



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**A CONTRIBUIÇÃO DAS POLÍTICAS INDUTORAS NA FORMAÇÃO DE
ESPECIALISTAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UM ESTUDO
SOBRE AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS.**

DOUGLAS VINICIUS REIS PEREIRA

Foz do Iguaçu
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**A CONTRIBUIÇÃO DAS POLÍTICAS INDUTORAS NA FORMAÇÃO DE
ESPECIALISTAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UM ESTUDO
SOBRE AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS.**

DOUGLAS VINICIUS REIS PEREIRA

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde

Orientador/a: Profa. Dra. Juliana Domingues

Foz do Iguaçu
2023

DOUGLAS VINICIUS REIS PEREIRA

**A CONTRIBUIÇÃO DAS POLÍTICAS INDUTORAS NA FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UM ESTUDO SOBRE AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS**

Artigo apresentado à Universidade Federal
da Integração Latino-Americana como
requisito parcial para a obtenção do título de
Especialista em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra Juliana Domingues
UNILA

Profa. Dra. Sandra Aparecida Zotovici
UNILA

Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira
FURG/UCPEL

Foz do Iguaçu, 07 de julho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Douglas Vinícius Reis Pereira

Curso: Especialização em Gestão da Saúde

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(.....) artigo
(X) especialização	(X) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: A contribuição das políticas indutoras na formação de especialistas em medicina de família e comunidade: um estudo sobre as residências médicas.

Nome do orientador(a): Profa. Dra. Juliana Domingues

Data da Defesa: 07/07/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 07 de julho de 2023.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho ao Sistema Único de Saúde, ordenador da formação de seus recursos humanos e maior política pública já conquistada pelo povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me guiar e por dar forças a este filho para não fugir da luta. Agradeço a Nossa Senhora, Virgem de Conceição e de Aparecida, por me cobrir sempre com seu manto.

Agradeço a minha mãe, exemplo de todas as horas, que sabe de meus piores dias e mesmo assim permanece firme e constante ao meu lado.

Agradeço a minha família, por ser porto seguro, o cais onde, mesmo depois de navegar em mares revoltos, eu posso me tranquilizar.

Agradeço ao amor que tive ao longo dessa especialização, que independente de como segue, se faz presente em todos os meus dias.

Agradeço em especial a Profa. Juliana, que aceitou me orientar neste trabalho e com tanta gentileza fez suas considerações de aprimoramento.

Agradeço aos professores da banca, que também se disponibilizaram para esta atividade de contribuição não só a mim, mas também ao tema aqui apresentado.

Agradeço aos demais professores do curso pelo empenho, mesmo em tempos de incerteza das atividades nas universidades públicas de nosso país.

Agradeço aos colegas, que compartilharam dos desafios de um aluno de outro estado, apoiando nos pedidos de realização de prova fora do campus, nas caronas, e mesmo nos lembretes de cada tarefa que estava para ser finalizada.

Por fim, agradeço a mim, na verdade registro um lembrete a mim mesmo, de que por mais que quisesse desistir em diversos momentos, sabendo só eu mesmo dos dias difíceis, das noites de insônia, das angústias e da ansiedade que me acompanharam no último período, consegui não desistir e chegar aqui em meio a uma fase de não poder viver aquilo que sonhei.

Que este período seja de aprendizado, amadurecimento e reflexões.

Que eu seja, sempre, capaz de amar e entregar o melhor de mim.

“O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”

João Guimarães Rosa, Grande Sertão
Veredas.

RESUMO

As políticas públicas são instrumentos importantes para a gestão em saúde, podendo assumir um papel de indução de transformação de determinada realidade. No Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas indutoras são ferramentas que permitem alcançar objetivos estratégicos. Sendo o Médico de Família e Comunidade (MFC) o especialista em atenção primária, buscou-se destacar a contribuição das políticas indutoras no direcionamento da formação deste profissional por meio das Residências Médicas. A pesquisa é do tipo Exploratória, feita a partir de revisão bibliográfica e análise documental. Dois processos de indução se destacaram: o Pró-Residência que teve a MFC como a especialidade com maior número de vagas ofertadas desde sua criação, e o Programa Mais Médicos considerado a maior mudança em relação a ordenação da formação em saúde no país. Espera-se, assim, contribuir com as discussões desta temática que, de tão relevante, compõe a agenda de pesquisas prioritárias do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Política de Saúde; Formação Profissional em Saúde; Residência Médica; Medicina de Família e Comunidade.

