

MINISTÉRIO DA SAÚDE

• 2 ANOS •



PARA OS
BRASILEIROS



Brasília - DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Programa
Mais Médicos – Dois anos:
Mais Saúde para os Brasileiros



Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Programa
Mais Médicos – Dois anos:
Mais Saúde para os Brasileiros



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 751

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 717

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315 2248

Site: www.saude.gov.br/sgtes

E-mail: sgtes@saude.gov.br

Coordenação:

Heider Aurélio Pinto

Elaboração de Textos:

Heider Aurélio Pinto

Felipe Proença de Oliveira

Edson Pistori

Graciela Damasceno

Vinicius Ximenes

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Edição:

Anna Elisa Jung Lima

Raphael de Oliveira Gomes

Natalia Rodrigues Pinheiro

Projeto Gráfico:

Eduardo Grisoni

Capa:

Andre Luis Sousa Cardoso

Tatiana Rodrigues Teles Araujo

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Luciana Cerqueira Brito

Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

128 p. : il.

ISBN 978-85-334-2284-1

1. Programa Mais Médicos. 2. Políticas Públicas em Saúde. 3. Atenção Básica. I. Título.

CDU 614.253.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0395

Títulos para indexação:

Em inglês: More Doctors Program – two years : more health for Brazilians

Em espanhol: Programa Más Médicos – dos años: más salud para los brasileños

Lista de Siglas

ABS – Atenção Básica à Saúde
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Coapes – Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
Enem – Exame Nacional do Ensino Médio
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
Fies – Fundo de Financiamento Estudantil
IES – Instituições de Ensino Superior
Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC – Ministério da Educação
MGFC – Medicina Geral de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento
OMS – Organização Mundial da Saúde
Pmaq – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.
PMM – Programa Mais Médicos
PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil
Pnab – Política Nacional de Atenção Básica
Provab – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
Rais – Relação Anual de Informações Sociais
Requalifica UBS – Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
RM – Residência Médica
SCNES – Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Ensino
Sinaes – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
Sisab – Sistema de Informação da Atenção Básica
SisCNRM – Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica
Sismob – Sistema de Monitoramento de Obras
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

Prefácio	9
Apresentação	11
Introdução	15
Parte I – A situação da Atenção Básica à Saúde, da insuficiência de médicos e da formação médica que exigiu a construção de políticas públicas	19
1 Desafios que condicionam o desenvolvimento da Atenção Básica e a criação de políticas que buscam enfrentá-los	19
2 A insuficiência de médicos e as desigualdades regionais e modos de superação desses problemas	25
3 A residência médica e a formação de médicos especialistas	31
Parte II – Programa Mais Médicos: eixos e inovações	37
4 O contexto de surgimento do Programa Mais Médicos	37
5 Projeto Mais Médicos para o Brasil – provimento emergencial	43
6 Qualificando a estrutura da Atenção Básica no Brasil	49
7 Formação médica: mudanças na graduação	53
8 Formação médica: mudanças na residência médica e na formação de especialistas	59
Parte III – A implantação do Programa Mais Médicos	65
9 Balanço da ação de provimento emergencial	65
10 Resultados alcançados na melhoria da infraestrutura	77
11 Avanços na formação médica: mudanças na graduação	80
12 Avanços na formação médica: mudanças na residência médica	91
Considerações Finais	95
Referências	107
Anexo A – Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013	113

Prefácio

O Programa Mais Médicos é uma realização da qual o governo federal muito se orgulha. Com ele, pela primeira vez na história do Brasil, enfrentamos, no âmbito nacional, o histórico problema da escassez de médicos, que tanto dificultava a efetiva universalização do acesso e a promoção de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais justo e equânime.

A escassez de médicos vinha de longe e era expressiva. A superação dessa realidade teve início há dois anos, com o lançamento do Programa Mais Médicos, que vem trabalhando, com sucesso, para ampliar o acesso ao atendimento médico de qualidade para a população até então desassistida do País.

É fato que, em um primeiro momento, houve resistência por parte de alguns setores da sociedade, principalmente em relação aos médicos estrangeiros. À medida que os resultados do programa na vida cotidiana das pessoas foram sentidos, foram sendo superadas as dúvidas e os questionamentos sobre a necessidade de **Mais Médicos** para a melhoria da assistência à população e para a expansão do atendimento na Atenção Básica, em todo o País.

Hoje, os profissionais brasileiros estão envolvidos e comprometidos com o Programa, mostrando sua dedicação e profissionalismo.

O Mais Médicos atua em várias frentes. Sobressai, entre elas, a garantia do atendimento contínuo às pessoas que não tinham assistência médica na periferia das grandes cidades, nos municípios do interior do País e nas regiões isoladas. Nessas áreas, a carência de médicos era muito acentuada. Em muitos municípios não havia sequer um médico.

Em apenas dois anos, toda a demanda das prefeituras que aderiram ao Programa foi atendida, e, com isso, **63 milhões de brasileiros e brasileiras** já estão sendo beneficiados com a presença dos médicos em 4.058 municípios do Brasil. Estimamos, que, até o final de 2018, serão 70 milhões de brasileiros e brasileiras atendidos pelo **Mais Médicos**.

Essa expansão da oferta de médicos está acompanhada por investimentos federais expressivos em postos de saúde, o que é essencial para um bom trabalho do profissional de medicina junto à população. Por todo o País, novos postos de saúde estão sendo reformados e ampliados e outros construídos.

Estamos também promovendo mudança na formação médica, para solucionar, em caráter permanente, o problema da falta de profissionais. Ampliamos as matrículas para a formação de médicos e também as oportunidades para a residência médica. Aliás, o médico brasileiro que participar do **Mais Médicos** tem garantida maior pontuação no processo seletivo para a residência, facilitando seu acesso à especialização de sua escolha.

A estratégia é realizar uma expansão orientada do ensino médico, assegurando sua interiorização pelo Brasil afora.

Os primeiros passos nesse longo caminho já foram dados, com a criação de novos cursos de medicina e vagas de nível superior em áreas prioritárias. Fortalecer o SUS exige médicos especialistas e é por isso que a residência é outro foco importante deste projeto, buscando universalizar as oportunidades de especialização conforme as necessidades do sistema e garantindo ao povo brasileiro mais pediatras, cardiologistas, neurologistas, médicos de família.

Hoje nós temos um Programa que a população, os médicos e as prefeituras aprovam. Um programa que muda vidas diariamente e que continuará a fazê-lo, no caminho que insistiremos a percorrer para oferecer, a todas as brasileiras e todos os brasileiros, de todos os lugares deste imenso País, atendimento de qualidade à saúde.

Presidência da República

Apresentação

Saúde pública, universal e gratuita para mais de 200 milhões de brasileiros não é desafio que se supera sozinho. A constituição brasileira repartiu as responsabilidades entre as três esferas de governo e assim, há 27 anos, seguimos construindo o Sistema Único de Saúde. Talvez a mais importante de todas as etapas dessa construção, a Atenção Básica, justamente aquela que está mais próxima da população, é a que mais exige integração entre União, estados e municípios.

É no atendimento básico, na Estratégia da Saúde de Família, que se solucionam cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Respeitando a autonomia de cada ente, o governo federal, com os estados e municípios, decidiu reforçar esse pilar tão importante da saúde pública. Lançado o desafio de atender a uma demanda histórica por mais médicos nas Unidades Básicas de Saúde, o Ministério da Saúde começou a reunir parceiros dentro e fora do governo para transformar em realidade o Programa Mais Médicos para o Brasil.

O Brasil precisava de mais médicos e precisava também melhor distribuí-los. O Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade de profissionais, visando chegar ao patamar de 2,7 por mil habitantes em 2026. Foi elaborado um ousado plano de expansão de vagas de graduação em medicina em todo o País, obedecendo a critérios que proporcionam a descentralização da formação e interiorização das faculdades. As vagas criadas até o momento já inverteram a concentração de escolas médicas em capitais e, pela primeira vez, o interior do Brasil oferta mais vagas que as capitais.

A Lei do Mais Médicos e as ações que decorreram dela apontam para uma importante mudança na formação médica no Brasil, sempre executadas pelos Ministério da Educação com apoio e participação do Ministério da Saúde. As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina conduzem a uma formação médica orientada às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde. O novo sistema de avaliação permite, como nunca antes, acompanhar a qualidade da formação de cada médico e também das instituições formadoras.

Há ainda uma dimensão dirigida à formação de especialistas. De um lado, a meta de garantir a cada médico recém-formado uma vaga de residência médica, universalizando o acesso, e o investimento inédito na formação de mé-

dicos com especialização em medicina geral de família e comunidade avançando para uma atenção básica cada vez mais humanizada, integral e resolutiva. De outro lado, o SUS assume finalmente o desafio constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde ao planejar a formação de especialistas de acordo com a necessidade de cada região de saúde do País.

O desafio de ampliar e qualificar a infraestrutura tem sido enfrentado ao garantir o mais alto investimento federal na construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde de todo o País. O Ministério da Saúde investiu mais de R\$ 5 bilhões para a melhoria das Unidades Básicas de Saúde em todo Brasil, com importante participação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Paralelamente à implantação dessas ações, que visam de forma permanente e estrutural enfrentar a falta de médicos no Brasil, melhorar a qualidade da formação médica e melhorar a infraestrutura das unidades de saúde, o governo federal está trabalhando para atender a demanda imediata por médicos da população brasileira. O Ministério da Saúde – com apoio decisivo e num esforço inédito e integrado dos ministérios da Educação, Defesa, Relações Exteriores, Previdência, Trabalho; da Casa Civil; do Banco do Brasil; da Polícia Federal e da Receita Federal – em menos de dois anos garantiu que mais de 18 mil médicos pudessem passar a atender 63 milhões de brasileiros em mais de 4 mil municípios.

Se em um primeiro momento os médicos estrangeiros de mais de 40 países, incluindo os profissionais cubanos que participam da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), ocuparam quase 85% das vagas demandas pelos municípios, a fase atual mostra uma composição diferente. Em 2015, os médicos brasileiros preencheram 100% de todas as novas vagas ofertadas, uma adesão recorde deste público desde a criação do Programa. É uma mudança importante e que deve marcar uma tendência para os próximos editais, representando uma aprovação cada vez maior do Programa pelos médicos de nosso país.

Hoje, pela primeira vez na história, todos os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena contam com equipes completas com médico. Também têm médicos nas Unidades Básicas de Saúde fluviais para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia no Semiárido e muitas comunidades rurais, quilombolas, assentamentos, periferia e morros das grandes cidades que não con-

tavam com acesso à atenção básica. Milhares de pequenos municípios brasileiros hoje contam com a presença de médicos.

Nada mais gratificante do que constatar a altíssima aprovação dos usuários atendidos pelo Programa Mais Médicos em todo o Brasil. Gente que relata que se sente cuidada, ouvida, examinada e, acima de tudo, respeitada.

Lá na ponta, estados e municípios, secretários de saúde e suas equipes, organizaram acolhimentos para os profissionais que solicitaram, apoiando na moradia e na alimentação, além do apoio na adaptação à nova rotina. Em uma demonstração do calor humano característico do Brasil, os médicos conheceram a realidade local da saúde pública, a infraestrutura que teriam à disposição e, especialmente, os principais problemas de saúde apresentados pela população que receberia seus cuidados.

Foi esse grande concerto de ações, coordenado por uma dedicada equipe do Ministério da Saúde, sob a batuta direta da Presidenta Dilma Rousseff que deu à luz um programa ousado e necessário para o fortalecimento da atenção básica. Um esforço característico de um plano de Estado republicano e suprapartidário, que ultrapassará governos para atingir os resultados esperados e melhorar o atendimento da população. Os primeiros impactos na saúde das brasileiras e dos brasileiros já podem ser sentidos, outros ainda virão. O Mais Médicos é um dos mais importantes capítulos da história da Saúde Pública Brasileira e está garantindo, a quem mais precisa do SUS, o direito à saúde.

Ministério da Saúde

Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM)ⁱ foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória que foi convertida em Lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional.

O Mais Médicos somou-se a um conjunto de ações e iniciativas num cenário em que o governo federal assumiu a tarefa de formular políticas públicas para enfrentar os desafios que vinham condicionando o desenvolvimento da Atenção Básica (AB) no País.

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ordenar o acesso com equidade aos demais serviços da rede de saúde, estar presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno.

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) define como modo prioritário de organização da AB no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada como programa na década de 90 e incrementada em sua expansão e complexidade, em especial nos últimos anos.

A expansão da Estratégia de Saúde da Família apresentou, nos últimos sete anos, um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano, segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), sendo a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (eSF) um dos fatores que dificultaram essa expansão¹.

Em 2013, ano de criação do Programa, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esses médicos estavam mal distribuídos no território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam – proporcionalmente – com menos médicos. Muitas cidades não tinham médico residindo no território do município e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica².

ⁱ Programa instituído pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 e convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Ver: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>.

Além disso, o País formava menos médicos do que a criação anual de empregos na área nos setores público e privado, o que agravava a situação a cada ano.

De 2002 a 2012, o total de médicos formados em todas as escolas do Brasil conseguiu formar apenas 65% da demanda do mercado de trabalho: o déficit, neste período, atingiu o índice de 53 mil médicos.

Muitas nações com uma formação menor que a necessidade da população e a demanda do mercado de trabalho equilibram o déficit recebendo profissionais formados em outros países. Não é o caso do Brasil. O processo de autorização do exercício profissional para médicos formados fora do Brasil sempre se caracterizou como um dos mais restritivos do mundo, fossem profissionais brasileiros ou não.

O Programa Mais Médicos é a maior iniciativa já realizada no País e está entre as maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas. É composto por uma dimensão de resposta imediata e emergencial, mas sustentável, que é a formação e o provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade e vulnerabilidade.

Nesse aspecto, o Programa recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiros e estrangeiros, para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal – e com qualidade – aos serviços de saúde. Esses profissionais participam de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

O Mais Médicos assegurou, também, medidas estruturantes de médio e longo prazos, como aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS.

A iniciativa previu, ainda, a expansão de vagas de graduação nos locais com maior necessidade de médicos e menos ofertas de vagas por habitante, as-

sim como a universalização da residência médica: a cada egresso da graduação, uma vaga de residência será ofertada. Aponta para uma formação médica moderna, com foco do ensino no aluno, do aprendizado no cuidado integral à saúde, integrando ensino, pesquisa e extensão e fomentando o “aprender a aprender” permanentemente. Uma formação com novas diretrizes, instrumentos e metodologias de avaliação e com uma integração ensino-serviço que forme médicos muito bem preparados para atender e responder de forma resolutiva à maioria das necessidades de saúde apresentadas pela população.

É com essa expansão planejada que o programa propõe sair da proporção de médicos por habitantes que o Brasil apresentava em seu lançamento (1,8 médico/1.000 habitantes) e atingir a marca de 2,7 médicos/1.000 habitantes no ano de 2026.

Além disso, o programa previu investimentos para a qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando consolidar um padrão de qualidade superior nos serviços locais da atenção básica brasileira, promovendo não apenas a melhoria da rede de serviços já existentes, mas ampliando significativamente o número de UBS no País.

Por tudo isso, o Programa Mais Médicos reúne um conjunto de iniciativas de curto, médio e longo prazos com efeitos sinérgicos às demais ações da Nova Política de Atenção Básica que, em apenas quatro anos, dobrou o montante de recursos federais destinados à atenção básica brasileira e contribuirá para um salto expressivo nos patamares de acesso, qualidade e legitimidade da Atenção Básica à Saúde no Brasil, favorecendo, consequentemente, todos os níveis e redes de atenção à saúde, nos setores público e privado.

PARTE I

A situação da Atenção Básica à Saúde, da insuficiência de médicos e da formação médica que exigiu a construção de políticas públicas

1

Desafios que condicionam o desenvolvimento da Atenção Básica e a criação de políticas que buscam enfrentá-los

No início de 2011, a Atenção Básica à Saúde (ABS) foi alçada à condição de prioridade de governo. Foram identificados dez principais desafios que condicionavam seu desenvolvimento e que deveriam ser levados em conta pelo Ministério da Saúde (MS) na proposição da nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab):

- 1 • Financiamento insuficiente da Atenção Básica.
- 2 • Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- 3 • Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde.
- 4 • Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis.
- 5 • Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado.
- 6 • Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais.
- 7 • Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão.
- 8 • Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores.
- 9 • Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.
- 10 • Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade³.

A Pnab, formulada em 2011, implementou nos últimos quatro anos ações que buscam intervir em cada um dos desafios descritos anteriormente. O Programa Mais Médicos (PMM) é um programa do governo federal coerente e sinérgico ao esforço de qualificação da atenção básica brasileira, além de prever ações com impactos, via aumento no número de médicos, distribuição e qualificação da formação, em todos os pontos de atenção.

Dos desafios apresentados anteriormente, o PMM foca nos seguintes pontos: déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das UBS; necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica.

Com outras ações da Pnab, o Programa contribui diretamente para enfrentar o financiamento insuficiente da Atenção Básica e a ampliação da legitimidade dela com os usuários. De um modo geral, pode-se dizer que contribui, também, no enfrentamento dos demais desafios, desde a melhoria do uso da informação, passando pela qualificação do atendimento e do desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, até a mudança do modelo de atenção.

Desse modo, vale afirmar que o Programa Mais Médicos é sinérgico à Pnab e busca enfrentar – articulado a outras ações – problemas que têm condicionado o desenvolvimento da Atenção Básica. Importante notar que nesse período a atenção básica no Brasil passou por um importante processo de valorização e fortalecimento. A quantidade de recursos do governo federal destinados à Atenção Básica em 2014 foi mais que o dobro investido em 2010, ou seja, um aumento de mais de 100% em apenas quatro anos. Foi lançado em 2011 o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) que, articulado ao Mais Médicos, alcançou a cifra de mais de R\$ 5 bilhões em investimentos. Também é desse período a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) e da estratégia e-SUS Atenção Básica, que visa informatizar a Atenção Básica em consonância com o Plano Nacional de Banda Larga e pretende promover importante mudança no uso das informações para a qualificação do cuidado e da gestão em saúde.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq) também foi lançado em 2011, assim como o Programa Telessaúde Brasil Redes, a reestruturação do Programa Saúde na Escola, a criação do Programa Academia da Saúde e a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Esse conjunto de ações, somado ainda a ações como a Política de Educação Permanente, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica e o estímulo e incentivo para Implantação de Planos de Carreira no SUS, buscam enfrentar os dez desafios citados anteriormente.

Vale destacar que, ainda em 2011, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou por unanimidade a Resolução nº 439, que tratou de diretrizes para a Atenção Básica e demandou um conjunto de ações que, posteriormente, foram respondidas com o Mais Médicos. Entre os pontos da resolução, destacam-se:

1– Mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica.

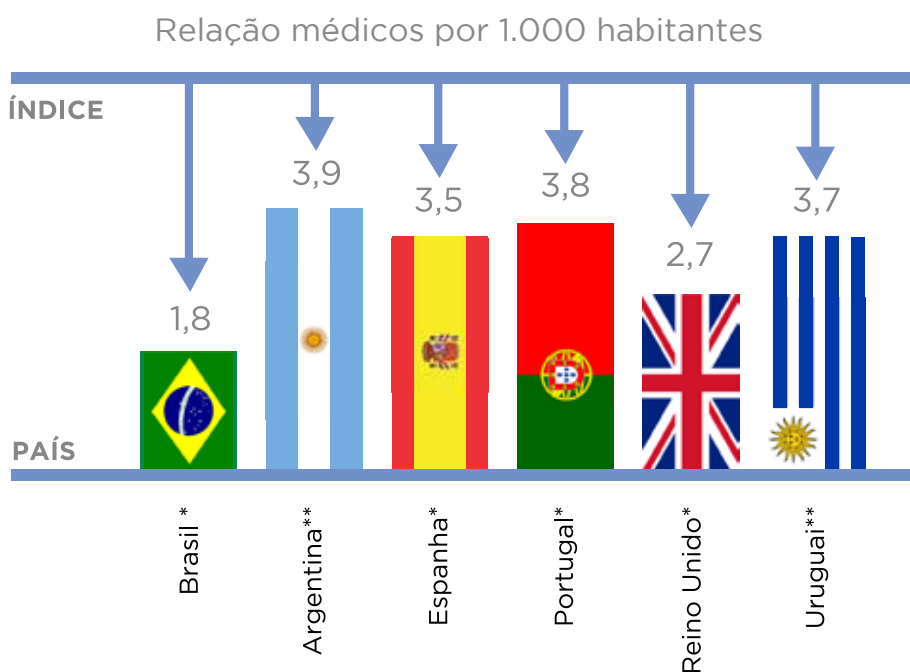
2 – Garantir – por meio das três esferas do governo – ações necessárias para que a Atenção Básica, inclusa ou não na Estratégia de Saúde da Família, seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as UBS, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção.

3 – Intensificar os esforços e criar novas políticas que garantam profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde.

Em síntese, vale notar que dois anos antes da criação do Programa Mais Médicos não só o governo federal, mas também a representação dos secretários municipais e estaduais de saúde, bem como o órgão maior de controle social do SUS, com representação de usuários, sociedade civil, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, apontavam como prioridade o enfrentamento de desafios que o Mais Médicos busca superar com outras ações da Pnab.

No que diz respeito especificamente à falta dos profissionais médicos nos serviços de saúde, de uma maneira geral, essa percepção das representações or-

ganizadas de segmentos sociais do SUS era compartilhada pela população em geral. A quantidade insuficiente de médicos para atender a demanda de postos de trabalho no SUS era um problema, segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), para 58% das pessoas entrevistadas. Para eles, a medida mais importante a ser tomada pelo governo para melhoria do atendimento no SUS era o aumento do número de médicos nos serviços de saúde⁴.



Fonte: * OECD (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>.

** PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. MINISTERIO DE SALUD. Médicos en Argentina Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Informe_Medicos_2012_Argentina_04.08.2014.pdf>.

Além de o Brasil apresentar uma proporção insuficiente de médicos para as necessidades da população, esses profissionais estão mal distribuídos no território. Das 27 unidades da Federação, 22 estão abaixo da média nacional, sendo que 5, todas nas regiões Norte e Nordeste, têm o indicador de menos de 1 med/1.000 hab.^{5,6} O Estado de São Paulo, o mais rico da Federação e com

a terceira melhor proporção nacional de médicos (2,49 med./1.000 hab.), tem apenas 6 de suas 17 Regionais de Saúde com média acima da nacional⁷. Mas a iniquidade maior se manifesta quando se percebe que quanto menor, mais pobre, de difícil acesso e precárias as condições sociais, econômicas e sanitárias da região e do município, maior será a necessidade de médicos, maior a escassez deste profissional, mais inflacionado o mercado de trabalho médico da região e menor a capacidade do município de atrair e fixar os profissionais^{8,9}.

