

Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca

Challenges for the expansion of residency programmes in Family and Community Medicine: the carioca knowhow

Retos para la expansión de programas de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria: la experiencia carioca

José Carlos Prado Jr. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jcpradojr@gmail.com



José Carlos Prado Jr é atualmente o subsecretário geral de saúde do município do Rio de Janeiro e o idealizador do primeiro programa de residência em Medicina de Família e Comunidade vinculado a uma secretaria municipal de saúde, na cidade do Rio. Implementado em 2011, o PRMFC é uma das estratégias para expandir, fortalecer e qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Rio de Janeiro. Inicialmente o PRMFC ofertou 60 vagas, porém, em 2014, a SMS-RIO percebeu a necessidade de expandir o número de vagas ofertadas para 100, apesar de, historicamente, a especialidade enfrentar desafios para o preenchimento das vagas de residência ofertadas a nível nacional. Nesta entrevista a RBMFC explora como a gestão municipal vem conseguindo preencher esse expressivo número de postos de treinamento em MFC.

A presente entrevista foi concedida à equipe da RBMFC via e-mail em 14/03/2015.

“Uma questão crucial é assumir, como fizemos no Rio de Janeiro, que formar MFCs é um foco e deve ser uma decisão do gestor. Para tanto, investir na formação de MFCs não é somente um dever do ministério da saúde, mas de todo gestor de municípios de médio e grande porte.”

RBMFC: *Qual a importância do programa de residência em MFC para um município do porte do Rio de Janeiro?*

José Carlos Prado Jr: o Município do Rio de Janeiro (MRJ) está vivendo uma reforma da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciada no ano de 2009. Em quatro anos a cobertura da APS passou de 3,5% para 42%, correspondendo a mais de 2,5 milhões de cariocas incluídos na Estratégia Saúde de Família (ESF). Atualmente a cobertura está em 48% e até o final de 2016 haverá a segunda onda de expansão, quando o município alcançará a meta de 70% de cobertura. Para que seja possível chegar às 1.500 Equipes de Saúde da Família, não há outro modo senão formar o maior número possível de médicos de família e com a melhor qualidade possível.

O programa de residência em MFC (PRMFC) é hoje a ação mais estruturante na Reforma da APS do Rio de Janeiro. Não basta aumentar o número de equipes de saúde da família se não tiver profissionais resolutivos e com boa formação em atenção primária. Atualmente, 12% das ESF são formadas por residentes e preceptores do programa de residência em MFC. Nessas equipes é oferecida uma carteira de serviços abrangente que inclui atendimento individual, atendimento coletivo, procedimentos, tais como inserção de DIU, pequenas cirurgias, biópsias, assim como todos os residentes fazem o curso *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)* e recebem treinamento específico em emergências clínicas e pediátricas e em obstetrícia.

Até 2010 o município voltou sua atenção para tentar atrair o maior número possível de médicos de outras localidades do país, o que é insustentável a longo prazo. Desde 2012 estamos formando os médicos de família no Rio de Janeiro e a grande maioria acaba ficando na APS do próprio município, geralmente em unidades próximas onde fizeram seu treinamento, o que faz com que, aos poucos, as equipes da ESF sejam ocupadas por médicos de família com formação adequada para a APS.

RBMFC: *Quais os principais pontos que norteiam a decisão de formar médicos com especialização em MFC para o município do Rio de Janeiro?*

José Carlos Prado Jr: ter o gestor convencido de que a formação em MFC é o caminho. Acho que tudo começa com os gestores querendo formar MFCs. No MRJ o ex-subsecretário de Atenção Primária e atual secretário municipal de saúde, Dr. Daniel Soranz, que é médico de família, ofereceu todas as condições para que fosse possível a criação e ampliação do programa. Daí o convencimento dos demais gestores, desde as coordenações de área, diretores e gerentes de unidades de saúde, ocorreu com o tempo. Abaixo destaco algumas das estratégias adotadas:

