

NECESSIDADES DE MÉDICOS ESPECIALISTAS: PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Brasília, julho de 2009

1. Introdução

Em 18 de setembro de 2007, os ministros da Saúde, José Gomes Temporão, e da Educação, Fernando Haddad, instalaram a **Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde**, instituída por Decreto de 20 de junho de 2007, com o papel de estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para a regulação de cursos superiores na Saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo necessidades regionais.

Conforme previsto no Artigo 4º, inciso 1º, do Decreto que cria a Comissão, a SESU/MEC e a SGTES/MS, por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007, instituíram a **Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil** com os objetivos de: (i) subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação de médicos especialistas; (ii) subsidiar a definição de critérios para a qualificação e regulação da formação de médicos especialistas; (iii) identificar periodicamente a demanda quantitativa e qualitativa de especialistas no país, assegurando as necessidades do SUS em todos os níveis de atenção; (iv) subsidiar a política de incentivo à fixação conforme as necessidades regionais e (v) identificar periodicamente a capacidade instalada no SUS a fim de subsidiar sua plena utilização no processo de formação de especialistas na área da Saúde.

O primeiro relatório apresentado pela **Subcomissão de estudos e avaliação das necessidades de médicos especialistas** buscou analisar a distribuição das especialidades médicas no país e do oferecimento de vagas de formação na modalidade Residência Médica. Concluiu-se que esta distribuição é bastante irregular e que há escassez em algumas áreas, em especial as áreas relacionadas: à evolução do perfil epidemiológico da população,

principalmente ligadas ao envelhecimento e aumento de morbi-mortalidade decorrente de causas externas; áreas onde as normas de funcionamento e credenciamento dos serviços trazem exigências específicas de incorporação de especialistas, sobretudo na alta complexidade e as áreas relacionadas às políticas públicas estratégicas para o SUS. Foi sugerido analisar, inicialmente, as seguintes especialidades: Cancerologia, Geriatria, Medicina Intensiva, Psiquiatria, Pediatria/Neonatologia e Medicina de Família e Comunidade. Além disso, o documento também apresentou as seguintes prioridades: Melhora dos sistemas de informação para um melhor dimensionamento da RM (dados sobre vagas ocupadas e financiamento); identificação das prioridades regionais a partir dos Colegiados de Gestão Regionais; a certificação e a contratualização dos Hospitais de ensino como instrumento de indução e a construção de políticas de fixação dos profissionais em locais prioritários.

Como seqüência deste trabalho, no último mês foi sancionada pelo presidente da República, um PL que prevê a quitação de parte dos valores acumulados pelo Financiamento estudantil (FIES) para aqueles alunos de medicina que optarem pela inserção em Programas de Saúde da Família em locais de escassez de profissionais da saúde. Para aqueles que optarem por programas de Residência Médica prioritárias, em especial Medicina de Família e Comunidade terão prazo de financiamento postergado.

O desenvolvimento das atividades e, em particular, a recente aproximação com a realidade das regiões da Amazônia legal e nordeste, notadamente pela mobilização para redução da mortalidade infantil, gerou um redirecionamento das prioridades até então estabelecidas, como descrito a seguir.

2. A construção de novas prioridades de intervenção

2.1. Intervenções estruturantes e intervenções focais

O trabalho vinha sendo desenvolvido considerando que a indução da formação de especialistas pretendida deveria resultar da interlocução entre as

demandas do sistema de saúde, focadas na organização de Redes de Atenção, orientadas a agravos prevalentes, e as necessidades das instituições formadoras com potencial de resposta em cada macrorregião para desenvolverem programas de Residência Médica.

A iniciativa de indução foi concebida na interseção entre dois vetores:

- a) um vetor horizontal de **intervenções estruturantes** para a Residência Médica, com a definição de diretrizes nacionais, avaliação das condições de oferta dos programas e monitoramento da qualidade, estruturação de apoio matricial por meio de instituições de excelência.
- b) um vetor vertical, **de intervenções focais**, de curto prazo, com resultados imediatos, focados em prioridades inquestionáveis. Nesse caso, a intervenção poderia incidir inicialmente em estados com **zero programas** ou com ofertas muito pequenas nas especialidades deficitárias nos estados das regiões citadas.

2.2. Priorização de áreas para formação das Redes de Atenção

O contacto com as equipes técnicas do Ministério da Saúde trouxe elementos importantes de reflexão, que geraram o redirecionamento das prioridades - até então focadas em especialidades - para áreas de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS como as políticas de Atenção Básica, de Urgência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso, que viabilizariam a implantação de linhas de cuidado e Redes Regionalizadas e Integradas de Atenção para o enfrentamento dos principais problemas sanitários nestas regiões.