Além da quantidade insuficiente de médicos e sua desigual distribuição pelo Brasil, todas as escolas médicas do País formaram nos últimos dez anos apenas 65% da demanda de médicos do mercado de trabalho no mesmo período. De 2003 a 2012 o mercado de trabalho abriu 143 mil novas vagas de emprego médico formal (não estão incluídos nesta conta os contratos informais), mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos no mesmo período. Um déficit acumulado de 50 mil médicos¹⁰.

Isso ocorre porque o Brasil, embora tenha um número absoluto alto de escolas médicas, tem uma proporção de egressos de cursos de Medicina por habitante inferior a média dos países integrantes da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE). Enquanto no Brasil tivemos 14.634 egressos em 2011, média de 0,74 egressos para cada 10 mil habitantes¹¹, Reino Unido e Austrália têm, respectivamente, 1,1 e 0,93³. Além de poucas vagas, o Brasil as tem mal distribuídas no território com uma clara concentração nas maiores e mais ricas cidades, capitais e nas regiões Sudeste e Sul do País.

Alguns países com resultados negativos na relação formação de médicos e criação de novos postos de trabalho compensam o déficit com médicos formados em outros países. No próprio Reino Unido, que tem o dobro da proporção de vagas por habitante do Brasil, os médicos que atuam neste país e que não se formaram lá chegam a representar 37% do total de médicos em atuação. Mesmo nos EUA esse número chega a 22,4%. No Brasil, em 2012, esse número era muito menor: 1,8%¹².

Na Atenção Básica essa falta de profissionais, a má distribuição e o déficit crescente de médicos se traduziam em um baixo crescimento da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF): nos últimos sete anos a

cobertura da ESF no Brasil cresceu uma média anual de 1.141 equipes de Saúde da Família (eSF), o que representou o pequeno incremento de 1,5% a cada ano na cobertura da população, mesmo com o aumento dos recursos e grandes esforços implantados a partir de 2011. Conforme estudos da Rede de Observatórios de Recursos Humanos do SUS, um dos maiores condicionantes da expansão da ESF é a disponibilidade de médicos para compor as eSFs.

Essa insuficiência de médicos para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB, necessária para a expansão do acesso e da cobertura da população, leva a uma competição entre municípios, que disputam os poucos profissionais disponíveis. Os resultados dessa situação de desequilíbrio ocasionam o comprometimento de recursos do município, além de sua capacidade de pagamento, com posterior descontinuidade dos vencimentos e quebra de compromissos com o médico contratado; redução da carga horária efetivamente praticada pelo profissional, seja porque o gestor “compensa” a remuneração reduzindo a carga horária, seja porque o médico impõe essa condição na sua contratação, gerando uma série de irregularidades e ilegalidades, além de reduzir o acesso da população; alto índice de rotatividade dos médicos, fazendo com que quase a metade não chegue a ficar sequer um ano no mesmo município¹³.

Todos os efeitos assinalados prejudicam tanto o acesso quanto à qualidade da Atenção Básica. A alta rotatividade, em especial, desmotiva o restante da equipe composta por enfermeiros, cirurgiões-dentistas, agentes comunitários de saúde e tantos outros profissionais. Desse modo, prejudica a consolidação do trabalho multiprofissional e interdisciplinar e o vínculo entre equipe e população, os quais são fatores importantes para uma alta resolubilidade da ESF.¹⁴

Assim, em síntese, é possível afirmar que, criado em meados da década de 90, o Programa de Saúde da Família, que nos anos 2000 se desenvolveu, ganhou mais complexidade e alçou a condição de Estratégia de Saúde da Família, passou no fim da primeira década no milênio, devido às razões explicitadas anteriormente, a enfrentar sérios problemas, tanto relacionados à expansão da cobertura a importantes contingentes populacionais sem acesso à atenção básica quanto relacionados à qualidade e à efetividade da atenção à saúde. Uma estratégia de implantação de um novo modelo de atenção que faz aposta na atenção multi-

profissional e interdisciplinar não contava com um médico regular na equipe em quase um terço das equipes existentes¹⁵.

Essa situação veio se agravando a ponto de impactar forte e negativamente na legitimidade da Estratégia de Saúde da Família junto à população e também aos prefeitos. E foram justamente estes que lideraram um movimento em 2013 para que o governo federal pudesse agir de forma decisiva no problema e mudar esse quadro.

2

A insuficiência de médicos e as desigualdades regionais e modos de superação desses problemas

No mundo inteiro, os sistemas de saúde têm passado por profundas mudanças provocadas por transições demográficas, epidemiológicas e econômicas. Nos últimos anos, o governo brasileiro tem desenvolvido uma série de ações visando à reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a priorizar a Atenção Básica e enfrentar os limitantes do desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do SUS. Nos seus 25 anos de existência, o SUS possibilitou um importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para população brasileira. Entretanto, pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam dificuldades de acesso a serviços de saúde.

Desigualdades geográficas na distribuição de médicos podem ser encontradas em vários países e regiões. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial reside em áreas rurais remotas, mas essas áreas são servidas por menos de 25% da força de trabalho médico¹⁶. Muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da Atenção Básica em áreas vulneráveis atraindo profissionais de saúde para estas regiões¹⁷. Estudo recente da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição dos médicos mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais.

As estratégias para enfrentar essa problemática, sistematizadas em documento da Organização Mundial da Saúde, incluem – pelo menos – quatro dimensões: políticas educacionais, como mudanças nos currículos de medicina e admissão de estudantes provenientes de áreas rurais; políticas de regulação, como serviço ci-

vil e incentivo para o ingresso na formação especializada para quem trabalha em áreas remotas; incentivos monetários, tais como bolsas de estudo e salários mais elevados; e incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros e supervisão com apoio entre pares¹⁸. Dessa forma, fica evidente que não há resposta simples para o problema de escassez de profissionais e que a experiência internacional tem demonstrado que são necessárias estratégias variadas para lidar com essa problemática¹⁹.

O artigo nº 200 da Constituição Federal de 1988 determina que é papel do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos em saúde. Essa prerrogativa requer ações para regular a demanda e a oferta de profissionais do mercado de trabalho de um setor constituído por mais de 3,7 milhões de trabalhadores (conforme dados da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária do IBGE de 2009) que necessitam de constante qualificação.

Em 2011, o debate sobre escassez de médicos foi tido como prioridade pelos gestores nos âmbitos federal, estadual e municipal responsáveis pelo SUS e pelo Conselho Nacional de Saúde. Também foram priorizadas as estratégias de expansão e a qualificação da Atenção Básica, entendendo que houve importantes avanços nos últimos anos, mas, ainda, conviviam-se com muitos vazios assistenciais, ou seja, localidades que não conseguiram prover e fixar profissionais de saúde na Atenção Básica, em especial os médicos, não garantindo acesso aos serviços básicos de saúde de parte da população brasileira.

Pelo menos três questões foram fundamentais para a análise sobre a falta e a má distribuição de médicos no Brasil, bem como a necessidade de políticas sobre o tema: a situação do mercado de trabalho médico possibilitando pleno emprego e com criação de postos de trabalho muito acima do número de concluintes de cursos de Medicina^{20,21}; o número de médicos por 1.000 habitantes abaixo de diversos países das Américas e da Europa²² e a limitação da expansão de serviços públicos, como no exemplo da Estratégia de Saúde da Família, pela escassez de médicos²³.

Sabe-se que o número de médicos por habitante do Brasil está abaixo de outros países, [ver tabela da página 28], bem como da média dos países da OCDE, que é de 3,2. Ao mesmo tempo, não existe parâmetro que estabeleça uma proporção ideal de médico por habitante reconhecido e validado internacionalmen-

PARTE I

A situação da Atenção Básica à Saúde,
da insuficiência de médicos e da formação médica
que exigiu a construção de políticas públicas

te. Recomenda-se analisar a situação de cada país conforme suas diversas características, a exemplo do modelo assistencial adotado. Uma referência usada para o Programa Mais Médicos foi a meta de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a proporção encontrada no Reino Unido, país que, depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela Atenção Básica. Para atingir esse número em 2013 seriam necessários mais 168.424 profissionais.

A distribuição dos médicos nas regiões do País no período anterior ao lançamento do Programa também demonstrava um importante padrão de iniquidade, com boa parte dos estados com uma quantidade de médicos abaixo da média nacional (somente cinco estados tinham mais de 1,83 médico por 1.000 habitantes).

A tabela a seguir demonstra essa distribuição (conforme IBGE 2012* e dados primários do CFM 2012**):

Tabela 1 – Distribuição de médicos por 1.000 habitantes

	Unidade Federativa	População 2012*	Total de Médicos**	Médico por 1.000 hab.
REGIÃO NORTE	Roraima	445.043	540	1,21
	Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
	Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
	Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
	Acre	721.006	679	0,94
	Pará	7.726.888	5.938	0,77
	Amapá	662.927	505	0,76
REGIÃO NORDESTE	Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
	Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
	Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
	Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
	Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
	Bahia	15.001.484	16.311	1,09
	Ceará	8.810.603	9.277	1,05
	Piauí	3.214.556	2.971	0,92
	Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
DISTRITO FEDERAL	Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
REGIÃO CENTRO-OESTE	Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
	Goiás	6.145.928	8.917	1,45
	Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
REGIÃO SUDESTE	Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
	São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
	Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
	Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
REGIÃO SUL	Rio Grande do Sul	11.073.282	24.741	2,23
	Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
	Paraná	10.945.791	18.406	1,68
Total		196.526.293	359.691	1,83

Fonte: DEPREPS/SGTES/MS. Conforme inscrições primárias do Conselho Federal de Medicina em 2012 considerando limite de idade de 70 anos e População Brasileira conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2012.

Mesmo estados com número de médicos por habitante acima da média nacional apresentam diferenças importantes de distribuição de médicos nas diversas regiões de saúde, em virtude da concentração desses profissionais nas capitais. Dentro das capitais o quadro também é heterogêneo, já que há dificuldade de atração nas regiões mais periféricas.

A escassez de médicos em diversas regiões manifesta-se em análises realizadas sobre o mercado de trabalho, como em estudo da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), baseado em dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), que demonstra que, entre os anos de 2009 e 2010, para 12.982 egressos dos cursos de Medicina, foram criados 19.361 empregos formais. Cabe considerar que nesta informação não estão incluídos os médicos que optam por ingressar na residência médica, modalidade de formação que ofertava, em 2013, um total de 11.468 vagas de acesso direto, conforme dados do Sistema de Informações da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM). Desse modo, é possível estimar que uma parcela significativa (cerca de 50%) dos médicos recém-graduados já ingressava no mercado de trabalho com a possibilidade de exercer dois empregos formais.

Mesmo países com indicadores de relação médico por habitantes superiores a do Brasil recorreram a programas de recrutamento de médicos estrangeiros para garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas. Dados apresentados pela OCDE em 2009 e pelo *General Medical Council* do Reino Unido em 2011 demonstram as seguintes proporções de médicos estrangeiros nos respectivos países: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá.

Para propor medidas na área, foram respeitadas as regras estabelecidas no Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS (2010). Esse código orienta os Estados-Membros do Sistema das Nações Unidas a se comprometerem, voluntariamente, a observar os princípios e as práticas éticas no que diz respeito ao recrutamento internacional de profissionais de saúde. O documento reúne princípios éticos que são aplicáveis ao recrutamento internacional de profissionais de saúde, no sentido de reforçar os sistemas dos países em desenvolvimento, incluindo assuntos como a capacidade e a qualidade de formação de profissionais, as políticas de apoio à fixação de

profissionais de saúde, a reciprocidade dos benefícios, a coleta e intercâmbio de informações, o monitoramento e a pesquisa no tema. Desse modo, não se propõe recrutar médicos graduados em países que tenham uma relação de médico por 1.000 habitantes menor do que a do Brasil.

Os ministérios da Saúde e da Educação desenvolveram políticas para responder a necessidade de provimento e a fixação de médicos nas diversas regiões do País. Em 2011, foi realizada pelo Ministério da Saúde uma chamada nacional para médicos, por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProvaB), ofertando a possibilidade de trabalho supervisionado em regiões de extrema pobreza e periferias, com incentivo aos participantes de acréscimo na pontuação no processo seletivo da residência médica.

O ProvaB foi uma iniciativa pioneira ao agregar a atuação na atenção básica em áreas de vulnerabilidade com a formação supervisionada, ao mesmo tempo em que valoriza essa experiência como critério de ingresso na residência médica. Inicialmente o Programa atraiu 380 médicos, mas com mudanças no seu desenvolvimento, que incluíram a oferta de especialização e o pagamento de bolsa para os profissionais participantes, tem garantido a participação de mais de 3 mil médicos anualmente. Mesmo assim, isoladamente não conseguia atender toda a necessidade apresentada pelos municípios, a exemplo da campanha Cadê o Médico da Frente Nacional de Prefeitos no início do ano de 2013.



Fonte: FNP.

Outra iniciativa era da ampliação da oferta de bolsas para a residência médica. Entende-se a importância dessa modalidade para a fixação de profissionais, já que, conforme o Observatório de Recursos Humanos de São Paulo²⁴ demonstra, 82% dos médicos permanecem no mesmo local em que cursaram a graduação e a residência médica. Mesmo assim, essa possibilidade é ofertada para cidades de médio e grande portes, que possuem capacidade instalada compatível

com os requisitos da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), não atingindo, dessa forma, os municípios de pequeno porte.

O quadro no Brasil até 2012 era de número insuficiente de médicos e vagas de graduação em Medicina, onde tanto os médicos quanto as escolas estavam muito mal distribuídas. Além disso, havia um importante déficit no resultado da subtração de médicos formados por novos postos de trabalho, agravado pelo fato de o Brasil ser um dos países mais restritivos do mundo à atuação de médicos formados no exterior, fossem eles brasileiros ou estrangeiros.

Esse é o contexto de proposição do governo federal de programas para enfrentar a escassez de profissionais médicos. Apesar da importância dos recursos humanos para o acesso à saúde e das políticas anteriores do governo brasileiro para enfrentar as desigualdades na distribuição de médicos e o fortalecimento da Atenção Básica, nenhuma teve a abrangência, a magnitude e a celeridade do Programa Mais Médicos.

3

A residência médica e a formação de médicos especialistas

Após a compreensão da questão da insuficiência e da má distribuição de médicos no País, cabe discutir o papel da participação de médicos especialistas no Sistema Único de Saúde com enfoque na principal modalidade de formação desse profissional que é a residência médica. Com esses elementos é possível analisar a repercussão das mudanças propostas com o Programa Mais Médicos.

A residência médica corresponde a uma especialização *lato sensu* caracterizada por ser uma modalidade fundamentalmente de treinamento em serviço e, portanto, distingue-se de outros processos de formação por, pelo menos, três principais dimensões:

- 1 – Predomínio de atividades práticas (onde o médico com exercício profissional autorizado exerce atividades de maior autonomia e responsabilidade).
- 2 – Existência de legislação própria (que normatiza o papel de educação pelo trabalho, onde o residente, ao mesmo tempo que está em atividades de ensino, tem seguridade previdenciária).

3 – Certificação do médico para exercer determinada especialidade, sendo esse o principal formato reconhecido pelo Estado brasileiro para tal fim.

O principal marco normativo da residência médica (RM) é a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, pela qual é feita a diferenciação dessa modalidade de outras ofertas *lato sensu* e se regulariza todo o processo de acreditação dos programas de residência, ao atrelar a obrigatoriedade de reconhecimento de um programa à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), coordenada pelo Ministério da Educação.

Desse modo, a Lei reconhece uma formação que já vinha sendo praticada (os primeiros registros de programa de residência datam da década de 1940), bem como uma Comissão fundada alguns anos antes, ao mesmo tempo em que regulamenta bolsa, carga horária e regime previdenciário.

Nas últimas décadas, ao mesmo tempo em que houve grande expansão da residência médica no País, também ocorreram importantes mudanças na formação e prática médicas, como o desenvolvimento de um modelo de atenção baseado na utilização intensiva de tecnologia e a reorganização do trabalho e do mercado de trabalho médico em virtude do processo de especialização, intensificando a fragmentação do cuidado²⁵. Soma-se a esse contexto a expansão de escolas de Medicina e a inserção insuficiente dessa etapa da formação em atividades práticas na realidade dos serviços, tornando a residência médica cada vez mais necessária ao egresso para o desenvolvimento de competências necessárias à prática médica.

Vale aqui fazer uma diferenciação da residência médica de outras modalidades de formação, em consonância com a prerrogativa constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos em saúde conforme o artigo 200 da Constituição de 1988. A residência médica é viabilizada basicamente na esfera pública: desenvolvida em serviços na sua maioria públicos (e em uma menor parcela contratados pelo SUS) e com financiamento de entes públicos. Até poucos anos atrás os principais responsáveis pelo pagamento de bolsas eram o Ministério da Educação e os estados, posteriormente o Ministério da Saúde passa a ter papel-chave, como será mais desenvolvido à frente.

Mesmo com essa característica de financiamento público, desenvolvimento em serviços públicos e de acreditação por um órgão do Estado Brasileiro, não

PARTE I

A situação da Atenção Básica à Saúde, da insuficiência de médicos e da formação médica que exigiu a construção de políticas públicas

existiam mecanismos de regulação da necessidade e da distribuição de especialistas, a exemplo do praticado em outros países com experiências exitosas de formação ou de sistemas universais de saúde. Mecanismos como os adotados no Canadá, na Espanha e em Portugal, onde a residência médica é obrigatória e direciona a composição de especialistas no Sistema de Saúde, nunca haviam sido viabilizados no Brasil.

Aliando essa característica de regulação insuficiente com o contexto do trabalho médico detalhado anteriormente, observa-se um quadro preocupante quanto à insuficiência de especialistas e a má distribuição desses profissionais (decorrentes inclusive da mesma distribuição equânime de vagas de residência), bem como de vagas insuficientes de residência médica para os egressos de cursos de Medicina (em 2012, para 15.804 egressos dos cursos de Medicina foram ofertadas 11.468 vagas de acesso direto na residência de 2013).

Tal situação foi detalhada pela Comissão Interministerial de Gestão da Educação em Saúde confirmando a escassez de especialistas (como em especialidades de maior necessidade devido à transição demográfica e epidemiológica e em áreas vitais das políticas públicas), com distribuição inadequada das vagas de residência²⁶.

Nesse contexto, que é criado em 2009 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica.

O Pró-Residência elencou como especialidades e áreas de atuação prioritárias para expansão:

1 • Clínica Médica, 2 • Cirurgia Geral, 3 • Pediatria, 4 • Ginecologia e Obstetrícia, 5 • Medicina Preventiva e Social, 6 • Medicina de Família e Comunidade, 7 • Psiquiatria, 8 • Geriatria, 9 • Cancerologia Clínica e Cirúrgica, 10 • Radioterapia, 11 • Patologia, 12 • Anestesiologia, 13 • Medicina Interna, 14 • Neurologia, 15 • Neurocirurgia, 16 • Ortopedia e Traumatologia, 17 • Neonatologia, 18 • Psiquiatria Infantil e da Adolescência, 19 • Cirurgia do Trauma e 20 • Medicina de Urgência.

Uma parte importante dessas especialidades era relatada como de difícil contratação por parte de gestores públicos e privados de hospitais²⁷.

Além de todas as demais razões apresentadas, estudos sobre a migração de médicos realizados pelo Observatório de Recursos Humanos da Santa Casa de São Paulo demonstraram a importância da residência como fator de fixação, ainda mais quando realizada em conjunto com a graduação em uma mesma região de saúde²⁸ o que contribuiu ainda mais para, a partir de 2011, a residência ser pautada como prioridade pelos gestores do SUS nos âmbitos federal, estadual e municipal e pelo Conselho Nacional de Saúde. A partir de então foram desencadeadas uma série de ações que resultaram no fortalecimento e na ampliação do Pró-Residência nos anos seguinte, cujos dados apresentaremos mais adiante neste livro.

Como parte dessa priorização da residência médica pela gestão do SUS, foi modificada a composição da Comissão Nacional de Residência Médica por meio do reconhecimento do papel fundamental dos gestores estaduais e municipais na formulação e no desenvolvimento da política de residência. Com isso, foram incorporados o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) como membros efetivos da Comissão pelo Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Portanto, se esses atores já eram importantes financiadores da residência e responsáveis por parte significativa dos serviços em que ela era desenvolvida, passaram também a ter participação mais expressiva na formulação de políticas na área.

Outra ação que merece destaque e que buscou corrigir algumas das insuficiências da formação médica na graduação, apontada anteriormente, e preparar melhor os médicos para atuação na Atenção Básica foi a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Trata-se de um período de atuação supervisionada na Atenção Básica (AB) no qual o médico recém-formado necessariamente atua numa Equipe de Saúde da Família, cursa uma especialização *latu sensu* em Atenção Básica e é acompanhado pedagogicamente por uma Instituição de Ensino Superior.

Com esse programa, reconheceu-se que a experiência na Atenção Básica com autonomia e responsabilidade é um momento fundamental de formação do médico e se valorizou essa experiência e formação para o ingresso na residência médica:

PARTE I

A situação da Atenção Básica à Saúde,
da insuficiência de médicos e da formação médica
que exigiu a construção de políticas públicas

a CNRM concedeu aos profissionais que realizaram o Provac um adicional de 10% na pontuação da seleção da residência médica. Em 2013, esse adicional de 10% foi reconhecido e ratificado na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Também foi um importante efeito do Provac a oportunidade dada às Universidades de acompanharem pedagogicamente seus egressos de modo a identificar e corrigir falhas que dificultavam sua atuação profissional nos serviços de Atenção Básica. Um processo de aprendizado importante não só para o egresso, mas também para a Universidade que necessariamente era obrigada a colocar em análise crítica as insuficiências de seu processo de formação percebidas na não aquisição por parte do egresso de competências necessárias à atuação de um médico generalista.