- a) **Fortalecer todos os programas já existentes:** o MRJ contava, em 2010, com três programas de residência, o da UERJ (10 vagas anuais), UFRJ (4 vagas) e ENSP (2 vagas). Todos os programas eram muito tradicionais e com grande qualidade na formação. O programa da UERJ é um dos mais antigos do país, se não o mais antigo. Então, a primeira medida foi a de, simultaneamente, investir nesses programas já existentes no sentido de fortalecê-los.
- b) **Distribuição dos programas no território do município:** as áreas docente-assistenciais de cada universidade são bem delimitadas em nosso município. Como o programa da SMS foi o mais recente a ser implantado, acabou assumindo áreas que não eram de abrangência das universidades;
- c) **Mapeamento dos possíveis preceptores:** em 2011 mapeamos 25 preceptores possíveis para o programa da SMS. Para tanto, foram levantados todos os MFCs com residência, como primeira opção, depois os titulados e por último os tituláveis, de acordo com as diretrizes da SBMFC. A partir do número de preceptores disponível e da relação entre residentes/preceptores foi determinado o número de vagas a serem oferecidas;
- d) **Mapeamento das clínicas da família:** essa foi talvez a etapa mais difícil. Buscou-se contemplar as melhores unidades em termos de número de consultórios por ESF, localização e ambiência, mas o fator determinante foi a possibilidade de remanejamento de preceptores. Para tanto, a preferência era para as unidades onde os preceptores já estavam atuando. Uma estratégia que adotamos para minimizar a instabilidade quando se inicia um programa de residência em uma nova unidade foi a inserção dos preceptores pelo menos um mês antes da chegada dos residentes;
- e) **Relação dos residentes/preceptores:** outra questão foi a viabilidade econômica. Ao se desenhar um programa de residência este deve ser viável e sustentável. Talvez a proporção mais adequada fosse um preceptor para cada residente, mas essa alternativa pode não ser sustentável economicamente e demanda muitos preceptores. O desenho que adotamos inicialmente foi o de um preceptor para cada duas equipes da ESF (um residente R1 em cada ESF). Nesse modelo o

preceptor não atende sozinho em uma equipe. Foi o que era possível na época. No ano seguinte ajustamos para um R1 e um R2 em cada ESF, estabelecendo uma relação preceptor/residente de um para quatro.

- f) **Criação de COREME própria:** essa medida foi de extrema importância para a autonomia na tomada de decisões e para trabalhar as questões que são particulares para o programa de residência em MFC;
- g) **Estratégias de ocupação das vagas:** sem residentes, não há programa de residência. Não basta oferecer as vagas se não houver monitoramento da ocupação e adoção de estratégias de ocupação, tais como divulgação, estágios acadêmicos de alunos de medicina, criação de ligas de MFC nas universidades, e cuidado no processo seletivo;
- h) **Estágios secundários:** no primeiro ano da residência da SMS (2012) tentamos alguns estágios que não foram bem avaliados pelos residentes, como estágios em CAPS e em uma UPA. Somente no 2º ano de funcionamento da residência é que conseguimos estruturar os estágios secundários. Atualmente, os residentes passam pelas melhores unidades de emergência e de maternidade. Selecionamos unidades novas e com bom quadro de preceptores;
- i) **Treinamento de preceptores:** pensar em uma estratégia de uniformização pedagógica com os preceptores foi um passo importante dentro do programa.

RBMFC: *Quais os desafios para um programa de residência em MFC quando o município amplia seus serviços de APS com tamanha velocidade e grandes proporções?*

José Carlos Prado Jr: um grande desafio para o programa de residência, especialmente um programa novo, é conseguir uma integração em uma rede assistencial tão dinâmica. Uma das características dos programas de residência em MFC em nosso município é que eles estão inseridos no “mundo real”. Não há nenhum ambiente diferenciado para a residência em termos de metas qualitativas, número de população adscrita a cada equipe e número de pessoas atendidas. É regra básica para todas as equipes no município e essa regra se aplica àquelas equipes com residência que devem dar conta da população pela qual são responsáveis, colocando em prática os princípios de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade. Assim, todas as equipes do município fazem a gestão da sua agenda e devem oferecer a mesma carteira de serviços de atenção primária. Aquelas equipes com residência podem ir além e oferecer uma APS um pouco mais abrangente.

Como houve rápida expansão de equipes de ESF no município nos últimos seis anos, o desafio para a APS é o amadurecimento e a consolidação dessa reforma. Para as equipes que fazem parte dos programas de residência o desafio é maior, pois devem se adaptar a toda essa dinâmica buscando um equilíbrio entre a formação, a necessidade de oferecer acesso aos serviços de saúde e conseguir bons resultados clínicos. Qualquer residente formado hoje no município é capaz de trabalhar em praticamente qualquer lugar desse país, pois têm uma formação muito completa e resolutiva.

