclear
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Nefrologia
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurocirurgia
• Cardiologia	• Neurologia
• Cirurgia do Trauma	• Patologia
• Cirurgia Pediátrica	• Radioterapia
• Geriatria	
<b>PI</b>	
• Anestesiologia	• Medicina de Família e Comunidade
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Medicina Nuclear
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Neurocirurgia
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurologia
• Cirurgia do Trauma	• Patologia
• Geriatria	• Radioterapia
<b>PR</b>	
• Medicina Nuclear	
<b>RJ</b>	
• Administração em Saúde	
<b>RN</b>	
• Cirurgia do Trauma	• Geriatria
• Cirurgia Pediátrica	
<b>RO</b>	
• Anestesiologia	• Nefrologia
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neonatologia
• Cardiologia	• Neurocirurgia
• Cirurgia do Trauma	• Neurologia

continua...

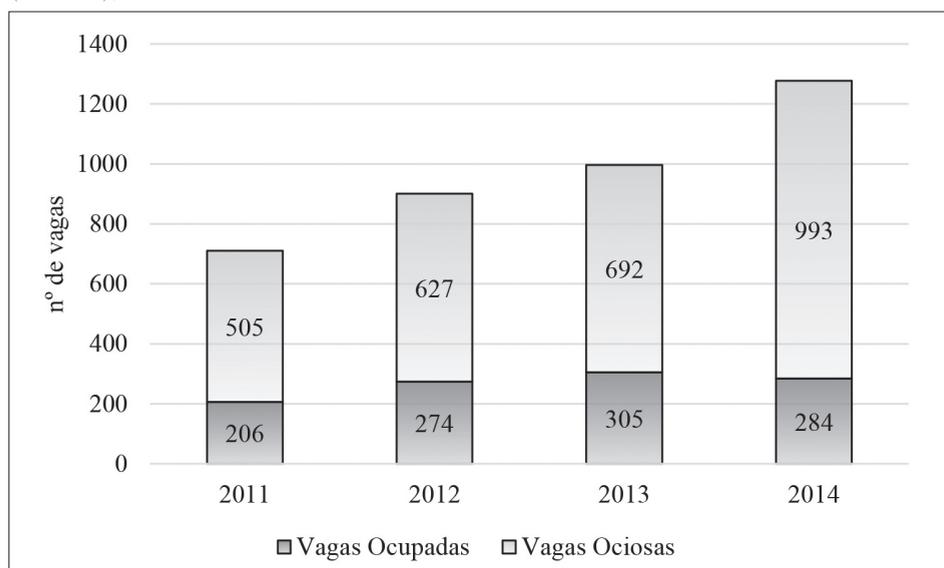
• Cirurgia Pediátrica	• Patologia
• Geriatria	• Psiquiatria
• Medicina de Família e Comunidade	• Radioterapia
• Medicina Nuclear	
<b>RR</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Medicina Nuclear
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Nefrologia
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurocirurgia
• Cardiologia	• Neurologia
• Cirurgia do Trauma	• Patologia
• Cirurgia Pediátrica	• Psiquiatria
• Geriatria	• Radioterapia
<b>SC</b>	
• Cirurgia do Trauma	• Medicina Nuclear
<b>SE</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Geriatria
• Cancerologia/ Cancerologia Clínica	• Medicina Nuclear
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Patologia
• Cirurgia Pediátrica	• Radioterapia
<b>TO</b>	
• Cancerologia/ Cancerologia Cirúrgica	• Neonatologia
• Cancerologia/ Cancerologia Pediátrica	• Neurocirurgia
• Cardiologia	• Neurologia
• Cirurgia Pediátrica	• Patologia
• Geriatria	• Radioterapia
• Medicina Nuclear	

**Fonte:** CNRM/MEC.

Com a homologação da Lei nº 12.871/2013, foram estabelecidas diversas medidas que modificam de maneira importante aspectos ligados à formação de especialistas no país, sobretudo na modalidade Residência Médica, como a instituição de avaliação específica anual para os PRMs e a forma de acesso a determinadas especialidades. Além disso, foi determinada a meta de universalização das vagas de residência para todos os egressos dos cursos de Medicina a partir de 2019. Alcançada esta meta, passam a ser consideradas de acesso direto apenas MFC, Genética Médica, Medicina do Tráfego, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patologia e Radioterapia. As demais terão como pré-requisito mínimo um ou dois anos de residência de MFC. Com esta mudança na política de acesso às diversas especialidades médicas, a meta de universalizar as vagas de residência médica depende, portanto, essencialmente da universalização das vagas de 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% (gráfico 3).