Esses movimentos foram importantes para reforçar a residência médica na pauta sobre as necessidades de formação de especialistas, mas demonstraram também a insuficiência da formação médica, da graduação ao ingresso na residência e de ações que não modificassem e dirigissem a autorização de vagas de residência. Essas são algumas das dimensões que serão trabalhadas pelo Programa Mais Médicos, como será discutido nos próximos capítulos.

Parte II

Programa Mais Médicos: eixos e inovações

4

O contexto de surgimento do Programa Mais Médicos

Como foi demonstrado nos capítulos anteriores, há um grande problema, e de longa data, no que diz respeito: à quantidade de médicos no País; à distribuição destes profissionais no território nacional; à formação médica, tanto em termos de quantidade insuficiente para as necessidades da população e de expansão de serviços quanto em termos da qualidade e perfil dessa formação às necessidades de saúde da população, desafios contemporâneos da medicina e da promoção de um cuidado integral em saúde; à formação de especialistas, também envolvendo adequação da quantidade e do perfil da formação às necessidades das pessoas, regiões e do sistema de saúde.

Embora o problema já exista há muito tempo, vinha se agravando nos últimos anos, uma vez que a quantidade e a concentração dos médicos se tornavam cada vez mais um empecilho à expansão e ao funcionamento dos serviços públicos e privados de saúde. A demanda crescente de médicos foi gerada, de um lado, pela ampliação dos investimentos públicos dirigidos à expansão e à diversificação de serviços de saúde no SUS e, de outro, pelo crescimento da renda da população, aumento da formalização e regularização dos empregos e níveis recordes de população empregada, que fez com que muitas pessoas passassem a ser beneficiárias de planos de saúde, em especial, de planos coletivos de empregados de empresas. E como esse beneficiário, via de grega, combina essa oferta com o uso de serviços de saúde do SUS, há uma demanda duplicada sobre os serviços.

Em síntese, tanto o SUS quanto a saúde suplementar expandiram mais ações e serviços e isso fez a demanda de médicos aumentar além da formação deles no País. Isso permitiu que muitos serviços fossem inaugurados sem nunca atingir o adequado ou pleno funcionamento pela insuficiência de profissionais médicos para atuar no País. Ante esta situação não só os usuários, mas também

os gestores municipais e estaduais do SUS aumentaram a exigência e a pressão pela criação de políticas nacionais que pudessem ampliar a quantidade de médicos e dar mais racionalidade e equidade à distribuição deles no território.

Sendo assim, em janeiro de 2011 o governo federal definiu que o problema prioritário a ser enfrentado era o “déficit de provimento de profissionais de saúde” para garantir acesso aos serviços de saúde e com qualidade para a população. Na sequência, o Ministério da Saúde promoveu no primeiro semestre deste mesmo ano uma série de debates e eventos que discutiram o tema da atração, provimento e fixação dos profissionais.

Foram reunidos estudos de todo o mundo para compreender como os diversos países lidavam com este problema. Em um seminário no qual estiveram presentes gestores das três esferas do SUS, membros do Controle Social, representantes das entidades de profissionais de saúde, incluindo as entidades médicas, e muitos especialistas sobre o tema, o Ministério da Saúde apresentou o diagnóstico da insuficiência de médicos na Atenção Básica do Brasil e convocou os diversos atores sociais representados em uma agenda necessária de construção de políticas públicas no Brasil que combinassem diversas medidas implantadas nos países que estavam sendo estudados a fim de enfrentar os problemas em pauta.

No final de 2011, o governo brasileiro implantou as duas primeiras ações para enfrentar o problema. Primeiro, regulamentou a Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010, que trata da possibilidade de um médico que se formou com o apoio do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), financiando parcial ou integralmente a mensalidade de estudantes que cursam graduação em escolas pagas, poderem abatê-la em função do tempo de atuação nas equipes da Estratégia de Saúde da Família nas áreas com maior necessidade de médicos apontadas pelo Ministério da Saúde. Assim, se este médico atua, por exemplo, dois anos numa equipe em área com necessidade, ele abate em 24% a sua dívida total (1% ao mês).

Ainda em 2011, como foi dito anteriormente, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab)²⁹ que – buscando qualificar a formação dos egressos de medicina para atuação na Atenção Básica e, ao mesmo tempo, motivar e atrair médicos para esta atua-

ção e nas áreas com maior necessidade – possibilitava a atuação supervisionada desses profissionais e oferecia a eles estímulos como especialização, Telessaúde, pontuação adicional válida em concursos de residência médica e bolsa de estudos paga pelo governo federal.

Em síntese a regulamentação do Fies é uma medida que cria incentivo para o médico atuar na Atenção Básica do SUS em áreas com necessidade. Mas só tem efeito sobre médicos que usaram o Fies durante sua formação. O Provab, por sua vez, busca alcançar esse mesmo objetivo e mais a formação e a preparação do médico para esta atuação, ofertando aos médicos inscritos curso de especialização e os demais incentivos mencionados.

Ambos os processos tiveram efeito no provimento de médicos para a Atenção Básica, mas em quantidade inferior àquilo que o sistema demandava. O Provab, por exemplo, tinha 3.579 médicos em atuação em janeiro de 2013, quando o Brasil presenciou um forte movimento dos prefeitos eleitos nas eleições de 2012, denominado “Cadê o médico?”, para que o governo federal tomasse medidas para enfrentar o problema da falta de médicos.

Portanto, ainda que as duas medidas tenham sido, e são, muito importantes, seus efeitos estavam aquém das necessidades do sistema e da população. O surgimento do Programa Mais Médicos pode ser compreendido quando analisamos o contexto em que ele foi lançado: julho de 2013.

Primeiramente é importante reforçar alguns elementos que já foram discutidos aqui:

- O tema já havia sido definido como prioridade e que o governo federal estudava desde o início de 2011 modos de tentar enfrentá-lo.
- Diagnóstico feito pelo governo federal sobre a realidade da medicina no Brasil apontou para a importância de ter mais médicos, distribuí-los melhor e formar mais profissionais, tanto na graduação quanto na residência médica.
- A população, em todas as pesquisas consideradas, já cobrava uma quantidade maior de médicos nos serviços e, em janeiro de 2013, essa reivindicação ganhou forte movimento dos prefeitos solici-

tando ao governo federal uma política pública nacional mais ampla e robusta.

- As medidas do incentivo, o Fies e o Prowab, embora importantes, não tiveram volume e abrangência necessários para enfrentar o problema a contento.

Nesse contexto, no encontro nacional de prefeitos em janeiro de 2013 a presidenta Dilma Rousseff ordenou que o então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e sua equipe estudassem e formassem uma proposta para responder à demanda dos municípios. O Ministério passou o primeiro semestre estudando e formulando o tema e visitando diversos países para conhecer de perto experiências similares de sucesso e realizar cooperação técnica.

Os acontecimentos de junho de 2013, quando o Brasil presenciou massivas manifestações de rua que tinham entre suas pautas a exigência de melhores condições e serviços de saúde para a população brasileira, provocaram o governo federal a concluir a formulação da política pública que estava sendo gestada desde o início do ano. Assim, em 8 de julho de 2013 foi instituído o Programa Mais Médicos.

O Programa foi criado por meio da Medida Provisória nº 621, regulamentada pela Lei nº 12.871/2013, depois de amplo e importante debate público caracterizado por progressiva e massiva aprovação popularⁱⁱ e forte oposição de representações da categoria médica. A Medida Provisória, tendo que ser convertida em Lei, foi debatida na Câmara dos Deputados e, depois de muitas audiências públicas e debates com todos os setores, foi aprovada com diversos aperfeiçoamentos. Seguiu, então, para o Senado onde também foi debatida e aprovada. Naquele momento o Programa Mais Médicos deixava de ser uma política de governo e se tornava uma política de Estado instituída com os seguintes objetivos:

ⁱⁱ Segundo diversas pesquisas em sequência do Instituto MDA encomendadas pela Confederação Nacional dos Transportes divulgadas na grande mídia.

- I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III – aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII – aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS³⁰.

Para alcançar esses objetivos adotou as seguintes ações:

- I – reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;
- II – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e
- III – promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional³⁰.

Observando o conjunto da Lei do Programa Mais Médicos percebemos que ele é constituído por três grandes Eixos. O primeiro seria o Provimento Emergencial, chamado na Lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, que tem

o objetivo de promover na Atenção Básica em regiões prioritárias dos SUS, o aperfeiçoamento de médicos por meio de integração ensino-serviço, no qual durante um período determinado o profissional integra e atua numa Equipe de Saúde da Família (eSF). É uma estratégia que, ao mesmo tempo que garante atenção à saúde das populações destas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade, investe na formação e na qualificação do conjunto dos profissionais envolvidos.

Outro Eixo é o Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde que está associada a uma série de iniciativas. Uma delas é o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde cujo objetivo é construir mais UBS e num novo padrão de qualidade e reformar e ampliar as já existentes. Além disso, nesse investimento estão associadas iniciativas como a informatização das UBS com o Plano Nacional de Banda Larga e a implantação do novo sistema de informação da Atenção Básica, o Sisab, e a estratégia eSUS que inclui até mesmo prontuário eletrônico para o conjunto dos profissionais de saúde.

Por fim, o último Eixo é o relacionado à Formação Médica no Brasil. Nele temos um conjunto de medidas estruturantes em médio e longo prazos. De um lado faz com que a autorização para a criação de cursos de Medicina, públicos e privados, aconteça em função de critérios claros de necessidade social. No caso dos privados, mudam as regras até então vigentes, como apontaremos à frente. O mesmo princípio de seguir as necessidades do sistema de saúde brasileiro é aplicado à residência médica e, para isso, cria o Cadastro Nacional de Especialistas para que se saiba “quem são”, “especialistas em que” e “como se formaram” e “onde estão e atuam” os especialistas do País. Além disso, neste Eixo estão medidas de qualificação da formação médica tanto no âmbito da graduação quanto no das residências médicas.

5

Projeto Mais Médicos para o Brasil – provimento emergencial

A Lei nº 12.871/2013 denomina o Provimento Emergencial de “Projeto Mais Médicos para o Brasil” que se destina a prover profissionais para a atuação, na perspectiva da integração ensino-serviço, na Atenção Básica do SUS em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. Isso é feito durante um período determinado ao longo do qual a atuação dos profissionais nas equipes multiprofissionais está sempre associada à formação e ao aperfeiçoamento com impactos para o profissional, equipe e serviço.

As regiões classificadas como prioritárias para o Programa foram definidas em função de um conjunto combinado de critérios, tais como: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais; entre outros.

Antes de abrir o edital para a inscrição de médicos no Programa abre-se o edital de municípios para que eles possam aderir voluntariamente, mediante a assinatura de um Termo de Compromisso com ações e responsabilidades de curto e médio prazos. Assim, assume obrigações como a garantia de condições específicas e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); garantia, em casos previstos, de benefícios aos médicos como moradia, alimentação e deslocamento; comprometimento de inserção do médico para atuação em uma equipe de Atenção Básica dentre as modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) e no Programa, além de alimentar os sistemas de informação previstos; responsabilidade em garantir ao médico tempo para se dedicar às atividades de educação; compromisso com a implantação ou apoio à implantação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; entre outros.

Assinado o Termo de Compromisso, o município solicita vagas de acordo com as regras definidas pelo Programa. Normalmente essas regras gerais buscam combinar três tipos de critérios: necessidade da população; cobertura e ofertas

de serviços já disponíveis no município na Atenção Básica; e composições de equipes e condições de infraestrutura da UBS para receber o profissional. É em função dessas regras combinadas com gradações de prioridades entre regiões, municípios e mesmo áreas dentro dos municípios que se estabelece o número máximo de vagas disponíveis para cada cidade. Assim, quando o município se inscreve, essas regras já estão programadas no Sistema de Gestão do Programa, disponível *on-line*, e o município só pode solicitar vagas até este “teto”. Respeitando-o, o município pode indicar uma equipe já existente, mas que esteja sem médico, ou implantar nova equipe. O programa proíbe que sejam substituídos médicos que já atuavam em equipes de Saúde da Família do município, uma vez que o objetivo do Programa é garantir atenção permanente onde ela estava sendo irregular e expandir a cobertura da população.

Ao fim da inscrição dos municípios é conhecido, portanto, o número total de vagas e a distribuição delas. É possível, então, iniciar a etapa do chamamento dos médicos feito também por meio de editais. Podem se inscrever no programa médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil conferido por um Conselho Regional de Medicina (CRM) e médicos brasileiros ou estrangeiros formados no exterior e sem registro no Brasil.

A Lei do Mais Médicos estabelece uma ordem entre estes diferentes perfis de médicos para escolha das vagas oferecidas no Programa. O primeiro grupo de prioridade é formado por médicos com registro no Brasil. Nesse grupo estão reunidos profissionais de qualquer nacionalidade formados no Brasil e também de qualquer nacionalidade formados fora do Brasil, mas com diploma revalidado no País e registro feito junto no CRM.

Se após toda a etapa de escolha e seleção desses profissionais ainda restarem vagas disponíveis, o Programa chama o segundo grupo de prioridade: composto por médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado e, consequentemente, sem registro no CRM. Havendo vagas, ainda, chamam-se os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior, mas sem diploma revalidado e sem registro no CRM.

É importante destacar que no Programa não podem se inscrever médicos, brasileiros ou estrangeiros, que se formaram ou atuam em países com propor-

ção de médicos por habitantes menor que a do Brasil. Ou seja, o Brasil pratica uma regra de equidade e solidariedade internacional na qual busca atrair médicos somente de países que têm mais profissionais do que ele próprio, não agravando aqueles com média inferior. É por esse motivo que não podem se inscrever médicos que foram formados ou que atuam em países como a Bolívia, Paraguai, Equador e a maioria dos países vizinhos sul-americanos e centro-americanos.

Seguindo na ordem de prioridade, se ainda houver vagas depois destas três chamadas individuais, a Lei autoriza o Ministério da Saúde a fazer acordo de cooperação com organismo internacional com o objetivo de trazer médicos para atuação específica no Programa. Nestes primeiros dois anos do Mais Médicos, foi necessário lançar mão da cooperação para preenchimento de vagas somente no primeiro ano. No edital 2015, como veremos à frente, não foi necessário. O Brasil firmou cooperação com a centenária Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS) e que há décadas tem cooperado com o Brasil em temas como o desenvolvimento da atenção básica e a qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde. A Opas, por sua vez, estabeleceu cooperação com o governo Cubano, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuação na Atenção Básica, funcionários de carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que já haviam atuado em missões internacionais. Os médicos que participam do Programa pela Cooperação Internacional são chamados de médicos cooperados justamente porque não entram no programa individualmente, mas sim por meio da cooperação com a Opas.

Para todos os médicos que não possuem registro no Brasil a Lei deu poderes ao Ministério da Saúde de criar o Registro Único, que permite ao médico exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do Programa e na localidade específica definida por ele. Esse registro dispensa a necessidade de revalidar o diploma, somente no período em que participar do Programa. Esse período pode ser de até três anos prorrogáveis por mais três.

Todos esses médicos precisam, obrigatoriamente, realizar um processo de acolhimento com duração média de três semanas no qual são orientados e avaliados nos quesitos legislação, característica e especificidades importantes para atuação nos serviços de saúde da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e

também em comunicação em português. Recebem orientações importantes conforme perfil epidemiológicos e culturais das regiões nas quais irão atuar. Somente com a conclusão desse primeiro módulo com aproveitamento é que podem se dirigir às áreas para as quais foram alocados.

Todos os médicos, obrigatoriamente, devem participar das atividades previstas de aperfeiçoamento, sempre integrando ensino e serviço. Portanto, há sempre uma atuação assistencial na Atenção Básica e as atividades educacionais podem ganhar a forma de uma pós-graduação, de projetos de extensão e outras modalidades de aperfeiçoamento que podem envolver diferentes itinerários de formação, buscar desenvolver competências importantes para a prática do profissional e promover a implantação de melhorias no serviço de saúde.

Além disso, está previsto na Lei o acompanhamento dos profissionais com o objetivo de contribuir, apoiar e orientar o processo de educação permanente deles. Essa tarefa foi atribuída a tutores que devem ser obrigatoriamente médicos ligados a instituições de ensino que coordenam a atuação de supervisores, que também são médicos e que deverão estar ligados a instituições de ensino, hospitais escola, escolas do SUS, programas de residência etc. É importante deixar claro que, uma vez que os médicos do Programa têm registro autorizado por Lei, seja ele o CRM ou o Registro Único, eles são responsáveis legal e eticamente por sua atuação. O papel dos tutores e supervisores está relacionado a funções na educação permanente destes profissionais, conforme já descrito, uma vez que a atuação deles é caracterizada pela integração ensino-serviço.

Para todos esses profissionais cuja inserção ocorre individualmente – médicos que atuam nas equipes, supervisores e tutores – são previstas bolsas e garantidos todos os direitos previstos na legislação para bolsistas em processos de formação. Para os profissionais que atuam por meio da cooperação são cumpridas as regras dela, com respeito, obviamente, a toda a legislação nacional e as que disciplinam as cooperações internacionais.

Todos os médicos do programa contam ainda com o apoio clínico e pedagógico do Telessaúde Brasil Redes (www.telessaudebrasil.org.br), seja pela interação com outro médico pelo número (0800 644 6543) ou por meio de interações mediadas por computador, *tablet* ou *smartphone*. Além disso, o médico do Progra-

ma tem acesso ilimitado ao Portal Saúde Baseada em Evidências (periodicos.saude.gov.br) – uma ampla base de periódicos nacionais e estrangeiros para consulta, estudo e pesquisa – e à Comunidade de Práticas (www.atencaobasica.org.br) – que é uma rede colaborativa na qual o sujeito pode dialogar e trocar experiências com profissionais de saúde de várias profissões e localidades.

A partir de 2015, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) foi integrado ao Mais Médicos de modo que, ao se inscrever no programa, o médico com registro no Brasil pode escolher se quer ou não as regras e ofertas educacionais específicas do Provab. Se optar e concluir o período mínimo, com aproveitamento, receberá ao fim do período aproximado de um ano o benefício, também previsto em Lei e em Regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica, de pontuação adicional de 10% que obtiver nos exames de seleção dos Programas de Residência Médica. Este é um benefício que interessa e atrai especificamente os médicos recém-formados com intenção de ingressar num programa de residência médica.

Com tudo isso, fica claro que o Programa combinou uma série de incentivos – educacionais, monetários, de apoio clínico e regulatórios (tal como a recomendação da Organização Mundial da Saúde discutida no Capítulo 3) – para atrair médicos para as áreas com maior necessidade e maior dificuldade. Este recrutamento, alocação e provimento de profissionais na Atenção Básica, com o objetivo claro de corrigir a distorcida e iniqua distribuição dos médicos, é bastante dirigido: o não cumprimento das atividades por parte do médico, no local selecionado e determinado, acarreta no desligamento deste profissional do Programa e na perda de seus benefícios. Assim, o médico com registro e que fez a opção “Provab” não é beneficiado com os 10% de bonificação se ainda não tiver cumprido ao menos um ano; o médico sem registro no Brasil perde o registro e, portanto, a possibilidade imediata de atuar como médico no País; e, valendo para todos, deixam de receber a bolsa, de fazer o processo de formação e educação permanente previstos. Ou seja, é condição para participar do Programa atuar no local determinado por ele: resultado de uma solicitação do município, por critérios de priorização do Programa e por escolha e seleção do profissional.

Nisso o Mais Médicos se diferencia de um programa que busca só aumentar o número de médicos mediante atração de profissionais que atuavam em outros serviços, formação de mais médicos ou de incorporação de médicos que revalidaram os diplomas, como aqueles que foram aprovados no Revalida. Ele faz isso tudo e mais: cria incentivos para que o médico atue na Atenção Básica e no local e no modo definido pelo Programa, além de possibilitar a atração de médicos sem atividade e registro no País e que, mesmo depois do registro concedido pelo Programa, não podem atuar em serviço e local do País a não ser naquele determinado.

Por fim, com relação ao tempo de permanência do profissional, como regra geral, o profissional pode ficar três anos prorrogáveis por mais três, totalizando seis anos. Quando consideramos a alta rotatividade dos médicos na Atenção Básica evidenciados por estudos que mostraram que menos da metade dos médicos das Equipes de Saúde da Família permanecem mais do que um ano na mesma equipe, até mesmo o prazo do médico registrado no Brasil que faz a opção Proav é superior à média: precisam ficar ao menos um ano para serem beneficiados com a bonificação para o exame de residência e, mesmo assim, ao fim desse período podem optar por seguir o prazo total de mais seis anos como os demais.

6

Qualificando a estrutura da Atenção Básica no Brasil

A Lei do Programa Mais Médicos determinou um prazo de cinco anos, a contar de sua publicação em 2013, para “dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura”. Quando a Lei foi promulgada já havia um Programa dirigido à qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS): o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), criado em 2011. Esse programa quase triplicou seu orçamento justamente no contexto do lançamento do Programa Mais Médicos e virou um de seus eixos estruturantes com o Provimento Emergencial e a Formação Médica.

O Programa de Requalificação das UBS define a alocação de recursos aos municípios conforme a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e à modernização das UBS. Instituído pela Portaria nº 2.206, de 12 de setembro de 2011, o Programa tem o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população. Para isso repassa recursos para a construção de novas e mais amplas UBS ou para a recuperação e ampliação das estruturas físicas das UBS já existentes. Promove, também, a informatização das UBS com investimentos em equipamentos de informática, implantação de Telessaúde e conexão com banda larga. Além disso, financia a construção de UBS Fluviais para a região da Amazônia Legal. Assim, o Programa é composto por cinco componentes: construção, reforma, ampliação, informatização e construção de UBS fluviais.

Em 2011 e 2012 foi realizado um amplo diagnóstico das UBS do Brasil a partir dos bancos de dados do Ministério da Saúde e de um censo realizado pelas equipes de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (Pmaq). Esse diagnóstico permitiu identificar o número de UBS com sedes próprias, cedidas ou alugadas; quantas tinham documentação adequada; quais eram as datas de construção e da última reforma realizada, além de quantas tinham acesso à internet, entre outras informações úteis para definir as estratégias do Programa e as UBS elegíveis para as intervenções.

As UBS que já dispunham de metragem adequada, segundo os padrões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do Departamento de

Atenção Básica (DAB), e que o gestor não tinha a intenção de ampliar novos ambientes poderiam aderir ao Componente Reforma. Aquelas que tinham uma dimensão abaixo da mínima exigida ou que o gestor almejava construir novos ambientes na UBS aderiam ao Componente Ampliação.

