

A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil

Medical residency training: contributions for qualification and provision of physicians in Brazil

Entrenamiento en el modo de Residencia Médica: aportes para la cualificación y la prestación de servicios médicos en Brasil

Carla Baumvol Berger, Daniela Dallegrave, Eno Dias de Castro Filho, Renata Pekelman

Resumo

Objetivo: Apresenta-se uma experiência de implantação de programa de Residência Médica em âmbito nacional, tecendo-se considerações sobre algumas dificuldades encontradas durante o processo. **Métodos:** São expostos os conceitos de interiorização da formação, descentralização e desconcentração, problematizando-se os usos de cada um desses a partir da experiência relatada. **Resultados:** Alguns dos desafios percebidos apontam na direção de reorganizar a implantação de processos semelhantes para evitar a baixa ocupação de vagas de Residência Médica e qualificar o acompanhamento dos profissionais que se tornam preceptores. **Conclusão:** Entende-se que esta proposta contribui na qualificação e no provimento de médicos para o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Palavras-chave:

Educação Médica
Internato e Residência
Medicina de Família
e Comunidade

Abstract

Objective: This paper discusses medical residency training. The experience of implementing a national medical residency program is introduced and considerations about the issues that came across during this process are commented. **Methods:** Concepts about training internalization, decentralization and deconcentration, debating the meaning of these terms from the experience reported. **Results:** Some of the challenges perceived indicate the need to reorganize similar processes to overcome the low occupancy of places in medical residency and to enable skills for the follow up of preceptors-to-be. **Conclusion:** This innovation is a contribution for qualification and provision of physicians for the Brazilian Unified Health System.

Keywords:

Education, Medical
Internship and Residency
Family Practice

Resumen

Objetivo: El tema de ese artículo es la formación en la modalidad de residencia médica. Se presenta una experiencia de implementación de programa a nivel nacional, tejiendo algunas consideraciones sobre algunas dificultades encontradas durante el proceso. **Métodos:** Están expuestos los conceptos de la interiorización de la formación, descentralización y desconcentración problematizando sobre los usos de cada uno a partir de la experiencia reportada. **Resultados:** Algunos de los desafíos percibidos apuntan a la dirección de reorganizar la implantación de procesos similares para evitar la baja ocupación de vacantes de la residencia médica y cualificar el seguimiento de los profesionales que se convierten en preceptores. **Conclusión:** Se entiende que esa propuesta contribuye a la cualificación y a la provisión de médicos para el Sistema Único de Salud en Brasil.

Palabras clave:

Educación Médica
Internado y Residencia
Medicina Familiar
y Comunitaria

Como citar: Berger CB, Dallegrave D, Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1399](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1399)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
16111 (CEP/GHC), aprovado
em 31/08/2016.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 30/09/2016.
Aprovado em: 08/05/2017.

Introdução

Este relato de experiência aborda dimensões e desafios da Residência Médica na qualificação e no provimento de médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Foram problematizados os desafios da implantação de um programa de envergadura nacional para formação de médicos de família e comunidade na modalidade Residência Médica. A experiência articula elementos triviais e esperados na implantação de qualquer programa de formação, somados àqueles inusitados, advindos da desafiante tarefa de instituir processos formativos em locais distantes da instituição proponente. São apresentadas questões polêmicas acerca da temática. A instituição sediante é um hospital de ensino, de âmbito federal, não vinculado a instituições universitárias.

Inicialmente, é realizada uma contextualização da temática: por que o Brasil precisa de mais médicos de família e comunidade? Nessa perspectiva, quais seriam as melhores formas de organizar programas de formação médica em um país com tantas diversidades locais? A modalidade *Residência* é apontada como ideal, tanto pelos órgãos governamentais quanto pelas entidades médicas. Aliado a isso, refere-se que a fixação de profissionais no âmbito do SUS está ligada aos seus locais de formação, o que motiva a abordagem da formação fora dos grandes centros urbanos, problematizando-se a nomenclatura corrente. Apresenta-se, também, o processo de implantação do referido programa nacional, sediado em uma capital do sul do Brasil, inicialmente, com 11 cidades de 5 estados selecionadas para abrir campos de práticas a ele relacionados.

Apresentam-se resultados transversais e retrospectivos desta experiência em um desenho de relato de experiência, bem como são tecidas considerações.