RESUMEN

Las políticas públicas son instrumentos importantes para la gestión en salud y pueden jugar un papel en la inducción de la transformación de una determinada realidad. En el Sistema Único de Salud, las políticas inductoras son herramientas que permiten alcanzar los objetivos estratégicos. Siendo el Médico de Familia y Comunitario el especialista en atención primaria, buscamos resaltar la contribución de las políticas inductoras en la dirección de la formación de este profesional a través de las Residencias Médicas. La investigación es exploratoria, basada en una revisión bibliográfica y análisis documental. Se destacaron dos procesos de inducción: el Pró-Residência, que tuvo a la Medicina Familiar y Comunitaria como la especialidad con mayor número de plazas ofertadas desde su creación, y el Programa Más Médicos, considerado el mayor cambio en relación a la organización de la formación en salud en el país. Se espera, por lo tanto, contribuir a las discusiones sobre este tema que, siendo tan relevante, conforma la agenda prioritaria de investigación del Ministerio de la Salud.

Palabras clave: Gestión en Salud; Política de Salud; Formación Profesional en Salud; Residencia médica. Medicina Familiar y Comunitaria.

ABSTRACT

Public policies are important instruments for health management, and can play a role in inducing the transformation of a given reality. In the Unified Health System (SUS), inducing policies are tools that allow achieving strategic objectives. Since the Family and Community Doctor is the specialist in primary care, we sought to highlight the contribution of inducing policies in directing the training of this professional through Medical Residencies. The research is exploratory, based on a bibliographic review and document analysis. Two induction processes stood out: the Pró-Residência, which had Family Practice as the specialty with the highest number of vacancies offered since its inception, and the More Doctors Program, considered the biggest change in relation to the organization of health training in the country. It is hoped, therefore, to contribute to discussions on this topic, which, being so relevant, makes up the priority research agenda of the Ministry of Health.

Key words: Health Management; Health Policy. Health Human Resource Training. Medical Residency. Family Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
ANMR	Associação Nacional dos Médicos Residentes
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIRHRT	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho
CME	Comissão Mista de Especialidade
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VerSus	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 POLÍTICAS INDUTORAS ENQUANTO FERRAMENTAS DA GESTÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA PARA ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
3 A RESIDÊNCIA MÉDICA ENQUANTO MODALIDADE DE FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL: IDENTIFICANDO A RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS INDUTORAS	21
3.1 O RECORTE DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMPREENDENDO O CAMINHO DAS POLÍTICAS INDUTORAS ATÉ A CHEGADA AO CENÁRIO ATUAL.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas são instrumentos essenciais para a execução dos planos de determinado governo. Elas representam uma síntese das disputas de poder colocadas na sociedade. Perpassam por um ciclo de planejamento, implementação e avaliação. Na área da saúde, em especial no contexto brasileiro, o século XXI foi marcado por um conjunto de políticas públicas chamadas de indutoras, com foco especial nas discussões sobre a formação para a área da saúde e alinhando, de maneira intersectorial, diferentes órgãos do governo e entidades da sociedade civil.

A fim de dar conta do pressuposto constitucional de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, o conjunto de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) tentam dar respostas aos desafios que surgem constantemente. Um deles é a formação da força de trabalho da própria área da saúde, alinhada com as demandas da população e comprometida com os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Nesse sentido, este trabalho se apresenta enquanto uma reflexão a respeito da importância das políticas indutoras enquanto ferramentas da Gestão em Saúde, em especial no que diz respeito à formação dos trabalhadores do SUS. Assim, considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção à saúde central para organização do sistema de saúde, que o Médico de Família e Comunidade (MFC) é o especialista central na APS, e que a Residência Médica é uma modalidade de formação de especialistas prioritária pretende-se responder as seguintes questões: As políticas indutoras na área da saúde direcionam a formação de médicos especialistas via Residência Médica? Elas contribuíram para a formação de mais Médicos de Família e Comunidade?

Com isto, pretende-se destacar a contribuição das políticas indutoras na formação de MFCs por meio da Residência Médica. De maneira mais específica buscou-se caracterizar as políticas públicas, exemplificando a partir das políticas indutoras após a criação do SUS, além de apresentar a Residência Médica enquanto modalidade de formação, recortando-se as especificidades e os incentivos para a MFC. Para isso, o trabalho foi dividido em duas seções. Na primeira resgatamos brevemente a constituição do SUS, seus princípios e organização. A partir daí apresentamos a importância das políticas em saúde para a execução das ações e

serviços em saúde, bem como da indução de processos estratégicos e necessários para a consolidação do sistema.

Já na segunda seção, abordamos a Residência Médica enquanto modalidade de formação de especialistas no país, sendo alvo de políticas indutoras para dar respostas as demandas do SUS. Dividida em uma subseção, discorreremos sobre o recorte específico da MFC, objeto especial de dois momentos da gestão federal: o programa Pró-Residência e a Lei do Mais Médicos. Para atingir-se este objetivo, a pesquisa é do tipo Exploratória que, conforme Gil (1989, pag. 45), são aquelas “desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”, sendo comumente utilizados levantamento bibliográfico e documental. Assim, este trabalho trata-se de pesquisa bibliográfica não sistemática de livros, capítulos, artigos e produções de pós-graduações (mestrado e doutorado), mas também de pesquisa documental, tendo sido analisados relatórios técnicos e legislações afetas ao tema.