A gestão municipal, num sistema *on-line*, preenchia um cadastro com informações da UBS, detalhava a obra que pretendia fazer e informava os dados dos responsáveis pelas obras (prefeito, secretário, engenheiro etc.). A partir dos dados da obra o sistema calculava automaticamente o valor do repasse que seria feito do governo federal ao município, respeitando valores piso e teto. Autorizada a proposta, a gestão municipal deveria informar no Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob) todas as etapas de execução para receber as demais parcelas do repasse.

No Sismob, cada UBS participante do Programa está georreferenciada e são disponibilizadas informações dos valores repassados, da execução das obras (incluindo fotos), das empresas contratadas para execução. As informações estão disponíveis aos órgãos de controle, controle social e cidadãos em geral para garantir não só transparência, mas também o acompanhamento da sociedade.

Toda a demanda de UBS, para serem reformadas e ampliadas, solicitada pelos municípios foi autorizada pelo Ministério da Saúde. Assim, aproximadamente R\$ 1 bilhão foi destinado à execução de reformas e ampliações em aproximadamente 9,8 mil UBS (sempre descontando as obras que tiveram os recursos devolvidos por desistência ou problema no início da execução).

No Componente Construção foi autorizada a construção de aproximadamente 1 mil UBS que, adicionadas às UBS autorizadas em todo o período anterior a 2011, somaram 2,4 mil UBS e um investimento de R\$ 656 milhões.

Já no caso das UBS Fluviais, criado para prover atendimento às populações ribeirinhas, onde o acesso aquaviário é o mais fácil ou o único possível, foram contemplados convênios para a construção de 28 UBS Fluviais representando investimento de quase R\$ 50 milhões.

Em meados de 2013, no contexto de lançamento do Programa Mais Médicos, o Programa de Requalificação das UBS teve nova etapa de adesão para todos os seus componentes e todas as solicitações de Reformas, Ampliações e Construções de UBS – que respeitaram as regras do Programa – foram autoriza-

das e tiveram recursos alocados para iniciar sua execução. Assim, com as novas propostas autorizadas a partir de 2013, somadas à mobilização de recursos para garantir as obras tanto as já previstas no Programa quanto aquelas poucas anteriores ao seu lançamento em 2011, fez o número de reformas e ampliações saltar para 15,3 mil UBS e o de construções para 7,9 mil. Também as UBS Fluviais atingiram o número de 45.

Assim, um orçamento que iniciou em 1,7 bilhão de reais, no ano do lançamento do Mais Médicos, passou para 4,9 bilhões de reais e passou a financiar mais de 23 mil obras em mais de 4,9 mil municípios do Brasil: de longe o Programa responsável pelo maior investimento em infraestrutura na Atenção Básica já realizado no Brasil.

Também em 2013, é importante destacar que o padrão das UBS deu um salto de qualidade. Até então, o projeto de uma UBS para apenas uma equipe de saúde da família financiada pelo Ministério da Saúde contava com 200 m² de área construída. A partir de 2013, a menor UBS financiada passou a ter um padrão mínimo de 300 m² e o recurso repassado pelo Ministério para sua construção dobrou de valor, chegando a R\$ 400 mil. No caso da maior UBS, a que comporta quatro equipes, o tamanho chega a quase 600 m² e os valores a quase R\$ 800 mil.

A nova UBS, mesmo a menor, passou a contar com sala de espera mais ampla, sala de observação e de procedimentos, sala de reuniões, copa e sanitários para os profissionais, consultórios para todos os profissionais de nível superior, consultório multifuncional extra, espaço de acolhimento para escuta qualificada além do que já era previsto nas anteriores como farmácia, sala de vacinas e demais ambientes de esterilização, sanitários para os usuários, almoxarifado, arquivo, gerência etc.

É um projeto de UBS que: amplia a capacidade de ofertar serviços, apontando para uma atenção básica com escopo de práticas mais amplo, incluindo a atenção às urgências e realização de procedimentos de pequenas cirurgias; está pronta para ser informatizada; garante melhores condições de trabalho para seus funcionários; possibilita a realização de atividades de educação, seja educação permanente dos trabalhadores, seja preceptoria de estudantes de cursos de saúde e residentes; e garante uma ambiência melhor, mais funcional e agradável para quem a usa.

Por fim, no componente relacionado à informatização, há ações relacionadas à compra de equipamentos de informática e implantação de núcleos de Telessaúde para a Atenção Básica, além daqueles destinados à implantação e custeio de conectividade banda larga para as UBS e desenvolvimento e disponibilização de um novo sistema de informação, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) e a estratégia eSUS Atenção Básica.

Todas essas ações objetivam: garantir a integração do conjunto dos sistemas de informação e um prontuário eletrônico, gratuito, para avançar significativamente na qualidade, na gestão e no acompanhamento do cuidado do usuário; garantir acesso e uso do Telessaúde com o objetivo de ampliar a resolubilidade das UBS, agilizar o atendimento, qualificar a gestão do cuidado e reduzir as filas de espera na atenção especializada; permitir que na UBS, no espaço mesmo de trabalho, os profissionais possam acessar periódicos e bases de dados científicas disponibilizadas gratuitamente pelo Ministério da Saúde, como o Portal Saúde Baseada em Evidências, além de participar de redes colaborativas e atividades de educação a distância também ofertadas pelo Ministério da Saúde.

Todo esse investimento ultrapassa a cifra de R\$ 100 milhões e exige um custeio anual de mais de R\$ 50 milhões cujo impacto faz dessa uma ação absolutamente custo-efetiva por tudo que representa na educação dos trabalhadores, qualificação do trabalho, melhoria do atendimento, otimização de procedimentos, consultas e deslocamentos desnecessários e redução de custos desnecessários com exames, medicamentos, entre outros.

Sob qualquer ótica, é significativo e inédito o investimento na qualificação e na infraestrutura da Atenção Básica. De fato, o Programa reúne recursos e potência para dar um “salto de qualidade” na principal porta de entrada do SUS. Não só contribuindo com a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção, como avançando de modo importante e consistente na melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde, além de movimentar a economia e gerar muitos empregos. Só na construção da menor UBS, por exemplo, são gerados uma média de 17 empregos diretos e mais de 30 indiretos a cada UBS construída, depois de inaugurada se gera mais de uma dúzia de novos empregos, em sua maioria, com mão de obra local.

7

Formação médica: mudanças na graduação

Ainda que as atenções tenham se voltado ao Eixo de Provimento Emergencial, sem dúvida o mais estruturante e com os efeitos mais significativos em médio e longo prazos é o Eixo de Formação Médica, em que pese a necessidade e o impacto imediato dos dois outros Eixos. Este eixo será tratado em duas partes: neste capítulo será abordada a graduação em Medicina e, no próximo, a residência médica e a formação de especialistas.

A Lei nº 12.871/2013 determinou mudanças importantes na reorientação da formação que deverá ser observada por todas as escolas médicas, novas e já existentes, públicas e privadas, e também mudou a lógica da expansão de vagas de Medicina nas escolas brasileiras.

Uma ação a ser destacada foi a determinação de um prazo para que o Conselho Nacional de Educação (CNE) discutisse e aprovasse novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina. O objetivo desta medida, além de atualizar a formação médica aos renovados desafios da educação contemporânea é colocar o centro da educação no protagonismo do aluno ensinando-o a “aprender a aprender” criticamente; bem como integrar ensino-pesquisa-extensão e se relacionar mais fortemente com tecnologias de informação e comunicação; e fazer com que a formação do médico no âmbito da graduação fosse dirigida fundamentalmente para as reais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde.

Tem como objetivo também: buscar a formação de um profissional que esteja preparado para cuidar integralmente da pessoa mais que, biologicamente, da doença; construir projetos terapêuticos com o sujeito levando em conta não só o indivíduo, mas seu contexto, sua família, seu trabalho e as coletividades as quais pertence e participa; estar efetivamente preparado para cuidar das necessidades de saúde dos usuários naquelas situações que se apresentam na maioria das vezes e não se tornar um especialista teórico antes mesmo de se tornar médico; responsabilizar-se, com o usuário, pela produção e gestão do cuidado dele e não só pela identificação de um diagnóstico e prescrição de um conduta; atuar

em equipe multiprofissional e ter experiência e saber atuar nos serviços e redes do Sistema Único de Saúde.

O Conselho Nacional de Educação, após amplo debate, publicou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para Medicina e isso será objeto de um capítulo na parte três desta publicação, que trata justamente dos resultados já alcançados. Por hora é importante destacar que a lei exige que os cursos de Medicina, tanto os já existentes quanto aqueles em implantação, adequem-se às novas DCN e determina que esta implantação seja objeto de avaliação e até mesmo de auditoria pelo Ministério da Educação (MEC). Em suma, os instrumentos de avaliação do MEC serão modificados para que se avalie o quanto, por exemplo, a instituição, o corpo docente, o processo de formação, a integração com a rede de serviços e os alunos ao longo da graduação estão avançando na perspectiva apontada pelas novas DCN.

Além de avançar em ações para o estabelecimento de renovado padrão de qualidade para a formação médica, a Lei também fez algumas mudanças mais específicas, mas também com impacto significativo para a qualidade da graduação. A primeira foi determinar que, no mínimo, 30% do internato (que, no mínimo, deve corresponder a dois anos da formação) aconteça na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS.

Essa medida, somada à inserção dos estudantes desde o início do curso nos serviços de saúde, na lógica da integração ensino-serviço, promove uma aproximação com o sistema de saúde essencial para termos cursos que combinem prática com teoria, que, com o conhecimento, desenvolvam habilidades e atitudes, que ocorram em cenários de atuação real e não exclusivamente em “laboratórios” ou serviços supostamente “modelos” que pouco têm a ver com as necessidades e condições mais prevalentes da população e dos serviços. Estimula a atuação em equipe, uma vez que nos serviços da rede de saúde os profissionais sempre atuam em equipes multiprofissionais. Estimula, também, a integração entre competência de atenção e cuidado à saúde, educação e gestão, uma vez que estão inseridos em uma organização que tem funções de atenção à saúde, de formação, de educação permanente de profissionais de saúde e que são geridas por certo coletivo que promove espaços de decisão e participação.

Assim, essa integração ensino-serviço possibilita uma formação pedagogicamente mais adequada e também mais contextualizada e implicada, enfrentando, ainda, um dos graves problemas da formação atual: a insegurança dos profissionais para atuar nos serviços de saúde no momento seguinte à conclusão do curso.

Outra mudança importante está relacionada à realização de uma avaliação a todos os alunos do 2º, 4º e 6º anos de todos os cursos de Medicina do País para aferir tanto seu estado momentâneo de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao novo perfil esperado pelas novas diretrizes curriculares como para acompanhar o crescimento e a aquisição de competências por parte deste educando.

Essa avaliação ponderará tanto o aluno quanto a instituição formadora com capacidade de identificar problemas na formação antes que o curso acabe e o aluno, como médico, não possa mais contar com a própria escola para superar as insuficiências e fragilidades de sua formação, sempre corresponsabilidade dele e da escola. Ou seja, esta avaliação, somada à reorientação de todo o sistema de avaliação do Ministério da Educação dirigido à Medicina, garante melhores condições ao Estado brasileiro de acompanhar a qualidade da formação em nosso país.

A Lei do Mais Médicos prevê também ações para enfrentar o desafio de fazer o Brasil ter a quantidade necessária de médicos e especialistas para atender às demandas da população. A meta assumida pelo Programa é sair dos quase 380 mil médicos antes do seu lançamento e chegar a 600 mil em 2026, quando o Brasil alcançaria o patamar de 2,7 médicos por mil habitantes (aumento de 50% na proporção de médicos em 13 anos). A estratégia do Programa para promover esse aumento é a ampliação das vagas de graduação em Medicina saindo da proporção de 0,8 vagas por 10 mil habitantes e chegando em 2017 a 1,34 vaga/10 mil, proporção suficiente para cumprir a meta de 2,7 med./1.000 hab. Isso impôs uma meta de abrir 11,5 mil vagas de graduação em apenas cinco anos.

Nessa linha, a Lei mudou a lógica de abertura de vagas de graduação vigente até então. Com o Mais Médicos a demanda passou a ser regulada e planejada pelo Estado em função da necessidade social da oferta da formação médica.

A grande diferença da nova legislação está relacionada à efetiva subordinação da expansão de vagas à necessidade social, tanto para as escolas públicas

quanto para as privadas, apontando para a interiorização dos cursos e para uma distribuição equitativa entre as regiões do Brasil e buscando a recuperação do déficit histórico de vagas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A expansão das escolas públicas passa a ter maior acompanhamento do MEC e intenso movimento de interiorização dos cursos, exigindo a implantação de novos *campi* de universidades já existentes ou mesmo a criação de novas universidades. Da meta geral de 11,5 mil novas vagas é subtraído a capacidade total de expansão das escolas públicas e o que ainda falta é atribuído como meta de expansão das instituições privadas – agora reguladas por um novo modelo, uma vez que a legislação atual mudou todo o processo de autorização para o funcionamento de novos cursos.

Antes as mantenedoras ou Instituições de Ensino Superior interessadas em abrir um curso de Medicina apresentavam, com o município sede, um projeto ao MEC que avaliava a qualidade da proposta e consultava o Conselho Nacional de Saúde sobre a necessidade social do curso, mas sem ter estabelecidos critérios padronizados e públicos que orientassem esse julgamento.

Com o Mais Médicos a iniciativa, a partir de 2013, passou a ser pública e constituída por várias etapas, descritas na sequência. Na primeira etapa, o Ministério da Saúde, com base em parâmetros públicos, indica quais regiões de saúde têm necessidade de expansão de vagas e define os padrões exigidos em termos de rede de saúde em condições de proporcionar uma boa formação médica.

Em seguida, o MEC publica um edital de seleção dos municípios para verificar quais têm interesse em receber um curso de Medicina para que sejam submetidos a uma avaliação *in loco* que julgará a capacidade de receber o curso pretendido. Ao se candidatarem, os municípios precisam comprovar, nesta visita realizada por equipe do MEC, que de fato têm as condições exigidas de rede de saúde para receber o curso de Medicina e oportunizar campo de prática adequado ao padrão exigido pelas novas diretrizes curriculares. Assim, além de leitos hospitalares e hospital com condições de se tornar local de ensino, são consideradas equipes da Estratégia de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Rede de Urgências, serviços de atenção domiciliar entre outros critérios. O gestor municipal assume também uma série de responsabilidades de qualificação da rede até receber o curso.

Vale destacar que esses municípios – para constarem no edital – já tiveram de ser avaliados previamente pelo governo federal, em especial com relação à rede de serviços de saúde disponível, ao porte populacional, à região de saúde que se situa, à oferta de vagas e de médicos na região e à distância mínima em relação a outros cursos de Medicina. Após essa pré-seleção passam por nova avaliação que atestará se, de fato, a rede de saúde tem condições de receber o curso conforme os parâmetros exigidos. É importante notar que esses parâmetros são ainda mais exigentes que os aplicados aos cursos já existentes. É publicado depois de todo esse processo os municípios que poderão, então, sediar um novo curso de Medicina.

Numa segunda etapa há a abertura de um edital para as Instituições de Ensino Superior (IES) privadas concorrerem entre si para ganhar o direito de abrir curso de Medicina em cada um dos municípios selecionados na etapa anterior. As IES são avaliadas conforme um conjunto de critérios: pontuações nas avaliações do MEC, nos cursos existentes daquela mantenedora, sejam em Medicina ou na área de Saúde; projeto político-pedagógico de acordo com as novas DCN; planejamento de infraestrutura; saúde e estabilidade financeira; plano de implantação do curso; contrapartidas oferecidas aos serviços do SUS que serão campo de prática; proposta de integração ensino-serviço; volume de adesão a programas como o Programa Universidade para todos (Prouni) e o Financiamento Estudantil (Fies).

Em síntese, trata-se de uma expansão orientada pela necessidade social e do SUS; com base em critérios públicos e transparentes; com metas claras e planejamento até 2026; pautada pela qualidade, exigindo condições e padrões de qualidade tanto da rede de saúde dos municípios quanto das Instituições de Ensino Superior; e num contexto de fortalecimento da capacidade do MEC de avaliar, acompanhar e regular a qualidade com instrumento criados pela Lei como as Novas Diretrizes Curriculares, a Avaliação de Progresso para alunos do 2º, 4º e 6º anos e com implantação de mudanças nos instrumentos de avaliação dos cursos, como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), no sentido do novo perfil demandado pela Lei e pelas novas diretrizes.

Por fim, vale tratar de uma última inovação da Lei nº 12.871/2013, também importante para a mudança da graduação: trata-se da criação do Contrato

Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes). O Coapes deverá ser firmado entre os gestores locais e regionais do SUS e as instituições de ensino – públicas e privadas, novas e antigas – responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e de programas de residência médica com a finalidade de, entre outras coisas, planejar a formação dos profissionais; garantir investimentos e adequado funcionamento com estrutura e a qualidade necessária para que os serviços de saúde sejam campo de prática para a formação; definir ações para avançar na integração ensino-serviços, com especial prioridade à ampliação do acesso e da qualidade na Atenção Básica; definição da composição, estímulos e funcionamento da preceptoria da graduação e da residência etc.

Assim, o Coapes avança em várias dimensões: no estabelecimento de relações mais estáveis, duradouras e transparentes entre gestão do SUS e instituições de ensino; na construção de ações de cooperação, cogestão e assunção de responsabilidades entre instituições de educação e saúde; no fomento de espaços importantes de participação seja para se avançar na qualificação da integração ensino-serviço seja na constituição de coletivos de mudança e de desenvolvimento permanente da educação médica com previsão de participação ampla de vários segmentos, incluindo estudantes, profissionais da rede, usuários, docentes e gestores; na definição não só dos locais e serviços nos quais ocorrerá a formação dos educandos como também na articulação entre modelo de atenção e modelo de formação como, por exemplo, ao definir que o melhor modo de funcionamento de um serviço de urgência, tanto para atender melhor as pessoas quanto para ensinar melhor os estudantes, é com a inserção de profissionais horizontais (cumprindo 8 horas de segunda a sexta) e não só plantonistas que, além de agregarem longitudinalidade no cuidado do usuário, podem ser preceptores dos estudantes.

Enfim, são muitos os avanços que a Lei nº 12.871/2013 traz para a mudança da formação médica no Brasil. Vale destacar que a Lei faculta ao MEC a aplicação de várias dessas inovações feitas à Medicina e aos demais cursos da área de Saúde, o que aponta para um futuro no qual a tendência é de fortalecimento da capacidade do Estado brasileiro de operacionalizar a diretriz constitucional do SUS, de “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde”.

8

Formação médica: mudanças na residência médica e na formação de especialistas

O Eixo de Formação Médica completa-se quando são consideradas também as inovações que a Lei do Mais Médicos trouxe para a Residência Médica e a ordenação da formação de médicos especialistas no Brasil.

Para atender as necessidades da população e do sistema de saúde, além de ter médicos distribuídos em todo território nacional e na proporção adequada, é necessário também formá-los nas especialidades demandadas por serviços planejados e organizados em função da atenção às necessidades de saúde das pessoas de cada região de saúde. É esse o objetivo das mudanças que o Programa propõe na residência médica e na formação de especialistas.

Assim como fez com a graduação, o Programa aponta para a modificação do modo vigente de definir onde e em qual especialidade serão abertas novas vagas de residência, independentemente se são custeadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação ou por qualquer outra instituição.

Mas, ao longo do tempo, alguns desafios dificultaram avanços nessa direção. Um relaciona-se à insuficiência de informações disponíveis sobre a formação e atuação de médicos especialistas no Brasil. Além disso, o termo “especialização” é polissêmico e são vários os modos de se formar especialistas no Brasil. Legalmente, está claro que o médico que conclui a residência médica é especialista naquela área em que cursou seu programa de residência. Mas há também um sistema privado de reconhecimento de especialidades, efetuado pelas sociedades de especialidades, que leva em conta elementos como: tempo de atuação, realização de provas de título, participação em atividades da sociedade daquela especialidade. Esses processos podem associar ou não formação com o reconhecimento de titulação.

Estão, ainda, respaldadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, as Instituições de Ensino Superior associadas ou não às sociedades de especialidades, que podem ofertar cursos de pós-graduação *latu sensu*, formando especialistas em áreas que podem ter ou não correspondência com as especialidades médicas reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), pelas associações médicas e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Ou seja,

há uma situação de formação de especialistas na qual cada modo funciona com certa independência do outro e não há articulação e regulação formal e efetiva entre eles.

De outro lado, a legislação brasileira garante a qualquer médico, independente de ser ou não especialista, o exercício pleno da medicina, ou seja, não existem legalmente procedimentos que são próprios e exclusivos de uma especialidade. Justamente por isso, e combinado com a insuficiência de especialistas no País para atuarem nos serviços públicos e privados, os empregadores, públicos ou privados, definem com muita autonomia os critérios e perfis de recrutamento de seus médicos havendo procedimentos e atuações que em alguns lugares se exige um “superespecialista” e, em outros, médicos sem nenhuma especialização.

Com o objetivo de munir o Estado brasileiro de condições para planejar, dimensionar e regular a quantidade e a formação de médicos especialistas, a Lei determinou a criação do Cadastro Nacional de Especialistas. Esse cadastro permite unificar e combinar informações necessárias para superar as dificuldades apontadas anteriormente. A Lei cria a obrigatoriedade de que associações médicas e o Conselho Federal de Medicina (CFM) informem o cadastro. Também cria essa obrigação para qualquer instituição que ofereça cursos de especialização não caracterizados como residência médica. Além disso, permite a unificação de bancos de dados do Ministério da Educação, como o da CNRM, e do Ministério da Saúde, como os do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Cadastro do SUS com informações de todos os profissionais que atuam no SUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cobrindo as operadoras de planos de saúde e serviços que não estão no SUS.

Com o Cadastro Nacional de Especialistas será possível combinar informações e pactuar nacionalmente critérios para a identificação da necessidade de especialistas para cada região de saúde, levando-se em conta o que já há de especialistas atuando nos serviços públicos e privados de cada região; uma parametrização da necessidade de especialistas em função do modelo de atenção, do perfil demográfico e de morbimortalidade da população regional; e a capacidade instalada para acolher esses profissionais além da demanda gerada pela implantação de serviços.