Os autores foram integrantes da equipe gestora de implantação do programa. Supõe-se que a experiência seja de interesse para uma agenda pública em que a formação de pessoal para a área da saúde esteja ligada às necessidades assistenciais da população.

Por que o Brasil precisa de mais médicos de Família e Comunidade?

A Organização Panamericana de Saúde¹ refere que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve-se constituir como a base do sistema nacional de saúde por ser a melhor estratégia que impacta na saúde da população, produzindo equidade e acesso. Há estudos que mostram a associação entre um maior número de médicos de família e comunidade e menor mortalidade geral na população.²

Em 2011, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 439, que tratava de diretrizes da Atenção Básica,³ entre elas, destaca-se a de intensificar os esforços e criar políticas que garantam profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas áreas vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde.⁴ Para fins de padronização, os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde* serão utilizados como sinônimos.⁵

O número de médicos por habitante do Brasil (atualmente, 1,8 médico/1000 habitantes) está abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE), que é de 3,2 médicos/1.000 habitantes. Não há apenas falta de médicos em diversas regiões do Brasil. Há uma falta específica de médicos formados para atuar na Atenção Primária, fenômeno este que vem sendo evidenciado em diversos países como, por exemplo, a Inglaterra e os Estados Unidos.⁴

A Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

A modalidade *Residência* é considerada o padrão-ouro para a formação do médico de família e comunidade. Segundo a Lei 6.932, de 1981, ela constitui-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de presumida qualificação ética e profissional.⁶ O médico de família e comunidade é o profissional que provê cuidados médicos integrais, continuados e contextualizados a pessoas de todas as faixas etárias e gêneros.⁷

A Residência em Medicina de Família e Comunidade, com dois anos de duração, ocorre no ambulatório de unidade básica de saúde e compreende também atividades comunitárias no território, utilizando, para esse fim, de 70 a 80% de sua carga-horária. Há campo de prática também nas atenções secundária e terciária (ambulatórios de especialidades, UPA/emergências e ambientes hospitalares), perfazendo 10% da carga-horária, com 10 a 20% do total destinado a atividades teóricas.⁸

Até agosto de 2016, estavam em curso iniciativas de indução governamental para suprir as deficiências percebidas na formação na graduação médica, no Brasil. Uma dessas iniciativas realizava-se com a inserção de profissionais recém-formados em áreas onde há escassez de médicos para atuar na Atenção Básica (AB), o chamado *PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*. A partir de setembro de 2016, com as mudanças do governo, houve um retrocesso em seu número de vagas. O PROVAB selecionava e recrutava médicos para atuarem, em um período de um ano, diretamente em uma equipe de Saúde da Família. Eles faziam um curso de especialização em AB e eram supervisionados por um profissional com experiência na área mediante visitas mensais.⁴

Outra iniciativa governamental, propiciada pela Lei 12.871, é o *Programa Mais Médicos para o Brasil* (PMMB), com o objetivo similar ao do PROVAB, com duração de 3 anos, não restrito a médicos recém-formados ou brasileiros. Essa Lei apresenta três eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde, formação para o SUS e provimento emergencial de médicos.⁴ Este artigo concentra sua atenção no eixo da formação, no aspecto da ampliação da oferta de vagas na Residência Médica, da mudança dos locais de formação e da reorientação desta.

A carência de médicos em regiões de difícil acesso foi parcialmente suprida por esses programas de provimento de profissionais, principalmente, por médicos brasileiros. Nos locais onde não houve interesse de tal segmento, foram contratados médicos estrangeiros. O PMMB recebeu muitas críticas, especialmente, devido à dispensa da revalidação do diploma para formados no exterior ou estrangeiros e pela parcial substituição de médicos anteriormente contratados nos mesmos locais, em vez de uma expansão absoluta. No entanto, foi possível observar uma melhoria no acesso da população a profissionais de saúde e um impacto positivo nos indicadores de saúde. Chegou a abranger mais de 18.000 médicos, em 2015, distribuídos em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 distritos de saúde indígenas, com cobertura de 63 milhões de brasileiros, aumentando em 33% o número de consultas mensais na AB desses municípios.⁹

Descentralização da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade

A Lei do Mais Médicos¹⁰ traz consigo, também, na área de formação, um tópico polêmico: o médico que desejar especializar-se na maioria das áreas que hoje são de acesso direto (pediatria, ginecologia, medicina interna, cirurgia), a partir de 2019, deverá, obrigatoriamente, cursar um ano de Residência de Medicina de Família e Comunidade. As áreas que persistem com acesso direto são nove: genética, medicina do trabalho, medicina do tráfego, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia e radioterapia.