2.3. Priorização das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste

A análise dos dados sobre programas de Residência Médica em especialidades selecionadas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com vistas a identificar as prioridades inequívocas, ou seja, inexistência de programa da especialidade no estado mostrou os seguintes resultados:

Região Norte (AM, AC, RR, RO, AM, PA, TO) = 7 estados

Necessidade de formação de especialistas em:

- 5/7 estados= cancerologia, cardiologia, medicina intensiva, nefrologia, neurologia/neurocirurgia, psiquiatria, neonatologia, ortopedia, radiologia.
- 4/7 estados= medicina de família e comunidade, anestesiologia.

Região Nordeste (BA, SE, AL, PE, RN, PI, MA, PB,CE) = 9 estados

Necessidade de formação de especialistas em:

- 5/9 estados= cardiologia, neuro/neurocirurgia, cancerologia.
- 4/9 estados= radiologia.
- 3/9 estados= neonatologia, medicina intensiva, psiquiatria.
- 2/9 estados= ortopedia, nefrologia, anestesia, medicina de família e comunidade.

Região Centro-Oeste (DF, GO, MT, MS) = 4 estados

Necessidade de formação de especialistas em:

- 2/4 estados= radiologia.
- 1/4 estados= cardiologia, psiquiatria, medicina de família e comunidade, neuro/neurocirurgia.

Buscaram-se identificar, também, os estados mais críticos e aqueles com potencial de serem pólos regionais de apoio á formação, ou seja, aqueles que possuíam todos os programas ou a maioria deles.

As especialidades prioritárias que poderiam justificar ação conjunta nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste segundo os critérios de inexistência de programas revelaram uma superposição aproximada com aquelas apontadas na primeira etapa de discussões: psiquiatria, cardiologia, neuro/neurocirurgia, cancerologia, urgências, neonatologia, etc.

3. Sinergias na abordagem por áreas de intervenção

3.1. A articulação educação- trabalho-gestão

As diretrizes para a formação de especialistas a serem propostas devem ser orientadas pela plena compreensão das relações entre educação-trabalho-gestão, tal como expresso pelas portarias 198 e 1996 e pelas diretrizes de regionalização que buscam associar a flexibilidade gerencial ao compromisso com metas de desempenho, mediante a introdução de mecanismos de responsabilização, acompanhamento e avaliação e com uma clara priorização dos profissionais de saúde em termos de qualificação e do estabelecimento de relações adequadas de trabalho. Esses objetivos só podem ser alcançados de forma efetiva mediante o dimensionamento adequado em termos quanti e qualitativo das equipes e das tecnologias requeridas para o atendimento das necessidades de saúde na região.

O trabalho com áreas de intervenção que existem carências de especialistas, que se superpõem as iniciativas de implementação das políticas estruturantes do SUS e a organização de linhas de cuidado - envolvendo diferentes níveis do sistema - favorece, inquestionavelmente, a interlocução com as esferas de gestão, potencializando a articulação da formação em nível de residência com as necessidades do sistema.

3.2. Sinergia entre cenários da formação e espaços de prática de cuidados

A maior parte dos programas de especialização no país, incluindo os de Residência Médica, tem seus currículos organizados com base em conteúdos disciplinares e definição de cargas horárias. Não é por outra razão que muitas especialidades têm apresentado como justificativa para ampliação do tempo de formação o aumento de conhecimentos em sua área específica. A contraposição a essa tendência inexorável de crescimento exponencial do conhecimento técnico-científico é a formação orientada por competência, cujo foco está centrado nos desempenhos esperados nas áreas de competência

que definem um dado especialista e não apenas nos conteúdos de sua formação. Essa orientação do currículo sintetiza uma expressiva mudança nos pressupostos e na organização dos atuais cursos de formação para profissionais de saúde, exigindo uma política indutiva de qualificação de programas de formação de especialistas, na qual os cenários de formação são aqueles relevantes para a organização de toda a linha de cuidados e nos quais os residentes se responsabilizam, com graus crescentes de autonomia ao longo da formação, pelas tarefas exigidas da equipe de saúde no controle dos agravos prevalentes.

Nesse sentido, os residentes devem ser parte das equipes de trabalho, em diferentes cenários da formação, com atribuições de complexidade crescente nos serviços. Isso implica em articulação e pactuação entre instituições formadoras e de prestação de serviços do SUS com vistas ao desenvolvimento de capacidades nos residentes e a transformação das práticas de cuidado, ambas orientadas ao atendimento das necessidades de saúde.

Os hospitais de ensino, nesse sentido, devem ocupar um lugar de destaque como pólos de apoio a essas iniciativas, devendo ser considerados como atores estratégicos na pactuação com os diferentes programas com as esferas de gestão do SUS em nível local e regional.

