

**II FÓRUM E I ENCONTRO
DAS CÂMARAS TÉCNICAS
DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE
DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**
25 DE NOVENBRO - BRASÍLIA (DF)



RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

- UM DESAFIO PARA TITULAÇÃO COMPLETA DOS MÉDICOS

Thiago Trindade

Diretor de Graduação e Pós-graduação stricto sensu da SBMFC

Presidente da APMFC

Professor UFRN / UNP

thiagogtrindade@gmail.com

Tópicos



- Contexto
- Necessidades de médicos
- PRM Medicina de Família e Comunidade
 - ▣ Porque
 - ▣ O que
- Desafios
- Perspectivas
- Estratégias
- Recomendações

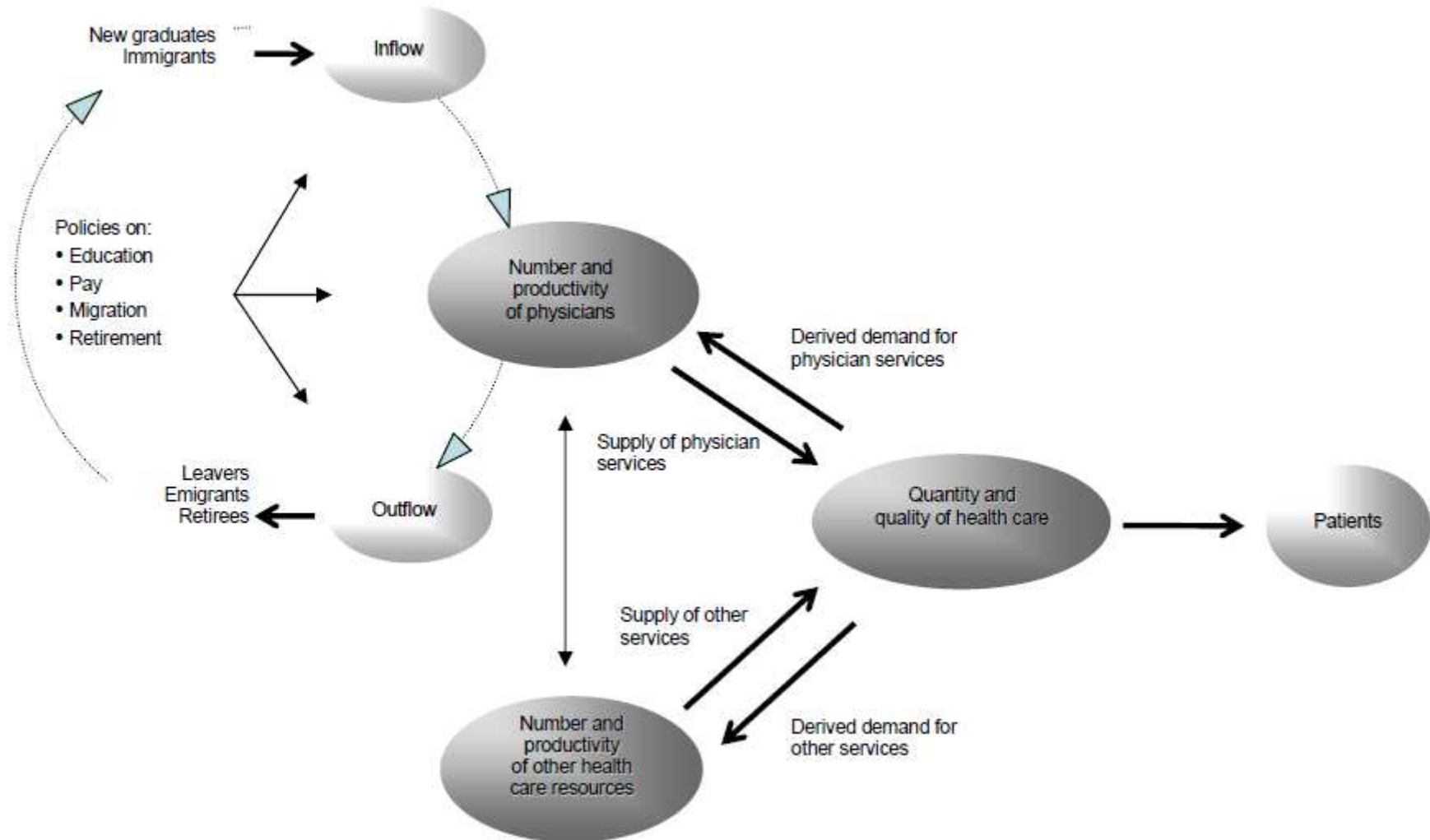
Contexto da APS

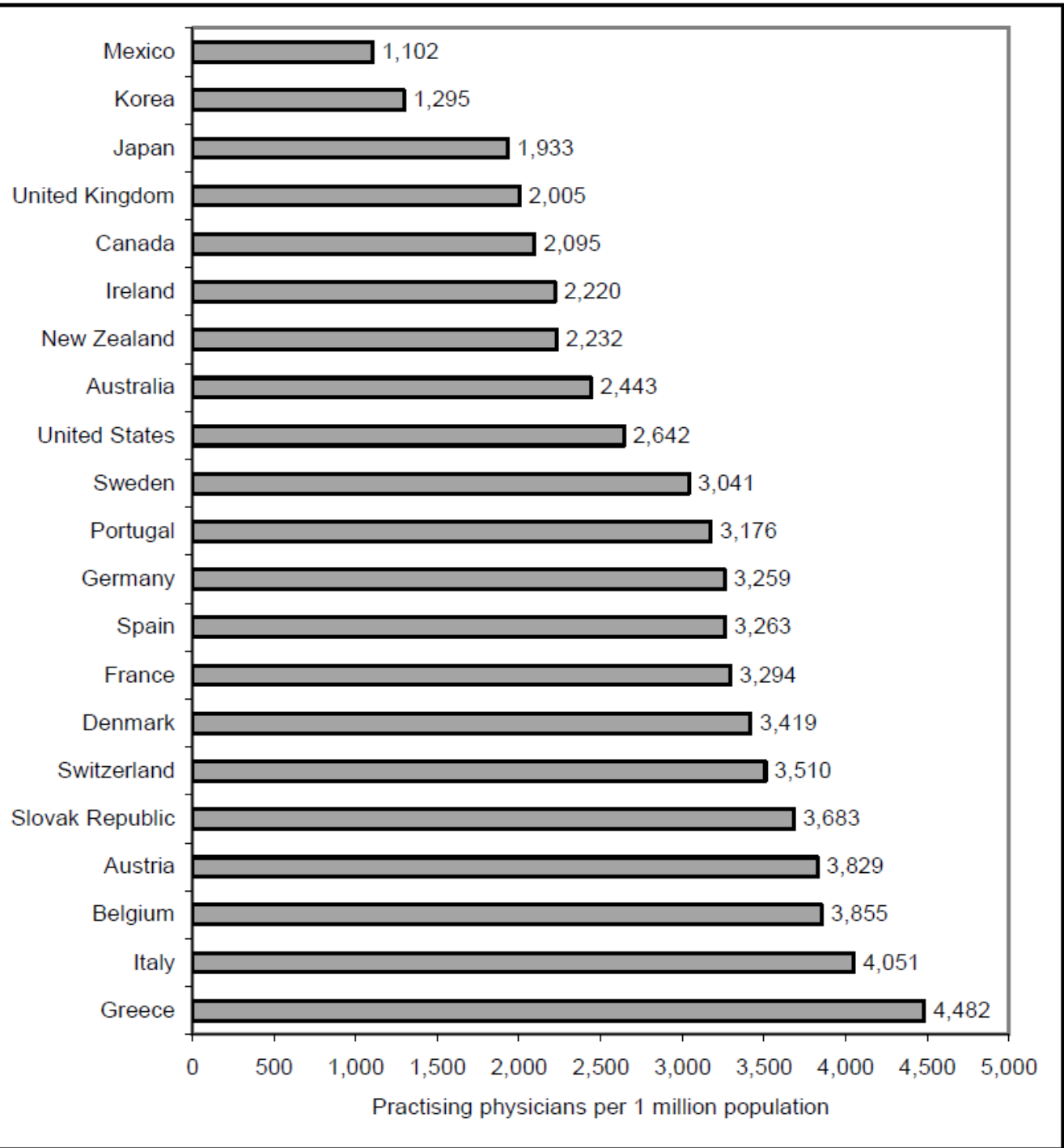


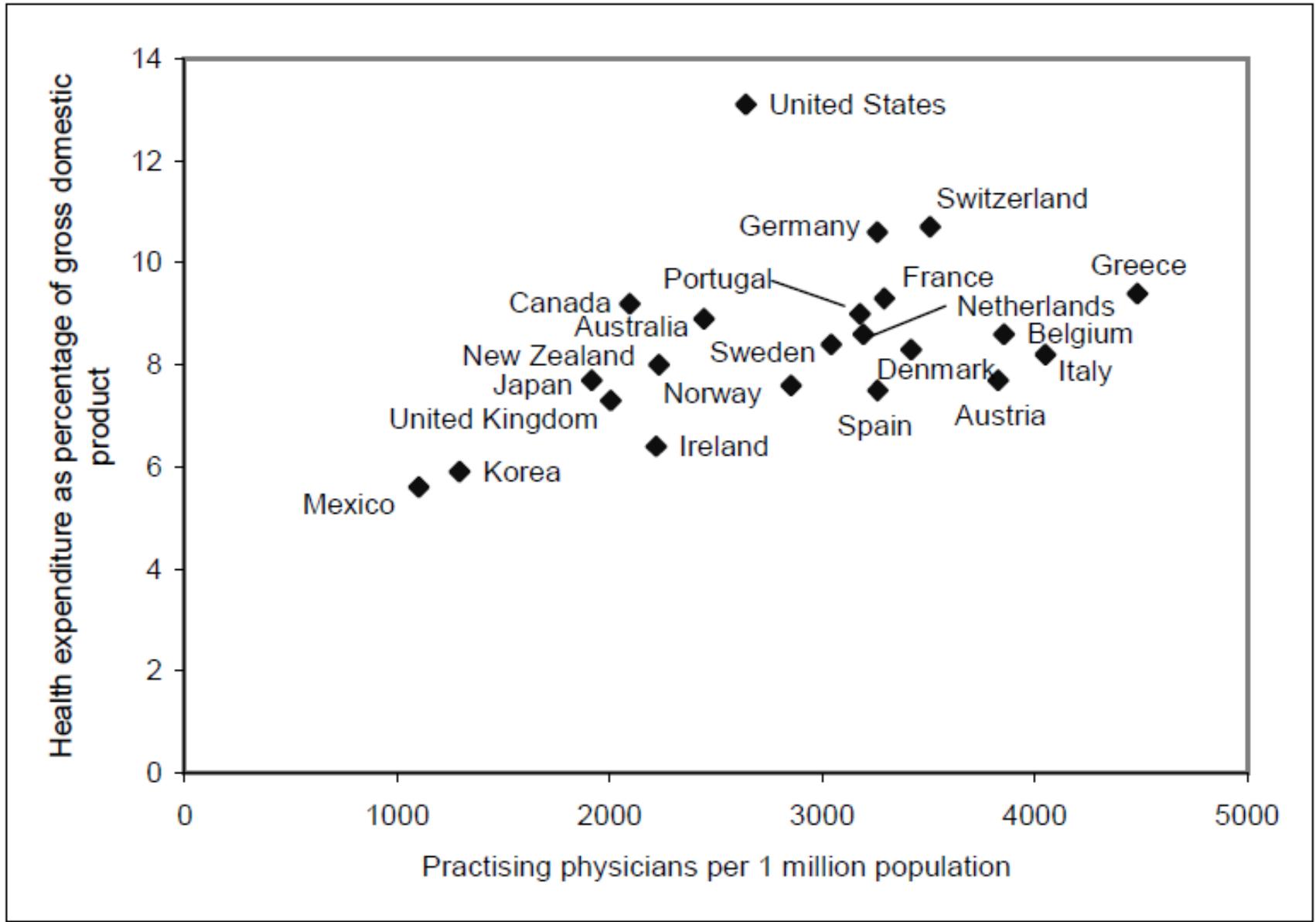
- Modelo Assistencial – ESF – 17 anos
 - Médico Generalista → MFC
- 32.000 Equipes SF
 - Médicos Especialistas em MFC - cerca de 1%
 - Titulados
 - Egressos de Residência
- Escassez de médicos no BR
 - Zona Rural, Pequenas cidades, Áreas remotas
 - Especialistas em MFC