O autor dedicou-se a esta temática uma vez que cursou a graduação em medicina a partir de 2014, momento auge de debate sobre a Lei do Mais Médicos. Durante o curso se envolveu com diversos espaços de debate sobre as políticas de saúde e de formação, incluindo a Coordenação Geral da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), a participação na diretoria da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a atuação enquanto Conselheiro Nacional de Saúde e Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT/CNS). Assim, já imerso neste debate, optou também por cursar a Residência Médica em MFC e é hoje especialista, atuando como docente em um curso de medicina na região metropolitana de Belo Horizonte. Logo, identificando o papel de pesquisador e a impossibilidade de neutralidade a partir das experiências acumuladas, pode também interagir com a pesquisa de campo e refletir sobre os dados coletados.

Além da relevância social do tema, alvo de debate constante em diferentes instâncias (Congresso Nacional, Poder Executivo, Associações de Ensino, Universidades e espaços de controle social), o próprio Ministério da Saúde coloca em sua agenda de prioridades de pesquisa “Avaliação do impacto do ‘Programa Mais Médicos’ na qualificação da formação de profissionais de saúde no Brasil” (BRASIL, 2018).

Assim, espera-se contribuir com o trabalho ao apresentar a possibilidade de mudança de um cenário a partir de decisões acertadas de Gestão, como as políticas indutoras, reforçando a necessidade e a importância de programas de residência médica em MFC para a consolidação do SUS. Reconhece-se, no entanto, que este trabalho não pretende esgotar o tema aqui apresentado e que a interlocução do estudo das políticas públicas com os exemplos do binômio saúde-educação pode ser aprofundado em novas pesquisas. O produto deste trabalho será apreciado em ato público de defesa, com participação da banca examinadora enquanto revisão por pares e posteriormente enviado para o repositório institucional da biblioteca da Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA).

2 POLÍTICAS INDUTORAS ENQUANTO FERRAMENTAS DA GESTÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA PARA ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A história do campo da Saúde no Brasil é marcada pela constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado nas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142/1990. A criação do SUS ocorre principalmente a partir das discussões do Movimento da Reforma Sanitária, que já se organizava antes mesmo dos debates a respeito da Constituição. Iniciado na década de 70, esse Movimento lutava contra a ditadura militar, postulando, entre outras reivindicações, a democratização da saúde e melhoria das condições de vida da população (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Nesse período ocorre também a 8ª Conferência Nacional de Saúde, propondo e discutindo os temas 'Saúde como direito', 'Reformulação do sistema de saúde' e 'Financiamento do setor'. (ROSÁRIO, 2020). Giovanella (1996) aponta que a Conferência tinha papel central, uma vez que poderia contribuir com o texto da Assembleia Nacional Constituinte e, por isso, o produto dos debates realizados era fundamental para a discussão da reformulação do sistema de saúde. Assim, enquanto materialização desses debates, a Constituição de 1988 trouxe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, o direito universal à saúde torna-se uma conquista do povo brasileiro. Cunha e Cunha (2001) afirmam que a Constituição define um conjunto de elementos doutrinários, considerados princípios fundamentais para o SUS, sendo eles a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Paim e Silva (2010), dão destaque aos três primeiros, apontando que a universalidade é um conceito que visa garantir o acesso de todo cidadão aos serviços de saúde, de maneira que não possam ser discriminados ou deixados sem atendimento por nenhuma razão. Já a equidade é o pilar que garante a entrega de serviços de saúde da maneira em que aquele cidadão em específico demanda, atuando com justiça, no sentido de ofertar mais a quem mais necessita. Por fim a integralidade completa os princípios do SUS no que diz respeito a garantia de um olhar holístico ao paciente, de maneira que as políticas públicas sejam elaboradas a partir da atuação intersetorial.

Cunha e Cunha (2001) discutem a importância de princípios organizativos para o SUS, que servem na prática como diretrizes para o funcionamento do sistema. Para isso destacam a participação popular, a regionalização e hierarquização e a descentralização e comando único. A participação popular é resultado do próprio histórico de construção democrática do SUS e se materializa posteriormente com a definição dos espaços de controle social, conferências e conselhos de saúde, enquanto instâncias colegiadas legítimas de formulação, controle, avaliação e execução das políticas de saúde. No que diz respeito a regionalização e hierarquização definem que todo o conjunto de espaços que compõe o sistema de saúde precisam estar organizados a partir da territorialização, determinando, portanto, uma área geográfica a ser atendida, na perspectiva inclusive de atender melhor as demandas de saúde de determinado local e, além disso, numa lógica de organização em níveis crescentes de complexidade, com diálogo constante a fim de estabelecer referências (encaminhamentos) e contrarreferências (retorno ao serviço de origem) na construção de fluxos no SUS.