RBMFC: *Nesse período de existência do PRMFC-RIO já existe algum dado demonstrando os benefícios decorrentes de sua implantação? Quais?*

José Carlos Prado Jr: penso que o principal resultado é o fato de formar médicos de família que acabam permanecendo no próprio município após o término da residência. Esse é o principal legado dos programas de residência. Alguns resultados podem ser vistos mais imediatamente e outros vão demorar mais alguns anos para começarem a ser evidenciados.

É possível perceber, desde o início do programa de residência, uma ampliação importante no acesso aos serviços de saúde. As equipes com residência passaram a oferecer mais ações do que a carteira de serviços da APS e passaram a estar mais disponíveis para resolver os problemas das pessoas. Era de se esperar um fenômeno típico de programas de residência que se ‘fecham para si próprios’, delimitando algumas ações e restringindo acesso em nome da ‘formação de qualidade’. Entretanto, desde o seu início, percebemos que formar residentes com qualidade é formar no mundo real, com as demandas reais da população. Quando comparamos a média de atendimento de equipes com e sem residência percebemos que as equipes com residência atendem mais pacientes do que a média de atendimentos médicos no município. Em geral, as equipes com médicos de família obtêm melhor desempenho clínico nos indicadores que são medidos mensalmente através dos prontuários eletrônicos. Em áreas onde temos 100% de cobertura de saúde da família, como na Rocinha, fica evidente a redução na procura pela UPA, mostrando também uma resolutividade para situações de urgência.

Desde 2010, nenhum médico especialista focal pode encaminhar diretamente para outro especialista ou solicitar exames que não seja agendado através da unidade de APS responsável pelo paciente. Utilizamos a coordenação de cuidado a partir da APS como uma regra na regulação da média e alta complexidade. Todos os 1.400 médicos de atenção primária são solicitantes no Sistema de Regulação (SISREG) e cada unidade de APS faz a regulação de suas próprias consultas. Com isso, cada um tem sua parcela de responsabilidade nesse sistema. É claro que essa coordenação do cuidado se dá de forma diferente entre as equipes. Naquelas onde temos residência em MFC isso fica muito mais evidente. Esses médicos são mais proativos e evitam que os pacientes cheguem de forma desnecessária ao especialista focal. São, portanto, muito mais resolutivos encaminhando aos especialistas somente os casos em que eles farão a diferença.

Fizemos um estudo recente analisando o uso racional de solicitação de exames laboratoriais. As equipes com residência em MFC solicitam em média três vezes menos exames que as demais.

Um resultado indireto é que a cada ano os gestores locais e regionais querem cada vez mais equipes com residentes e egressos da residência em MFC. Portanto, todos os egressos até hoje tiveram boas opções de emprego.

RBMFC: *Como induzir um jovem médico recém-formado a optar por se especializar em MFC?*

José Carlos Prado Jr: a única forma de induzir um médico recém-formado a se especializar em MFC é que ele perceba que a especialidade pode ser interessante como sua profissão ao longo de sua vida. Uma forma importante de indução é que ele seja exposto precocemente à APS e que esta experiência seja boa para ele. Por isso temos a preocupação, desde 2009, em oferecer aos alunos de graduação em medicina os melhores campos de estágio, sempre com os melhores preceptores.

Quando o aluno percebe que o médico preceptor é “bem sucedido”, sendo feliz no que faz, tendo um bom salário, boa qualidade de vida, boas condições de trabalho, que é bom clinicamente, resolve a maioria dos problemas de sua população e é respeitado e valorizado, aumenta muito as chances desse aluno querer isso para sua vida. Muitas das escolhas que fazemos na faculdade se dão por experiências na família ou círculo de amigos ou durante a própria faculdade, com algum professor com o qual o aluno se identifica.

O Rio de Janeiro (e cidades próximas) é um importante polo formador de médicos, com grande quantidade de alunos graduados a cada ano. Procuramos oferecer as mesmas condições para que todas as universidades públicas e privadas estimulem seus alunos a passarem uma boa vivência na APS. Isso tem se mostrado um importante indutor na escolha da residência em MFC, por esses jovens.

A SMS Rio oferece há muitos anos um estágio remunerado extracurricular na área hospitalar e desde 2010 abrimos vagas para a APS. A cada ano a procura por esse estágio na APS vem aumentando gradativamente. Neste ano oferecemos 242 vagas para acadêmicos bolsistas da APS para as quais concorreram 490 candidatos inscritos no concurso. Pelo menos 60 dos candidatos não aprovados farão estágio não remunerado. Além disso, várias universidades têm estágios obrigatórios em nossas unidades de saúde. Ao todo são mais de 1.000 alunos de medicina que vivenciam a APS como campo de prática ao longo do ano. Como resultado prático, foram criadas seis ligas acadêmicas de MFC nos últimos três anos.