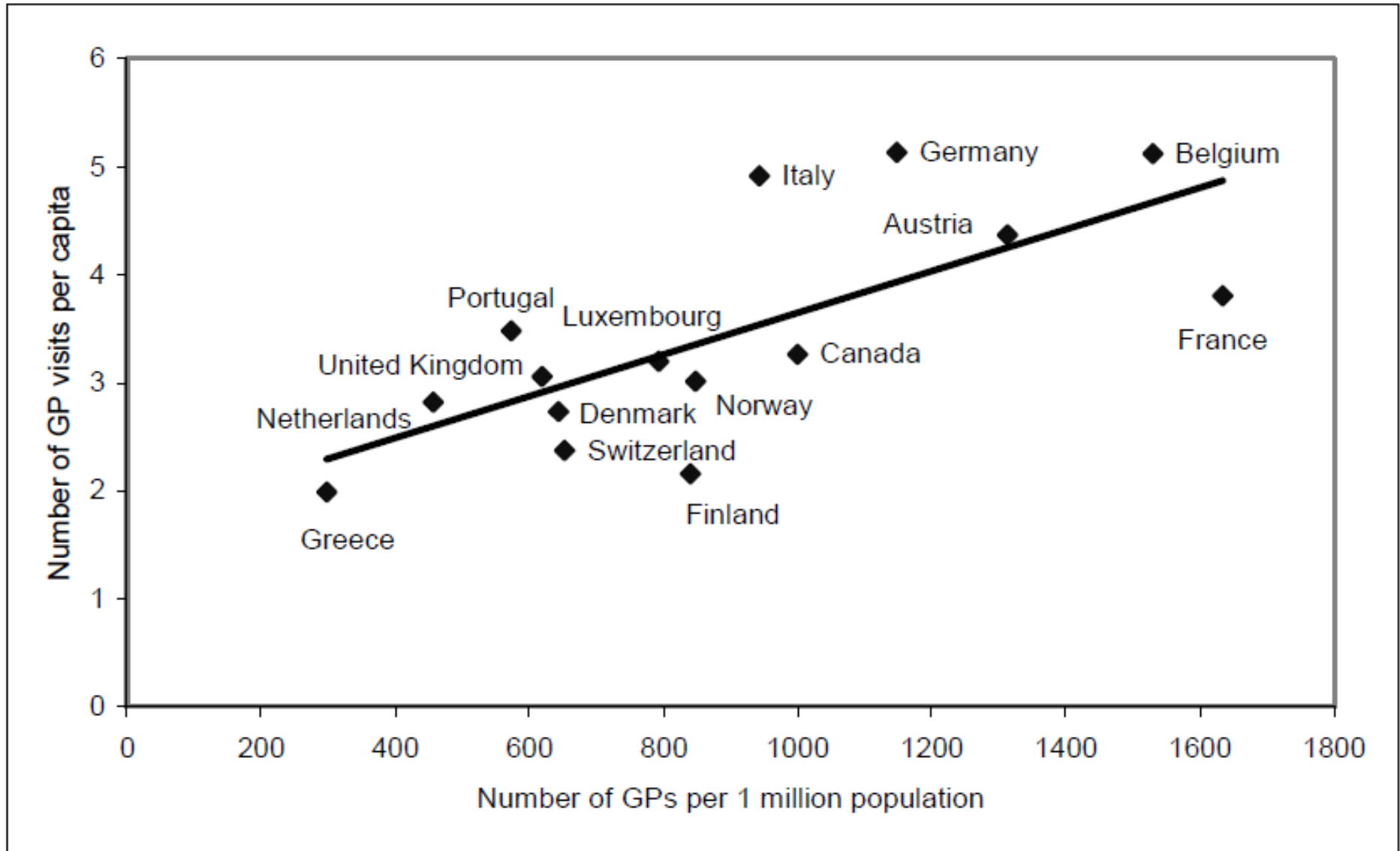
Demanda e Oferta

– Necessidades de Médicos









Necessidades de Médicos

Fonte: OCDE.

PAÍS	Médicos por 1000 hab - 2009
Turkey ²	1,6
BRASIL	1,8
Korea ¹	1,9
Mexico ¹	2
Poland ¹	2,2
Canada ²	2,4
Slovenia ¹	2,4
United States ¹	2,4
New Zealand ¹	2,6
Luxembourg ¹	2,7
United Kingdom ¹	2,7
Belgium ¹	2,9
Hungary ¹	3
Ireland ²	3,1
Estonia ¹	3,3
France ²	3,3
<u>Israel</u> ¹	3,4
Italy ¹	3,4
Spain ¹	3,5
Czech Republic ¹	3,6
Germany ¹	3,6
Iceland ¹	3,7
Portugal ³	3,8
Switzerland ¹	3,8
Norway ¹	4
Austria ¹	4,7
Greece ²	6,1
MÉDIA	3,1
MEDIANA	3,1

PAÍS	MÉDICOS FORMANDOS POR 100.000 HAB - 2009
<u>Israel</u>	4
Japan	5,9
Chile	6,5
United States	6,5
Canada	7
Turkey	7
Poland	7,3
New Zealand	7,8
Belgium	7,9
Slovenia	8
BRASIL	8,4
Slovak Republic	8,5
Spain	8,5
Korea	8,8
Estonia	9
United Kingdom	9,3
Finland	9,4
Switzerland	9,4
Netherlands	9,9
Norway	10,7
Sweden	10,7
Australia	10,8
Italy	11,3
Iceland	11,6
Germany	12,5
Czech Republic	12,6
Denmark	15,3
Ireland	16,2
MÉDIA	9,3
MEDIANA	8,9