Dando destaque a um ponto de organização do sistema, vale a pena aprofundar a discussão sobre a descentralização e comando único, uma vez que o SUS opera nos três níveis de gestão (união, estados e municípios) de maneira que as instâncias menores sejam as responsáveis pelo enfrentamento de desigualdades regionais identificadas localmente. Nesse sentido, é importante a transferência do poder decisório, a fim de que todos os entes tenham autonomia para execução de

suas políticas, por isso, há distribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde de maneira tripartite (MATTA, 2007).

Contudo, diante das dimensões territoriais e das complexidades brasileiras, esse processo de descentralização exige mudanças de várias ordens, pois é sabido que não bastam os instrumentos e as medidas legais para que uma ação ou serviço tenha sucesso. Logo, as práticas de gestão demandam alterações e inovações, bem como a própria institucionalidade, de maneira que independente de ser um órgão que determina ou que recebe atribuições, se execute aquilo que é planejado para o sistema de saúde (YUNES, 1999).

Para que a descentralização ocorra, tal como apresentada no contexto da reforma sanitária, é necessário o enfrentamento das disparidades nos diferentes municípios brasileiros, sendo essencial uma política de solidariedade e cooperação entre os diferentes entes federativos. Assim, as práticas já institucionalizadas da gestão demandam um novo olhar, de maneira que as políticas sejam executadas com ampla participação nos processos de tomada de decisão, e com a devida transparência. No entanto, há que se reconhecer que no cenário de disputa de interesses, esse modelo enfrenta desafios para sua implementação (MATTA, 2007).

Nesse sentido, é importante o alinhamento entre prioridades do Governo Federal, principal regulador das políticas, e de estados e municípios a fim de que a descentralização não acarrete disparidades prejudiciais à consolidação do próprio sistema de saúde. Por isso, é preciso criar dispositivos e estratégias que favoreçam a execução das políticas públicas a partir da coordenação central (REHEM, 2011).

Entende-se, portanto, que a adoção de políticas públicas é uma dessas ferramentas para garantir a execução de propostas para o SUS. Souza (2006) revisa a literatura a fim de discutir o conceito de políticas públicas, chegando a uma síntese de que são ações do governo que representam de determinada maneira as disputas estabelecidas, sejam de interesses, preferências ou ideais. Especificamente no que diz respeito às políticas públicas na área da saúde, tais medidas tem o objetivo de alcançar resultados desejados e enfrentar os desafios específicos do setor. No entanto, o próprio Ministério da Saúde sinaliza que independente da especificidade de determinada política, ela deve considerar aspectos gerais como a importância e

pertinência das medidas, com foco principal na promoção da saúde e da qualidade de vida da população (BRASIL, 1998).

Oliveira e Couto (2019, p.70) afirmam que “as políticas públicas são guiadas por diretrizes prioritárias que, por sua vez, norteiam as subpolíticas, programas e mudanças incrementais dela decorrentes”. O dicionário online da língua portuguesa destaca que indutor é aquilo que induz, que estimula (INDUTOR, 2022). Assim, entende-se, que ao se falar em diretrizes prioritárias nas políticas públicas, fala-se também daquelas políticas públicas que trazem mudanças, promovem transformações e que, portanto, podem ser consideradas como indutoras.

Pensando nesse caráter de mudanças e transformações de processos indutores, destaca-se o papel estratégico das políticas públicas, uma vez que focam no estabelecimento de metas e objetivos para um setor específico, de maneira que se destinem recursos e esforços para a área prioritária identificada. No que diz respeito a área da saúde, as políticas indutoras referem-se a estratégias adotadas pelos governos e organizações para influenciar e direcionar o desenvolvimento e aprimoramento dos sistemas de saúde. Essas políticas são projetadas para incentivar determinados comportamentos e práticas que visam melhorar a qualidade dos serviços, promover o acesso equitativo aos cuidados e alcançar melhores resultados de saúde para a população. Assim, o próprio Ministério da Saúde reconhece a importância dessas políticas, alinhadas aos princípios e diretrizes do SUS, destacando o papel de estímulo a mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde (BRASIL, 2018).

Furlanetto (2015) reforça a importância da articulação entre educação e saúde, tendo se dedicado a estudar a implementação de políticas públicas indutoras na formação superior em saúde. Em seu trabalho, a autora identifica a falta de profissionais preparados para lidar com as demandas da implementação do SUS enquanto um desafio do país, por isso, ressalta a importância das políticas enquanto intervenções governamentais que caminham rumo a incorporação de competências que atendam aos princípios do SUS na formação em saúde.