**Gráfico 3.** Situação das vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), entre 2011 e 2014



Fonte: CNRM/MEC

Outra iniciativa fundamental trazida pela Lei nº 12.871/2013, em seu Art. 34, é a previsão de condições para a criação do Cadastro Único de Especialistas, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Até o momento, gestores carecem de um instrumento eficaz para diagnosticar e planejar a força de trabalho em saúde em âmbito municipal, estadual ou mesmo federal, uma vez que, dos principais bancos de dados sobre a força de trabalho médico existentes, cada um possui características e limitações distintas e não se comunicam entre si, dentre eles:

- CFM: mantém o banco de dados dos registros dos médicos que se formaram no Brasil ou que tiveram seus diplomas revalidados; tal banco não permite localizar o médico com precisão (município ou estabelecimento de saúde, ou mesmo estado, se o médico mantiver dois registros ativos), nem saber qual sua ocupação atual ou mesmo se atuam no sistema público ou privado; os médicos não são obrigados a registrar seus títulos de especialistas nos seus conselhos regionais.
- MEC/CNRM: mantém banco que de registros de médicos que concluíram determinado PRM, mas não é capaz de trazer dados sobre a atividade atual dos médicos como, por exemplo, se permanecem atuando na especialidade ou no estado ou município em que se formaram.
- AMB: mantém o banco de dados dos registros de especialistas emitidos pelas sociedades de especialidades; não são obrigados a publicizá-los, pois sua natureza jurídica não os submete à Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011a).
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): mantém um banco de dados sobre condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde do país, incluindo seus recursos humanos; para classificar a especialidade dos médicos de determinado estabelecimento; utilizam a Classificação Brasileira de Ocupações, diferente da Resolução/CFM nº 2.116/2015.

A expansão maciça da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 1994 não foi acompanhada de formação adequada para os postos de trabalho que seriam criados ao longo dos anos que se seguiriam. Apesar de todo um debate em torno da necessidade de reformas curriculares dos cursos de Medicina do Brasil, as DCNs de 2001 não foram suficientes para reorientar a formação médica para a necessidade do país, que estabeleceu modelo assistencial preponderante calcado na Atenção Básica, porta de acesso principal ao sistema e ordenadora do cuidado.

Em 20 anos, de 1994 a 2014, o Brasil passou de menos de 5% de cobertura populacional pela ESF para mais de 60%. Grande parte dos novos postos de trabalho para médicos, entretanto, não foi preenchida: no final de 2013, as solicitações de gestores por médicos ao lançamento Programa Mais Médicos chegaram a 15.460 (COSEMS/SP, 2013), tendo o Brasil, à época, pouco mais de 34 mil equipes implantadas (BRASIL, 2014). As novas DCNs, cujos prazos para sua implementação pelas escolas médicas no país constam no texto da Lei nº 12.871/2013, apontam para importantes avanços no direcionamento da formação médica às necessidades do SUS ao estabelecer o mínimo de 30% da carga horária prevista para o internato médico a ser desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, além de enfatizar a Atenção Básica como campo de prática primordial para a formação médica durante toda a graduação (BRASIL, 2014).

A Constituição Federal é clara quanto ao direito à saúde ser dever do Estado em seu Art. 196, “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e também no Art. 197, “[s]ão de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]” (BRASIL, 1988). A função do Estado é ratificada pela Lei Orgânica do SUS: “[o] dever do Estado de garantir a saúde consiste [...] no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

“Mas como supor a alta legitimidade e ativa aceitação da regulação pública sem uma educação para a saúde complementar no âmbito do SUS?”, perguntariam Ceccim et al. (2008) no artigo “Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar, no qual procuram entender

[...] os possíveis padrões de aceitação, de entendimento e de expectativa à extensão do papel de regulação pública a ser exercido pelo Estado sobre as práticas profissionais, na garantia dos direitos de cidadania, na oferta de padrões de acesso à atenção integral e na formulação do modelo technoassistencial.

Parafraseando o autor: como supor a alta legitimidade e ativa aceitação da regulação pública sem uma educação médica voltada para as necessidades da população brasileira no âmbito do SUS? Sem a necessária transformação curricular que interligue o ensino médico à realidade dos serviços e da

necessidade da população, resta ao Estado o prejuízo “da manutenção de um ideário que lhe é distante e inadequado ao cumprimento de seu papel público [...]” (CECCIM et al., 2008).

## O que aponta o futuro?

A discussão deste trabalho nos permitiu evidenciar uma mudança de rumo na regulação da formação de especialistas no Brasil por meio da indução da abertura de vagas de Residência Médica em determinadas especialidades e regiões. Há cinco anos do lançamento da primeira política voltada para este fim, o Pró-Residência, juntamente com outras iniciativas, como portarias de financiamento de instituições e oficinas com gestores de secretarias de Saúde e gestores de programas de Residência, se mostraram capazes de aumentar globalmente o número de vagas e induzir a abertura de novos PRMs em regiões prioritárias onde ainda não havia formação na modalidade residência médica em diversas especialidades prioritárias. A Lei nº 12.871/2013 anuncia o aprofundamento desta política com mudanças importantes no mecanismo de acesso aos PRMs e criação do Cadastro Nacional de Especialistas, prevendo-se resultados positivos em médio a longo prazo na gestão de recursos humanos em saúde, sendo hoje ainda tarefa hercúlea o planejamento ao estímulo ou restrição à abertura de vagas de residência de determinadas especialidades.

