

Acesso e Regulação da Residência Médica no Brasil

Panorama do Acesso à Residência Médica no Brasil

- Hoje há 6.532 programas de residência médica no Brasil.
- Estes equivalem a 20.556 vagas de residência médica.
- Destas, 42,4 % são destinadas a especialidades de acesso direto.
- Calendário de seleção para residência médica ocorre de outubro a fevereiro na maior parte das instituições.
- Maior parte dos programas de residência médica utilizam somente uma fase de seleção, com provas distribuídas equitativamente entre as áreas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Medicina Preventiva e Social.

Tendências do Acesso à Residência Médica

- Há uma tendência de redução de acesso a programas em especialidades básicas: MFC (em torno de 25 % de ocupação); Pediatria (em torno de 30 % de ocupação, etc).
- Há uma tendência mundial a dificuldade de ocupação de especialidades médicas básicas. No Brasil agrava-se a situação pelo paradigma de residência adotado desde os anos de 1970.
- Há uma tendência dos profissionais no mundo todo a buscar mais de uma especialização médica (OCDE, 2013)
- Há um certo consenso entre os especialistas internacionais de que o enfraquecimento do acesso às especialidades básicas vem sendo um importante fator de enfraquecimento da dimensão da clínica e do cuidado integral em relação à centralidade da prática baseada em procedimentos.

Formação e treinamento do médico geral

DR. CLEMENTINO FRAGA FILHO e DRA. ALICE REIS ROSA (OPAS – 1979)

*"Nada mais oportuno do que a volta do clínico geral,
desejada no mundo inteiro. Tantos males se acumularam sobre o homem de hoje, que este também se tornou um paciente geral. "*

Carlos Drummond de Andrade

Articulação entre graduação e estágio/*training*/residência: experiência internacional

PAÍS	PERÍODO EQUIVALENTE À GRADUAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL	ESTÁGIO/TRAINING/RESIDÊNCIA	DURAÇÃO TOTAL
África do Sul	7 anos	1 estágio compulsório	8
Cuba	6 anos	2 anos de estágio obrigatório	8
Portugal	6 anos	2 anos de medicina geral	8
Bélgica	7 anos	1 ano (Estágio Clínico)	8
Coréia do Sul	5-7 anos	1 ano (Estágio Clínico)	6 a 8
México	6-7 anos	1 ano (Serviço Civil Obrigatório)	7 a 8
Reino Unido	5 anos	2 de estágio compulsório	7
Rússia	5 anos	2 de estágio compulsório	7
Suécia	5 anos e meio	1 ano e meio de estágio compulsório	7
Grécia	6 anos	1 de estágio compulsório	7
Chile	5 anos	2 de estágio compulsório	7
França	6 anos	1 ano Medicina Geral (antes do treinamento da especialidade)	7

Fonte: DEPREPS/SGTES (2013)

No Brasil, a Lei 12.871/2013 (Lei do Mais Médicos) não fez previsão de estágio compulsório ou serviço civil obrigatório – o modelo proposto baseia-se na **mudança no mecanismo de pré-requisito de acesso à residência médica**

WONCA

*World Organization of National Colleges,
Academies and Academic Associations of
General Practitioners/Family Physicians.*

10 a 13 de outubro de 2010 – East London – South Africa

GCSA - GLOBAL CONSENSUS FOR SOCIAL ACCOUNTABILITY FOR MEDICAL SCHOOLS

APS na organização do sistema de saúde

2.4 A escola médica reconhece que um determinado sistema de saúde deve ser fundamentado em uma sólida estratégia de **Atenção Primária em Saúde**, com integração apropriada do primeiro nível de atenção com os níveis secundários e terciários, e com um apropriado balanço de disciplinas profissionais necessários para servir às necessidades de saúde das pessoas. Como encaminhamento deve ser exemplificado pelos programas da escola em educação, pesquisa e prestação de serviços.

Ênfase na formação voltada à APS

3.4 Consistente com as necessidades evolucionárias da sociedade e os ajustes do sistema de saúde, a escola médica e os graduados subsequentes e os programas de desenvolvimento profissional continuados produzem uma variedade de especialistas, apropriados em quantidade e qualidade. **Atenção prioritária é dada no comprometimento dos graduados com a Atenção Primária em Saúde.**

Social Accountability para atuação profissional

3.5 A escola médica reconhece que, independentemente de suas especialidades futuros médicos precisam ser explicitamente ativos na saúde da população e em sua coordenação com a saúde individual, na promoção da saúde, bem como na prevenção de risco e de doenças e na reabilitação para os pacientes e comunidades inteiras.

Graduados estão ativos em ampliar a defesa e a reforma relacionada a saúde.

Competências clínicas e determinantes sociais em saúde

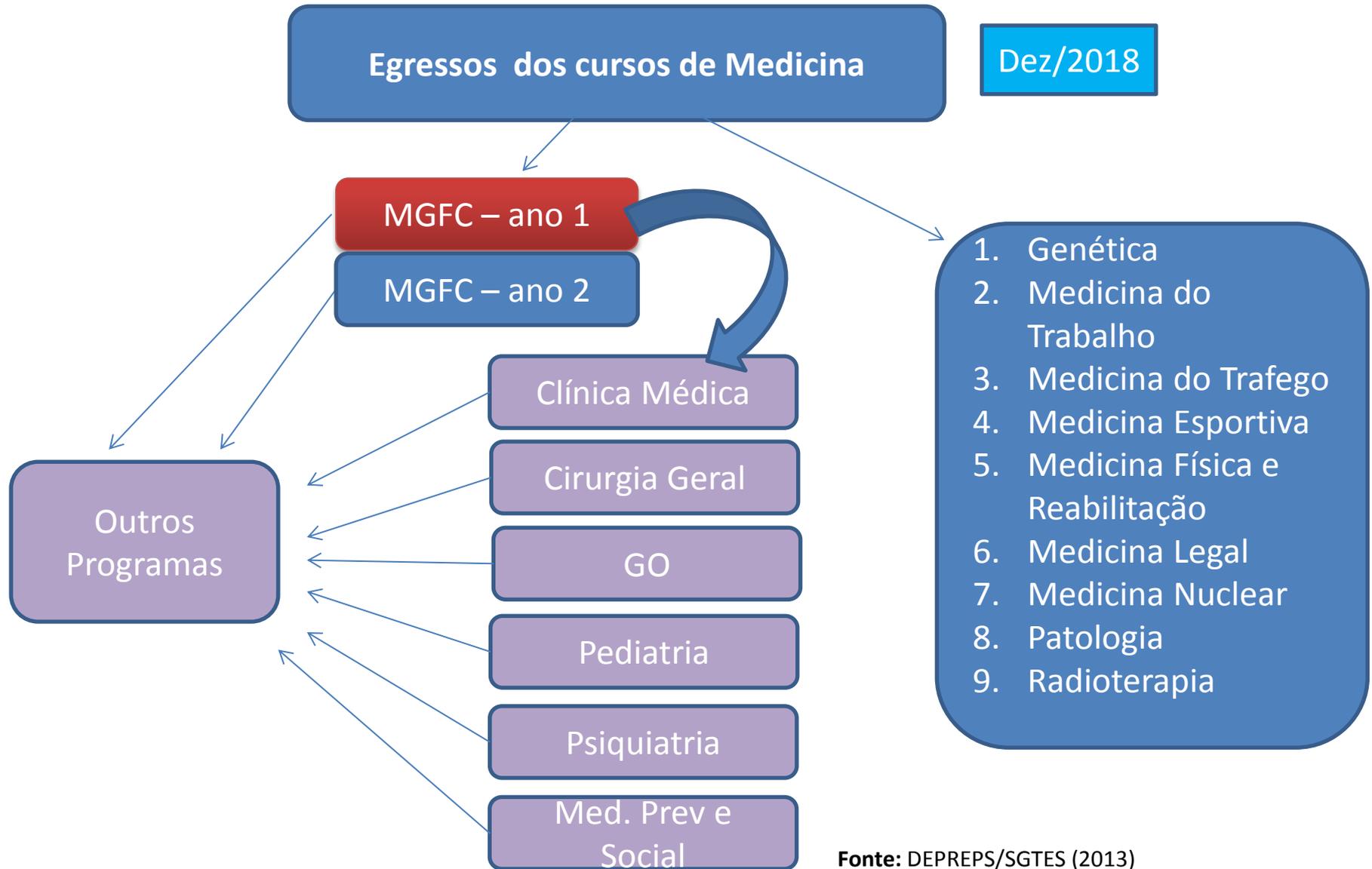
4.4 Aos alunos são oferecidos **uma exposição precoce e longitudinal à experiências de aprendizagem baseada na comunidade**, tanto na teoria e prática, para **compreender e agir sobre os determinantes de saúde e ganhar apropriadas habilidades clínicas**. Essa formação é integrada em todas as disciplinas com o compromisso do corpo docente em geral e uso consistente de recursos para beneficiar a comunidade em questão.

IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO NA MEDICINA (GERAL) DE FAMÍLIA E COMUNIDADE APÓS A GRADUAÇÃO

Reforçar competências advindas da graduação, reforçar a aquisição de novas, considerando o processo de formação voltado ao profissional já com autonomia prescritora na tomada de decisão

- Aprendizado sobre **princípios e atributos da Atenção Primária.**
- **Coordenação do Cuidado**
- **Método Clínico Centrado na Pessoa**
- **Abordagem sindrômica baseada em problemas** (não meramente em doenças) mais prevalentes na comunidade visando resposta resolutiva
- **Cuidado Longitudinal e Integral**
- **Atenção à demanda indiferenciada** em ambiente **ambulatorial geral** e **raciocínio clínico** adequado a este espaço
- **Medicina Baseada em Evidência**, com suporte da epidemiologia aplicado à demanda da comunidade – aprendizado crítico frente a produção científica, protocolos, guidelines
- **Competência cultural**
- **Promoção da Saúde** , compreensão e atuação frente aos **determinantes sociais da saúde e da doença**
- **Abordagem Familiar Complexa**
- **Habilidades de Comunicação**
- **Abordagem das urgências básicas**
- **Prevenção Quaternária** – enfrentamento das **iatrogenias, sobrediagnósticos, sobretratamentos** e competências voltadas à **desmedicalização** e “**des-tratamento**” quando necessário

RESIDÊNCIA EM MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – ORDENAMENTO DO FLUXO DE ACESSO ÀS DIVERSAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

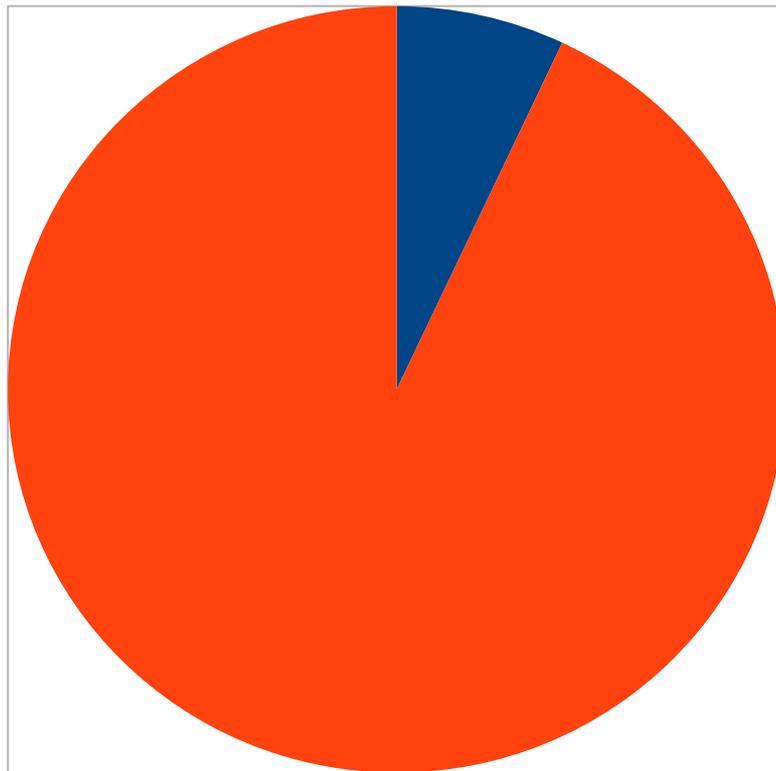


3ª Geração de Reformas na Ed.Médica



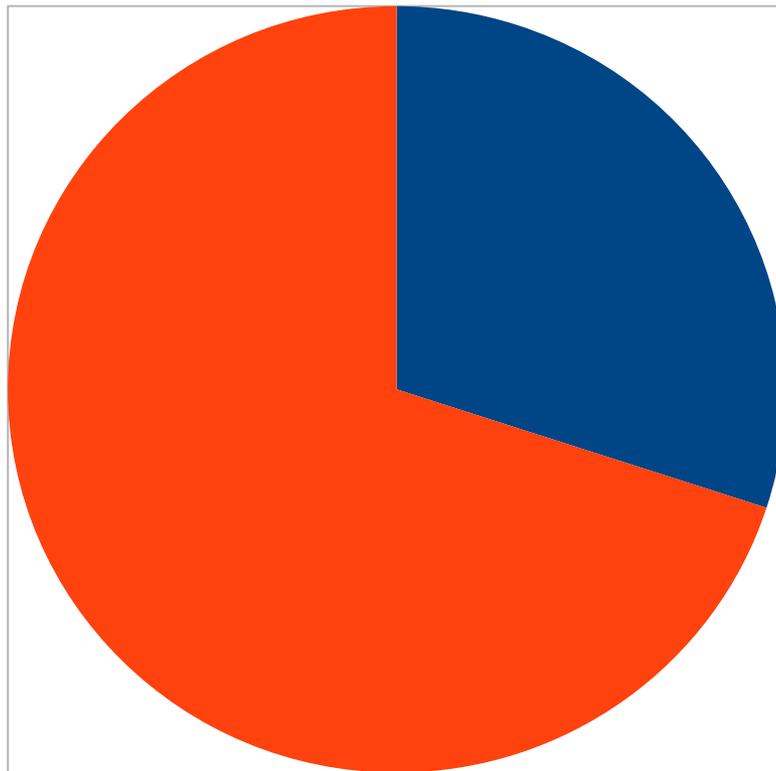
Figura 5: Tres generaciones de reforma

Brasil (7%)



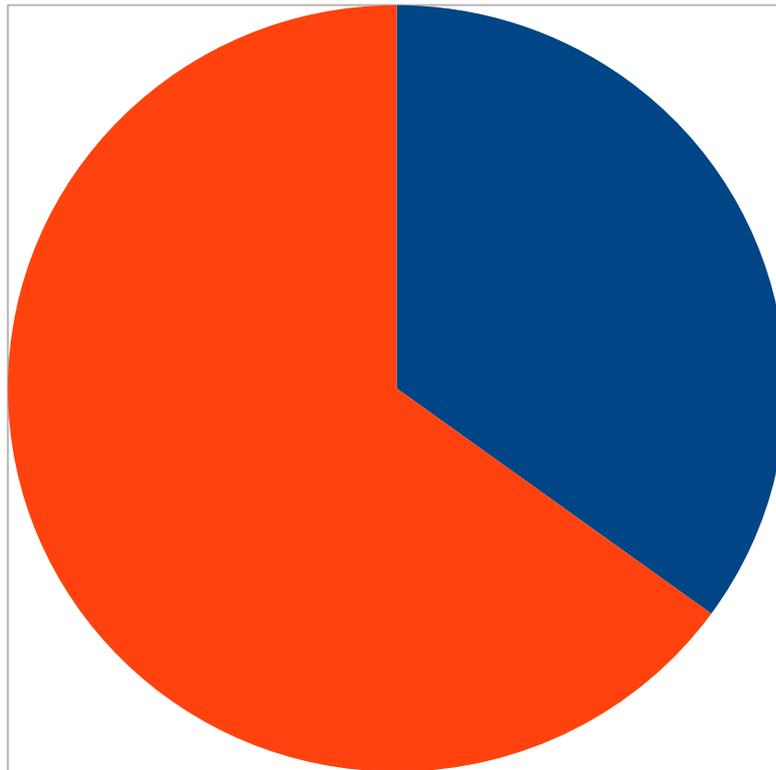
■ MFC / GP
■ outras especialidades

Espanha (30 %)



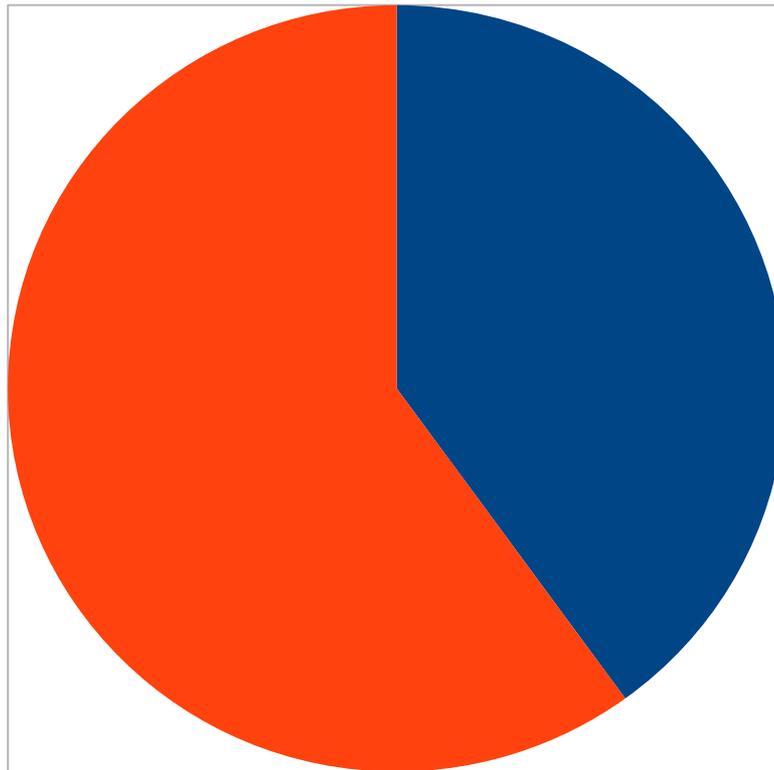
■ MFC / GP
■ outras especialidades

Holanda (35 %)



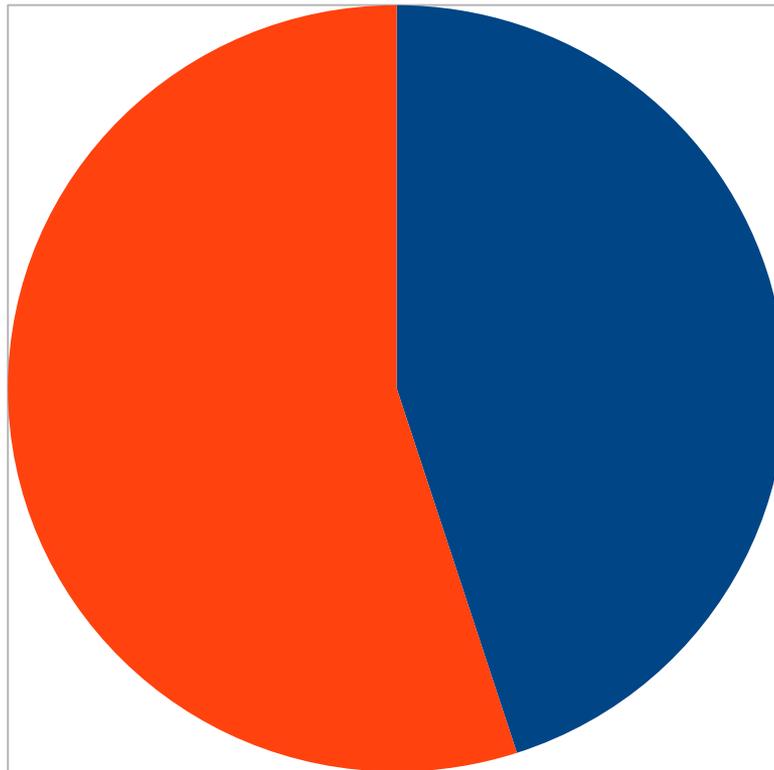
■ MFC / GP
■ outras especialidades

Reino Unido (40 %)



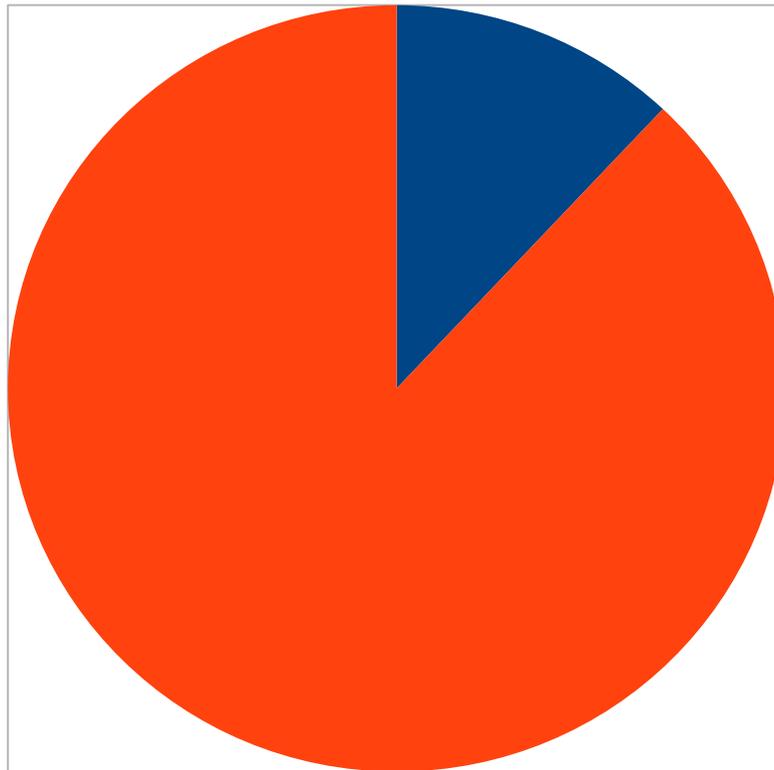
- MFC / GP
- outras especialidades

Canadá (45%)



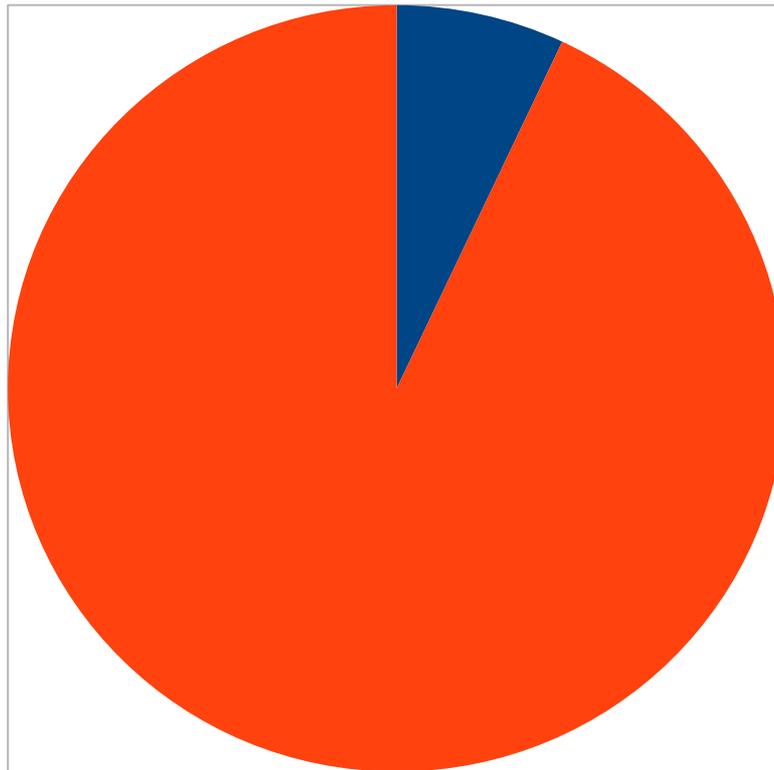
■ MFC / GP
■ outras especialidades

Estados Unidos (12 %)



■ MFC / GP
■ outras especialidades

Brasil (7%)



■ MFC / GP
■ outras especialidades

Grupo de Trabalho Sobre Regulação da Residência Médica

- Instituições de ensino paulistas
- UFRJ
- UFBA
- UFRN
- UnB
- UFT
- UFRGS
- Secretaria Estadual de Saúde de SP
- ANMR

Políticas de Bonificação para Acesso

- Medidas de transição.
- Bem sucedido – um entre cada 03 participantes continua na AB
- Fortalece elementos da clínica geral e da saúde coletiva
- Proposta precisa no ano de 2018 ser avaliada a partir da sua implementação durante 06 anos.