Dias e colaboradores (2013) construíram uma linha do tempo com as principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Destacam a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, enquanto espaço estratégico para a formulação, execução e

avaliação das políticas indutoras para a área. De acordo com o próprio Ministério da Saúde, a criação da SGTES:

[...] possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018, p. 9).

Um ano antes da criação da referida secretaria, o Ministério da Saúde lançava o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). O programa visava um alinhamento da formação médica aos preceitos do SUS, proporcionando cooperação para as reformas curriculares dos cursos de medicina, que estavam diante das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e na rede de atenção primária a saúde (OLIVEIRA *et. al.*, 2008).

As primeiras experiências com a SGTES já funcionando foram dos programas VerSUS, AprenderSUS e EnsinaSUS. Entre 2003 e 2004, surge o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VerSUS), que a partir de uma imersão prática apresentava o sistema de saúde como cenário de ensino e aprendizagem. Em seguida, foi lançado o AprenderSUS, trazendo como ponto central o princípio da integralidade enquanto importante foco de mudança na formação profissional. Dentro do AprenderSUS estava o EnsinaSUS, com foco em pesquisas e experiências inovadoras tanto em relação a formação dos profissionais como também em relação a educação permanente (DIAS *et.al*, 2013).

Em relação a Educação Permanente em Saúde (EPS), foi publicada portaria específica em 2004, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sendo que o Ministério da Saúde define então este conceito da aprendizagem que nasce do cotidiano do trabalho, de maneira colaborativa, permitindo reflexões que culminam em transformação da realidade local a partir do olhar crítico para a prática profissional. O Ministério estabelece então a PNEPS enquanto eixo transversal das diferentes políticas indutoras, sendo um conceito integrador nas diferentes iniciativas educacionais (BRASIL, 2018).

A partir das experiências do PROMED, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), incluindo naquele momento os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. O objetivo do Pró-

Saúde era a mudança de perspectiva da formação profissional, focando na integração ensino-serviço, com vistas a ofertar uma abordagem integral a população atendida, a partir da atenção básica, tanto no contexto do ensino como no da assistência (BRASIL, 2009).

Em 2007 destaca-se a criação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Neste momento também surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), como fruto do aprendizado do Pró-Saúde. O Pet-Saúde, a partir de vivências, estimulava que docentes da graduação e pós-graduação se aproximassem da realidade do cotidiano do trabalho em saúde, voltando o olhar para os serviços também enquanto espaços de pesquisa para a produção de conhecimento nas universidades (DIAS *et. al*, 2013).

Ainda em 2007 surgem estudos sobre a necessidade de formação de médicos especialistas no Brasil, mas é em 2009, a partir do acúmulo que os Ministérios da Saúde e Educação vinham obtendo com o conjunto das políticas indutoras, que é instituído o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). Essa política indutora foi organizada a partir de dois vetores: o primeiro, horizontal, era de intervenções estruturantes para a Residência Médica, a partir de critérios para avaliação da qualidade do que já era ofertado; o segundo, vertical, era de intervenções focais, com destaque para a concessão de bolsas em novos programas, especialmente nas especialidades médicas consideradas prioritárias. que não possuíam nenhuma vaga em determinado estado. (CAMPOS *et.al*, 2011).

Assim, resgatamos brevemente as bases de criação do SUS e apresentamos um histórico das políticas indutoras, especialmente na relação educação-saúde, que foram extremamente relevantes enquanto mecanismos para atuação da gestão federal, até a chegada na política específica com foco na formação de médicos especialistas, o Pró-Residência. Nesse sentido, consideramos que as estratégias, ainda que pontualmente possam não ser suficientes para uma mudança completa do cenário vivenciado, são fundamentais para a consolidação do SUS, uma vez que dão passos importantes no sentido de efetivar o que está previsto na Constituição Federal de que o SUS seja o ordenador da formação de recursos humanos no país (BRASIL, 1988).

3 A RESIDÊNCIA MÉDICA ENQUANTO MODALIDADE DE FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL: IDENTIFICANDO A RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS INDUTORAS

A Residência Médica é uma modalidade de formação de especialistas no Brasil. Atualmente seus principais marcos regulatórios advém da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O incentivo a esta modalidade de formação ocorreu por iniciativas da gestão, especialmente no âmbito federal e, portanto, permite um olhar sobre o que ocorreu nos últimos anos.

O termo Residência Médica surge pelo fato de que os participantes residiam na instituição onde fazem treinamento. Lima (2008) conta que os primeiros programas organizados surgiram no final do século XIX, no hospital da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos. Nesses programas jovens médicos eram responsáveis por garantir a assistência à saúde aos pacientes enquanto recebiam a orientação de professores a fim de caminharem em seu aperfeiçoamento profissional.