Ainda existem muitos desafios a serem enfrentados para atingirmos a meta de acesso a uma assistência à saúde adequada, que passa, dentre tantos outros fatores, pela formação de médicos especialistas em áreas básicas e subespecialidades em número e distribuição adequados em território nacional e assim garantir o acesso ao correto nível de assistência em tempo adequado.

Vários pesquisadores e grupos de pesquisa nacionais e internacionais têm se debruçado sobre o tema de recursos humanos em saúde, mas ainda é necessário que sejam construídas métricas de necessidade de médicos generalistas e especialistas cada vez mais sensíveis para as características do Brasil, com a singularidade de cada região, estado, municípios, bairros; singularidade do modelo assistencial misto em que o Brasil vive hoje, com o setor privado competindo com o público pelos recursos humanos em saúde; singularidades geográficas que determinam deslocamentos de minutos ou dias para acesso à assistência médica, caso falemos de uma cidade de grande porte ou um pequena comunidade

ribeirinha na Amazônia; singularidades em relação à capacidade instalada; ao grau de resolutividade da Atenção Básica; à epidemiologia local; à prospecção de crescimento populacional e sua faixa etária; às características migratórias que fazem ganhar ou perder profissionais de saúde com maior intensidade e tantos outros elementos que tornam tão complexa a missão de planejar em saúde.

É grande também o desafio da conquista de novos médicos para atuarem na Atenção Básica, sendo o investimento na valorização da especialidade em MFC importante estratégia a ser empreendida pelos gestores, como remuneração e condições de trabalho adequados e uma boa retaguarda da atenção secundária, além da valorização da titulação para o exercício da especialidade, visto que uma boa resolutividade na atenção primária depende da formação adequada deste especialista nas particularidades da assistência à família, na e à comunidade. Jovens médicos não vêm vantagem na escolha em se especializar em MFC, visto que, ao se formar, já podem atuar livremente na Atenção Básica sem a exigência de título algum para tal. Grande parte dos concursos para Médico de Família e Comunidade não exige a titulação como especialista, tampouco a valoriza para aprovação nos mesmos.

Finalmente, as políticas públicas atuais parecem estar indo ao encontro dos apontamentos internacionais de se investir na formação de médicos de família em número suficiente para um sistema de saúde que se pretenda centrado na atenção primária à saúde e em médicos com senso de responsabilidade social.

Considerando que a escolha de determinada carreira pelos estudantes de Medicina seja um importante determinante da conformação dos recursos humanos em saúde, entender as variáveis que condicionam tal escolha e atuar nelas ainda na graduação parece ser uma potente estratégia para garantir a escolha preferencial do formando pela MFC.

Pode-se dizer que o planejamento do Ministério da Saúde, para o que se propôs à época dos estudos mais aprofundados em 2007, foi exitoso, mas que agora existem novas e não menos importantes etapas a serem enfrentadas, como atingir a universalização das vagas de residência indicada para o final de 2018 com adequada distribuição territorial.

Este artigo não pretende esgotar-se em si, mas apontar algumas tendências relacionadas à regulação da formação de especialistas que despontam com políticas específicas criadas ao final da primeira década dos anos 2010 e com as novas estratégias criadas em 2013 com o Programa Mais Médicos,

que merecerão estudos subsequentes para compreender se os resultados estão caminhando rumo ao planejado.<sup>1</sup>

## Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Regimento da Associação Médica Brasileira*. São Paulo: AMB, 1994.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 5 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=21/06/2007>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm#art50](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm#art50)>. Acesso em: 28 jan. 2015b.

\_\_\_\_\_. Edital nº 29, de 27 de junho de 2013. Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=3&pagina=158&data=28/06/2013>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Edital nº 7, de 22 de outubro de 2009. Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. *Diário Oficial Da União*, Brasília, 24 Out. 2009b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no Inciso XXXIII do Art. 5º, no Inciso II do § 3º do Art. 37 e no § 2º do Art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível Em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)>. Acesso em: 29 jan. 2015a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui O Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, De 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm)>. Acesso em: 29 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm)>. Acesso em: 28 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 30 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 5 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. Brasília, 2009a. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=1682&Itemid=>](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1682&Itemid=>)>. Acesso em: 28 jan. 2015a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia De qualificação das redes de atenção à saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade residência médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível Em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=31&data=25/06/2013>>. Acesso em: 29 Jan. 2015b.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 2.116, de 4 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM Nº 2.068/2013, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2116\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2116_2015.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao)>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. *1º Relatório de Atividades - Subcomissão De estudo e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil*. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-24/relatorio1\\_subcom\\_especialistas.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-24/relatorio1_subcom_especialistas.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2015.