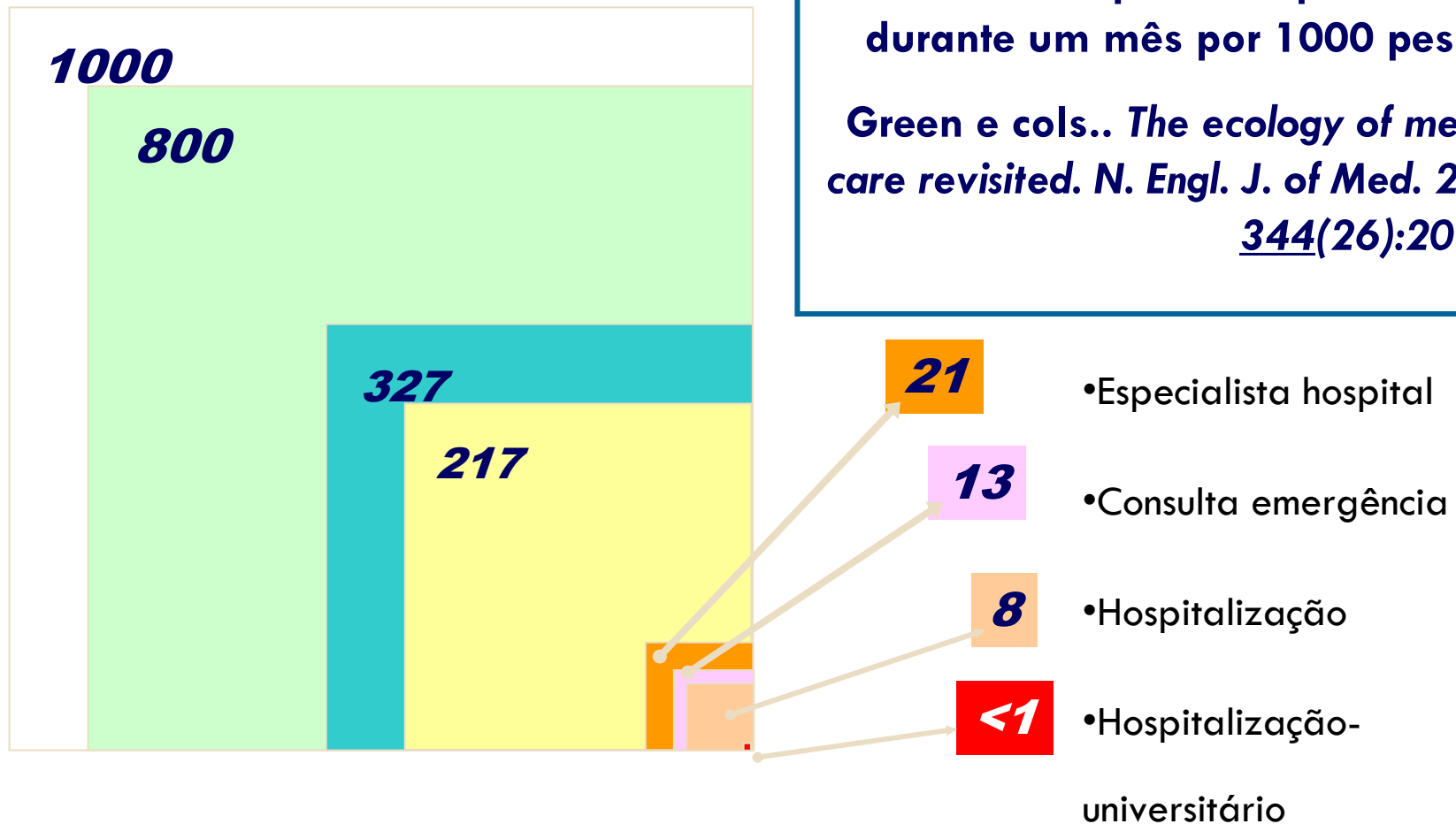
UF	Formandos por 100.000 hab	UF	Médicos por 1000 hab
MA	2,8	MA	0,6
GO	3,8	AP	0,7
AL	4,2	PA	0,8
BA	4,3	AC	0,9
AP	4,5	PI	0,9
PA	5,1	RO	1,0
AC	5,5	TO	1,0
PE	5,6	AM	1,0
MT	5,9	CE	1,1
RR	6,2	MT	1,1
SP	6,3	AL	1,1
PR	6,9	BA	1,1
RS	6,9	RR	1,2
SE	7,3	PB	1,2
RN	7,4	RN	1,2
CE	7,7	SE	1,2
MS	7,8	PE	1,4
SC	7,8	GO	1,4
PI	9,7	MS	1,5
AM	9,8	SC	1,6
DF	10,8	PR	1,7
PB	11,7	MG	1,9
MG	12,9	ES	2,0
ES	14,2	RS	2,3
RO	14,7	SP	2,5
RJ	14,8	RJ	3,5
TO	21,7	DF	3,6
BRASIL	8,1	BRASIL	1,8

Fonte: CFM,
Escolas
Médicas, IBGE

Que Médicos precisamos?

- Baseados nas necessidades de saúde da população
- Não regulado por mercado ou interesses privados!
- BR = 350.000 Médicos
 - ▣ Menos de 1% do total de médicos são MFC's com formação!!!
 - ▣ 10-20% dos médicos atuam em APS.

Apresentação e resolutividade dos problemas de saúde





Experiência Internacional

APS – Experiências mundiais

Alguns países construíram seus sistemas de saúde, universais e orientados à APS, com excelentes resultados!



Londres - Big Ben



Sistemas de Saúde orientados à APS são mais custo-efetivos!