Em síntese, o Ministério da Saúde, buscando atender ao princípio constitucional de “ordenar a formação de recursos humanos em saúde”, disporá, a partir da Lei nº 12.871/2013, de um Cadastro Nacional de Especialistas que reunirá, pela primeira vez, informações de todos os especialistas do País, do local em que atuam, do local e modo como se formaram ou foram reconhecidos como tal. Informações determinantes para planejar a formação deles e o investimento em novos serviços de saúde conforme as necessidades do País.

Mas a Lei que instituiu o Mais Médicos não promoveu mudanças só na capacidade do Estado brasileiro de identificar a necessidade de médicos especialistas por região de saúde e de acordo com as necessidades da população. Também determinou importantes mudanças na formação de especialistas em direção a uma formação médica mais adequada às necessidades da população, que complementam as mudanças apontadas na graduação em Medicina e tratadas no capítulo anterior.

Uma primeira mudança refere-se à universalização da residência médica. A Lei determina que até o fim de 2018 haja o mesmo número de vagas de residência médica de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Uma segunda mudança refere-se à alteração das especialidades que são de acesso direto, ou seja, aqueles programas de residência para os quais o candidato pode concorrer a uma vaga sem a exigência de já ter concluído outra residência previamente. São estabelecidas na Lei do Mais Médicos dez especialidades de acesso direto: Genética Médica, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Geral de Família e Comunidade, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Patologia e Radioterapia.

Mais importante que isso é que essa mudança está associada à outra, qual seja, o estabelecimento de uma especialidade central na formação da maioria dos especialistas do País: a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC). A Lei estabelece que é a residência em medicina de família que dará acesso a todas as especialidades que não são de acesso direto. Assim, caso o médico queira fazer qualquer especialidade além das nove citadas anteriormente, terá que fazer um ou dois anos (a depender da especialidade em questão) de MGFC. A exigência é que

os médicos especialistas no País, antes de se especializarem numa área para cuidar de um universo restrito de problemas de saúde, deverão se especializar em cuidar adequadamente das necessidades de saúde apresentadas em, aproximadamente, 80% dos casos em que as pessoas procuram os serviços de saúde.

Desse modo, os médicos seriam formados em uma especialidade que o prepara para realizar um cuidado integral de uma pessoa – seja ela mulher ou homem, criança, adolescente, jovem, adulta ou idosa – compreendida em seu contexto familiar e comunitário; ambiental, cultural, econômico e social; de moradia, vida e trabalho. Profissionais com competência para atuar com variadas e complexas tecnologias de cuidado no contexto dos serviços do SUS, tais como a Atenção Básica e os serviços de atenção domiciliar, urgências e saúde mental. Justamente por isso, a Lei expressa que estes profissionais terão de ter formação em Clínica Geral e Integral, além de desenvolverem competência na atuação em áreas como Urgência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde e Saúde Coletiva.

Embora isso seja uma inovação do Programa Mais Médicos, não é uma novidade no mundo. A partir do Mais Médicos, o Brasil faz um movimento que diversos países que têm sistemas públicos efetivos e que se baseiam na atenção básica/primária fizeram há mais tempo, qual seja, eleger formações análogas à medicina de família como a especialidade central de seus sistemas e que isoladamente reúne a maior quantidade de especialistas. O novo sistema de formação de especialistas que nasce com a Lei dos Mais Médicos faz mais: não só caminha nesta direção, mas coloca a medicina de família como a formação base de todos os especialistas, com exceção das nove especialidades de acesso direto já citadas.

Esta é uma novidade benéfica para a saúde da população brasileira, que passará a contar com alto número de profissionais especialistas em Medicina de Família e também ter os demais especialistas que, mesmo que sejam “superespecialistas”, tenham antes estudado e atuado como MGFC nos serviços do SUS. Agregado ao fato de as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação também apontarem para a reversão da tendência atual de especialização precoce, é possível dizer que haverá um profissional que, mesmo que opte por uma especialidade diferente das dez supracitadas, por seis anos se formará como um

médico generalista, fará no mínimo um ano ou mesmo concluirá sua formação como especialista em Medicina Geral de Família e comunidade, e só depois fará uma especialidade focal.

A Lei determinou que a residência em MGFC deverá ser coordenada pelo Ministério da Saúde e acontecer no âmbito da rede saúde-escola avançando, portanto, na integração ensino-serviço e integrando e reforçando os princípios de “treinamento em serviço” e de educação permanente no local de produção do cuidado em saúde. Já a definição do currículo coube, conforme a Lei, ao Ministério da Educação, devendo ser ouvidos tanto o Ministério da Saúde quanto a Comissão Nacional de Residência Médica.

Também foi previsto que em até dois anos após a publicação da Lei o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) deveria instituir uma avaliação anual para os Programas de Residência, mesmo prazo para a implantação da avaliação de progresso da graduação. A articulação dessas avaliações aponta para um sistema semelhante, no todo ou em parte, ao que hoje está implantado no ensino médio representando pelo Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e seu papel tanto na avaliação quanto no acesso dos estudantes do ensino médio à educação superior por meio do Sistema de Seleção Unificada (Sisu).

Por fim, vale destacar que a integração ensino-serviço prevista no Programa demandará intenso planejamento e trabalho conjunto das instituições formadoras com os diversos serviços da rede de saúde do SUS. Afinal, ao se somar o número de estudantes de Medicina que deverão estar nos serviços do SUS desde o início do curso e, em especial, em 30% do tempo do internato, e também quase 100% dos egressos que estarão cursando a residência em MGFC – no primeiro ou segundo ano da residência – haverá um número de médicos e especialistas em formação que chegaria a quase o dobro de médicos que hoje atuam no Eixo Provimento Emergencial do Mais Médicos. É precisamente por isso que a Lei determinou três medidas importantes: o prazo de cinco anos para a execução do plano de investimento e a qualificação da infraestrutura das UBS, tratado no capítulo anterior; instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com a finalidade de, entre outras coisas, garantir condições e ações que viabilizem

os serviços de saúde, em quantidade e qualidade, para serem campos de prática, tratado no capítulo anterior; e demandou medidas tanto do MEC quanto do MS para que seja ampliado massivamente a formação de preceptores nos serviços.

PARTE III

A implantação do Programa Mais Médicos

9

Balanço da ação de provimento emergencial

No decorrer do livro, foram apresentadas diferentes dimensões do Programa Mais Médicos, inclusive o provimento emergencial de profissionais para as redes de Atenção Básica à Saúde em todo o País.

Em que pese o escopo de atuação do programa ser bem abrangente, em termos de visibilidade pública, a sua imagem ficou muito associada ao provimento emergencial de médicos, deixando em segundo plano nos noticiários as demais dimensões do Mais Médicos.

A implantação do provimento emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), foi executado nos âmbitos dos Ministérios da Saúde e da Educação, incluindo a criação de dois novos departamentos (um em cada ministério) com responsabilidades específicas sob a coordenação do projeto.

Num primeiro momento, a experiência gerencial acumulada pelo Ministério da Saúde na execução do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) foi essencial para iniciar a implantação do PMMB. Um conjunto de rotinas administrativas, sistemas gerenciais e procedimentos que foram desenvolvidos para a execução do Provab serviram como referências ao novo projeto.

Um dos aspectos de destaque no aproveitamento do *know how* do Provab para o PMMB foi a utilização de uma categorização de municípios a partir de perfis geográficos e socioeconômicos para a alocação de médicos.

Os municípios aderidos ao projeto foram classificados a partir de uma taxonomia com seis perfis:

- Capital: 26 municípios que são capitais de seus estados e o Distrito Federal.
- Região Metropolitana: 485 municípios situados em Regiões Metropolitanas.
- G100: 100 Municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G100) ⁱⁱⁱ.
- Perfil de pobreza: municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
- DSEI: 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (DSEI/SESAI/MS).
- Demais localidades: municípios não caracterizados pelos perfis anteriores.

ⁱⁱⁱ Na sua 57ª Reunião Geral, realizada em Florianópolis/SC em abril de 2010, a Frente Nacional de Prefeitos divulgou um documento que materializou o G100 como um grupo especial de municípios que deveriam ser objeto de atenção diferenciada pelas políticas sociais. A seleção do G100 considerou os 100 municípios de menor receita corrente *per capita* de um conjunto de 348 municípios com mais de 80 mil habitantes, que apresentaram seus balanços contábeis para o exercício fiscal de 2010 à Secretaria do Tesouro Nacional (STN) até outubro de 2011. A receita corrente *per capita* – a receita corrente auferida pelas administrações públicas municipais divididas pelo contingente populacional do município de acordo com as estimativas populacionais e o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – foi o indicador escolhido para medir e comparar a capacidade que as prefeituras possuem para financiar suas políticas públicas e atender aos habitantes serviços públicos.

Considerando esses perfis definidos pelo Ministério da Saúde, a adesão de municípios ao PMMB deu-se da seguinte forma:

Tabela 2 – Adesão de municípios ao PMMB por perfil

Perfil	Total de Municípios	Municípios Aderidos	% de Adesão
Capitais	27	27	100%
Região Metropolitana	509	441	87%
G100	98	93	95%
20% de Extrema Pobreza	1.708	1.393	82%
DSEI	34 distritos	34 distritos	100%
Demais localidades	3.228	2.144	66%
Brasil (Total)	5.570 + 34 distritos	4.068 + 34 distritos	81%

Fonte: DEPREPS/SGTES/MS.

A diferenciação dos municípios brasileiros em perfis favoreceu, sobremaneira, o provimento de profissionais prioritariamente para os municípios com maior carência de médicos. A definição de perfis de município foi um mecanismo para evitar possíveis externalidades negativas.

Isso porque um dos propósitos do projeto – a melhor distribuição de médicos no território nacional – estaria em risco se não houvesse dispositivos para evitar que profissionais em exercício na Atenção Básica em municípios com maior necessidade e dificuldade de fixação se utilizassem do projeto para migrar para regiões mais centrais e menos carentes.

Desse modo, os médicos que se inscreveram no projeto e que tinham registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em município com perfil 20% de pobreza puderam optar apenas por ocupar uma vaga em outro município com esse mesmo perfil ou em Distrito Sanitários

Indígenas. Assim como médicos com atuação em regiões metropolitanas não puderam migrar para as capitais, e assim por diante.

Além disso, outra preocupação do Ministério da Saúde era evitar a substituição de profissionais contratados pelos municípios e em exercício por médicos do projeto.

Na prática, se isso ocorresse, o objetivo do projeto ficaria em risco, já que a mera substituição de profissionais comprometeria o alvo principal que é a ampliação da cobertura da Atenção Básica no território nacional.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde adotou duas estratégias para evitar a substituição de profissionais. A primeira estratégia foi a avaliação criteriosa da demanda dos municípios por vagas considerando critérios tais como: teto populacional, a cobertura e a oferta de atenção básica já disponível à população e a necessidade de expansão, capacidade das UBS de receberem mais médicos e equipes implantadas e sem médicos. A segunda estratégia foi a apuração rigorosa das denúncias de substituição de profissionais, impondo o descredenciamento aos municípios que infringissem essa norma e não corrigissem a situação denunciada.

Outro aspecto do provimento emergencial que merece destaque é a inserção no projeto de médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior. Como já abordado nas seções anteriores, a questão da escassez de médicos em determinadas regiões do País, especialmente nas periferias das grandes cidades, nos municípios do interior e em áreas remotas e de difícil acesso, implicava, por um lado, tanto na atração de profissionais que não atuavam na Atenção Básica para que passassem a atuar por meio do Programa quanto na redistribuição daqueles que já atuavam em áreas de maior disponibilidade para as de menor disponibilidade. Porém, por outro lado, dado a insuficiência de profissionais, foi necessário buscar um contingente adicional de médicos brasileiros e estrangeiros que não estavam em exercício no País para reforçar o provimento na Atenção Básica.

Todavia, o recrutamento de médicos estrangeiros foi bem mais complexo de ser realizado, pois envolveu a participação de diferentes órgãos internos e externos ao Ministério da Saúde. Para viabilizar o intercâmbio de médicos estrangeiros foi necessária a participação dos seguintes órgãos federais: Ministérios das Relações Exteriores, do Planejamento, da Defesa, da Previdência e da Educação, além da Casa Civil, Polícia Federal, Receita Federal e Banco do Brasil.

Dados de junho de 2015 indicam a seguinte composição dos participantes no Projeto.

Tabela 3 – Participantes do PMMB
por categoria de participação

Região	CRM BRASIL	INTER- CAMBISTA COOPERADO*	INTER- CAMBISTA INDIVIDUAL	Total Médicos
Centro-Oeste	489	705	115	1.309
Nordeste	2.472	3.745	291	6.508
Norte	442	1.561	230	2.233
Sudeste	1.282	3.592	432	5.306
Sul	589	1.826	469	2.884
Total Geral	5.274	11.429	1.537	18.240

Fonte: DEPREPS/SGTES/MS.

* incluindo brasileiros formados no exterior.

A implantação do PMMB foi realizada por meio de chamamentos de médicos que compreendem a abertura de editais de adesão. Até o primeiro semestre de 2015 foram realizados seis chamamentos. Até o quinto foi necessário usar toda a ordem de prioridade prevista na Lei nº 12.871/2013 na qual cada vaga, primeiro, deve ser ofertada aos médicos com registro (CRM) no Brasil, havendo vagas não ocupadas chama-se então os médicos brasileiros formados fora do Brasil, depois ainda médicos estrangeiros e, por fim, aciona-se a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

No último chamamento realizado, o primeiro de 2015, tendo em vista a inscrição recorde de médicos brasileiros – cujas razões são discutidas com mais profundidade na conclusão deste livro – todas as mais de 4 mil vagas foram ocupadas ou por médicos com registro (CRM) no Brasil ou por médicos brasileiros formados no exterior. Portanto, sem a necessidade de fazer um chamamento internacional para médicos estrangeiros ou ampliar a cooperação com a Opas.

O provimento emergencial, além de recrutar e alocar profissionais, disponibiliza aos participantes do projeto um conjunto de ofertas educacionais e formativas que envolvem treinamento em serviço, curso de especialização e supervisão com participação das principais instituições de ensino do País.

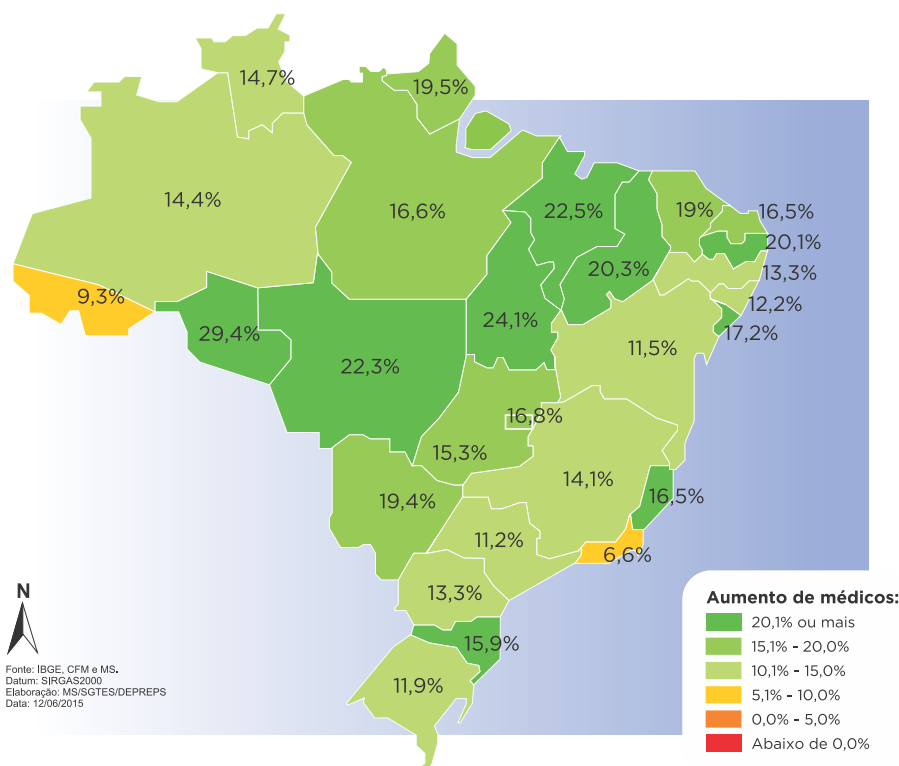
As ofertas educacionais são realizadas por 11 instituições pública de ensino superior por meio da rede da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); e por ações de educação permanente por meio de integração ensino-serviço ofertadas por 74 instituições supervisoras que aderiram ao projeto, entre universidades públicas, escolas de governo de saúde pública e programas de residência médica, garantindo hoje um contingente de mais de 200 tutores responsáveis pelo acompanhamento de mais de 2 mil supervisores, responsáveis por visitas periódicas *in loco* para todos os profissionais que atuam no projeto.

O provimento emergencial realizado pelo Programa mostrou-se bastante efetivo, como pode ser observado nos mapas a seguir.

O primeiro mapa mostra o crescimento dos médicos com a influência do Projeto Mais Médicos para o Brasil por unidade federativa, entre o ano de 2012 e 2015. Com o resultado da expansão em 2015, o governo federal garante a permanência de 18.240 médicos nas Unidades Básicas de Saúde de todo o País, levando assistência para aproximadamente 63 milhões de pessoas. São 4.058 municípios beneficiados, 72,8% de todas as cidades do Brasil, além dos 34 distritos indígenas.

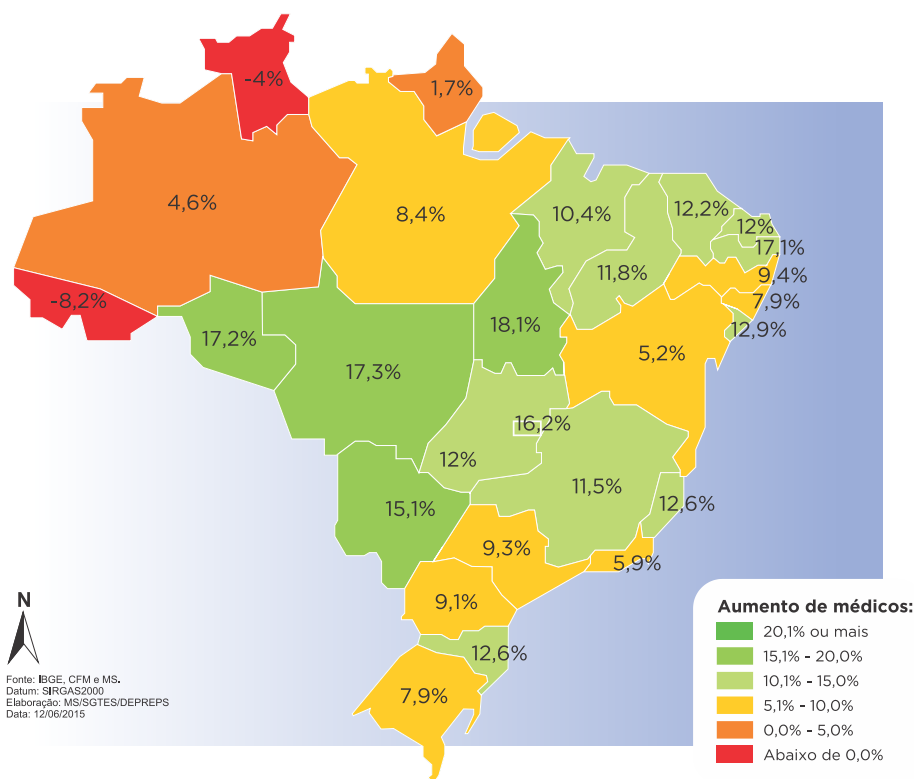
O segundo mapa mostra o crescimento de médicos também por unidade federativa, mas sem a influência do PMM. Comparando os mapas, percebe-se que o crescimento do número de médicos com a presença dos médicos-participantes do PMM foi de 388.015 médicos no ano de 2012 para 437.440 médicos em junho de 2015, sendo o aumento de 12,7%. Se não houvesse a influência do PMM, o ano de 2015 teria o número de 424.958 médicos, crescimento seria de menos 3,2% entre 2012 e 2015, e ainda com estados perdendo médicos no mesmo período: Acre (com menos 67 médicos) e Roraima (com menos 26 médicos).

Mapa 1 – Porcentagem do aumento do número de médicos por região do Brasil por UF, com Projeto Mais Médicos, período 2012-2015 (até junho de 2015)



Fonte: DEPREPS/SGTES/MS.

Mapa 2 – Porcentagem do aumento do número de médicos por região do Brasil por UF, sem Projeto Mais Médicos, período 2012-2015 (até junho de 2015)

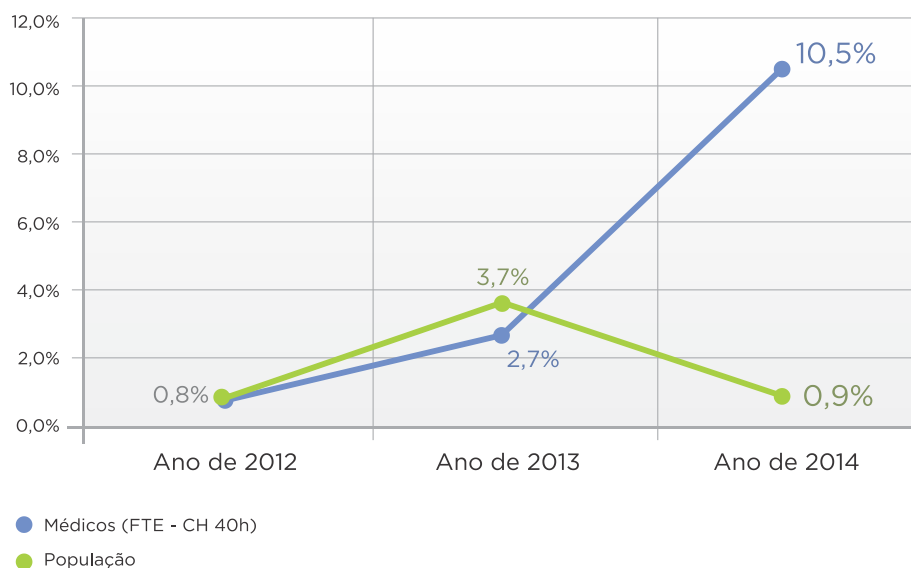


Fonte: DEPREPS/SGTES/MS.