CAMPOS, G. W. DE S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. DE C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos De Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, out. 2008.

CFM. Resolução nº 1634, de 11 de abril de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2015.

CONASS. I Seminário Regional de Apoio Matricial para a Formação de Especialistas do SUS. Brasília, 6 e 7 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/notas%20tc3%a9cnicas%202013/nt%2030-2013%20-%20apoio%20matricial%20para%20a%20formac%cc%a7a%cc%83o%20de%20especialistas%20do%20sus.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

COSEMS-SP. Primeiro mês de seleção do Mais Médicos tem adesão de 3.511 municípios. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/227/primeiro-mes-de-selecao-domaismedicos-tem-adesao-de-3-511-municipios.html>>. Acesso em: 1 dez. 2014.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 5-10, 19 nov. 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. Situação atual da residência médica no Brasil: subsídios para uma política de especialização. In: *Estudos e reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde*. São Paulo: Fundap, 2010. p. 317-356.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, dez. 2010.

GIRARDI, S. N. et al. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à política nacional de promoção da segurança assistencial em saúde. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFGM, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

GREEN, L. A. et al. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 28 jun. 2001.

LERMEN JUNIOR, N. Análise comparativa da avaliação da atenção primária à saúde prestada por parte de médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis, Brasil. 2011. 49p. Dissertação (Mestrado em Políticas e Gestão de Saúde Europa – América Latina), Universidade de Bolonha: Bolonha, Itália, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

NETO, C. et al. Interesse dos estudantes pela Medicina de Família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2, p. 198-204, jun. 2009.

NUNES, M. do P. T. Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas. *Cadernos ABEM*, v. 1, p. 30-33, maio 2004.

OPAS/OMS. *Metas Regionales: 2007-2015*. Disponível em: <<http://www.observatoriorh.org/?q=node/145>>. Acesso em: 5 fev. 2015.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 1, p. 72-79, 2013.

RAWAF, S.; DE MAESENEER, J.; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet*, v. 372, n. 9647, p. 1365-1367, 2008.

ROCHA, T. A. H.; SILVA, N. C. DA; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação do desempenho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil: a utilização dos princípios ordenadores para a constituição de métricas. In: PIERANTONI, C. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1a Ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 217-230.

SCHAFER, S. et al. Rejecting family practice: why medical students switch to other specialties. *Family Medicine*, v. 32, n. 5, p. 320-325, maio 2000.

SCHEFFER, M. (Ed.). *Demografia Médica no Brasil*, V. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. V. 2

SCHEIL-ADLUNG, X. Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, N. 11, P. 888–888, 2013.

SCOTT, I. et al. Determinants of choosing a career in family medicine. *Canadian Medical Association Journal*, v. 183, n. 1, p. E1-8, 11 jan. 2011.

SEIXAS, P. H. D.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. de. Migramed - Migração Médica no Brasil: tendências e motivações. In: PIERANTONI, C. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1a ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011. p. 133-150.

SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; KUTOB, R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *The Journal Of The American Board Of Family Practice / American Board Of Family Practice*, v. 16, n. 6, p. 502-512, dez. 2003.

SILVESTRE, A. Protesto - Mobilização Geral dos Médicos. Notícias. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteacao=noticias&id=2917>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

STARFIELD, B. Is Primary Care Essential? *The Lancet*, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 22 out. 1994.

## Nota

<sup>1</sup> M.M. Alessio realizou a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. M. F. Sousa realizou a concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## *Abstract*

### *Specialists training regulation: interrelationships with the Mais Médicos Program*

Until recently, there were no policies that induce the formation of specialists geared to the Unified Health System (SUS). A milestone was the National Program to Support Training of Medical Specialists in Strategic Areas - Pro-Residência, created in 2009. With the launch of the Mais Médicos Program by Law n. 12.871/2013, new strategies were shaped to enhance the regulation of training specialists. This article discusses the regulatory policies of the opening of medical residency positions from the Pro-Residência and addresses changes suggested by Law n. 12.871/2013 such as universal vacancies with emphasis on Family Medicine. This is a quantitative and qualitative study that uses bibliographic and documentary research. The results show the positive effects of public policies in the number and distribution of medical residency positions. The number of professionals has been doubled between 2009 and 2014 with more significant increase in the North and Northeast regions. Furthermore, there is also the emergence of specialties previously nonexistent in these regions. New challenges arise to expand residency with necessary quality and speed, such as improved tools for the management of health human resources, with expansion and qualification of preceptorship and practice fields for training.

► **Key words:** health policies; health manpower; demography / supply & distribution; internship and residency.