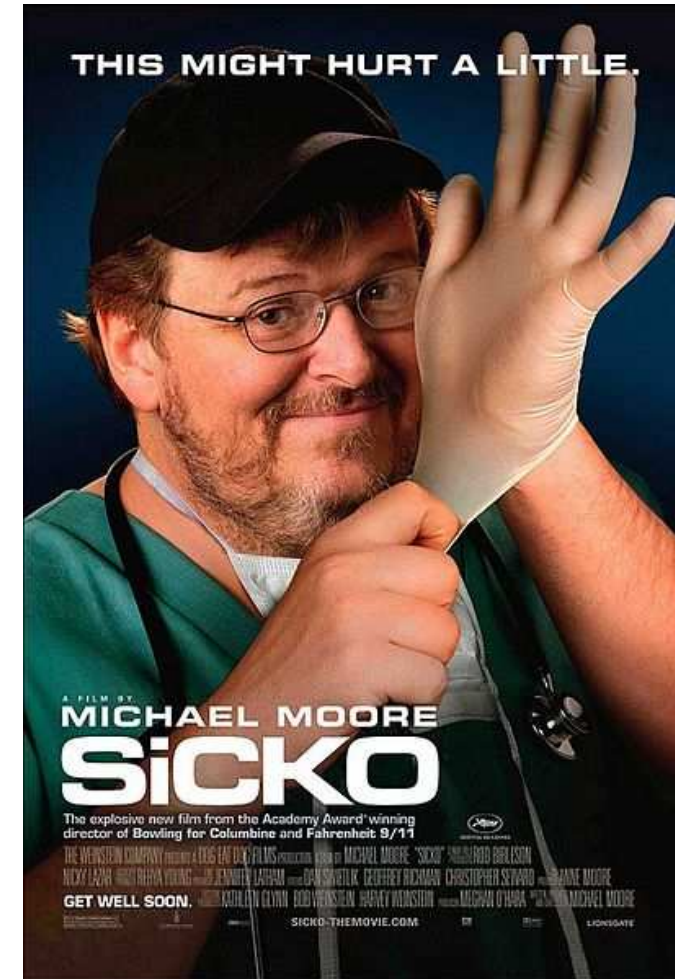
THE LANCET

Copyright. © The Lancet Ltd, 1994.

Volume 344(8930) 22 October 1994 pp 1129-1133

Is primary care essential?
[Primary Care Tomorrow]

Starfield; Barbara.



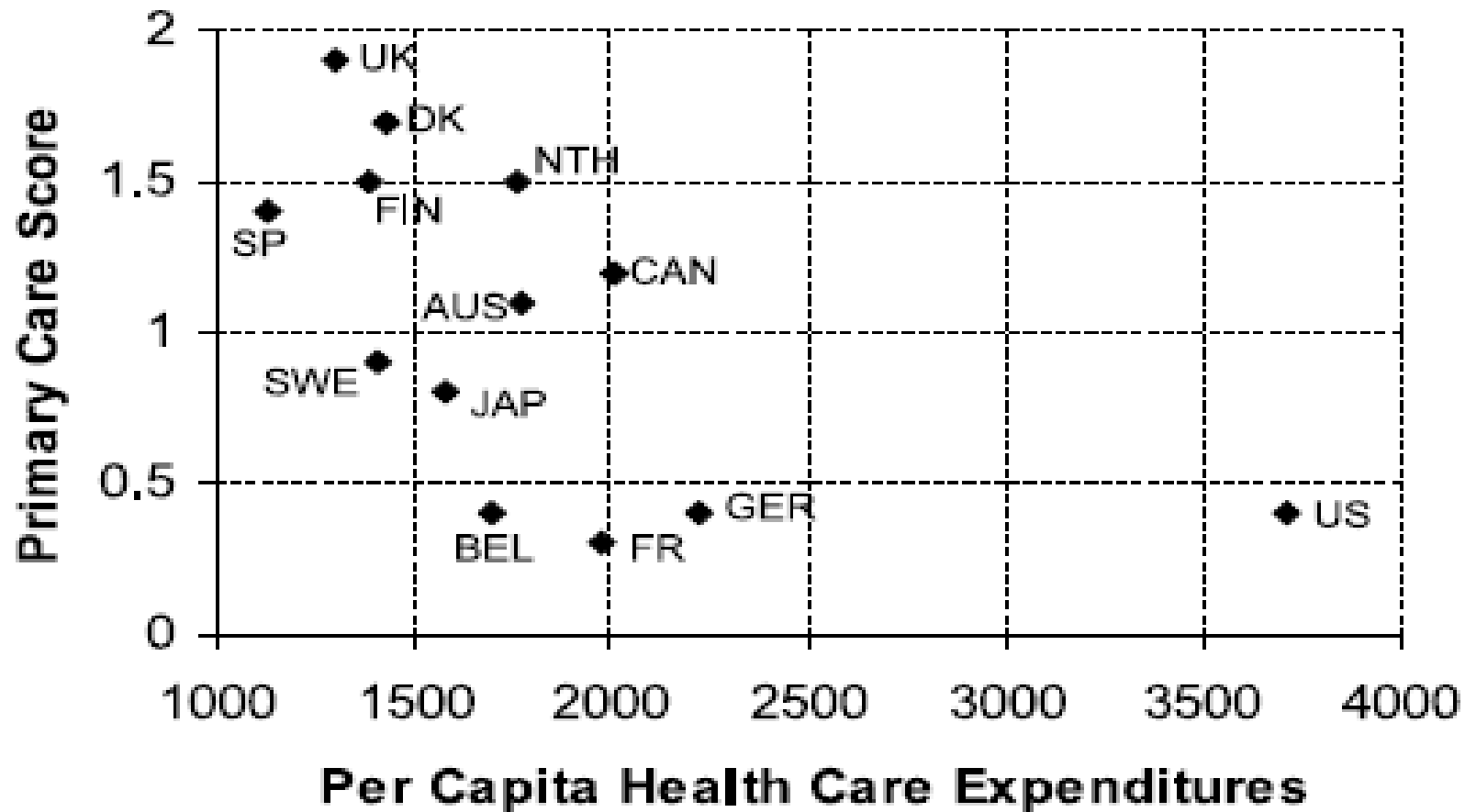
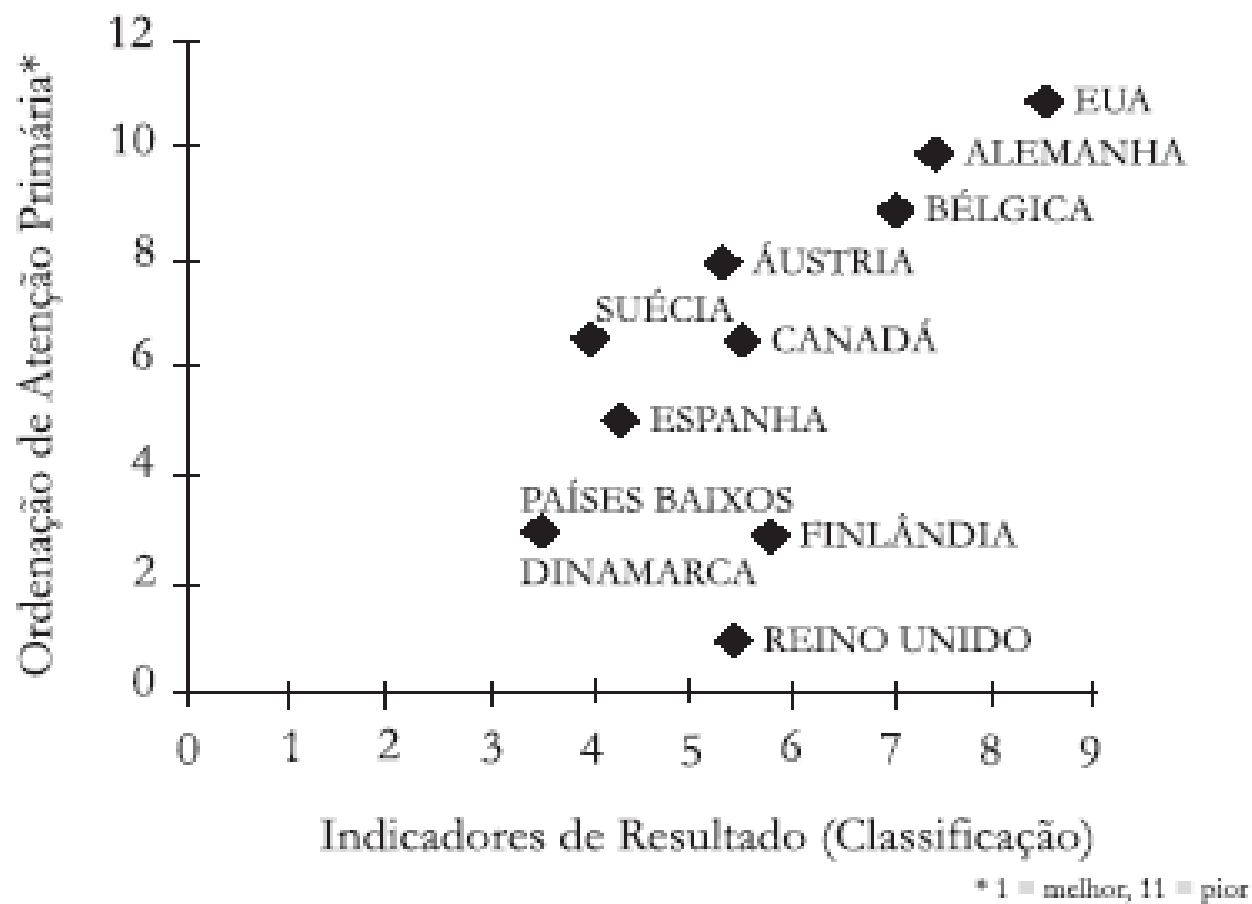