No Brasil, a data de início dos programas é incerta. Isso porque, assim como no cenário internacional, há registros da formação de especialistas por meio de estágios não previamente organizados. Em 1945 há registro de tentativa significativamente estruturada de organização da Residência Médica no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e posteriormente no Hospital dos Servidores, no Rio de Janeiro (SOUSA, 1985).

Nas décadas de 60 e 70 do Século XX este modelo avança, sobretudo a partir da necessidade de reorganização do setor saúde para dar respostas às demandas do mercado de trabalho mais segmentado e que se ampliava naquele momento (LIMA, 2008). Assim, o Estado atua enquanto indutor atuando na expansão do número de médicos e conseqüente demanda por especialização.

Os diversos atores envolvidos com esta modalidade iniciam, então, intenso debate sobre a realidade existente naquele momento. Os eventos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) de 1974 e 1975 adotam a Residência como tema central. A Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) começa a apresentar as demandas advindas da realidade cotidiana dos programas. Naquele momento apontavam o quanto as distorções do sistema de saúde impactavam a Residência e elaboram, pela primeira vez, uma demanda por

direitos trabalhistas, entendendo que este estágio de aperfeiçoamento já se configurava como oferta a profissionais (LIMA, 2008).

Nesse sentido, o Ministério da Educação precisou dar respostas ao processo de institucionalização da Residência, pois, era necessário o alinhamento a fim de dar respostas ao modelo assistencial e, também, porque a força de trabalho dos residentes dentro dos hospitais já não podia ser ignorada. Assim, em 5 de setembro de 1977 é publicado o Decreto 80.281, que define a Residência Médica enquanto:

Modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

Petta (2013) aponta que, mesmo após a publicação deste decreto, a formação de especialistas via Residência Médica não foi alvo de políticas públicas durante mais de 30 anos e que, portanto, havia necessidade de articulação entre as necessidades do sistema de saúde e as ofertas educacionais apresentadas, uma vez que a ausência de atuação do poder público levava a uma regulação das residências a partir de interesses corporativos e de mercado. Araújo (2022) chama atenção para as fragilidades do processo de regulação a partir de então instituído, que em sua maioria ocorre por atos normativos infralegais como portarias e resoluções, sendo, portanto, um desafio para a consolidação das políticas públicas voltadas para o trabalho em saúde.

Nesse sentido, o tema residência médica foi se tornando potente e é, então, levado enquanto estratégia prioritária pelo poder executivo. Assim, considerando o conjunto de elementos da agenda política, em especial a demanda de diversos atores do processo, o país caminhou para a instituição de uma política de indução de formação de especialistas, respondendo às necessidades do SUS (PETTA, 2011). Uma vez que o Pró-Residência, de 2009, buscava justamente a construção destes programas a partir de diálogo com os gestores do SUS, de maneira que pudesse dar respostas às demandas em saúde, e também levando em consideração a experiência das instituições formadoras, o edital 7 de 2009 mostrou grande incentivo aos programas da especialidade de MFC, que recebeu 66% do total das 785 vagas pré-aprovadas naquele momento (CAMPOS, 2011), de maneira que os próprios autores reconhecem o potencial indutor da iniciativa. Destacam também a

importância de espaços de interlocução e negociação, sobretudo no que diz respeito a educação e ao trabalho, a fim de avançar nos debates sobre a formação via residência médica.

Reconhecendo que as políticas públicas passam por constantes transformações, seja a partir da avaliação e necessidade de ajuste, seja por meio de influências externas, Araújo (2022) aponta que as mudanças ocorridas na CNRM com a publicação do Decreto Federal 7.562/2011 fortaleceram a Comissão em seu processo de regulação, supervisão e avaliação dos programas. O autor destaca também que a inclusão de entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) causou grande desconforto as entidades médicas.

O financiamento desta modalidade de formação é prioritariamente federal, via Ministérios da Saúde e Educação. A viabilização do pagamento das bolsas dos residentes ocorre por meio de contratualização entre o Governo Federal e as instituições proponentes credenciadas pela CNRM. Esse novo modelo de financiamento da política tinha como modalidades de indução duas ações principais: financiamento de bolsas de residência para vagas novas em programas prioritários que estejam de acordo com as políticas de saúde do SUS e apoio à criação, à ampliação e à requalificação de programas de residência médica prioritários por meio do apoio matricial interinstitucional (ARAÚJO, 2022). O autor apresenta o resultado de 17 chamamentos públicos do programa, ofertando, de 2010 até 2022, 10.053 bolsas de residência médica. Atualmente o Ministério da Saúde arca com cerca de 40% das bolsas de residência, seguido pelo Ministério da Educação (21%) e pelos governos estaduais (19%) (SCHEFFER, 2023).