RBMFC: *O Rio de Janeiro ampliou para 100 o número de vagas de residência em MFC em 2014, o que muitos viam como um grande desafio para seu preenchimento. Quais estratégias vocês adotaram para atrair e preencher esse expressivo número de vagas?*

José Carlos Prado Jr: o aumento no número de vagas oferecidas faz parte de um planejamento coerente com a expansão do número de equipes de ESF no Município, quando chegaremos, ao final de 2016, próximo a 1.500 equipes. Para tanto, esse trabalho de estímulo à formação em MFC teve início em 2010. Desde esse ano buscou-se oferecer as mesmas condições para todos os programas existentes (UERJ, UFRJ, ENSP). A estratégia inicial era expandir o número de vagas a partir desses programas. Isso só foi possível em 2012 quando a UERJ passou de 10 para 30 vagas anuais. Na sequência, em 2013, a UFRJ/ENSP passou de seis para 12 vagas e, em 2015, a UERJ passou de 30 para 40 vagas. Porém, esse aumento no número de vagas ofertadas ainda não era suficiente para que houvesse impacto em um município de 6,3 milhões de habitantes.

É importante destacar aqui que até 2011 havia 16 vagas de R1 no Município do Rio como um todo e em 2012 o número de vagas passou para 98. Já em 2014 foram 142 vagas e em 2015 foram 152 vagas, com previsão de lotação de quase todas as vagas. Portanto, todos os programas de residência aumentaram a taxa de ocupação ano após ano mesmo havendo um crescimento no número de vagas oferecidas.

Outro ponto importante é que todos os programas de residência têm as mesmas condições que são oferecidas pela secretaria de saúde. São oferecidas as melhores unidades de saúde como campo docente-assistencial, a SMS complementa a bolsa de residência de todos os programas, além de pagar o salário e bolsa dos preceptores. Isso é importante, pois se assim não o fosse, provavelmente haveria o enfraquecimento desproporcional desses programas.

A condição para que isso acontecesse é que os programas de residência passassem a integrar as equipes de saúde da família do município, fazendo parte da rede assistencial, o que de certa forma contribuiu para que fosse possível essa expansão nos programas das universidades. Foram várias as estratégias para conseguir aumentar a ocupação das vagas oferecidas:

- a) **Complementação da bolsa:** certamente essa foi a medida mais efetiva para o preenchimento das vagas. Os alunos que até então optavam por trabalhar por um ou dois anos para depois escolherem alguma residência passaram a ter uma opção de serem remunerados e fazerem residência médica. Para o ano de 2015 aumentamos o valor da bolsa para R\$10.000,00 mensais a fim de concorrer com o PROVAB e para que seja possível que os médicos que já atuam no município, mas que não tiveram a oportunidade de fazer uma residência possam ingressar no programa sem grandes perdas salariais;
- b) **Vivência dos acadêmicos na atenção primária:** com a mudança curricular das faculdades de medicina, estas passaram a buscar a APS como campo de estágio. Desde 2009 a SMS do Rio desburocratizou a inserção dos alunos de medicina na rede de APS, identificando as melhores unidades de saúde e os melhores preceptores. Dessa forma, muitos candidatos à residência fazem prova para MFC de forma consciente, pois desejam se tornar médicos de família.
- c) **Boa avaliação do programa de residência:** caso o programa de residência não seja bom ou não seja bem avaliado, a tendência é que os alunos deixem de ingressar, independente da complementação da bolsa. A cada ano há uma melhora da qualidade da residência e a cada ano mais pessoas recomendam que seus colegas façam o programa. Algumas induções contribuem, por exemplo, estágios no exterior, curso ACLS, bons campos de prática nos estágios secundários, compra de equipamentos para a residência (eletrocautério, criocautério, etc), assim como matriciamento em psiquiatria e dermatologia;
- d) **Planejamento do processo seletivo:** desde o primeiro processo seletivo da SMS, em 2011, utilizamos a estratégia de separar os bancos de candidatos das residências de especialidades hospitalares do banco de MFC. Apesar de ser um mesmo processo seletivo, as questões para MFC são elaboradas por médicos de família e procuram abordar questões que refletem o dia a dia de um MFC, utilizando as referências bibliográficas mais adequadas para a APS como o Livro Medicina Ambulatorial (Duncan) e o Tratado de Medicina de Família (Lopes e Gusso). Além disso, os candidatos para os programas de áreas hospitalares podem optar pelas vagas ociosas de MFC na reclassificação, mas o contrário não é possível. Para um melhor aproveitamento dos candidatos, realizamos dois processos seletivos em momentos distintos, o primeiro para residentes com entrada no início de março e o segundo com entrada até o último dia regulamentado pela CNRM, que costuma ser no início de abril. Isso permite que haja mais tempo de divulgação e nova oportunidade para os alunos ingressarem;
- e) **Divulgação:** todo o processo seletivo recebe ampla divulgação nos jornais de grande circulação nacional e para este ano houve divulgação nas revistas TAM e Gol no mês de dezembro. A divulgação é feita ainda nas universidades, em todas as turmas de internato. No ano de 2015 a divulgação nas redes sociais se mostrou bastante efetiva, com muita receptividade dos alunos do país inteiro mostrando que é possível a lotação em todos os programas de residência do país.
- f) **Não adesão ao PROVAB:** no ano de 2014 a adesão pelo município ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) contribuiu para uma diminuição na taxa de ocupação da residência em MFC. Em 2015, como resultado da não adesão, houve um número expressivo de candidatos chegando a um total de 638 candidatos para o programa da SMS (sem considerar os outros programas de residência). A partir desse conjunto de medidas em 2015 teremos, provavelmente, 100% das 100 vagas de R1 do programa de residência da SMS preenchidas. O mesmo se dará com os demais programas das universidades.