As próximas análises trazem um aprofundamento da avaliação do crescimento no número de médicos na Atenção Básica, usando como indicadores: (a) os médicos lotados em equipes de Saúde da Família ou em equipes de Atenção Básica admitidas pelo Programa, e médicos lotados em UBS; e (b) a variação na carga horária médica individual, para fins de monitoramento da evolução do número de médicos na Atenção Básica. Para isso, optou-se por considerar um médico a cada 40h na Atenção Básica, ou seja, dois médicos que cumprem 20 horas cada um foram contados apenas como um profissional.

Para demonstrar o comportamento da expansão da assistência médica na Atenção Básica e do crescimento populacional no território nacional, o Gráfico 1 (a seguir) apresenta que a tendência ascendente de crescimento populacional atinge seu ponto máximo em 2013, com o crescimento de 3,7%. No caso dos médicos, a tendência ascendente obteve seu ápice em 2014, com um expressivo crescimento de 10,5%, após um ano de implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que levou 14.462 profissionais médicos para a Atenção Básica neste mesmo ano.

Gráfico 1 – Porcentagem do aumento no número de médicos (por tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais – FTE – nos estabelecimentos da Atenção Básica), e população no Brasil, entre 2012 e 2014



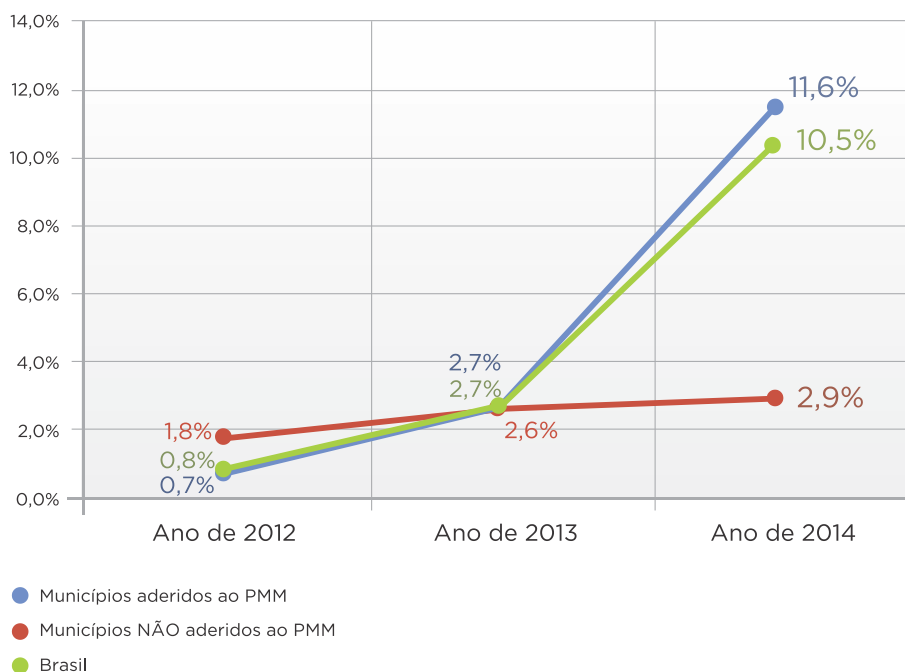
Fonte: MS e IBGE.

Ao comparar os municípios aderidos ao PMM e os não aderidos, com o objetivo de avaliar se o crescimento foi equivalente ou distinto ao longo dos anos

(2012-2014), observa-se que no ano de 2013 foi significativo o crescimento do número de oferta de médicos na Atenção Básica nos municípios que aderiram ao PMM (chegando a 11,6%), muito diferente dos municípios que não aderiram, que tiveram um ligeiro aumento do crescimento (para 2,9%). E, ainda, a troca expressiva da posição desses grupos de municípios, em que a partir de 2013, os municípios aderidos ao PMM passam a avançar mais no crescimento da oferta de médicos, ao contrário de 2012, quando era inferior no aumento em relação ao grupo de municípios não aderidos ao PMM.

Os dados demonstram uma influência positiva do PMM na evolução da atenção básica no País e, em especial dos municípios aderidos. Estes apresentavam um crescimento inferior justamente por terem mais dificuldades de atrair e fixar profissionais para garantir atenção básica à sua população. Com a adesão do PMM não só conseguem ampliar sua cobertura como apresentam um crescimento muito maior que os municípios que já não apresentavam maiores dificuldades.

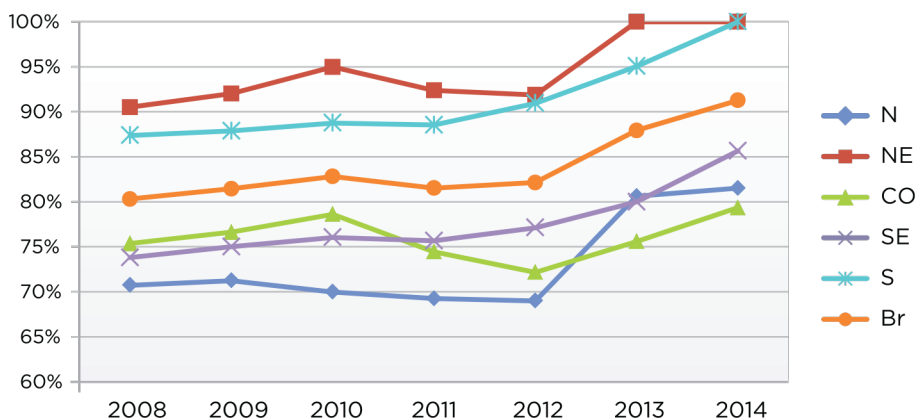
Gráfico 2 – Porcentagem do aumento no número de médicos (por tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais – FTE – nos estabelecimentos da Atenção Básica) em municípios que aderiram e não aderiram ao Programa Mais Médicos, entre 2012 e 2014



Fonte: MS.

Outro dado interessante refere-se à cobertura da Atenção Básica nas distintas regiões do País. Observou-se que todas as regiões do País estavam passando por um período de estagnação ou até declínio da cobertura nos quatro anos antes da criação do Programa; no entanto, a partir de 2013 houve um crescimento significativo.

Gráfico 3 – Estimativa de cobertura populacional da Atenção Básica no Brasil entre os anos de 2008 e 2014



Fonte: MS.

Como já foi tratado na Parte 2 deste livro, os médicos do Programa Mais Médicos não atuam sozinhos: obrigatoriamente devem compor equipes da Estratégia de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica multiprofissionais e que buscam realizar ações de cuidado integral à população do território em que estão inseridas. Essa atuação das equipes, além de ampliar o acesso da população, já começa a impactar na melhoria da qualidade de vida e saúde das comunidades atendidas. Alguns desses dados serão mostrados no capítulo de conclusão deste livro.




10

Resultados alcançados na melhoria da infraestrutura

Como foi descrito no Capítulo 7 da Parte 2 deste livro, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) foi criado em 2011 e quase triplicou seu orçamento em 2013, ano de lançamento do Programa Mais Médicos, quando se tornou um dos Eixos do Programa e passou a beneficiar 4.949 municípios em todo o Brasil.

Em junho de 2015, a situação de execução e conclusão das obras financiadas pelo Programa é a que segue na figura:

Tabela 4 – Situação das Obras do
Eixo Infraestrutura em junho de 2015

Tipo de Obra	 Não iniciada		 Em execução		 Concluídas		TOTAL N
	N	%	N	%	N	%	
Construção	618	7,8	5.703	72,2	1.577	20,0	7.898
Ampliação	508	6,8	3.003	40,1	3.984	53,2	7.495
Reforma	498	6,4	2.281	29,2	5.027	64,4	7.806
UBS Fluvial	28	62,2	15	33,3	2	4,4	45
TOTAL	1.652	7,1	11.002	47,3	10.509	45,6	23.163

Fonte: Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

Como pode ser observado, 45,6% das obras já foram concluídas e entregues à população. São 1.577 novas UBS, 9.011 UBS já existentes que foram reformadas ou ganharam ampliação de novos ambientes e ainda duas novas UBS Fluviais para a região da Amazônia Legal.

No caso das construções, 5.073 UBS já estão com as obras em execução, representando o maior percentual proporcional (72,2%), e apenas 618 (7,8%) ainda não tiveram suas obras iniciadas.

Quando se avalia o resultado de obras mais simples, como são as ampliações e as reformas, o maior percentual está entre as obras concluídas (58,9%) e um percentual ainda mais baixo, de apenas 6,6%, de obras não iniciadas.

Os números mostram que a maior dificuldade está na construção das UBS Fluviais. Por um lado, trata-se de uma obra muito mais complexa e longa, com um número muito menor de executores, neste caso estaleiros, passíveis de serem contratados. Por outro lado, o único mecanismo possível de repasse do recurso da UBS Fluvial do governo federal para o municipal nos anos de 2011 e 2012 foi o convênio, muito mais moroso e difícil de gerenciar que o repasse “fundo a fundo”, que somente se tornou uma opção a partir de 2013.

Além disso, os municípios beneficiários não contam com engenheiros com *expertise* em construção naval para acompanhar adequadamente as obras e muito menos para formular os projetos navais das embarcações. Justamente por isso a iniciativa do Ministério da Saúde de ofertar gratuitamente um projeto Padrão de UBS foi um dos fatores, associado ao repasse fundo a fundo, que mais contribuiu para que as propostas a partir de 2013 tivessem um desempenho muito melhor que as de 2011 e 2012.

É importante informar que todos os cidadãos podem acompanhar, pelo Portal da Saúde na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (<http://189.28.128.178/sage/>) a execução do conjunto de obras em UBS e também de cada uma das obras. Por meio do Portal o cidadão pode localizar no mapa a UBS de sua cidade, ou de qualquer outra, que tem interesse em obter informações atualizadas como os valores repassados pelo Ministério da Saúde ao município, o percentual de execução de cada obra, e poderá até mesmo ver as fotos do andamento de cada etapa da obra. Trata-se de uma importante medida de transparência que auxilia a ação de fiscalização, acompanhamento e exercício do controle social por parte dos cidadãos.

Consultando o sistema em junho de 2015 é possível observar, por exemplo, que, do total de 10.987 obras de construção, ampliação e reformas de UBS em execução quase dois terços delas (65%) já estão com mais de 50% do projeto

executado, ou seja, estão próximas de concluir a obra, o que aponta para: uma ampliação significativa da capacidade da atenção básica do País receber mais profissionais de saúde e atender mais usuários do SUS; a melhoria das condições de trabalho nas UBS; e para uma evolução da ambiência da UBS, importante não só para aqueles que nela trabalham, mas também para todos que são atendidos.

Resultados preliminares de pesquisas ainda em andamento e tratadas com mais profundidade na conclusão deste livro têm mostrado que as novas UBS ofertam uma diversidade maior de serviços aos usuários, ou seja, apresentam um escopo de práticas mais amplo. Isso vai ao encontro do objetivo de resolver mais problemas nas UBS ampliando não só a quantidade das mesmas ações, mas também realizando ações que antes o usuário deveria procurar outro serviço para realizar, como por exemplo: atendimento de urgência, realização de pequenos procedimentos cirúrgicos mais simples, estabilização de usuários com alguma descompensação e que necessitam de hidratação ou medicação por via venosa ou acompanhamento em sala de observação, oferta de vacinas que abrangem todo o calendário vacinal, dispensação de medicamentos etc.

Por fim, é importante evidenciar o franco crescimento do processo de informatização e conexão das UBS. Além dos diversos equipamentos de informática financiados por programa do governo federal e da inclusão das UBS no Plano Nacional de Banda Larga com conexão já autorizada de mais de 14 mil UBS em todo o País, vale destacar que a implantação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab), incluindo a estratégia eSUS – com ou sem prontuário eletrônico –, já se iniciou em 4.028 municípios, uma vez que eles já conseguiram transmitir dados para o novo sistema.

A implantação do novo sistema, por si só, sem considerar os benefícios da informatização e da conectividade, é um passo importante para que tanto os profissionais de saúde quanto a gestão usem as informações para: agilizar e melhorar a qualidade do atendimento; planejar ações e programar consultas em função das necessidades da população e comunidade; otimizar recursos evitando procedimentos desnecessários; agilizar e organizar a oferta de insumos e medicamentos; e, associado ao Telessaúde, organizar as filas de espera e reduzir o tempo de espera para consultas e procedimentos especializados.

11

Avanços na formação médica: mudanças na graduação

No Eixo Formação Médica em sua dimensão de mudanças na graduação os principais avanços que já são percebidos se referem à implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina, à regulamentação dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino e Saúde (Coapes) e à expansão de vagas em cursos públicos e privados de Medicina.

A Lei havia determinado que em até um ano o Conselho Nacional de Educação (CNE) discutisse e aprovasse novas DCN. Após amplo debate, que envolveu também e pela primeira vez o Conselho Nacional de Saúde, elas foram instituídas em junho de 2014 por meio da Resolução de nº 3 do CNE.

As novas DCN apontam para um perfil de “graduado em Medicina” com formação

[...] geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.³¹

Identifica, ainda, três áreas que devem articular conhecimentos, habilidades e atitudes para a formação do futuro médico, sendo elas a “atenção à saúde”, a “gestão em saúde” e a “educação em saúde”. Na primeira, a formação deverá considerar as dimensões da

[...] diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social[...]³¹

Um avanço significativo em relação ao superado modelo exclusivamente biológico da biomedicina. A segunda e a terceira apontam para um médico que seja “[...] capaz de compreender os princípios, as diretrizes e as políticas do sistema de saúde e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade[...]”.³¹

Deve, ainda,

[...] corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional[...]³¹

As DCN previram que os cursos de Medicina teriam até um ano para iniciar o processo de adequação que deveria ser concluído até dezembro de 2018. Este processo, que se iniciou precisamente em junho de 2015, estabelece uma nova estrutura de desenvolvimento curricular que deverá: ser orientada pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações; usar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, a integração entre os conteúdos e entre ensino, pesquisa e extensão; promover a integração e a interdisciplinaridade; ter as ciências humanas e sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista; garantir o debate de temas novos fundamentais para formação ética do estudante, como a Segurança do Paciente; prever a inserção do aluno nas redes de serviços de saúde desde as séries iniciais e ao longo do curso de graduação de Medicina, “permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional” e interagir “com usuários e profissionais de saúde” “proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia”.

O projeto pedagógico do curso deverá ser “centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo”, de modo a articular ensino, pesquisa e extensão, sendo esta por meio da

assistência. Deverá também dar centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de conhecimento da Medicina Geral de Família e Comunidade e fortalecer o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, como a Atenção Básica, a Urgência e Emergência e a Saúde Mental.

Uma importante mudança ocorre no momento em que sabidamente o graduando mais aprende e desenvolve as competências necessárias no exercício profissional: o estágio curricular obrigatório de formação em serviço em regime de internato. As DCN exigem que, no mínimo, 35% da carga horária total do curso seja em regime de internato e que, no mínimo, 30% dele seja desenvolvido na Atenção Básica, coordenada e voltada para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade, e em serviços de urgência e emergência, ambos do Sistema Único de Saúde. A carga horária restante deverá incluir aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades com mínimo de 80% de atividades práticas de treinamento em serviço.

Para garantir um perfil de educador compatível com o ensino destas áreas de competência de organização curricular, os cursos deverão apresentar Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento do seu corpo docente. Os objetivos a serem alcançados são a valorização do trabalho docente na graduação, o maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e o

[...]seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde[...]³¹

Deverão ser definidos indicadores de avaliação e valorização do trabalho docente, incluindo o ensino e as demais atividades docentes desenvolvidas na comunidade ou na rede de serviços do SUS. Além disso, o art. 27, § 1º da Lei nº 12.871/2013, que necessita ser regulamentado por portaria MEC/MS/MPOG, prevê que docentes das Instituições Federais de Ensino Superior que desenvol-

vem atividades vinculadas ao exercício profissional no SUS podem ter essas atividades computadas para fins de progressão na carreira docente.

Além disso, os cursos deverão desenvolver ou fomentar a participação dos profissionais da rede de saúde em “Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento”, com o objetivo de melhorar o processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e a qualidade da assistência à população, “sendo este programa pactuado com os gestores municipais e estaduais de saúde nos Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde”.

Para valorizar a docência e fortalecer a formação docente, os Ministérios da Educação e da Saúde ofertarão, em escala progressiva e abrangente, mestrados profissionais tais como o proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que envolve dezenas de universidades, e também a Associação Brasileira de Educação Médica e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Este mestrado terá como proposta formar ao nível de *strictu sensu* profissionais médicos das regiões onde serão implantadas novas vagas de graduação e residência.

Importante ressaltar que as DCN dão prazo de dois anos para a aplicação, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), da avaliação específica do estudante do curso de Medicina a cada aluno do 2º, 4º e 6º ano com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes. Esta avaliação será de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo. Além disso, o art. 36, § 1º da Resolução CES/CNE nº 03/2014 seguindo a Lei nº 12.871/2013, prevê que esses exames deverão constar como critérios classificatórios nos processos de seleção para o ingresso em programas de residência médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional.

Ainda segundo a Lei nº 12.871/2013, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais apontam que conjunto dos processos de avaliação do MEC, como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), devam ter condições de acompanhar o quanto os cursos de Medicina conseguirão fazer concretamente as mudanças e transformar o perfil dos médicos formados no País. E esta adequação será apresentada pelo Ministério da Educação e pelo Inep, já no

segundo semestre de 2015, para acompanhar e orientar os cursos desde o início do prazo de implantação das mudanças das DCN até o prazo estabelecido para a conclusão delas: 2018.

A intensa integração das Instituições de Ensino Superior (IES) com a rede de serviços de saúde do SUS exigirá uma relação entre elas muito mais regrada, segura, estável e prevendo corresponsabilização na qualificação tanto dos serviços como lugar de cuidado à saúde e educação, quanto na formação e educação permanente de docentes das IES e preceptores e profissionais dos serviços. Para promover e disciplinar esta relação, bem como as responsabilidades assumidas pelas IES e gestores do SUS, a Lei nº 12.871 criou o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Saúde (Coapes) em agosto de 2014. Com o objetivo de debater e construir a minuta padrão mínima dos Coapes que deverão ser celebrados, foi criado o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. Este comitê foi composto por representantes dos Ministérios da Saúde e Educação e também do Inep, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; da Associação Brasileira de Educação Médica; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina.

O Comitê reuniu-se ao longo do segundo semestre de 2014 e do primeiro semestre de 2015, propôs uma minuta de Coapes que foi a consulta pública e, após as modificações, foi publicado em julho de 2015. A celebração dos Coapes é pré-condição para a abertura dos novos cursos privados, sendo exigido a todos os cursos de Medicina – públicos ou privados, novos ou antigos – e pode ser feita também, com as devidas adaptações, por outros cursos da área da Saúde que queiram disciplinar e consolidar a relação com a rede de serviços do SUS.

Espera-se que a partir do segundo semestre de 2015 haja grande mobilização de estudantes, docentes, usuários organizados, dirigentes das IES e secretarias de saúde no debate, formulação e assinatura dos diversos Coapes em todo o Brasil.

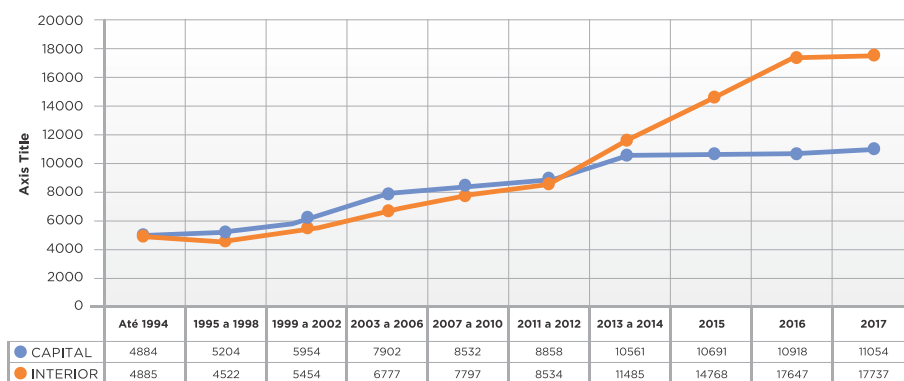
Com relação à expansão de vagas, é importante reforçar que a meta do Programa Mais Médicos é de abrir 11,5 mil novas vagas de Medicina até 2017,

quando teríamos 1,34 vaga de Medicina para cada 10 mil habitantes, para que, com esse volume de formação, o Brasil tenha, em 2026, uma média de 2,7 médicos por mil habitantes no País. Conforme explicado no Capítulo 7, da Parte 2 deste livro, a Lei nº 12.871/2013 mudou as regras para a expansão de vagas em escolas privadas e determinou critérios baseados nas necessidades sociais de saúde para a expansão de vagas em escolas públicas e privadas.

O resultado dessas mudanças se traduziu na autorização de novas vagas em 81 municípios de 24 estados e no Distrito Federal. Foram autorizados, até o momento, 47 novos cursos de Medicina, sendo mais da metade (24) cursos oferecidos em instituições federais. Esses novos cursos foram responsáveis pela expansão de 3.256 vagas que, somadas às 1.832 novas vagas dos cursos já existentes, resultaram numa expansão de 5.088 vagas – 65% delas em cidades que não são capitais. Ou seja, passados apenas dois anos de criação do Programa Mais Médicos (PMM), 44% da meta de expansão já foi alcançada.

A meta inclui expansão de vagas com qualidade – como tratamos em diversas partes deste livro e na primeira metade deste capítulo - e equidade, buscando corrigir as desigualdades o Brasil apresenta na distribuição das escolas médicas. O gráfico abaixo mostra que, pela primeira vez, as capitais dos estados brasileiros e do país não somam mais vagas de medicina que as demais cidades do Brasil. E se às vagas autorizadas somarmos aquelas previstas no processo de expansão para IES privadas e federais, é possível identificar que se a ampliação estaciona nas capitais, ela seguirá aumentando de forma consistente nos demais municípios do interior do Brasil.