Fig. 2. Primary care score vs. health care expenditures, 1997.

Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados.



Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, 2002.

The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998

James Macinko, Barbara Starfield, and Leiyu Shi

The strength of a country's primary care system was negatively associated with

- (a) all-cause mortality,
- (b) all-cause premature mortality, and
- (c) cause specific premature mortality from asthma and bronchitis, emphysema and pneumonia, cardiovascular disease, and heart disease

($p < 0.05$ in fixed effects, multivariate regression analyses).

HSR: Health Services Research 38:3 (June 2003)

The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995

Leiyu Shi, DrPH, MBA, James Macinko, PhD, Barbara Starfield, MD, MPH, John Wulu, PhD, Jerri Regan, MPA, and Robert Politzer, ScD

In weighted multivariate regressions, both contemporaneous and time-lagged income inequality measures (Gini coefficient, Robin Hood Index) were significantly associated with all-cause mortality ($P < .05$ for both measures for all time periods).

Contemporaneous and time-lagged primary care physician-to-population ratios were significantly associated with lower all-cause mortality ($P < .05$ for all 4 time periods), whereas specialty care measures were associated with higher mortality ($P < .05$ for all time periods, except 1990, where $P < .1$).

Among primary care subspecialties, only family medicine was consistently associated with lower mortality ($P < .01$ for all time periods).

APS – Experiências mundiais




Existe um profissional próprio à APS?

Canadá: Médico de Família

Inglaterra e Holanda: Clínico Geral (GP)

Espanha: Médico de Família e Comunidade

Portugal: Clínico Geral e Familiar

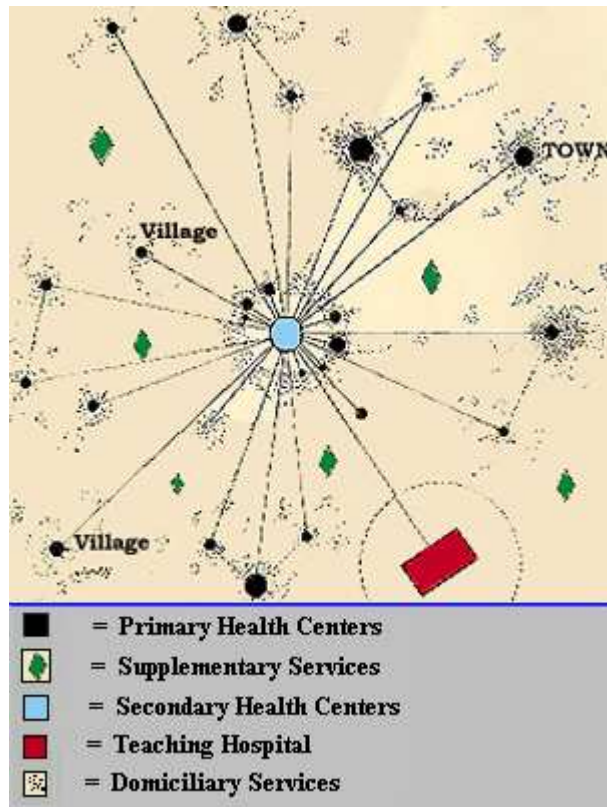


Todos com
Residência Médica!