RBMFC: *Em sua opinião, em que medida o PROVAB afeta o preenchimento das vagas dos programas de residência em MFC?*

José Carlos Prado Jr: o PROVAB afeta diretamente o preenchimento das vagas de MFC. Talvez para os programas com até seis vagas esse impacto não seja tão evidente, mas para programas com maior número de vagas o PROVAB começa a competir diretamente. Em nosso município pudemos constatar isso na prática. Desde 2012 o número absoluto de residentes e a taxa de ocupação vinham aumentando gradativamente ano a ano (Tabela 1). Esse fenômeno aconteceu nos quatro programas de residência do município. Isso nos motivou a aumentar de 60 para 100 vagas anuais, a partir de 2014, na SMS Rio.

Tabela 1. Evolução do número de inscritos e ocupação do programa de residência em Medicina de Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2012 - 2015.

	2012	2013	2014	2015
Inscritos (2 processos seletivos)	155 (117+38)	157 (140+17)	193 (176+17)	638 (173+465)
Vagas	60	60	100	100
Candidatos/vaga	2,58	2,61	1,93	6,38
Ocupação	45 (75%)	59 (98%)	44 (44%)	

Fonte: SMS - Rio

Em 2013 o município fez a adesão às 17 vagas do PROVAB. Em 2014 fizemos adesão às mesmas 17 vagas, porém o Ministério da Saúde alocou 250 inscritos no PROVAB. Isso resultou no menor preenchimento de vagas do PRMFC com 44 residentes das 100 vagas, o que é menos do que na primeira edição do PRMFC, em 2012. Esse fato coincidiu com o ano em que aumentamos o número de vagas ofertadas pelo PRMFC de 60 para 100.

Para entender o fenômeno, realizamos uma análise junto aos alunos do PROVAB sobre a motivação dos mesmos ao programa. Muitos desses alunos não tinham certeza do que queriam, pois gostavam um pouco de cada área. Decidiram fazer o PROVAB porque trabalhavam apenas 32 horas semanais, ganhavam bolsa líquida de R\$10.000,00 por mês e ainda poderiam ao final de um ano ganhar 10% na nota para concorrerem a uma residência que ainda tinham dúvidas sobre qual seria. Outros alunos estavam convictos em fazer residência em uma especialidade muito concorrida (como cirurgia plástica, radiologia, oftalmologia, etc) e estavam ali pelos 10% na nota da residência. Esses alunos provavelmente se submetem a quaisquer condições de trabalho por um ano para conseguir esse diferencial. Muitos deles já tinham tentado ingressar na residência pretendida e não conseguiram.

Portanto, o PROVAB acaba concorrendo diretamente com os programas de residência em MFC, justamente naqueles casos onde os alunos tem algum perfil para APS e estão em dúvida sobre o que fazer. Acaba sendo um clássico: o aluno que passa a faculdade inteira gostando de quase todos os estágios que faz (gineco-obstetrícia, pediatria, clínica, cirurgia, infecto, etc) acaba optando pelo PROVAB. Como não há vagas de residência para todos os egressos dos cursos de medicina, é muito comum os alunos que se formam trabalharem por um ano enquanto se preparam para fazerem a prova de residência no ano seguinte. É também uma oportunidade para capitalizarem monetariamente. Hoje em dia, esses alunos acabam se interessando em fazer o PROVAB quando poderiam estar cursando uma residência em MFC.

Por entender que o melhor investimento na formação é por meio de Residência Médica, a SMS Rio não aderiu ao PROVAB em 2015, a exemplo de outros municípios como Florianópolis-SC. O resultado dessa iniciativa foi que, para o segundo processo seletivo, quando houve a divulgação da não adesão ao PROVAB, houve 465 inscritos para as 65 vagas remanescentes.

RBMFC: *Em seu ponto de vista, quais os potenciais efeitos negativos para os recém-formados que iniciam sua vida profissional via PROVAB em vez de começarem sua carreira por meio de um programa de residência.*

José Carlos Prado Jr: em nosso país é fato que as universidades não formam os alunos de maneira suficiente para que possam ingressar diretamente no mercado de trabalho. O recém-formado acaba sendo um tanto inseguro nas tomadas de decisões e algumas condutas inadequadas podem agravar ainda mais a situação.

Outro ponto importante é que, geralmente, os alunos entram na faculdade em sua maioria sabendo qual especialidade vão escolher e isso faz com que, muito cedo, comecem a frequentar os estágios daquela especialidade, fazerem trabalhos científicos ou participarem de congressos e seminários voltados para aquela especialidade, pois pode ser um diferencial para as especialidades mais concorridas.

O efeito prático disso é que grande parte dos alunos recém-formados são inseguros e não são treinados a serem generalistas. Muitos odeiam atender crianças, outros não suportam fazer pré-natal e alguns não gostam de sequer conversar com pacientes, pois farão alguma especialidade como radiologia ou anatomia patológica, por exemplo.

A cada ano o PROVAB vem sendo o diferencial (assim como cursos preparatórios para residência médica) entre ser aprovado ou reprovado em vagas de residência disputadas (como oftalmologia, cirurgia plástica ou radiologia). Então, via de regra, os alunos que se submetem ao PROVAB não estão ali porque querem ou gostam da APS.

Geralmente as vagas do PROVAB são para equipes menos procuradas, por isso justamente é que estão vagas, pois nenhum médico concursado ou contratado se dispôs a ocupar essas vagas. No caso do Rio de Janeiro e região metropolitana, por exemplo, essas vagas são aquelas de difícil provimento, muitas delas com situações de violência e vulnerabilidade social extrema, o que demandaria os melhores e mais experientes médicos de família para atuar de forma equitativa.

Uma das características do PROVAB é que os médicos recém-formados não recebem supervisão diária, como acontece na residência médica. Em geral, recebem supervisão presencial uma vez ao mês.

Portanto, temos de um lado um profissional recém-formado, geralmente malformado e inseguro e que não está ali porque gosta ou quer, mas que se submete a trabalhar em unidades que ninguém mais quis e sem supervisão diária. Isso pode resultar em uma experiência catastrófica para esse jovem profissional ao mesmo tempo em que expõe, desnecessariamente, ao risco a população sob o cuidado desse profissional. Quem teve a experiência de acompanhar os médicos do PROVAB sabe a dificuldade que é o desligamento de um profissional, salvo em condições extremas.

Ao contrário, no Programa de Residência em MFC, são selecionadas as melhores equipes e as melhores unidades de saúde como campos de estágio, os residentes têm preceptoría durante todo o tempo, os preceptores são os melhores médicos de família do município, os residentes treinam habilidades específicas como pequenos procedimentos, assistência ao parto, bem como aos residentes são disponibilizados equipamentos para realizarem uma APS mais abrangente, tais como oxímetro digital, *peak flow*, eletrocautério, criocautério, dentre outros. Além disso, como mencionado anteriormente, todos fazem o curso ACLS, estágios em emergências clínicas, emergências pediátricas e maternidade, além de poderem optar em fazer estágio eletivo no exterior por um mês.