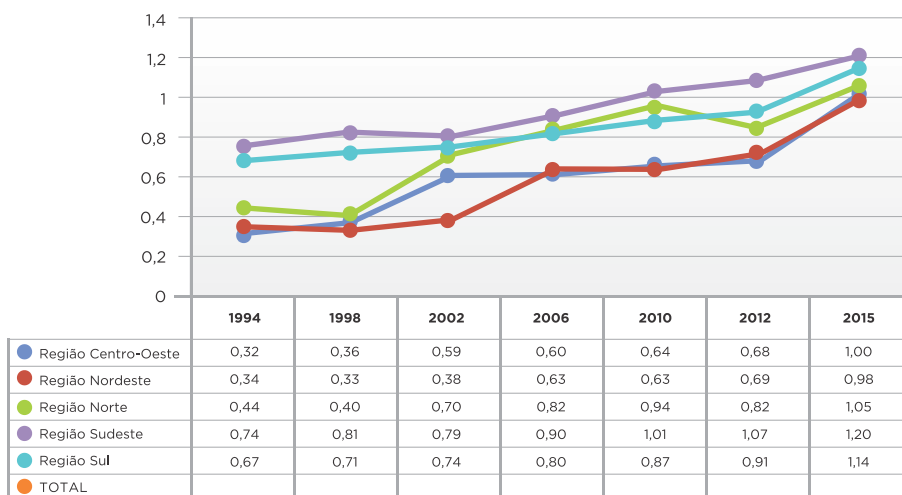
Gráfico 4 – Evolução das vagas de graduação autorizadas e previsão de expansão, por tipo de município



Fonte: SERES/SESU/MEC.

Outro resultado importante está relacionado à redução das desigualdades regionais. As regiões Norte e Nordeste, sabidamente com mais necessidade social e com menor capacidade de atrair e fixar profissionais, amargavam uma proporção de vagas por 10 mil habitantes historicamente menor que as regiões Sul e Sudeste, o que agravava ainda mais o problema de distribuição. Até 2002 o número de vagas por habitantes do Nordeste era a metade (50%) da Região Sudeste, como pode ser observado no gráfico a seguir. Essa diferença tem sido reduzida lentamente nos dez anos que se seguiram chegando em um patamar de dois terços. A partir do ano do lançamento do PMM, 2013, ela reduziu ainda mais rapidamente e chega neste momento a uma proporção de quase um para um. Em apenas dois anos praticamente se igualam todas as regiões do Brasil.

Gráfico 5 – Relação vaga de graduação
por 10 mil habitantes



Fonte: Dados sobre vagas SERES/SESU/MEC e dados populacionais IBGE 2013.

Como foi dito, com o PMM há uma efetiva subordinação da expansão de vagas, em escolas públicas e privadas, à necessidade social. Nas Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) já estão previstas a abertura de 3.615 vagas até 2017 por meio do aumento de vagas em cursos existentes, mas principalmente por intermédio da abertura de novos cursos em cenários interioranos, enfocando a abertura de escolas médicas e formação de especialistas em áreas de maior vulnerabilidade social e em regiões de escassez no provimento de médicos, seguindo proposta semelhante a outros países do mundo (destaque para experiências de Medicina Rural do Canadá, da Austrália e da África do Sul). E esse número poderá ser ampliado a depender do planejamento realizado com as reitorias.

O acompanhamento contínuo destes cursos se dá por meio da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas (Camem), vinculada à Secretaria de Educação Superior do MEC (SESu) e formada por especialistas em Educação Médica, que colaboram num processo contínuo de garantia da qualidade deles, desde a implantação até o adequado desenvolvimento curricular. Já foram abertas 1.690 novas vagas nas universidades federais

desde 2013. Estão previstas a abertura de 36 novos cursos com este perfil, nas Ifes, até o ano de 2017.

A diferença entre a meta total e aquilo que não será respondido pela universidades públicas é precisamente o que fica determinado como demanda para a expansão de vagas em escolas privadas.

Também foi apresentada a importante mudança que o PMM fez na legislação de autorização da abertura de escolas privadas de Medicina. O processo deixa de ser uma iniciativa da escola ou mantenedora interessada em abrir o curso e passa a ser uma iniciativa governamental com passos previstos em Lei. Primeiro um edital de seleção de municípios que identifica aqueles com necessidade social para abertura de cursos. Depois de aderir, esses municípios são avaliados quanto às condições da rede de serviços de saúde suficientes para implantar um curso com a qualidade necessária. Por fim, abre-se um edital para que as escolas interessadas concorram pelo direito de uma delas abrir o novo curso no município selecionado.

Nesta concorrência as escolas passam por uma avaliação que envolve vários aspectos, da qualidade da proposta do curso e de outros cursos já oferecidos pela mesma instituição, passando por contrapartidas e investimentos oferecidas por ela à qualificação da rede de serviços que será campo de prática, até a saúde financeira da instituição e a proporção de alunos que estudarão com bolsas e descontos na mensalidade além da adesão a programas como o Prouni e o Fies.

Passados dois anos de publicação da Lei do Programa Mais Médicos é notável o esforço que o Ministério da Educação, com a participação do Ministério da Saúde, fez para operacionalizar a Lei, o que exigiu a adequação e o desenvolvimento de sua estrutura, a qualificação de seu pessoal técnico e a normalização dos vários processos necessários à realização de todos os passos previstos na legislação.

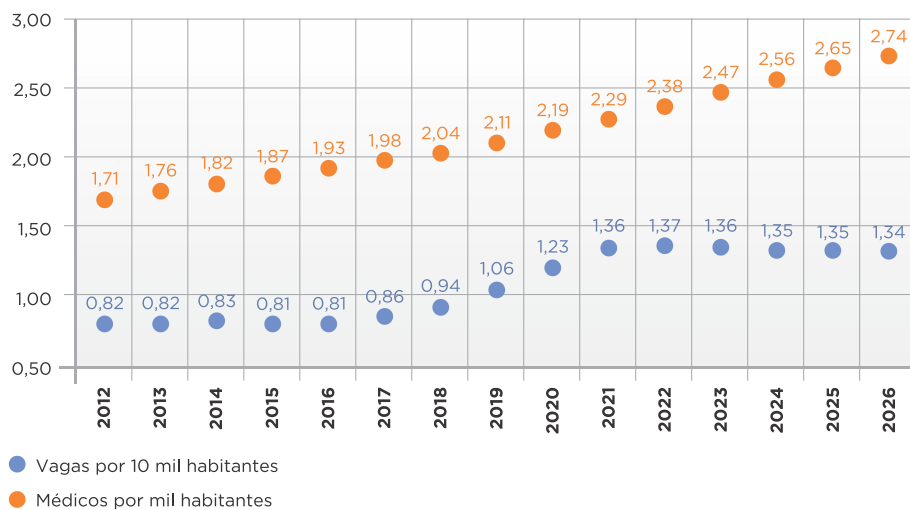
Todos os pedidos de abertura de cursos privados que foram encaminhados antes da publicação da Lei em outubro de 2013 foram obrigatoriamente avaliados ainda conforme as regras anteriores. Contudo, já conforme a nova legislação, foram publicados dois editais de seleção de municípios para abertura de escolas privadas.

O primeiro edital, nº 06/2014 SERES/MEC, publicado em 2014, foi dirigido a todas as regiões do País para municípios que não eram capitais e que não tinham escola de Medicina, nem pública nem privada, em seu território. Foram selecionados 39 municípios que passarão a ter uma escola de Medicina. Mais de 100 instituições interessadas em criar escolas médicas nesses municípios passaram por um processo de seleção que resultará na expansão de, aproximadamente, 2.460 novas vagas de Medicina.

O segundo edital, MEC 01/2015, publicado em 2015, foi dirigido às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Só poderiam ser abertas novas escolas em regiões de saúde (o Brasil todo tem aproximadamente 438) com menos de 2,7 médicos por mil habitantes e menos de 1,34 vaga por 10 mil habitantes, justamente as proporções de médicos que se pretende chegar em 2026 e de vagas que se quer chegar já em 2017 e depois manter. Além disso, as novas escolas não poderiam ficar a menos de 70 km de outra escola já existente, mesmo que a região de saúde cumprisse todos os requisitos apresentados anteriormente. Espera-se que 23 municípios de oito estados recebam novas escolas que deverão ampliar aproximadamente 1,8 mil novas vagas a partir do ano de 2016.

A projeção da expansão das vagas combinada com os demais fatores que influenciam a demografia médica no Brasil (médicos formados a cada ano; revalidação de diplomas; emigração, mortes e aposentadorias de médicos) apontam para que em 2026 o Brasil chegue finalmente em 2,7 médicos por mil habitantes. Para isso, como mostra o gráfico a seguir, a ampliação proporcional de vagas expandirá fortemente até 2017, mas estacionará nos próximos dez anos.

Gráfico 6 – Proporção de médicos e vagas por habitantes – Brasil 2012-2026



Fonte: Dados sobre vagas SERES/SESU/MEC e dados populacionais IBGE 2013 – Número de médicos CFM.

12

Avanços na formação médica: mudanças na residência médica

O Programa Mais Médicos possibilitou avanços normativos e ações mais efetivas para viabilizar as mudanças necessárias na residência médica no Brasil. Com um capítulo dedicado fundamentalmente à formação médica, destacam-se as proposições em pelo menos três áreas: a garantia de universalização do acesso à residência médica, de modo a alcançar a oferta de vagas de acesso direto equivalente ao número de egressos da graduação em Medicina; a necessidade de realização de um a dois anos do Programa de Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade como pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência médica e; a avaliação anual dos Programas de Residência Médica.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Medicina publicadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2014 (conforme tratado no capítulo anterior), previstas na Lei nº 12.871/2013, reforça essas dimensões nos artigos 36 e 37. Além de inovar ao citar pela primeira vez nas DCN a correlação entre a graduação e a residência (pensando a formação médica de forma mais sistêmica), essas diretrizes colocam a avaliação realizada durante a graduação como critério para seleção na residência médica. Com isso é criado um mecanismo objetivo de superação da dicotomia entre graduação e residência, e coloca-se definitivamente a correlação entre essas duas etapas da formação na agenda do debate da educação médica. Dessa forma, complementam-se uma série de ações no sentido de desenvolver uma avaliação processual e de múltiplas dimensões da formação médica: seja na graduação, no ingresso da residência ou ao longo desta.

A Lei também estabeleceu a Residência de Medicina de Geral de Família e Comunidade como pré-requisito para a maioria das residências, conforme apresentado no Capítulo 8 da Parte 2. Em primeiro lugar, cabe destacar que esta medida está em consonância com toda política de fortalecimento da atenção básica como ordenadora do cuidado, tema bastante desenvolvido na primeira parte do livro.

Segundo, cabe diferenciar o significado dessa etapa da formação do que é desenvolvido ao longo da graduação (que também tem destaque importante para o papel da AB, seja desde o início do curso ou no período do internato): na resi-

dência que se efetiva a vivência nesse nível de atenção de forma contínua ao longo de um ano, permitindo com mais autonomia e responsabilidade o entendimento do significado de princípios como a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade.

Esses princípios estão expressos em outra medida importante para a implantação desse Eixo do Programa Mais Médicos: a Resolução nº 1 de 2015 da CNRM, que regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade. Essa resolução foi debatida e formulada pela Câmara Técnica de Atenção Básica criada em 2014 no âmbito da Comissão Nacional de Residência Médica, em processo que foi construído em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, tendo a contribuição da área técnica de ambos os ministérios (MEC e MS), especialistas em Residência Médica, do Conselho Municipal das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho de Secretários de Saúde (Conass) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Essa resolução, além de definir qual o escopo de especialidade médica, estabeleceu quais competências são essenciais para a formação de qualquer médico de família e comunidade, e quais competências são desejáveis e quais as “avançadas”, ou seja, que definem o padrão de excelência para aqueles programas que buscam um aperfeiçoamento em sua matriz curricular.

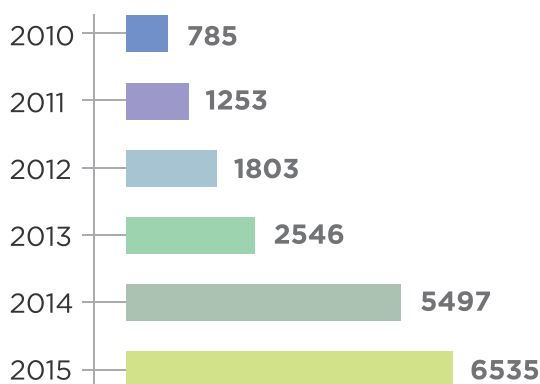
Além disso, a resolução também definiu um conjunto de competências prévias, que são conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser desenvolvidas já no cenário da graduação, com o intuito de não tornar a residência médica uma mera estratégia de preenchimento de lacunas derivadas dos déficits da graduação médica, no que condiz ao ensino da Medicina Geral de Família e Comunidade na Atenção Básica. Também é importante o reconhecimento do papel do residente como componente da equipe na Estratégia de Saúde da Família e, consequentemente, a reorganização dessa formação na perspectiva da educação pelo trabalho.

No que se refere à universalização do acesso, primeiro vale salientar essa ação como aprimoramento da formação. No momento que se propicia a formação pós-graduada para todos os egressos do curso de Medicina se vislumbra um profissional com competências mais consolidadas para atuação no Sistema Único

de Saúde. Dessa forma, somando-se a todas as ações mencionadas no capítulo anterior de interiorização da graduação e expansão dessa formação para áreas de vazio constituídas historicamente, propicia-se a fixação do profissional médico em localidades que antes apresentavam grande dificuldade.

Nesse momento, cabe mencionar todos os avanços possibilitados pelo Pró-Residência e a criação de vagas de Residência Médica após a Lei do Mais Médicos. O Gráfico 7 demonstra as novas vagas de Residência Médica que foram criadas em virtude do financiamento de bolsas pelo Ministério da Saúde, tendo sido notadamente impulsionadas após a criação do Programas Mais Médicos (PMM).

Gráfico 7 - Evolução das novas vagas do Pró-Residência período 2010-2015



Fonte: DEPREPS/SGTES/MS, 2015.

Com essa expansão, o Ministério da Saúde passou a ter papel ainda mais decisivo no financiamento da Residência Médica e viabilizou a criação de vagas em especialidades e regiões que antes careciam dessa oferta de formação. Unindo o esforço do Ministério da Saúde e da Educação somam-se mais de 4,6 mil vagas que foram autorizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica entre os anos de 2013 e 2014, resultado do PMM.

Mais do que o resultado da expansão é importante destacar como ela ocorreu mais notadamente nas regiões que possuíam menos oferta de programas de residência. Foi principalmente nas regiões Nordeste e Norte em que houve um maior aumento proporcional da oferta de vagas de residência em decorrência de ações como as do Pró-Residência³².

Essa ação é realizada com todo o investimento em estrutura mencionado no Capítulo 10 da Parte 3, bem como todas as ofertas de formação de preceptores. Cursos para preceptoria, envolvendo instituições como a Associação Brasileira de Educação Médica, já formaram de 2012 a 2014 3.650 profissionais e novos cursos, como um em conjunto com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, deverão formar até 2017 mais que o dobro desse número.

Percebe-se mais uma vez como a adoção das medidas de curto, médio e longo prazos, possibilitadas pelo Programa Mais Médicos, viabilizam importantes mudanças para a formação médica no País e a efetivação do Estado como ordenador da formação dos recursos humanos na saúde³³. Seja em virtude das mudanças já realizadas na Residência Médica ou pelas perspectivas como a do Cadastro Nacional de Especialistas, já é possível apontar para um novo quadro de formação e distribuição de especialistas conforme as necessidades do Sistema Único de Saúde.

Considerações Finais

Este livro buscou identificar e aprofundar os principais desafios da Atenção Básica – quantidade, distribuição e formação de médicos no Brasil no período anterior à criação do Programa Mais Médicos (PMM) – fatores que demandaram a sua criação como política pública de Estado. Nesse aspecto, reuniu vários dados e estudos sobre os problemas que o Programa busca enfrentar.

Apresentou, também, o contexto de criação, debate e aprovação do Programa. Editado, inicialmente, como Medida Provisória pelo governo federal passou por importante debate na sociedade e, aperfeiçoado no Congresso Nacional, foi aprovado por maioria tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado Federal. Assim, a medida provisória se converteu na Lei nº 12.871/2013 e agora compõe o ordenamento jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estado brasileiro.

Ao longo do livro o PMM foi apresentado e detalhado em cada um de seus Eixos (Provimento Emergencial; Investimento em Infraestrutura; e Formação Médica). Na última parte, foram apresentados resultados concretos e avanços em cada um desses Eixos dois anos após a Medida Provisória que criou o Programa.

Nesta conclusão serão agregados processos ainda em curso de avaliação dos resultados já alcançados e perspectivas de novas medidas e avanços para os próximos anos.

Provimento emergencial

O PMM superou os questionamentos que colocavam em dúvida a necessidade do governo federal em assumir o desafio de garantir o provimento de profissionais nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade e mais dificuldade de atração e fixação de médicos para realizar o atendimento básico à saúde da população.

Ante o argumento que não faltavam médicos, os dados, o debate e os estudos demonstraram concretamente que o Brasil necessita de mais médicos e que

eles precisavam ter uma distribuição orientada pelas necessidades da população e do SUS.

Com apenas um ano de Programa toda a demanda de mais de 13 mil médicos solicitada pelos municípios foi atendida e, em seu segundo ano de existência, já são mais de 18 mil médicos em mais de 4 mil municípios do País.

Foi ainda apontado que o Brasil não tinha estrutura nas Unidades Básicas de Saúde e que apenas o médico não conseguiria resolver os problemas de saúde. Além disso, foi levantado o receio de que os médicos brasileiros formados em faculdades fora do Brasil e os médicos estrangeiros – compreendendo médicos de mais de 40 países, mas incluindo, também, os médicos cubanos funcionários do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que participam do PMM por meio da cooperação internacional com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – teriam uma adaptação difícil à língua e aos regionalismos, às práticas médicas vigentes no Brasil e ao sistema de saúde brasileiro e poderiam não apresentar a qualidade de formação necessária para atender com qualidade a população.

As diversas pesquisas, concluídas ou em andamento, mas já com resultados preliminares conclusivos, são importantes para responder a estas dúvidas e atestam que os profissionais do Programa superaram as expectativas.

O relatório da primeira fase de um programa de pesquisas – que é fruto de uma rede científica composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do País no formato de estudos multicêntricos integrados^{iv} – mostram alguns dados importantes que já apontam tendências em indicadores de saúde construídos a partir de dados secundários dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS)^v. O relatório alerta que, do ponto de vista das análises de impacto nos indicadores de saúde, dois anos de implantação de uma intervenção é muito pouco tempo, mas, assim mesmo, duas tendências fortes já conseguem ser percebidas: o fortalecimento da Atenção Básica nos municípios com ampliação das equipes de Saúde da Família (eSF) com

^{iv} Os dados e análises apresentados envolvem a participação da Universidade Federal (UF) do Rio Grande do Sul, UF da Paraíba, UF do Mato Grosso do Sul, UF da Fronteira Sul, UF do Pará, Fiocruz Manaus, Escola do Grupo Hospitalar Conceição, UF de Ciências de Saúde de Porto Alegre, UF de Minas Gerais, UF de São Carlos, UF de São Paulo, UF de Campina Grande e UF de Santa Maria, Instituto Federal do Rio Grande do Sul.

^v Os dados foram consultados nos Bancos: Siab, Sisab, e-SUS, SIH, além de dados de acesso ao Programa Farmácia Popular e da pesquisa de avaliação Externa do Pmaq.

funcionamento regular e o aumento da oferta de consultas médicas e procedimentos coletivos nas diferentes fases da vida; e o aumento do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido nas equipes e nas Unidades Básicas de Saúde.

Além das novas eSF que foram criadas, é significativo o número de equipes incompletas ou com oferta irregular e intermitente de médicos que passaram a contar permanentemente com um profissional do Programa. A análise mostrou que foi ampliado o número de consultas no Brasil não só porque agora existem mais equipes, mas também porque as equipes com profissionais do Programa Mais Médicos oferecem à população mais consultas médicas e procedimentos coletivos num mesmo dia de atuação.

Essa ampliação da oferta é bastante visível em áreas prioritárias para o SUS, como consultas de pré-natal, de puerpério e dirigidas a crianças e idosos. Em outras áreas, como a atenção a pessoas com diabetes e hipertensão, verifica-se uma evidência de aumento da adesão dos usuários às equipes, com expressiva diminuição da oscilação do número de consultas mensais oferecidas a essa parcela da população. Essa evidência de aumento da qualidade da atenção ambulatorial é fortalecida pela constatação do crescimento da prescrição de medicamentos para diabetes e hipertensão por profissionais do Mais Médicos, visível também na demanda atendida no Programa Farmácia Popular, e por um indicador de desfecho, que é a redução do número de internações hospitalares por esses problemas de saúde.

Os dados são válidos para o Brasil como um todo e para regiões e agregados de municípios. Quando analisados com base apenas em municípios, esses indicadores demonstram estágios diferentes de reorganização da Atenção Básica, com alguns municípios com resultados mostrando a ampliação do acesso de brasileiros e brasileiras que não estavam vinculados regularmente a serviços, situação em que os indicadores não mostram uma tendência uniforme, e outros municípios com relativa estabilização do acesso e indicadores com tendência de melhora.

Com relação às internações hospitalares, foram analisados indicadores para monitoramento do cuidado de doenças sensíveis ao cuidado na Atenção

Básica. Tem redução já perceptível de internações de algumas doenças sensíveis à Atenção Básica, considerando o País e as regiões. A análise individual dos municípios mostra dois comportamentos distintos, uma tendência geral de redução e um aumento pontual em alguns municípios com maior vulnerabilidade, muito sugestivo da ampliação do acesso, com piora inicial de indicadores, relativa à inserção no SUS de pessoas com quadros de adoecimento constituído e que, antes do Programa, estavam sem assistência adequada.

Outra pesquisa, conduzida pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco, que entrevistou 14 mil usuários em quase 700 municípios, também produziu resultados importantes.

Dos usuários entrevistados, 95% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. 85% afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou, 87% que o médico é mais atencioso e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. A nota média que os usuários deram ao PMM foi de 9,0^{vi}.

Quando indagados sobre dificuldades de comunicação, 87% responderam que não tiveram dificuldade e só para 3% ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do programa, grupo usado como controle, resultou em 95% e 2%, respectivamente. Ou seja, mesmo com uma pequena dificuldade inicial maior no caso dos médicos do PMM, ao fim a dificuldade sentida como importante abrange 1% a mais da população do que com os médicos brasileiros.