HISTÓRICO

Atenção Primária à Saúde (APS):

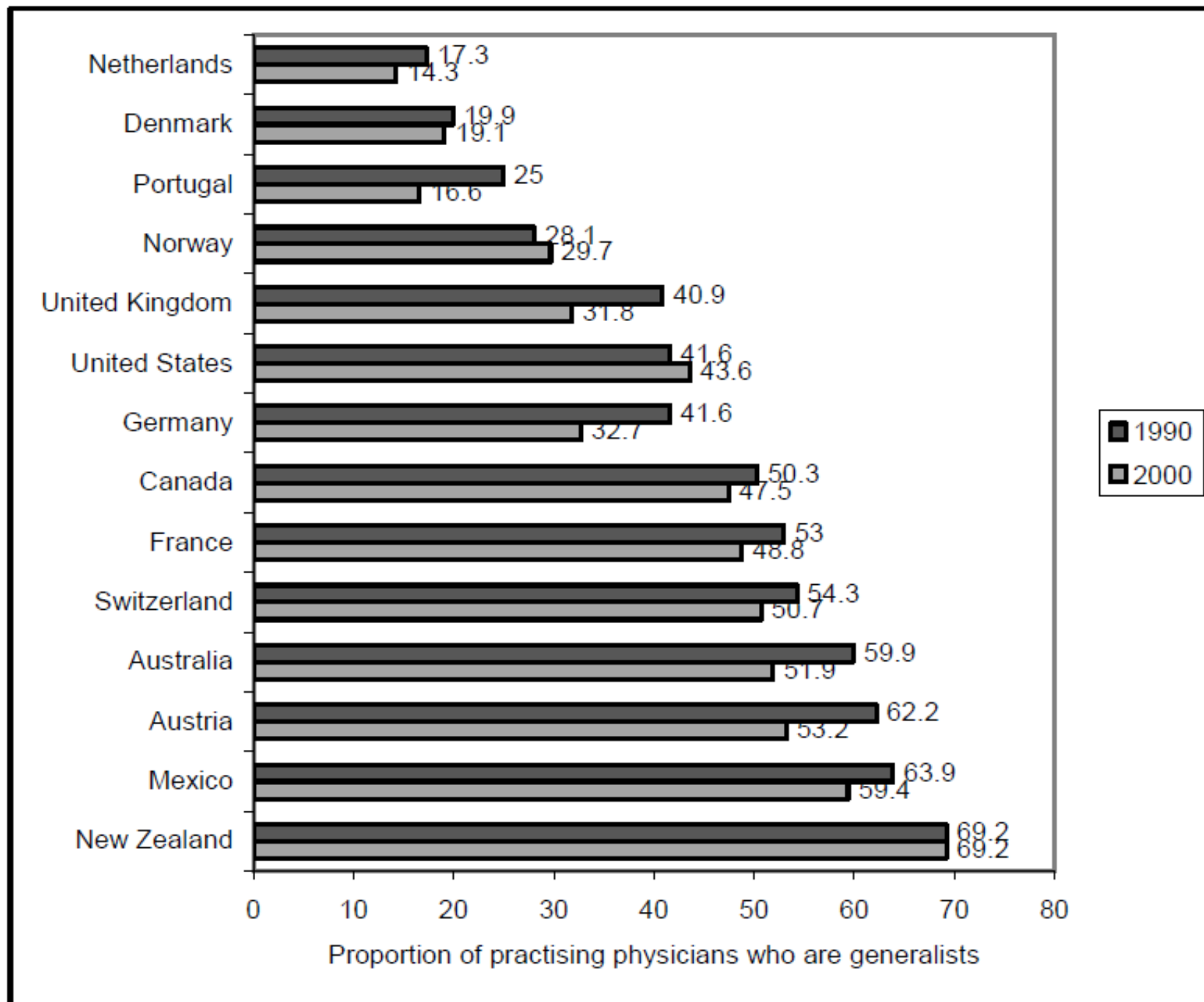
de Dawson (1920) à Alma - Ata (1978)...e hoje?



Experiência Internacional – Histórico e Regulamentação

- Histórico na década de 80 e 90

- (Cuba, Canadá, Portugal, Espanha)
 - ▣ PLANO EXECUTADO EM 15 ANOS (em média)
 - ▣ Titulação de todos generalistas sem residência
 - ▣ Programa de residência com forte expansão -curto prazo
 - ▣ Decreto regulamentando a obrigatoriedade de Residência em MFC para trabalhar na APS – médio prazo.



O que é um PRM em MFC?

- História – 1976 – CNRM 1981.
- CH – 5500h – 80% treinamento em serviço
- Competências – conhecimento, habilidades e atitudes (Role Model)
 - Próprias da MFC

- **Manejo Clínico de Problemas Comuns**
- **Manejo de Problemas indefinidos, da incerteza**
- **Habilidades de comunicação em saúde**
- **Perspectiva da pessoa, da família e da comunidade**
- **Medicina centrada na pessoa**

COMPETÊNCIAS DO PRM EM MFC

□ Primeiro ano:

Competências não clínicas:

- Princípios da Medicina de Família e Comunidade
- Método clínico centrado na pessoa
- Abordagem familiar
- Abordagem comunitária
- Registro médico baseado em problemas
- Assistência domiciliar
- Trabalho em equipe
- Ética médica e Bioética
- Medicina baseada em evidências e epidemiologia clínica

Competências clínicas:

- Problemas frequentes e indiferenciados na prática em APS
- Urgências e emergências
- Pequenas cirurgias

□ Segundo ano:

Competências não clínicas:

- Método clínico centrado na pessoa
- Abordagem familiar
- Abordagem comunitária
- Habilidades de comunicação
- Metodologias de ensino e gerenciamento
- Metodologia científica aplicada à pesquisa em APS

Competências clínicas:

- Problemas frequentes na prática em APS de maior complexidade do que no R1
- Urgências e emergências
- Pequenas cirurgias
- Problemas hospitalares de adultos e crianças
- Cuidados paliativos

Porque Residência - EFETIVIDADE – Padrão Ouro

- Falk, J.W. Tese de doutorado – TEMFC - Egressos de residência tem melhores desempenhos estatisticamente significativos comparado com quem não fez.
 - http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&Paginald=14
 - <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=200534442001013039P2>

- Fazer residência comparado a quem não fez:
 - mostra melhor uso do método centrado na pessoa
 - melhor qualidade do cuidado
 - fazem melhor diagnósticos e encaminham menos.
 - http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/la_formacion_de_profesionales_%20de_salud.pdf
"La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina".
 - 51. Sheps SB, Schechter MT, Grantham P, et al. Practice patterns of family physicians with 2-year residency v. 1-year internship training: Do both roads lead to Rome? CMAJ. 1989; 140: 913-8.
 - 52. Maheux B, Beaudoin C, Jacques A, Lambert J, Levesque A. Effects of residency training in family medicine v. internship training on professional attitudes and practice patterns. CMAJ. 1992; 146 (6): 901-7.
 - 53. Jaturapatporn D. Does family medicine training affect the referral pattern of primary care doctors in Thailand? Fam Med. 2006; 38 (6): 387-8.
 - 54. Jaturapatporn D, Hathirat S. Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand. Quality in Primary Care. 2006; 14 (41): 48.
 - 55. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Fam Pract. 2007; 8: 14.