Em paralelo às ofertas de vagas nos editais do Pró-Residência ocorre a promulgação da Lei 12.871/2013, mais comumente chamada de Lei do Mais Médicos, que além de prever a imediata contratação de profissionais para trabalharem na atenção primária, em especial nas regiões mais vulneráveis do país, também apresentava mudanças importantes na graduação em medicina e na formação de especialistas, prevendo, naquele momento, a obrigatoriedade da residência em MFC enquanto pré-requisito para a maioria dos programas de outras especialidades, a instituição de avaliação específica anual para os programas de residência e apontando a perspectiva da universalização das vagas, de maneira que todos os egressos de graduação fossem absorvidos pelos programas de residência. Por fim,

criava o Cadastro Nacional de Especialistas, ferramenta de gestão para os diferentes entes federativos planejarem as políticas de recursos humanos, em especial do trabalho médico no país (ALESSIO, 2015).

Pinto (2019) chama atenção para a importância do Cadastro Nacional de Especialistas, já que os dados sobre especialistas no Brasil são dispersos. Uma vez que a especialidade não é obrigatória para o exercício da medicina e que os sistemas são diversos, é difícil um diagnóstico fidedigno nacional. O Ministério da Educação registra as informações sobre os programas de residência, vinculados a CNRM, enquanto as sociedades de especialistas geralmente registram aqueles que fizeram provas de título e os Conselhos Regionais de Medicina conseguem obter dados daqueles que optam pelo registro da especialidade no Conselho.

Em relatório publicado pelo Ministério da Saúde (2015) afirmam que, ainda que o financiamento e os locais de aprendizado dos residentes sejam majoritariamente públicos, os mecanismos de regulação tanto da necessidade quanto da distribuição dos médicos especialistas no país eram inexistentes. Exemplificam que em outros países com sistemas universais de saúde há experiências exitosas de formação (Canadá, Espanha e em Portugal), onde a realização de um programa de residência é obrigatória e é utilizada enquanto estratégia para alinhar as ofertas educacionais com as demandas do sistema de saúde.

Scheffer (2023) apresenta na Demografia Médica um retrato sobre a residência médica no país. Em 2021, 41.853 médicos cursavam os 4.950 diferentes programas, mantidos por 789 instituições. Atualmente 55 especialidades e 59 áreas de atuação são reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME), composta por representantes da CNRM, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB).

3.1 O RECORTE DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMPREENDENDO O CAMINHO DAS POLÍTICAS INDUTORAS ATÉ A CHEGADA AO CENÁRIO ATUAL

Como sinalizado, desde o primeiro edital do Pró-Residência já havia destaque para a MFC. Essa especialidade é de extrema relevância, pois, diversos estudos já têm apontado que sistemas de saúde orientados pela atenção primária à saúde conseguem melhores resultados nos indicadores a custos mais reduzidos.

(STARFIELD, 2002). No Brasil a MFC é exercida predominantemente no setor público, foi reconhecida pela CNRM em 1981, como Medicina Geral Comunitária, e posteriormente, em 2001, passou a adotar o nome atual (NETO, 2019).

Norman (2021) diz que os padrões sociais é que determinam as exigências profissionais e a qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, exemplifica que enquanto no Brasil a APS foi concebida para os estratos sociais mais vulneráveis, na Europa e na América do Norte a residência médica se tornou obrigatória enquanto mecanismo de qualificação do atendimento ofertado. Sendo o Brasil um país marcado pela desigualdade e de dimensões territoriais gigantescas, há que se considerar que não há uniformidade no serviço ofertado à população, mesmo em se tratando de um único sistema de saúde.

Em especial quando se recorda a organização já apresentada neste trabalho a partir da descentralização, na qual o modelo federativo do país confere autonomia aos estados e municípios na execução das diferentes políticas públicas. No entanto, este aspecto traz também o desafio da heterogeneidade expressa no território, considerando, inclusive, a coexistência de uma parte do sistema que é exclusivamente pública e, portanto, comprometida com o princípio da universalidade, e outra parte privada de planos e seguros de saúde (NETO, 2019).

A Conferência de Alma Ata, em 1984, debate a crise do modelo hegemônico de atenção à saúde, considerado caro, ineficiente e fragmentado, portanto, incapaz de dar as respostas necessárias para as demandas em saúde. Nesse sentido, o debate nacional, após o Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal e a Lei Orgânica do SUS, na década de 1990, vê o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), escolhido como proposta de modelo para a atenção primária no país (PETTA, 2011).