3.3. Áreas de intervenção como cenários de formação médica multiespecializada

A consideração de áreas de intervenção favorece o desenvolvimento a um só tempo de cenários para a formação médica em várias especialidades. Um exemplo evidente é o da área de urgência e emergência: investimentos que assegurem aumento da capacidade instalada nessa área poderão viabilizar a formação em especialidades tais como: traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, medicina intensiva, cardiologia, saúde mental, gineco-obstetricia, pediatria, entre outras. Cada uma das áreas prioritárias apresentadas favorece

a formação em mosaicos de várias especialidades, ampliando o potencial da intervenção.

3.4. Áreas de intervenção como cenários de ação interprogramática

O desenvolvimento de infraestrutura de suporte aos programas de Residência Médica pode ser em muito favorecido pela sinergia de ações diversas desenvolvidas no âmbito dos ministérios da educação e da saúde. Entre eles merecem destaque: programa de qualificação docente (FAIMER); o PROSAUDE e o PETAUDE, alavancando a integração das instituições formadoras e o SUS, ajustando conteúdos e processos educativos no nível de graduação; a RUTE, favorecendo a conexão entre as instituições universitárias com o emprego de tecnologias de informação e comunicação; telemedicina & telessaúde, assegurando a conexão entre municípios de diferente porte e serviços de complexidade diversa para a ampliação da resolutividade da assistência.

Uma política indutiva de qualificação de programas de formação de especialistas deveria operar na perspectiva da (i) regulação de quantidade indissociada da noção de qualidade dos programas; (ii) sinergia entre graduação e pós-graduação *stricto e lato sensu*; (iii) qualidade, que articula condições para acreditação institucional e cenários de prática legitimados para certificação de especialidades; (iv) indução, que legitima critérios de acreditação como conteúdo de contratualização; (v) gestão, que reconhece na formação os mesmos elementos de inovação, desenvolvimento e mudança que promove; (vi) inovação, que articula as dimensões do ensino às de assistência e pesquisa.

4. A Residência Médica como dispositivo para a melhoria da qualidade da graduação e pós-graduação: o papel protagônico dos HUF's

Entende-se que a melhoria da residência médica é uma ação estratégica que deverá contribuir para transformar a organização dos serviços, os processos formativos em nível de graduação e pós-graduação, as práticas de saúde trabalho articulado no sistema de saúde nas áreas de saúde mental, atenção básica, atenção oncológica, atenção perinatal e urgências e emergências e saúde do idoso nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste;

Os hospitais universitários federais inserem-se de forma privilegiada no SUS e sua ação sinérgica é capaz de potencializar os esforços para a promoção da pesquisa, da inovação tecnológica e da formação de recursos humanos comprometidas com a qualidade da assistência à saúde.

Nesse sentido, no âmbito da presente proposta, espera-se que os HUF's possam:

- Mediar à interlocução de gestores e instituições formadoras, na identificação e construção de respostas às demandas educativas;
- Propor estratégias para a adequação constante das políticas de desenvolvimento de RH e de gestão do trabalho na perspectiva da qualidade da atenção nas áreas prioritárias segundo os princípios do SUS;
- Estimular a produção de conhecimento de forma a subsidiar a gestão da atenção e da educação tanto em seu aspecto de intervenção como naquele que reflete o desempenho do SUS no atendimento às necessidades nas áreas estratégicas.

Em consonância com essa proposta, os HUF's deverão tomar como referências-chave:

- A busca de relevância dos conteúdos e temáticas para o enfrentamento dos problemas do trabalho identificados nas áreas prioritárias em sua região;
- O exercício permanente de coerência dos métodos didático-pedagógicos empregados pelos agentes executores de práticas educativas (articulação teoria-prática, ensino-trabalho, aprendizagem significativa, reflexão na ação) de forma a ampliar a capacidade de problematização das equipes, a assegurar a construção de conhecimento significativo e de competências para o cuidado integral nas áreas prioritárias em sua região;
- A promoção de processos de avaliação que incluam o impacto sobre a qualidade da atenção nas áreas prioritárias.

Em conformidade com o proposto, o projeto pedagógico deve ser entendido para além de sua dimensão técnica - situação em que estaria sob responsabilidade apenas dos profissionais da educação - mas como resultante da pactuação entre os atores chave de maneira a construir uma sólida base de atuação institucional dos HUF's. Gestores e instituições comprometidas com a formação são, nesse sentido, autores do projeto político-pedagógico dos PRM.

