


# Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Posicionamento da Sociedade Brasileira de  
Medicina de Família e Comunidade ante aos Projetos  
de Lei em tramitação no Congresso Nacional que  
visam alterar a Lei nº 12.871/2013.

SBMFC

Brasil, Dezembro de 2015.

Tendo em vista a tramitação no Congresso Nacional de Projeto de Lei que visa instituir mudanças na Lei nº 12.871/2013, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem a público apresentar posicionamento baseado no conhecimento técnico e científico atuais, assim como suas recomendações atinentes ao processo.

A SBMFC vem há alguns anos defendendo a necessidade de mudanças na formação médica em nosso País, especialmente no currículo dos cursos de graduação em Medicina e na regulação de vagas de residência médica e conseqüentemente de especialistas. Nesse sentido, quando da criação do Programa Mais Médicos e da instituição da Lei nº 12.871/2013 a SBMFC apresentou suas propostas para atores estratégicos dos Ministérios da Saúde e Educação e do Congresso Nacional. Algumas das recomendações feitas pela SBMFC fazem parte da Lei vigente, mas medidas importantes não foram contempladas.

A proposta de alteração da Lei 12.871/2013 pode representar a oportunidade para avanços significativos no sistema de saúde como um todo e mais especificamente para a formação adequada dos profissionais médicos que deverão atuar na Atenção Primária à Saúde em nosso País.

Tendo em vista o foco propositivo do documento, decidimos subverter a ordem natural e apresentar inicialmente as nossas recomendações ao relatório, em seguida apresentamos o embasamento teórico que traz as evidências e conhecimento técnico que justificam as recomendações apresentadas.



SBMFC

## RECOMENDAÇÕES

Baseando-se nas evidências nacionais e internacionais no que diz respeito à formação médica voltada para as necessidades do sistema de saúde e em última instância também da população, a SBMFC faz as seguintes recomendações a serem adotadas no Projeto de Lei que deverá alterar a Lei nº 12.871/2013:

### **1) Tornar a residência médica condição necessária ao exercício da profissão.**

- Isso significa que sem realizar residência médica um profissional não obterá licença definitiva para praticar a medicina. Tal ação levará a que todos os formandos necessariamente ingressem em um programa de residência ao término da graduação, garantindo assim a qualidade da formação médica, beneficiando o sistema de saúde e a população em geral e permitindo o processo de regulação de especialistas. Tal ação torna também obsoleta a necessidade de adoção de exame para exercício da medicina (exame de ordem), tendo em vista que o controle da qualidade dos formandos será garantido pelo processo de residência médica, já que os mesmos durante a residência deverão passar por avaliações sequenciadas com foco na prática, o que é standard de certificação muito superior ao que pode ser alcançado em um exame único. Entretanto, é importante ressaltar que a obrigatoriedade não deve ter caráter retroativo, valendo apenas para aqueles médicos que se formarem a partir do momento fixado na Lei.

### **2) Estabelecer um mínimo de 40% de todas as vagas de ingresso (R1) para Medicina de Família e Comunidade.**

- Esta ação visa garantir o provimento adequado de especialistas para atuação na Atenção Primária à Saúde com a qualidade necessária para o atendimento da população e também contribuindo para custo-efetividade do sistema.

### **3) Estabelecer a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) como órgão responsável em determinar a distribuição de vagas de residência em todas as especialidades.**

- A CNRM, obedecendo critérios adequados embasados em estudos dinâmicos, com esta ação terá a possibilidade de regular a formação de especialistas no País e dar resposta as necessidades do sistema e da população.

### **4) Estabelecer o acesso direto a todas as especialidades, ou reestabelecer o acesso direto às especialidades “tronco”, como ocorria antes do estabelecimento da Lei nº 12.871/2013 e conforme definição a ser tomada pela CNRM.**

- Vale ressaltar que ao se instituir especialidades que só podem ser acessadas após a conclusão de outra residência cria-se um modelo que dificulta consideravelmente o processo de regulação das vagas, demandando uma regulação “sequenciada”. A adoção de acesso direto não impossibilita que o residente receba a certificação por aquela especialidade “tronco” pela qual passará automaticamente, independente de ter feito uma seleção já inicial para sua especialidade “final” (exemplo residente faz a seleção diretamente para Cardiologia, sabendo que deverá cursar o programa de Clínica Médica e recebendo ao final o certificado de ambas as especialidades).

**5) Adotar sistema de seleção para residência médica unificado nacionalmente.**

- A seleção unificada é essencial para o processo de regulação, pois somente com um processo unificado haverá garantia de que nenhum candidato ficará sem vaga, além de ser um sistema mais justo e menos custoso aos candidatos.

**6) Aprimorar o sistema de certificação de programas de residência médica adotando padrões de qualidade e periodicidade máxima de 5 anos a cada visita de certificação, devendo as normas serem estabelecidas pela CNRM.**

- Tal ação permite o monitoramento dos programas e o estabelecimento de metas a serem atingidas pelos mesmos, contribuindo para garantir a qualidade da formação médica no País e beneficiando o sistema de saúde e a população em geral.

**7) Estabelecer um processo de recertificação de especialistas.**

- A grande maioria dos países com sistemas de saúde organizado adota alguma forma de recertificação periódica de especialistas, visando garantir a atualização contínua dos profissionais e a qualidade do cuidado prestado à população. O processo de recertificação pode ser construído em parceria entre as instâncias governamentais e as entidades médicas envolvidas.

**8) Corrigir o nome da especialidade Medicina de Família e Comunidade constante na Lei nº 12.871/2013 que adotou de forma equivocada o termo Medicina Geral de Família e Comunidade.**

- No Brasil existem 53 especialidades médicas reconhecidas, sendo uma delas a Medicina de Família e Comunidade. A Lei supracitada inseriu o termo “Geral” no nome da especialidade, sendo um grave fator de confusão e suscitando questionamentos por parte das mais diversas instâncias. A correção deste equívoco será importante para dirimir estes problemas e também garantirá o reconhecimento histórico da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica já existente no País desde o ano de 1975, quando foram criados os primeiros programas de residência médica nesta especialidade.

**9) Revogar o Artigo 6º e os Parágrafos 1º, 2º e 3º do Artigo 7º do Capítulo III da Lei nº 12.871/2013.**

- Tais itens com as recomendações sugeridas tornam-se desnecessários ou conflitantes, devendo dessa forma ser suprimidos.

## **EMBASAMENTO**

### **1 As premissas da residência médica**

A residência médica, segundo seus marcos legais, é definida como modalidade de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde e com a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional reconhecido saber, a quem usualmente denominamos preceptores.

A legislação referente à residência médica e as resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) instituem um modelo pedagógico para a residência médica. As premissas desse modelo podem ser sintetizadas nos seguintes componentes:

- Prática médica em serviço - a legislação estipula que 80 a 90 % das atividades do médico residente sejam de cunho prático, nos serviços de saúde;
- Supervisão permanente - que deve ser realizada por médico que possua certificado de residência médica ou Título de Especialista na especialidade em questão;
- Avaliação periódica - com o objetivo de certificar e permitir que o médico residente consiga desenvolver as competências esperadas;
- Cumprimento integral do programa - como garantia de que não foi perdida nenhuma oportunidade ao longo das 2880 horas de atividade por ano de residência.

As principais razões para essas premissas consistem em: 1. Garantir formação de excelência ao médico residente, que seja compatível com os padrões de qualidade e competências esperados para aquele especialista e necessários ao sistema de saúde; 2. Garantir que os serviços formadores, as unidades de saúde que recebem o programa de residência, sejam capazes de prover de assistência à saúde sem comprometer a qualidade e a segurança necessárias.

A supervisão permanente das atividades do médico residente, com autonomia progressiva ao longo do desenvolvimento do residente, e o compromisso com a avaliação do desempenho visando à aquisição das competências necessárias ao especialista são especialmente importantes para garantir a segurança das pessoas assistidas nos serviços de saúde responsáveis pela formação. Sem essas duas premissas não é possível assegurar que estejam garantidos padrões mínimos de qualidade e segurança dos serviços prestados, havendo, portanto, risco inaceitável à saúde da população.

Assim, conclui-se que as premissas pedagógicas da residência médica, cujo arcabouço é a própria regulamentação dessa modalidade de pós-graduação, são determinantes na qualidade da formação e na segurança dos processos assistenciais desenvolvidos.

### **2 A residência médica como processo vital ao sistema de saúde**

O papel da residência médica no sistema de saúde não se restringe apenas à formação dos especialistas e ao provimento de recursos humanos para os serviços de saúde. Um papel fundamental desempenhado pela residência médica é o de regular o mercado de saúde e induzir o modelo de atenção que se propõe para o sistema.

Se a residência médica gera uma oferta adequada de médicos em cada especialidade, é muito mais provável que os especialistas, em sua prática profissional, lidem com as situações para as quais foram devidamente treinados. Esse fato torna o sistema de saúde

mais eficaz. Se, por outro lado, a residência desempenha essa regulação sem critérios adequados, que é o que se vê atualmente, há uma distribuição aberrante de especialistas, conduzindo de forma enviesada o sistema de saúde e induzindo na sociedade um padrão pouco salutar de relação com os serviços de saúde, uma relação fortemente baseada em consumo de serviços.

Esses critérios adequados para a distribuição de especialistas são bastante reconhecidos na literatura. Segundo se demonstra, para que a residência médica possa induzir um sistema de saúde baseado na APS e que atenda às necessidades de saúde da população, é preciso formar um grande percentual de especialistas em problemas mais prevalentes (Medicina de Família e Comunidade) e percentuais menores em problemas menos prevalentes (demais especialidades).

Em países com sistemas universais de saúde que adotam modelos de atenção semelhantes ao nosso, a exemplo de Canadá, Grã Bretanha, Espanha e Portugal, 40% das vagas de residência médica são em Medicina de Família e Comunidade. As demais vagas são distribuídas entre as especialidades também de acordo com a necessidade da população e do sistema de saúde. Habitualmente esses países desenvolvem sistematicamente estudos com metodologia apropriada para a definição da necessidade de especialistas e oferecem as vagas de residência conforme essas análises.

Nesse ponto, cabe ressaltar que, para que a residência médica tenha um potencial concreto de regular o mercado de saúde e induzir um modelo de atenção desejável, são necessárias algumas condições:

- A conclusão da residência médica deve ser condição necessária ao exercício da profissão, ao menos no sistema público de saúde, ou seja, sem realizar residência médica um profissional não obtém licença definitiva para praticar a medicina ou não poderá fazê-lo no sistema público, de modo que todos os formandos devem necessariamente ingressar em um programa de residência ao término da graduação;
- O Estado, por meio de uma comissão que pode contar também com representantes não estatais, deve ter autonomia para determinar a distribuição de vagas de residência e o faz seguindo os critérios adequados;
- Todas as especialidades idealmente devem ser de acesso direto – ao se instituir especialidades que só podem ser acessadas após a conclusão de outra residência cria-se um modelo que dificulta consideravelmente esse processo de regulação. O que não impede que algumas especialidades tenham em seu currículo dois anos de Clínica Médica ou Cirurgia Geral, por exemplo.
- O processo de seleção de residentes deve ser unificado. Somente com um processo unificado haverá garantia de que nenhum candidato ficará sem vaga, além de ser mais justo e menos custoso aos candidatos.

É interessante notar que as razões que determinam que a maior parte dos especialistas sejam médicos de família e comunidade tem uma origem semelhante às razões que definem o quantitativo adequado de pessoas para serem acompanhadas por um médico de família e comunidade.

Partindo do pressuposto de que um sistema de saúde precisa de aproximadamente 2,7 médicos exercendo a profissão para cada 1000 pessoas e que os médicos de família e comunidade em atividade representem um quarto da mão de obra em exercício, chegaríamos ao número de um médico de família e comunidade para cada 1500 pessoas aproximadamente.

Não por acaso, esse quantitativo populacional é bastante próximo do número de pessoas que um médico de família e comunidade acompanha nos países com sistemas de saúde universal e ordenado pela APS.

A explicação da maior eficiência dos sistemas de saúde que adotam um modelo de atenção ordenado pela APS e tem um médico de família atuando como filtro para os outros pontos do sistema está ligada a um algoritmo baseado na lógica Bayesiana de probabilidade e processos decisórios.

### **3 A necessidade de médicos no sistema de saúde**

Por fim, caberia ainda definirmos qual é de fato a necessidade de médicos no nosso sistema de saúde. Todas as estimativas e modelos apresentados são baseados em sistemas de saúde universais que adotam um único modelo de atenção.

No Brasil convivemos com sistemas com diferentes modelos de atenção. No serviço público predomina um modelo de atenção ordenado pela APS, ao tempo em que na saúde suplementar o modelo de atenção não segue essa mesma lógica e não há um médico que faça a função de filtro.

Nesse modelo adotado na saúde suplementar não há como definir qual a proporção necessária de especialistas, uma vez que não lhes é atribuída função específica e há considerável sobreposição de papéis entre eles. Não é correto avaliar necessidades de acordo com a demanda de um modelo equivocado e de baixa custo-efetividade, o que é praticamente a regra do privado, mas muitas vezes ocorre também no sistema público dependendo da região.

Portanto, definições a respeito da formação médica na graduação e na residência médica estão necessariamente atreladas a adoção ou não de um modelo de atenção único para o nosso sistema de saúde, enquanto isso não ocorre, nos resta planejar a regulação do número de especialistas tomando como base a necessidade do Sistema Único de Saúde. Nesse momento é importante ressaltar que essas necessidades não são estanques, variando em razão de diversos fatores ao longo do tempo, nesse sentido não é estratégico, para além da MFC, fixar em lei a proporção de vagas de residência em cada especialidade, devendo isso ficar a cargo da CNRM.