Por fim, enquanto os alunos do PROVAB, via de regra, não gostam ou não querem estar na APS e são expostos a uma experiência que não favorece que tenham outra percepção ou que treinem habilidades de um MFC tendo esse profissional por perto, aqueles que ingressam na residência em MFC têm alguma sensibilidade e interesse pela APS, tanto é que fizeram a prova para esta especialidade e terão uma ótima experiência nos próximos dois anos. Seguramente, a chance do aluno que ingressou na residência em MFC é infinitamente maior de que continue na APS. Aquele que fez PROVAB e continuou, apesar das adversidades que um recém-formado enfrenta no início, este aluno perdeu a oportunidade de ter feito residência em MFC e pode ter sua formação prejudicada.

RBMFC: *Como medida para estimular os programas de residência em MFC, o ministério da saúde introduziu pontuação para os médicos que desejam fazer outra especialidade médica no futuro. O que você pensa disso?*

José Carlos Prado Jr: o efeito dessa medida somente poderemos avaliar no futuro. Penso que, diante das possibilidades, esta foi uma decisão acertada. Essa medida foi anunciada quando estávamos no meio do 2º processo seletivo para a residência, em 2015. Haviam se inscrito 173 candidatos no 1º processo seletivo (antes dessa medida) e pelo menos mais 235 candidatos do 2º processo seletivo. Portanto, o que temos de certeza é que dos 638 candidatos que se inscreveram no programa de residência da SMS-Rio pelo menos 2/3 o fizeram antes de saberem que haveria essa pontuação. No entanto, não sabemos quantos desses 100 residentes farão outra residência no futuro. O fato é que qualquer decisão traz reflexos positivos e negativos. Nossa função é tentar potencializar os positivos. De concreto temos que é uma medida que contribuirá muito para aumentar a procura pelos programas de residência em MFC pelo país.

RBMFC: *Quais estratégias o MS poderia adotar para estimular a formação em MFC a nível nacional?*

José Carlos Prado Jr: basta ver as estatísticas de número de vagas oferecidas por especialidade e taxa de ocupação para constatar rapidamente alguns pontos interessantes. Aproximadamente 30% das quase 1.200 vagas de residência para MFC são ocupadas em nosso país e dessas, mais de 1/3 dos residentes estão no Rio de Janeiro. Portanto: a) não faltam preceptores em MFC atualmente, senão essas vagas de residência não teriam sido oferecidas, ou seja, faltam alunos interessados em fazer residência em MFC. Alguns municípios conseguem ter uma taxa de ocupação melhor e essas experiências devem ser observadas e seguidas. O Rio de Janeiro está mostrando para os demais municípios do país que é possível formar em grande quantidade, com muita qualidade e sem aumentar muito o investimento.

Quando comparamos o Brasil com outros países nos deparamos com uma realidade diversa da que tem sido observada no país. Países que têm os melhores indicadores de saúde têm uma APS muito forte e coordenadora do cuidado com pelo menos 50% dos médicos com formação em MFC. Essa opção na reforma da APS se deu em momentos diferentes em países como Canadá, Portugal, Inglaterra, Espanha, mas todos iniciaram há mais de 10 anos.

Portanto é necessário que haja induções muito fortes na formação de MFC no Brasil, uma vez que há 39.308 equipes de ESF no país, o que corresponde a 62,54% da população coberta. Uma questão crucial é assumir, como fizemos no Rio de Janeiro, que formar MFCs é um foco e deve ser uma decisão do gestor. Para tanto, investir na formação de MFCs não é somente um dever do ministério da saúde, mas de todo gestor de municípios de médio e grande porte. Por outro lado, para que haja indução nesses municípios é importante uma sinalização muito assertiva por parte do Ministério da Saúde que não pode ter dúvidas quanto a isso e deve deixar claro que esta é a melhor opção.

Em segundo lugar, não basta formar qualquer médico de família. As perguntas devem ser: qual o padrão que queremos formar, a que tempo e em que quantidade? Considerando que cada médico de família preceptor forma quatro residentes em dois anos, caso o MS tivesse feito essa opção, há dois anos atrás, quando criou a lei do Mais Médicos, estaríamos formando esses profissionais em progressão geométrica.

No ano de 2015 foram mais de 15.000 inscritos no programa Mais Médicos no país inteiro (nesse ano o PROVAB e o Mais Médicos foram fundidos em Mais Médicos), sendo que mais de 14.000 se inscreveram em busca dos 10% (equivalente ao PROVAB). Esse é um fenômeno que aumenta ano a ano, assim como cursos preparatórios para residência que se tornam pré-requisito para entrar em uma residência concorrida. Para os 14.000 interessados foram oferecidas apenas um pouco mais de 4.000 vagas.