A pesquisa entrevistou também 227 gestores municipais, cada um de um município diferente, que receberam médicos do Programa Mais Médicos e apresentou os seguintes resultados: antes do PMM os gestores davam a nota média de 6,6 à atenção à saúde da população e na segunda aferição, depois de implantado o Programa no município, davam a nota 8,7. Os principais fatores relacionados a esse aumento na avaliação positiva foram: ter sempre médicos nas UBS e cumprindo efetivamente a carga horária definida para a Estratégia de Saúde da Família; a ampliação do acesso à população e ao aumento da oferta de consultas; a

^{vi} Todas as notas na pesquisa UFMG/IPESPE estão dentro de uma escala de 0 a 10.

melhoria da qualidade do atendimento; e a proximidade e o bom relacionamento entre os médicos do Programa e os pacientes.

Por fim, a pesquisa entrevistou, ainda, 391 médicos que participam do PMM de todas as nacionalidades e encontrou os seguintes resultados: 100% disseram que foram bem recebidos pela comunidade; 98% indicariam o Programa a um amigo; a nota média atribuída à relação com o restante da Equipe de Saúde da Família foi 9,6; a nota dada à supervisão do programa foi de 9,0. A avaliação do Programa como um todo recebeu nota média de 9,1.

Com relação à estrutura das UBS, de maneira geral, considerando estrutura física, equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e condições de trabalho, para 65% dos médicos a estrutura era boa ou ótima. Para 8%, ruim ou péssima e para os demais era regular. Embora a pesquisa tenha mostrado que a situação de infraestrutura da Atenção Básica é melhor do que se imaginava, os números de “ruim” e “péssimo” justificam o fato do investimento em infraestrutura ser um dos grandes Eixos do Programa.

Esses resultados da avaliação feita pelos médicos participantes do Programa ajudam a compreender, junto da integração do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) ao Programa Mais Médicos, o porquê, em 2015, o PMM teve adesão recorde de médicos brasileiros: do total de mais de 4 mil vagas ofertadas em 2015 todas elas foram preenchidas por médicos com registro no Brasil (CRM) ou brasileiros formados no exterior. Assim, diferente dos anos 2013 e 2014, quando menos de 15% das vagas foram preenchidas por médicos brasileiros, em 2015 com a ocupação de 100% não foi necessário lançar o edital internacional de chamamento de médicos estrangeiros e nem de ampliar a cooperação com a Opas.

As informações citadas fazem parte de uma série de pesquisas que o Ministério da Saúde tem estimulado para que, desde o início e em cada etapa do Programa, possam ser identificados avanços, fragilidades e oportunidades de correção e aperfeiçoamento do Mais Médicos.

Os resultados preliminares mostram impactos muito positivos da expansão da cobertura e do acesso da população tanto pela ampliação das consultas e escopo de ações das equipes de Saúde da Família quanto pela significativa amplia-

ção do próprio número total delas. Outra questão importante é que pode ser considerado um acerto ter exigido que os médicos fossem obrigatoriamente alocados para compor equipes multiprofissionais previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), fortalecendo essa política e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Por fim, vale fazer algumas considerações sobre o futuro do Provimento Emergencial. Com relação à nacionalidade dos médicos que participam, é possível que cada vez mais a proporção de brasileiros aumente em relação às outras 40 nacionalidades que compõem o Programa. Tudo indica que a adesão dos brasileiros nos próximos editais será tão vigorosa quanto à percebida em 2015.

Com a expansão de vagas no Eixo Formação Médica, a partir de 2020 é possível que se perceba mais significativamente o impacto do aumento de egressos das escolas médicas que tiveram sua expansão incrementada a partir de 2013. Haverá também a expansão das residências em Medicina Geral de Família e Comunidade, inicialmente nos municípios de médio e grande porte, que demandará muitas Unidades Básicas de Saúde como campo de atuação e formação que hoje estão com profissionais do Provimento Emergencial. Isso significa que, gradualmente, tantos os profissionais que serão formados pelas novas vagas de graduação e residência criadas a partir do Mais Médicos passarão a ocupar os postos que hoje compõem o eixo de Provimento Emergencial.

Por esses motivos, a perspectiva é de que, com um mercado de trabalho com mais oferta e contando com programas de residência na Atenção Básica, cada vez mais os municípios consigam atrair e fixar profissionais em sua rede e precisem cada vez menos recorrer ao Provimento Emergencial. Assim, a maioria dos municípios conseguiriam contratar ou realizar concursos para carreiras municipais ou regionais – frutos da associação de mais de um ente da região – e atrairiam e fixariam profissionais para a Atenção Básica.

Ainda assim, a exemplo de diversos países no mundo, como Austrália, EUA e Canadá, que têm programa de provimento de longa data, a tendência é que o Provimento ainda se mantenha por longo tempo, mas somente naquelas áreas com muita vulnerabilidade e dificuldade de atrair médicos e que os municípios, por não conseguirem solucionar os problemas com seus próprios meios, precisem da ajuda do governo federal.

Investimento na infraestrutura da Atenção Básica

As pesquisas apresentadas nesta conclusão mostram dados importantes com relação à situação da infraestrutura dos serviços de atenção básica do País. De um lado a pesquisa da UFMG/Ipespe mostrou que para 2/3 dos médicos do Programa a infraestrutura das UBS é boa ou muito boa refletindo uma situação melhor que o senso comum que se tinha antes sobre o tema. De outro, as pesquisas multicêntricas mostraram que já é perceptível o impacto da melhoria da infraestrutura por meio dos investimentos deste Eixo do PMM na ampliação da oferta e do escopo de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Impactos do Programa de Requalificação das UBS que, iniciado em 2011 e incrementado com o advento do PMM, investe em mais de 23 mil obras em quase 5 mil municípios das quais 10 mil já estão prontas.

Como foi dito nos capítulos que trataram deste Eixo, o desafio é mais que garantir boa estrutura física e condições de trabalho em UBS com o padrão médio que as elas apresentaram até o momento: o desafio é elevar o padrão de qualidade das UBS.

Neste aspecto, merece destaque não só a grande execução de mais de 23 mil obras no País, mas a mudança do padrão mínimo que passou a ser estimulado e financiado pelo Ministério da Saúde. É central para todos os eixos do Programa Mais Médicos a efetivação na estrutura de um conceito de UBS acolhedora para o usuário, acessível para a pessoa com deficiência, que garanta boas condições de trabalho para seus funcionários, que possua instalações adequadas à informatização, que suporte a ampliação da carteira de serviços e que possibilite a prática de educação e a integração ensino-serviço.

Assim, quando se imagina que em 2018 a Atenção Básica do SUS poderá receber mais de 17 mil recém-formados que deverão cursar o primeiro ano da residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade e, além deles, também os residentes do segundo ano da residência em Medicina de Família e os internos dos cursos de Medicina, inevitavelmente identificamos a importância do investimento na ampliação das UBS, tanto do número de UBS quanto da estrutura das existentes, e na qualificação do padrão delas.

A Lei n.º 12.871 previu cinco anos para que fosse feito um investimento que dotasse a Rede de Atenção Básica do SUS de condições para cumprir os objetivos do Programa, tanto dos Eixos de Provimento Emergencial quando do Eixo de Formação. Vimos no Capítulo 10 da Parte 3 que foram repassados recursos federais para a construção de quase 8 mil novas UBS e para reforma e ampliação de estrutura de mais de 15 mil outras.

Para cumprir a determinação legal o Ministério da Saúde planejou no Plano Plurianual mais 14 mil obras a partir de 2015. O conjunto soma um volume de obras capaz de responder às necessidades dos Eixos do Programa Mais Médicos e, além disso, prevê intervenções que abrangem toda a rede de UBS públicas próprias do Brasil – uma vez que o Programa não pode contemplar UBS alugadas cuja responsabilidade é do município que deve substituir o imóvel alugado por outro que cumpra os requisitos de qualidade. Ou seja, o Eixo de Investimento na Infraestrutura do PMM previu obras para responder às necessidades do próprio Programa e ainda qualificar todas as UBS próprias existentes, além de expandir significativamente o quantitativo de UBS do Brasil resultando em mais acesso com qualidade à população, tenha nela ou não um médico do Mais Médicos integrante do Eixo Provimento Emergencial ou Residente.

Formação médica – graduação e residência médica

O Eixo Formação Médica merece um primeiro destaque a transformação organizacional exigida ao Ministério da Educação para que ele pudesse operacionalizar a importante mudança na legislação e na forma de planejar e regular a expansão da formação superior em Medicina no Brasil. A concretização do princípio de orientação da expansão das vagas conforme as necessidades de saúde da população e do SUS exigiu muita inovação normativa e organizacional que foi efetuada tanto na expansão das universidades federais quanto nos editais de seleção de municípios e de instituições para abertura de escolas privadas.

Se já há um importante planejamento de expansão nas instituições públicas e privadas a percepção da ampliação da oferta será cada vez mais visível a partir do próximo ano, uma vez que esse planejamento já se traduzirá na ampliação de vagas disponíveis nos vestibulares de 2016. É de se esperar também que a interiorização das vagas, a maior expansão proporcional para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste associada a políticas como as Cotas, a integração do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) com o Sistema de Seleção Unificada (Sisu), o Prouni e o Fies para as pagas, tem o potencial de democratizar em muito o acesso à formação médica. Jovens que pela região e cidade em que moram, pela renda da família a que pertencem, pela etnia ou grupo social que faz parte que antes não sonhariam com a possibilidade de se formar médico poderão realizar esse sonho e cuidar de sua própria gente atuando como profissional nos municípios e na região em que nasceram. Se a Medicina já se feminiliza imagina-se que ela incorporará também mais cores, etnias e sotaques a partir da ampliação e democratização de seu acesso.

Outro aspecto importante é identificar que justamente ao completar dois anos da Lei nº 12.871/2013 completa-se o prazo dado pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, para que as escolas médicas se adequassem à nova orientação delas. Com efeito, é só a partir de agora que as ações de mudança na lógica da formação médica começarão a ganhar novas formas nos currículos e serão sentidas por estudantes de Medicina, docentes e estudiosos de Educação Médica em todo o País.

É neste ano de 2015 que o Ministério da Educação, com colaboração do Ministério da Saúde, apresentará as mudanças no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) para contemplar as novas DCN para os cursos de Medicina e que apresentará também o cronograma de implantação da avaliação progressiva para os estudantes de Medicina do 2º, 4º e 6º anos prevista na Lei nº 12.871/2013.

É também em 2015 que se inicia a implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde que aprofundarão, fortalecerão e regerão a relação entre as instituições formadoras, públicas e privadas e os gestores da rede de saúde, garantindo as condições de estrutura e funcionamento dos serviços e modo de atuação de docentes e preceptores que garanta a qualidade dos cursos de Medicina que agora terão grande parte de sua formação nos serviços de saúde do SUS.

Com tudo isso, ganhará cada vez mais visibilidade o Eixo Formação Médica do PMM tanto no debate público e acadêmico quanto na percepção das pessoas. Mais ainda se observarmos que a mudança na formação médica inclui as transformações na residência médica previstas na Lei.

Um primeiro efeito antes de 2018 passa por cada vez ser mais frequentes usuários do SUS serem atendidos por médicos formados que estarão fazendo sua especialização em Medicina Geral de Família e Comunidade: uma formação que qualifica o profissional para fazer esta mesma medicina tão bem avaliada pelos usuários e gestores quanto são perguntadas razões pelas quais aprovam a atuação do Programa Mais Médicos.

Sabidamente a presença dos médicos residentes tem um impacto ainda maior que a ampliação da oferta dele: a melhoria da qualidade do serviço e uma preocupação com o monitoramento permanente dela.

Além disso, até 2018, será garantida a universalização do acesso à residência a todos os médicos formandos no ano anterior. Mais de 95% dessas vagas será em Medicina Geral de Família e Comunidade, residência na qual será obrigatória a formação de um ou dois anos a todos os médicos que queiram fazer outra especialidade diferente das nove citadas na Lei nº 12.871/2013.

Foi debatida neste livro a importante mudança no modelo de especialização médica no Brasil, quando este passará a exigir que um especialista em conjunto restrito de problemas de saúde tenha como base uma formação generalista

e uma especialização abrangente e integral. Isso ocorre pela lógica de universalização da residência em MGFC, pela novas DCN nos cursos de Medicina, mas também por efeitos dessas e outras medidas do PMM na formação médica. Até hoje o estudante no meio do curso, antes de desenvolver habilidades e atitudes necessárias à prática médica, já começa a se especializar precocemente. Cada vez mais se dedica ao estudo da especialidade que quer fazer ao concluir o curso e estuda para a prova da residência médica da especialidade que ele quer fazer e na instituição que ele pretende se formar. Em grande parte, é este percurso que orienta os conteúdos que os estudantes vão estudar ativamente, invertendo elementos essenciais da formação médica: em vez de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes de uma prática médica generalista ele desenvolve conhecimentos exclusivamente teóricos e dirigidos a uma especialidade e à resolução de provas de múltipla escolha de acesso a um programa de residência específico.

A lei ao exigir a criação da avaliação progressiva que deve aferir conhecimentos, habilidades e atitudes de uma prática médica generalista já orienta a formação e a preocupação do estudante durante a formação com esses conteúdos e práticas. Ao exigir que essa avaliação progressiva seja considerada na seleção dos programas de residência garante que coincida o aprendizado que é essencial a uma atenção de qualidade à população e ao sistema de saúde com aquele que será mais exigido no concurso da residência médica.

Assim, além de evitar a especialização precoce e o preparo exclusivamente teórico dos estudantes de Medicina, as mudanças proporcionarão a ele uma formação generalista com aquisição de competências concretas necessárias à atuação de um médico. Já contando com uma formação melhor, os médicos farão ainda um ou dois anos de Medicina Geral de Família e Comunidade que qualificará a formação e ampliará o repertório de competências para a resolução de mais de 80% dos problemas de saúde apresentados por pessoas de ambos os sexos e todos os ciclos de vida. Aqueles que ainda assim quiserem fazer outras especializações e subespecializações não serão mais um profissional sem experiência prática prévia e sem conhecimento integral do sujeito, serão *expert* em sua especialidade e com boa formação geral que lhe permite resolver situações fora de sua especialização focal.

Por fim, com a implantação do Cadastro Nacional de Especialistas no segundo semestre de 2018 e com a orientação e o planejamento da oferta de residências precisamente nas especialidades que cada região de saúde tem necessidade, teremos pela primeira vez a possibilidade de caminhar para a superação da carência de médicos em cada especialidade e região de saúde do País.

No contexto internacional, o Mais Médicos propõe a institucionalização de um novo ciclo de reformas no âmbito da educação médica brasileira, no que condiz à graduação e à residência médica, integrando estes processos com as políticas de educação permanente estabelecidas no contexto do SUS. Nesse sentido, traz um marco regulamentar importante que aponta a integração do ensino médico brasileiro às mudanças na educação médica mundial. Segundo Frenk et al. (2010)³⁴, o mundo vive no momento um ciclo de ensino médico baseado em sistemas, onde deve haver uma articulação interdependente entre os sistemas de Saúde e Educação, constituindo, assim, sistemas de saúde-escola capazes de trazer uma possibilidade de formação médica, baseada em competências, condizentes com os desafios que os profissionais terão em sua inserção no mundo do trabalho concreto.

Referências

¹GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O trabalho em Saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

²UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Sinais de mercado**: admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina. Belo Horizonte, 2011. (Censo da Educação Superior do INEP)

³PINTO, H. A.; SOUSA, A. N.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, out./2014.

⁴INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**: Saúde. Brasília, 2011.

⁵CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Estatística de médicos**: inscrições principais ativas. Brasília, 2012.

⁶IBGE. **Estimativas de população**. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

⁷CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Demografia Médica no Estado de São Paulo**. Coord. Mário Scheffer. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo : Conselho Federal de Medicina, 2012. (Suplemento da Demografia Médica no Brasil, 2011).

⁸SANTOS, L.; PINTO, H. **A saúde da família de cara nova**: a gestão interfederativa do SUS. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.

⁹GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

¹⁰UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Sinais de mercado: admissões por 1º emprego formal (RAIS/TEM) e egressos de medicina**. Belo Horizonte, 2011. (Censo da Educação Superior do INEP).

¹¹MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções**. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

¹²AARON, Y. et al. A Census of Actively Licensed Physicians in the United States. **Journal of Medical Regulation**, v. 99, n. 2, p. 11-24, 2012.

¹³SANTOS, L.; PINTO, H. **A saúde da família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.

¹⁴PINTO, L.; TAVARES-NETO, J. **Busca pelo cuidado à saúde em área urbana do nordeste do Brasil**. No Prelo.

¹⁵PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, p. 358-372, out. 2014.

¹⁶ARAÚJO, E.; MAEDA, A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries**. Washington, D.C.: World Bank, 2013.

¹⁷CHOPRA, M. et al. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **Lancet**, [S.l.], v. 371, p.668-674, 2008.

¹⁸VISCOMI, M.; LARKINS, S.; GUPTA, T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian Journal of Rural Medicine**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 13-23, 2013.

¹⁹OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 54, 2015.

²⁰GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

²¹MACIENTE, A. N.; NASCIMENTO, P. A. M.; ASSIS, L. R. S. As Ocupações de nível superior com maior ganho salarial entre 2009 e 2012. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Radar: Tecnologia, Produção e Comércio Exterior**, [S.l.], v. 27, p. 55-76, 2013.

²²ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Health at a Glance 2013**: OCDE Indicators, OCDE Publishing, 2013. Disponível em: <http://www.OCDE-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en>. Acesso em: 25 maio 2015.

²³UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Relatório Técnico de Projeto. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: em 25 maio 2015.

²⁴UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: UFMG,

2009. Relatório Técnico de Projeto. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.

²⁵FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; Londrina: Rede Unida, 2002.

²⁶HADDAD, A. E. et al. Educação médica no contexto da Política Nacional de Educação na Saúde. In: MARINS, J. J. N; REGO, S. **Educação médica:** gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p. 19-41.

²⁷UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde.** Belo Horizonte: UFMG, 2009. Relatório Técnico de Projeto. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.

²⁸SEIXAS, P. H. D. A.; CORRÊA, A. N.; MORAES, J. C. **Migramed – Migração médica no Brasil:** tendências e motivações. São Paulo: ObservaRHSP, 2009. Disponível em: <http://observarhsp.org.br/Eventos/Abrasco%202009/poster_ABRASCO2009_Aniara_27_10_2009.pdf>. Acesso em: 25 junho 2015.

²⁹BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial /MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 1 jul. 2015.

³⁰BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

³¹BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui diretrizes curriculares

nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras Providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=20138&Itemid=866>. Acesso em: 6 jul. 2015.

³²ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**. 2015. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

³³OLIVEIRA, F. P. et al. **Mais Médicos**: um programa brasileiro em perspectiva internacional. **Interface** – Saúde, Educação, Comunicação, Botucatu, v. 19, p. 54, 2015.

³⁴FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, [S.l.], v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, Dez. 2010.

Anexo A -
Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.

Conversão da Medida
Provisória nº 621, de 2013
Mensagem de veto

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.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

- a) atenção básica;
- b) urgência e emergência;
- c) atenção psicossocial;
- d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto, respectivamente, no [art. 56](#) e no [inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#).

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

- a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatorios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;
- b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;
- c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;
- d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

- a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;
- b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;
- c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

CAPÍTULO III

DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a [Lei nº 6.932, de 7 de](#)

julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e

II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:

- a) Genética Médica;
- b) Medicina do Tráfego;
- c) Medicina do Trabalho;
- d) Medicina Esportiva;
- e) Medicina Física e Reabilitação;
- f) Medicina Legal;
- g) Medicina Nuclear;
- h) Patologia; e
- i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

I - Medicina Interna (Clínica Médica);

II - Pediatria;

III - Ginecologia e Obstetrícia;

IV - Cirurgia Geral;

V - Psiquiatria;

VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo

e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§ 1º É instituída avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela CNRM.

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino.

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato do Ministério da Educação, ouvidos a CNRM e o Ministério da Saúde.

Seção Única

Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários

Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

I - garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; e

II - outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica.

§ 3º Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária

mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo, e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do [§ 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996](#). [\(Vide Decreto nº 8.126, de 2013\)](#)

§ 1º (VETADO).

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o [art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957](#).

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os [arts. 30, 31 e 33 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980](#), ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

- I - bolsa-formação;
- II - bolsa-supervisão; e
- III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 20. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da [Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#).

Parágrafo único. São ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

- I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou
- II - filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 21. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Lei e nas normas complementares:

- I - advertência;
- II - suspensão; e
- III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a

natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do Programa implicará o cancelamento do registro único no Ministério da Saúde e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao CRM e ao Ministério da Justiça.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o [art. 2º da Lei no 6.932, de 1981](#).

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista no edital do processo seletivo referido no § 2º deste artigo.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos projetos e programas de que trata o caput.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Para execução das ações previstas nesta Lei, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 24. São transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas (FCTs),

criadas pelo [art. 58 da Medida Provisória no 2.229-43, de 6 de setembro de 2001](#), do nível FCT-13, em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS), sendo 2 (dois) DAS-5 e 8 (oito) DAS-4.

Art. 25. São os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 26. São a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) autorizados a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a [Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011](#).

Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o [§ 4º do art. 12 da Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012](#), a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no SUS, na área de docência do professor, a preceptoria de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem a formação de preceptores de residência médica.

Art. 28. Os médicos participantes e seus dependentes legais são isentos do pagamento das taxas e dos emolumentos previstos nos [arts. 20, 33 e 131 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980](#), e no [Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985](#).

Art. 29. Para os efeitos do [art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995](#), os valores percebidos a título de bolsa previstos nesta Lei e na [Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005](#), não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRMs.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde

com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Art. 31. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 32. A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do [art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995](#), na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e de tutor acadêmico prevista nos incisos II e III do art. 15.

Art. 33. A Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º

.....”

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

.....” (NR)

“Art. 4º

.....

IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas “h” e “l” do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

„.....

Parágrafo único.

.....

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

.....” (NR)

Art. 34. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º, 4º e 5º:

“Art. 1º

.....
§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.” (NR)

Art. 35. As entidades ou as associações médicas que até a data de publicação desta Lei ofertam cursos de especialização não caracterizados como Residência Médica encaminharão as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 22 de outubro de 2013; 192ª da Independência e 125ª da República.

DILMA ROUSSEFF

Aloizio Mercadante

Alexandre Rocha Santos Padilha

Miriam Belchior

Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.10.2013

ISBN 978-85-334-2284-1



9 788533 422841

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA