

**Posicionamento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade acerca do projeto da Comissão Nacional de Residência Médica intitulado 'Reconstrução das Especialidades Básicas da Medicina Brasileira'**

Diante da recente aprovação desse projeto na Comissão Nacional de Residência Médica, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem a público manifestar seu entendimento acerca do conteúdo do documento. A SBMFC considera ser de extrema pertinência a intenção de se valorizar as especialidades médicas em questão no projeto. O processo contínuo de avaliação e qualificação pedagógica dos programas de residência é um fator essencial para que sejam formados especialistas com as competências esperadas. Entretanto, evidências apontam que serviços de atenção primária que adotam tão somente o médico de família e comunidade são mais efetivos do que aqueles serviços que se baseiam na tríade clínico, pediatra e ginecologista obstetra<sup>1</sup>. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em seu art. 24º, também corroboram o entendimento de que a Medicina de Família e Comunidade é a especialidade mais apropriada para prestar cuidados no âmbito da atenção primária à saúde<sup>2</sup>. De modo que nos parecem inadequados esforços de valorização dessas especialidades centrados no âmbito da atenção primária à saúde. Consideramos que trata-se de um contrassenso, uma vez que retira-se o foco da formação dos níveis de atenção em que esses especialistas são realmente necessários e efetivos para o sistema de saúde.

Entendemos que o médico de família e comunidade é o especialista capaz de oferecer cuidados à saúde de forma integral, apropriada ao contexto sociocultural, configurando-se como o primeiro acesso ao sistema de saúde, coordenando os cuidados com outros serviços de saúde e preservando o caráter longitudinal na relação entre o médico e as pessoas que ele acompanha<sup>3</sup>. Alguns autores demonstram que essas competências do médico de família e comunidade o fazem um elemento primordial nos serviços de atenção primária à saúde e para os sistemas de saúde como um todo<sup>4,5</sup>. A própria

Comissão Nacional de Residência Médica, em sua resolução 01/2015, que regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, estabelece que o médico de família e comunidade é o especialista adequado para os serviços de atenção primária à saúde<sup>6</sup>.

Apesar de avanços recentes na expansão de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade<sup>7</sup>, ainda há um déficit significativo desse especialista. Alguns estudos apontam que a razão de 1 médico de família e comunidade para cada 2000 pessoas parece ser adequada em boa parte dos cenários<sup>8</sup>. Considerando essa proporção, o país precisaria ter um contingente de aproximadamente 100.000 médicos de família e comunidade. Hoje no Brasil os médicos de família e comunidade somam apenas cerca de 5% desse número. Com o atual número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade no país, em uma projeção otimista, levaríamos pelo menos meio século para alcançar esse objetivo. Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)<sup>9</sup>, em seus países membros, em média, se tem 0,8 médicos de família e comunidade e 1,7 outros especialistas para cada 1000 pessoas. A proporção média de médicos de família e comunidade / total de médicos no conjunto de países membros da OCDE é, portanto, de 32%. Se analisarmos apenas aqueles países onde o atendimento por outros especialistas só é possível após a avaliação do médico de família e comunidade (*gatekeeping*) essa proporção chega a 54%.

Historicamente a SBMFC tem defendido a concepção de que a residência médica, pelo quantitativo de especialistas formados e pelas distribuições proporcionais das especialidades, determina qual é o sistema de saúde que se adota no país. Assim sendo, na direção inversa, é a definição de qual o sistema de saúde se pretende adotar que deve ser a razão de ser e o princípio norteador da residência médica no país.

Para atender às premissas dessa concepção, diante dos fundamentos constitucionais do SUS, elencamos cinco pontos fundamentais:

- 1) Residência médica obrigatória para o exercício da medicina tanto no âmbito dos serviços públicos como dos serviços privados, com a ressalva de que a residência deve tornar-se obrigatória a partir do momento em que o número de vagas ofertadas for suficiente para todos os egressos da graduação em medicina, e para os médicos que se formaram a partir desse determinado momento;
- 2) Residência médica como única via de formação de especialistas, garantindo uma formação homogênea e de qualidade, e tornando possível realizar a distribuição das especialidades segundo necessidade do modelo de atenção do SUS;
- 3) Inexistência de especialidades que dependam de pré-requisitos, sendo todas de acesso direto, o que é necessário para viabilizar a adequada distribuição das especialidades e evita que se prolongue excessivamente o tempo de formação dos especialistas. Haveria, naturalmente, a necessidade de reavaliar os atuais conteúdos e duração dos programas de residência atuais, em especial os que hoje não são de acesso direto;
- 4) Um mínimo de 40% do total de vagas de residência no país devem ser para medicina de família e comunidade, o que é necessário para para que seja possível suplantar o déficit de médicos de família e comunidade no país e reflète a proporção de médicos de família e comunidade / outros especialistas necessária ao nosso sistema de saúde;
- 5) As vagas de residência nas demais especialidades devem ser distribuídas conforme estudos de demanda do SUS.

Por fim, a SBMFC se coloca à disposição para participar e discutir este projeto, no intuito de qualificá-lo e caminhar na mesma direção dos países que possuem sistemas nacionais de saúde fortemente baseados na atenção primária à saúde.

**Referências:**

1 –CHOMATAS Eliane. **Avaliação da Presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008.** Dissertação de mestrado profissional. Porto Alegre, 2009.

2 – BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução 03/2014. Brasília, 2014

3 – SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, 2015.

4 – KIDD Michael. **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde:** um guia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA). 2. ed. Porto Alegre, 2016.

5 –STARFIELD Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

6 – BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. Resolução 01/2015. Brasília, 2015.

7 –Dados do Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (Sis-CNRM). Consulta em março de 2016.

8 –GREEN Larry A. et al. **The Ecology of Medical Care Revisited.** N Engl J Med 2001; 344:2021-5.

9 – ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries.** França, 2008.