Caso o MS tivesse reservado 1.200 vagas do Mais Médicos (pagando R\$10.000,00 de bolsa mensal) para programas de Residência em MFC (Mais Médicos – Residência) poderíamos ter construído o seguinte cenário: a) já teríamos os mesmos preceptores para os programas atuais que oferecem as 1.200 vagas; b) ocupariamos 100% das vagas desses programas de residência; c) teríamos candidatos com perfil para trabalharem na APS; d) fixariamos esses profissionais por dois anos e não somente por um ano, como atualmente; e) ao término da residência fixariamos uma outra equipe de saúde da família e haveria ocupação progressiva dessas equipes pelo país; e) seria possível quadruplicar a cada dois anos o número de vagas (cada residente formado poderia formar quatro outros), sem nenhum esforço de ampliação. ***Ou seja, os objetivos iniciais de provimento seriam mantidos, sem gastar nada a mais por isso e utilizando uma estratégia eficiente de formação de especialistas.***

Outras medidas que ainda precisam ser amadurecidas e estudadas seriam o impacto de se tornar a MFC pré-requisito para subespecialidades clínicas, a pontuação de 10% na prova de outras residências; a residência médica obrigatória; o aumento expressivo de vagas para residência em MFC; a regulação da quantidade de vagas para todas as especialidades por parte do MS.

RBMFC: *Há alguma mensagem que você gostaria de deixar para outros gestores municipais de saúde que pretendem iniciar um programa de residência via secretaria municipal de saúde?*

José Carlos Prado Jr: formar médicos de família deveria ser considerada uma obrigação de todo gestor de município de médio e grande portes. Essa ação é estruturante, possível e viável economicamente. É inegável o ganho que o país teve com a expansão da APS por meio da ESF. O preocupante é saber que quase metade das 39.308 equipes atualmente são compostas por médicos do programa “Mais Médicos” (14.462 vagas até 2014 e mais 4.146 vagas em 2015) e que mesmo assim as grandes metrópoles contam com 30% de equipes incompletas em média.

É possível a formação de MFCs em larga escala no Brasil inteiro. Em pouco tempo poderíamos ter um sistema de saúde comparável a países como Canadá, que é tão continental quanto o Brasil, mas que tem 90% de sua população coberta por Médicos de Família. A diferença é que para poder trabalhar como MFC no Canadá os médicos devem ter o título de especialista em MFC e por isso 55% dos médicos no país são MFCs. Ou seja, quem deve regular a formação é o Ministério da Saúde.

As evidências estão postas por toda a parte. Não há muito tempo na gestão para ficar reinventando a roda. Uma das coisas que mais nos orgulhamos no Rio de Janeiro é que não inventamos nada, mas sim estudamos as melhores experiências, os melhores modelos já testados e procuramos executar da melhor forma possível, sem perder o foco da APS.

A estruturação dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade no Município do Rio de Janeiro mostra que é possível replicar essa experiência em todo o país. Porém, os gestores devem estar convencidos e dispostos a viabilizar os meios para que isso aconteça.

Uma das coisas que aprendemos na gestão de saúde no Rio de Janeiro é que autonomia se conquista. Caso os programas de residência em MFC não fossem bem avaliados, certamente não teríamos a expansão e o fortalecimento que tivemos. Em poucos anos essa decisão que tomamos lá em 2010 terá sido estruturante e ajudará a consolidar toda a reforma da APS que o município do Rio de Janeiro vem vivenciando.

“É possível a formação de MFCs em larga escala no Brasil inteiro. Em pouco tempo poderíamos ter um sistema de saúde comparável a países como Canadá, que é tão continental quanto o Brasil, mas que tem 90% de sua população coberta por Médicos de Família. A diferença é que para poder trabalhar como MFC no Canadá os médicos devem ter o título de especialista em MFC e por isso 55% dos médicos no país são MFCs. Ou seja, quem deve regular a formação é o Ministério da Saúde.”

Sobre o entrevistado: José Carlos Prado Junior possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná UFPR (2001), residência em Medicina de Família e Comunidade pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná PUC-PR (2003), mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006), e doutorado em Saúde Coletiva em curso pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ (2014). Nos anos de 2009-2010 atuou como consultor técnico do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, Brasília-DF. Foi Superintendente de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2010-2014) e atualmente é Subsecretário Geral pela Secretaria Municipal de Saúde no mesmo município.