A intenção é que o médico, antes de se tornar um especialista focal, deve ser especialista em atender os problemas de saúde mais frequentes na população e seus extratos, assumindo sem referenciar cerca de 80% dos casos, propiciando um cuidado integral às pessoas que o procuram. A partir do PMMB, o Brasil aposta no fortalecimento da medicina de família e comunidade como a especialidade de base para a maioria dos médicos. Cabe salientar que desde a mudança do Governo Federal há uma insegurança no cenário desta política, enquanto indutora de melhorias na formação e qualificação da atenção à saúde, no sentido de manutenção de determinados pontos como, por exemplo, a obrigatoriedade do primeiro ano de Residência em Medicina de Família e Comunidade para todos egressos da graduação.

Com a implementação do PMMB, ocorreu uma expansão significativa na abertura de novas vagas para Residência Médica, partindo em 2013 de 2546 vagas e atingindo, em 2015, 6535 novas vagas.⁴ Segundo o relatório da Oficina de Residências em Medicina Geral em Família e Comunidade, realizado em Brasília em julho de 2015, uma das prioridades do PMMB era a criação de 16.500 vagas de Residência em MGFC até 2020, a fim de poder universalizar o acesso.¹¹

Atualmente, as vagas de Residência concentram-se nos grandes centros urbanos e suas proximidades. Uma distribuição capaz de estimular a presença duradoura dos profissionais em todo o território habitado supõe, entre muitas outras medidas, mudar essa configuração, com a implantação de vagas nas mais diversas localidades.

Um desenho que promova tal alteração traz à reflexão alguns conceitos aqui imbricados: interiorização, descentralização e desconcentração.^{12,13} Há diferenças epistemológicas entre os conceitos. A utilização de um ou de outro relaciona-se ao seu significado e ao período histórico em que a experiência de formação está circunscrita.

O conceito de interiorização esteve ligado aos movimentos de provimento de profissionais em áreas no interior do País, realizados na década de 1990 e início dos anos 2000, inseridos na proposta mais conhecida como *Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde* (PITS). Traz, em si, um significado mais geográfico do que político. Soma-se, ainda, o fato de haver estudos apontando que o local da realização da Residência favorece a fixação dos profissionais.^{14,15}

Por sua vez, a descentralização, segundo o dicionário Houaiss,¹⁶ é o ato, processo ou efeito de descentralizar o sistema político e administrativo que enfatiza a dispersão da autoridade e das atribuições do poder central entre os setores que compõem a estrutura de determinado órgão, o que se pode estender mais livremente a sistemas ou processos. Esse termo começou a ser utilizado na área da saúde, na década de 1960, nos Estados Unidos.

No Brasil, teve início na década de 1970, com o surgimento do “municipalismo” e, finalmente, ganhando mais expressão na década de 1980, com as Ações Integradas em Saúde.¹⁷ Na chamada de *Lei Orgânica da Saúde*, em sintonia com o contexto de fim de uma ditadura militar, a descentralização foi inserida como uma das diretrizes do SUS.¹⁸ Segundo diversos autores, aparece também associada à democratização, à desconcentração, à autonomia, ao modelo de organização, ao princípio federativo e, até mesmo, à centralização e à privatização.¹⁹

A desconcentração, definida como um sistema em que o Estado delega determinados poderes de decisão a representantes ou órgãos locais, sujeitos a uma autoridade central, é um dos termos utilizados neste artigo quando se discute Políticas Públicas e Residências.¹⁶

A discussão sobre desconcentração/concentração e descentralização/centralização, termos utilizados atualmente nos espaços de formulação das Residências Médicas, baseia-se, aqui, na elaboração de Luz.¹² A descentralização das ações de saúde ocorrida por meio da municipalização, prevista na Lei Complementar 8080,¹⁸ objetivava, entre outros desfechos, a participação popular nas Políticas Públicas, efetivando um deslocamento no poder de Estado.

Por descentralização, entende-se que há redistribuição do poder, enquanto, na desconcentração, ocorre apenas delegação de competências, sem deslocar-se o poder decisório.¹⁶ Apesar do desenho de formação à distância de alguns Programas de Residência receberem a denominação de descentralizados, o que se observa, na prática, é uma desconcentração das atividades formativas, com as decisões administrativas e de condução político-pedagógica ficando centralizadas na maioria das vezes.

O termo *descentralização* é mais popular, porém, o termo correto para caracterizar essa experiência é desconcentração, ou seja, uma forma de caracterizar um programa de Residência que possui campos de prática em locais diferentes de onde está a instituição sede do programa (instituição proponente). Pode ocorrer no mesmo estado da instituição proponente ou em estados diferentes, integrando-se, para tal, ferramentas de *Ensino à Distância*.

Com base na metodologia de formação em Residência, ou seja, fundamentada nas aprendizagens por meio de situações oriundas do mundo do trabalho, considera-se fundamental que a atuação do preceptor local esteja garantida por presença de trabalhador da mesma categoria profissional do residente, ou seja, se o residente é médico, o preceptor local também deve ser. A ideia de organizar um programa de Residência sediado em local diferente da instituição proponente teve como objetivo a formação de profissionais de saúde em locais onde havia maior escassez destes, especialmente em relação à Medicina, tornando essa proposta atraente para os gestores e para a comunidade que ali vive.

A existência de experiências em que a formação ocorre em local geograficamente diferente de sua matriz, ou seja, de forma capilarizada, em que as atividades formativas são em local diverso de onde ocorre a gestão do programa, não é novidade. Um exemplo é a Residência Médica em MFC, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, com abrangência estadual.¹⁹ Considera-se que a experiência relatada neste artigo difere de outras mais antigas pela ocorrência em diferentes estados, pela considerável distância geográfica e pelo peso do componente de formação simultânea de residentes e preceptores, com forte componente à distância.

A experiência de implantação de um programa de residência nacional descentralizado em Medicina de Família e Comunidade

Em agosto de 2015, em Porto Alegre, foi realizada uma reunião entre representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e de Instituições de Ensino Superior (IES). Essa iniciativa buscava organizar a expansão de vagas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC), no Brasil, até 2019, em cumprimento à Lei do PMMB.

A recomendação do Ministério da Saúde para implantação de programas de Residência Médica era de que fosse realizada nos municípios onde houvesse faculdade de Medicina, a qual estruturaria a formação. Nos demais municípios, essa implantação seria realizada pelas Escolas de Saúde Pública ou pelo próprio município, com o auxílio de alguma IES. No caso de locais onde não houvesse a possibilidade de uma IES assumir a formação desses residentes, a iniciativa de Programas de Residência Médicos descentralizados ou desconcentrados teria essa responsabilidade.

Dentre as instituições participantes, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) foi a instituição indicada por apresentar a possibilidade de cumprir os objetivos propostos, especialmente, a particularidade de implantar a Residência em locais distantes e apoiar os municípios para que, posteriormente, desenvolvessem seus próprios programas, contribuindo para o que se chama de descentralização de programas de formação.

Em continuidade ao processo, o Ministério da Saúde, presente em reunião no GHC, considerando a expertise de 35 anos na formação de médicos de família e comunidade, solicitou que o Grupo coordenasse, pedagogicamente, um Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PNRMMFC), a ser implantado em municípios com até 50 mil habitantes. A concepção era de desconcentrar o Programa no território nacional, criando 200 vagas de Residência inicialmente e com a perspectiva de ser ampliado e tornar-se um programa descentralizado no futuro. A experiência de desconcentração de Residência já vem, há alguns anos, sendo desenvolvida nessa instituição com a Residência Integrada em Saúde, nos municípios de Gravataí, Marau, Novo Hamburgo, Nova Petrópolis e São Domingos do Sul.

Foi criado um grupo de trabalho composto por médicos de família e comunidade que atuavam como preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do GHC, além de representantes dos gestores e de apoiadores pedagógicos da referida instituição. Uma das principais atividades do grupo foi adaptar a experiência do programa de Residência tradicional da instituição para o contexto de um projeto de implantação viável em qualquer lugar do Brasil.

A demanda do Ministério da Saúde era de que a implantação iniciasse por municípios selecionados de acordo com os seguintes critérios: ter até 50 mil habitantes, possuir cobertura de estratégia de saúde da família entre 60 e 90%, fazer adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), ter a presença de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou outro serviço de emergências, dispor de: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), maternidade, hospital geral com até 50 leitos, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de ter boa conectividade de Internet e não ter faculdade de Medicina.

Eram em torno de 20 municípios, pertencentes a quase todas as regiões do Brasil. Havia um interesse concomitante do GHC de implantar a Residência nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre,

pois essa população utiliza os serviços de emergência e especialidades da instituição, gerando uma sobrecarga de atendimentos que poderia, em alguma proporção, ser resolvida em Unidades de APS mais qualificadas.

Para seleção dos municípios, construiu-se um instrumento com itens que auxiliariam no conhecimento das unidades de saúde, do processo de trabalho e do médico que seria indicado como preceptor. O instrumento utilizado na avaliação integrou contribuições da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, da Comissão Nacional de Residência Médica e do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do GHC.^{8,20}

Iniciou-se o contato com os gestores de alguns municípios indicados, explicitando a proposta. Dos municípios contatados, em dois não foi possível acessar o gestor, três não deram retorno ao contato inicial e cinco iniciaram o processo, mas apenas quatro demonstraram, efetivamente, exibir os critérios requeridos para integrar o projeto. Além desses, foram selecionados 11 municípios no Rio Grande do Sul, dos quais um não teve interesse em participar, 2 enviaram informações muito tardiamente no processo, 3 acabaram excluídos por não cumprir as exigências básicas para ter uma Residência e 5 iniciaram o processo.

Ao final, dos 21 municípios contatados, foram selecionados os 9 que receberam a solicitação de indicação de unidades de saúde e médicos preceptores. Estes foram entrevistados por telefone, com análise de seu perfil. Posteriormente, houve as visitas aos municípios para conhecimento de suas redes de atenção, das suas unidades de saúde e dos profissionais envolvidos. Foram visitados os seguintes municípios: Quirinópolis (Goiás), Lapa (Paraná), Xanxerê (Santa Catarina), Ituverava (São Paulo) e, no Rio Grande do Sul, Igrejinha, Osório, Cachoeirinha, Alvorada e Viamão.

Optou-se por utilizar a modalidade de Ensino à Distância para desenvolver as atividades teóricas e de supervisão clínica. Essa supervisão era realizada aos preceptores locais por preceptores-tutores de forma semanal, por videoconferência. Os preceptores-tutores eram médicos de família e comunidade, trabalhadores do GHC, que atuavam como preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do GHC.

Olhando para o processo e problematizando as dificuldades

Desde o processo de configuração inicial do programa, a seleção de preceptores locais já se caracterizava como um desafio. Segundo a Comissão Nacional de Residência Médica, poderiam atuar como preceptores de Programa de Residência em MFC, preferencialmente, médicos com Residência ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade. Na ausência destes, o grupo de trabalho acordou que médicos com atuação de, pelo menos, quatro anos em Estratégias Saúde da Família e que atendessem a todas as faixas etárias e problemas de saúde poderiam ser convidados a participar.

Em função da relativa escassez de preceptores que atendiam aos critérios preferenciais, o MS instituiu o Plano Nacional de Formação de Preceptores, no qual, os médicos que atuassem ou viessem a atuar como preceptores locais da Residência Médica poderiam participar de cursos de aperfeiçoamento em preceptoria. A formação de preceptores médicos nesse Plano Nacional prioriza três eixos: a Gestão do SUS e dos Programas de Residência Médica; a Atenção à Saúde e Áreas de Competência definidas pela Comissão Nacional de Residência Médica; e a Educação na Saúde e seus processos pedagógicos e metodologia.²¹

Com relação ao processo seletivo de residentes, pode-se destacar outro desafio: a ocupação das vagas. Foram aprovados sete residentes, dos quais apenas três matricularam-se, sendo dois no município de Lapa (PR) e um em Ituverava (SP).

A baixa ocupação das vagas, não apenas nesse programa desconcentrado, mas na especialidade MFC em geral, traz questionamentos também para graduação em Medicina. Mesmo com as novas diretrizes curriculares, o tempo em que o estudante de Medicina é exposto à APS é ínfimo em comparação com os demais cenários de atenção. As universidades não dispõem de professores suficientes na área para serem referência para os estudantes.