5. Propostas de intervenção

Com base na complementaridade entre intervenções estruturantes e focais, foram definidos dois tipos de iniciativas, descritas a seguir:

5.1. Apoio à Formação de Especialistas na modalidade residência médica em especialidades prioritárias nas regiões norte, nordeste e centro-oeste por meio da concessão de bolsas para residentes

5.1.1. Expansão de Programas de Residência Médica (PRM) credenciados: quando o projeto de ajuste apresentado mostra que o hospital depende apenas de bolsas para residentes para a ampliação do programa, tendo todas as demais condições asseguradas, em consonância com os requisitos da

CNRM/MEC. Incluem-se aqui as especialidades básicas e aquelas consideradas prioritárias no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção básica e atenção à mulher e a criança, saúde do idoso.

5.1.2. Abertura de novos PRM: quando o projeto expresso em PCP demonstre que a abertura dependa apenas de bolsas para residentes, estando as demais condições asseguradas, em consonância com os requisitos da CNRM/MEC. Incluem-se aqui as especialidades básicas, as especialidades prioritárias e aquelas que têm zero programas no estado.

Postulantes: Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Levamos em consideração (i) que há estados que não tem HUF nem HE e que devem ter apoio e (ii) que há estados que possuem iniciativas de bom potencial em instituições públicas estaduais e municipais, alinhadas às políticas públicas em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção básica e atenção à mulher e a criança e saúde do idoso e que merecem apoio.

Será elaborado Edital a ser lançado em agosto. Projetos para bolsas de residentes para 2010 deverão ser apresentados até 30 de outubro. Será discutido com CNRM a possibilidade de novo cronograma para análise e aprovação de concessão de bolsas e credenciamento de novos PRM para atender aos termos do edital.

A avaliação dos projetos será realizada por Comissão Assessora designada por Portaria composta por membros indicados pela CNRM/MEC e MS.

O Edital apoiará a abertura de até 2.000 bolsas para residentes nas regiões prioritárias, assegurado o cumprimento de todos os requisitos formais exigidos pela CNRM/MEC.

5.2.2. Abertura de novos programas em especialidades prioritárias nas regiões norte, nordeste e centro-oeste com apoio matricial de instituições de excelência

A iniciativa tem por objetivo apoiar o desenvolvimento de novos Programas de Residência Médica nas regiões norte, nordeste e centro-oeste em especialidades prioritárias no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção básica, atenção à mulher e a criança e saúde do idoso por meio de apoio matricial de instituição/ões que inclua:

- a) Desenvolvimento de programa de qualificação de preceptores da unidade apoiada nas áreas clínica, didático-pedagógica, de gestão da atenção e do sistema de saúde, considerada a especificidade da área de intervenção a que se relaciona o programa;
- b) Identificação de necessidades, pactuação e aprovação de plano de apoio matricial com as esferas e instancias de gestão do SUS envolvidas;
- c) Oferta de estágios curriculares em articulação com rede de serviços, de forma a assegurar a formação em cenários compatíveis com aqueles requeridos pela linha de cuidados;
- d) disponibilização de preceptores para atividades de supervisão presencial de curto prazo nas unidades parceiras;
- e) Oferta de atividades a distância com apoio das tecnologias de informação e comunicação viabilizadas pela RUTE/RNP;
- f) Desenvolvimento de projetos de avaliação das iniciativas desenvolvidas e de seu impacto sobre a qualidade da atenção e da formação;

Postulantes: Instituições que pretendem abrir novos programas em cooperação com instituições de reconhecida excelência.

O alinhamento exigido com as políticas públicas de saúde demonstrar-se-á pela aprovação do projeto apresentado pelo gestor do SUS em nível municipal e/ou estadual.

A qualificação de preceptores foi pensada como um processo semi-presencial de 360h, incluindo 3 encontros presenciais de 36h cada (a serem realizados nas macrorregiões norte, nordeste e centro-oeste), 100 h a distância para a formação didático-pedagógica e 100h a distância para a formação em gestão do sistema e da atenção. Além desse componente, deveria haver um programa de qualificação na área técnica específica, segundo as necessidades identificadas. A iniciativa deveria prever a participação de um tutor para cada 10 alunos. O trabalho de conclusão de curso poderia ser um projeto a ser potencialmente apoiado pelo MS e MEC na área de residência médica e qualidade da atenção.

Propõe-se que as áreas técnicas do MS e MEC reúnam-se com as instituições a serem potencialmente envolvidas no apoio matricial para desenvolvimento de propostas de qualificação de preceptores em cada área estratégica.

Será constituído GT para elaboração de termos de referência para cada área de intervenção, composto pela área técnica do Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O Termo de referência deve incluir: saberes, cenários e práticas necessários para a formação na especialidade, considerados os critérios formais da CNRM; relações a serem estabelecidas entre o programa e as redes de atenção na área; plano de pactuação com os gestores e com as instituições de referência.