VAGAS DE RESIDÊNCIA NO CANADÁ

Quota Overview for all disciplines in R-1 Match Main Residency Match - First iteration

<https://w1c.e-carms.ca/pdws/jsp/pd.do?p=p1&m=1>

1211 / 2887 = 42%

Discipline	Quota	IMG Quota
Anatomical Pathology	33	4
Anesthesiology	102	8
Cardiac Surgery	9	0
Dermatology	31	2
Diagnostic Radiology	85	5
Emergency Medicine	64	6
Family Medicine	1211	118
Family Medicine MOTP-MMTP	27	
General Pathology	5	1
General Surgery	100	6
Hematological Pathology	2	
Internal Medicine	418	31
Laboratory Medicine	13	5
Medical Biochemistry	5	
Medical Genetics	7	2
Medical Microbiology	13	0
Neurology	39	6
Neurology - Pediatric	10	1
Neuropathology	3	
Neurosurgery	19	1
Nuclear Medicine	10	0
Obstetrics & Gynecology	96	4
Ophthalmology	39	2
Orthopedic Surgery	76	6
Otolaryngology	31	1
Pediatrics	145	13
Physical Med & Rehab	23	4
Plastic Surgery	26	1
Psychiatry	159	17
Public Health and Preventive Medicine	25	1
Radiation Oncology	21	1
Urology	32	2
Vascular Surgery	8	1
Total	2887	249

Concurso de
Residência UFRN
2012
- 3,4% das vagas
para MFC

PROGRAMA	VAGAS	CANDIDATOS	DEMANDA
101 Anestesiologia (HUOL)	1	23	23,00
102 Cardiologia (HUOL)	2	5	2,50
103 Cirurgia Geral (HUOL)	3	64	21,33
104 Clínica Médica (HUOL)	10	78	7,80
105 Dermatologia (HUOL)	2	52	26,00
106 Endocrinologia (HUOL)	1	8	8,00
107 Endocrinologia Pediátrica (HOSPED)	1	1	1,00
109 Gastroenterologia (HUOL)	2	4	2,00
110 Gastroenterologia Pediátrica (HOSPED)	1	1	1,00
111 Ginecologia e Obstetrícia (MEJC)	8	42	5,25
112 Infectologia (HUOL)	3	7	2,33
113 Medicina de Família e Comunidade (HUOL)	2	2	1,00
114 Neonatologia (HOSPED)	2	4	2,00
115 Neurocirurgia (HUOL)	1	17	17,00
116 Neurologia (HUOL)	1	19	19,00
118 Oftalmologia (HUOL)	3	64	21,33
119 Otorrinolaringologia (HUOL)	2	36	18,00
120 Patologia (HUOL)	2	6	3,00
121 Pediatria (HOSPED)	8	31	3,88
122 Psiquiatria (HUOL)	2	24	12,00
123 Radiologia (HUOL)	1	26	26,00
124 Urologia (HUOL)	1	14	14,00
TOTAIS	59	528	-

Panorama atual - números

- Percentual de Residências
 - 10.196 Vagas de R1 Acesso direto
 - 15.749 egressos
 - 65%
 - 711 Vagas de R1 MFC / 10196 Total de vagas de R1 – 7%

- 113 PRM em MFC -
 - Vagas de R1 – 711
 - Ocupadas - 206
 - Vagas de R2 – 712
 - Ocupadas – 148

Desafio 1. EXPANSÃO

Pop 200.000.000

67.000 ESF (1 / 3000)

Precisamos +35.000 Médicos – MFC's

Perspectivas e Estratégias!

- Especialização – Titulação – 5 anos
- Residência – 10 anos
 - ▣ 17.000 – 100% de residência – acesso direto
 - ▣ 30% para MFC – 5100 – 10 anos
 - Curto (2 anos)– 10% das 11.000 - 1100
abrir + 400 em 2 anos (200 por ano)
 - Médio (2-5 anos) – 20% de 14.000 – 2800
abrir + 1700 (cerca de 600 por ano)
 - Longo (5-10 anos) – 30% 17.000 – 5100
abrir +2300 (cerca de 460 por ano)

Prospecção em 10 anos

ANO	Aumento de vagas anual	Vagas de R1
2012		700
2013	200	900
2014	200	1100
2015	600	1700
2016	600	2300
2017	600	2900
2018	460	3360
2019	460	3820
2020	460	4280
2021	460	4740
2022	460	5200
	TOTAL DE FORMADOS EM 10 ANOS	31000

Desafio 2. OCUPAÇÃO

- Ociosidade de vagas – prováveis razões:
 - Pouco contato do estudante com a especialidade durante a graduação
 - Role Model (Insuficiente)
 - Infra-estrutura pouco atrativa
 - Desvalorização pela Sociedade Civil, Academia – e outras especialidades pela APS
 - Insegurança quanto ao futuro da profissão – estabilidade, salários, carreira.
 - Valor da bolsa pouco atrativo – compete com a própria ESF

Desafio 3. Qualificação



- EXPANDIR COM QUALIDADE

- Como?

- Onde?

- Quem?

Estratégias



- Graduação
 - ▣ Presença de MFC's nas faculdades
 - ▣ Inserção da MFC na graduação
 - ▣ APS de alta qualidade

- Residência
 - ▣ Regulação das vagas
 - ▣ Complementação de bolsa

- Pós-residência
 - ▣ Incentivo por gratificação dos profissionais que fizeram residência
 - ▣ PCCS

Estratégias



- Políticas indutoras
 - Incentivos – FIES
 - PROUNI
 - Pro-Residencia

- Políticas Ampliada
 - ▣ Adequação de vagas de graduação conforme necessidade loco-regional
 - ▣ Imigração
 - ▣ Educação permanente
 - ▣ Incentivo para profissionais em final de carreira

Recomendações Finais



- Residência para TODOS!
- Regulamentação das bolsas pela CNRM: 30-40% MFC
- Ter Titulação ou Residência em MFC para trabalhar na APS
– médio prazo
- Ter Residência em MFC para trabalhar na APS – longo
prazo



thiagogtrindade@gmail.com