No entanto, os questionamentos vão além da graduação. Os MFC são socialmente imaginados como especialistas precarizados, que trabalham no “postinho” de saúde e que não apresentariam competência para cuidar de pessoas com poder aquisitivo melhor. São imaginários construídos pelo modelo de atenção hegemônico, da atenção fragmentada, que afasta os estudantes dessa área.^{14,15}

Um estudo do grupo de pesquisa sobre carreiras médicas do Reino Unido, publicado em 2002, traz percepções de médicos de família e comunidade (o *general practitioner* em inglês) sobre a dificuldade em recrutar e reter médicos para a área. Entre elas, ressalta-se que o médico de família era visto como um profissional menos qualificado e, também, que havia uma baixa autoestima entre eles, com uma grande demanda de trabalho e uma extensa carga-horária exigida dos profissionais. Tais percepções, por sua vez, apontam a necessidade de uma maior exposição à APS antes e, ainda, na graduação, para poder orientar a opção vocacional do aluno.²²

Aliada a esses fatos, apresenta-se outra questão que traz prejuízo à especialidade, que diz respeito à organização e à governança do sistema de saúde. Sabe-se que o acesso dos usuários às unidades de saúde é cada vez mais dificultado, há problemas no sistema de regulação em decorrência da falta de médicos especialistas e, também, dificuldades relativas à remuneração dos profissionais.^{14,15,23} É fundamental pensar em estratégias que fortaleçam a expansão dos programas de Residência, trazendo novas tecnologias e inovações nesse processo.

A experiência relatada tem sido riquíssima para todos os envolvidos, tanto do ponto de vista de articulação política entre os vários entes envolvidos (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Câmara Técnica de Atenção Básica e Saúde Coletiva da Comissão Nacional de Residência Médica, GHC, municípios) como de estruturação de um programa nas suas várias fases. O suporte necessário aos profissionais da APS que serão formadores de novos profissionais constitui-se no desafio da fase atual desta experiência.

Considerações finais

A formação de médicos especialistas na atuação em Atenção Primária é um grande desafio. A Residência Médica, sendo uma modalidade de formação que alia a experiência de trabalho supervisionado aos processos de formação e reflexão, é um modelo excelente de qualificação e constitui-se em uma possibilidade de indução à fixação do profissional. O GHC propôs-se a contribuir na formação de novos campos de prática, de 2015 a 2016, buscando, também, o fortalecimento da autonomia local para o futuro desenvolvimento de programas próprios.

A *desconcentração* pode ser um caminho para a descentralização efetiva, com a construção de autonomia processual dos campos, de forma que possam assumir todas as atividades que envolvem um programa de Residência (gestão acadêmica, gestão de pessoal, gestão financeira, além das atividades formativas). A transferência de tecnologia, calcada na experiência do GHC, que realizou um processo de supervisão continuada com foco nos preceptores para a construção das habilidades e competências do médico de família e comunidade, pode ser um elemento viabilizador.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS; 2007.
2. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(5):412-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.16.5.412>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 07 de Abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa: Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1981.
7. World Conference of Family Doctors. A definição Européia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) [Internet]. Barcelona: Wonca Europa; 2002 [acesso 2016 Maio 9]. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>
8. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
9. Brasil. Programa Mais Médicos do Governo Federal [Internet]; 2015 [acesso 2016 Mar 25]. Brasília: Governo Federal. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde/DEPREPS. Relatório da Oficina de Residências em Medicina Geral em Família e Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
12. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):293-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200006>
13. Elias PE. Descentralização e Saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde Soc*. 1996;5(2):17-34.
14. Souza Júnior JCA, Lucena RM. Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização [Pós-Graduação]. Recife: Fundação OSWaldo Cruz; 2005.
15. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012;22(4):1293-311. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>
16. Houaiss A, Villar MS, Franco F. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1a ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2000.

17. Tobar F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planej Polít Públicas*. 1991;(5):31-51.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Instituiu o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde;1990.
19. Rossoni E. Formação multiprofissional em serviço na Atenção Básica à Saúde: Processos educativos em tempos líquidos [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
20. Castro RCL, Diercks MLMS, Corrêa FA, Gyrão NB, Pekelman R, Umpierre RN. O pro-grama teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Co-munidade*. 2014;9(33):375-83. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)855](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)855)
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.618, de 30 de Setembro de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade. Brasília: Diário Oficial da União; 2015.
22. Evans J, Lambert T, Goldacre M. GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 2002;(83):iii-vi.
23. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de sa-úde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015;24(1):100-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>

Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil.
carlab.berger@gmail.com (*Autora correspondente*); danidallegrave@gmail.com;
enofilhouol@gmail.com; renatapek@gmail.com