O modelo de equipe mais comum, e incentivado pelo Ministério da Saúde, que atualmente representa mais de 90% do total das equipes é a equipe de saúde da família, formada por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também existem as equipes tradicionais, formato que foi predominante nas décadas de 70 e 80 do século passado, compostas por médicos generalistas (também chamados de clínicos, apesar de essa ser uma outra especialidade médica), gineco-obstetras e pediatras, porém em menor número (NETO, 2019).

Apesar disso, o modelo assistencial e as práticas em saúde ainda reforçam uma suposta superioridade do hospital, que na realidade se mantém desarticulado na rede de atenção à saúde, sem diálogo adequado com os demais níveis de assistência e com dificuldade em superar o componente biológico e integrar questões subjetivas e sociais que são de extrema importância tanto para uma abordagem integral, quanto para o atendimento centrado na pessoa (PETTA, 2011).

Ainda que tenha ocorrido certa expansão da atenção primária à saúde no Brasil, ela não se deu conjuntamente a qualificação dos recursos humanos específica para este nível de atenção, pelo menos não na quantidade demandada. Neto (2019) chama atenção para o debate da atenção primária enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede ainda insipiente. Exemplifica que mesmo um médico de família experiente, que acompanhe seu paciente de longa data, ainda enfrenta dificuldades para solicitar um leito de internação, tendo que, na maioria dos municípios do país, encaminhar este paciente a uma Unidade de Pronto Atendimento. Nesse caso, o profissional, ainda que habilitado para, não conseguiria mobilizar e decidir sobre os recursos existentes na rede devido a limites de atuação do próprio sistema.

Assim, Normam (2021) afirma que a qualidade da formação em MFC, tendo a residência médica enquanto padrão ouro depende da qualidade dos serviços de saúde. Alerta que as condições formativas oferecidas pelos diferentes programas sofrem influências das estruturas e processos dos locais onde estão inseridos, e que, portanto, a heterogeneidade da APS no Brasil reflete diretamente também no perfil de formação dos MFCs. Sarti (2018) aponta que no caso do sistema de saúde brasileiro, os problemas de eficiência e eficácia poderiam ser tratados, em parte, com maior presença no MFC na APS, entendendo esta atuação enquanto ponto central para qualificação das políticas em saúde, o que demandaria, então, investimento permanente na qualificação da força de trabalho específica para este nível de atenção.

Em 2011, o Governo Federal anuncia a criação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), enquanto estratégia para estimular a fixação dos profissionais nas áreas vulneráveis. Pinto (2019) diz que embora o Provab tenha passado de 350 médicos em 2011 para 3.550 em 2013, não foi suficiente para responder a demanda dos municípios que apresentavam déficit de 13 mil profissionais naquele momento.

Frente a este cenário, além das políticas indutoras apresentadas no capítulo anterior, em especial do Pró-Residência, surge em 2013, por meio de Medida Provisória posteriormente convertida em Lei, o Programa Mais Médicos, somando-se a um conjunto de iniciativas do Governo Federal no sentido de formular políticas públicas para enfrentar os desafios apresentados a atenção primária no Brasil. (BRASIL, 2015). Pinto (2019) considera o Programa Mais Médicos como a mudança mais importante no que diz respeito a ordenação de recursos humanos para a área da saúde desde a criação do SUS.

No entanto, Pinto (2019) aponta os desafios deste processo. A ausência de regulamentação por parte do Estado faz com que o cenário de vagas de residência médica não seja alinhado com as necessidades social e sanitária. Descreve ainda que existem variados interesses no processo de abertura dos programas, muitas vezes com a sobreposição de interesses corporativos a despeito do interesse público e coletivo, chegando inclusive a cercear determinados processos.

Assim, Araújo (2022) diz que, analisando os dados do sistema de residências, a MFC foi a especialidade com maior incentivo desde a criação do Pró-Residência, com expansão no número de bolsas disponibilizadas, porém também com os maiores índices de ociosidade. Scheffer (2023) apresenta o total de 2.300 médicos residentes em MFC, correspondendo a 5,5% do total de residentes, destes 1.149 estavam cursando o primeiro ano da residência. Diz também que ainda que discreto, a especialidade foi a única, dentre as com maior número de residentes, que apresentou crescimento, sendo de 3,1% ao ano.

Em 2010 a oferta de bolsas para a MFC foi de 260, saltando para 2.751 bolsas de R1 em 2022, ou seja, um aumento de 1.044%. Araújo (2022) também chama atenção para uma mudança de paradigma em relação a MFC, entendendo-a como basilar para o SUS, uma vez que o papel de atendimento de famílias e comunidades é essencial pra a atenção primária.

Campos (2010), ao analisar o crescimento da MFC entre 2002 e 2007, evidencia que enquanto o crescimento das vagas em todas as especialidades foi de 43%, a MFC apresentou um crescimento de 279%. Uma vez que o número absoluto era baixo em 2002, com 276 vagas, apesar do crescimento expressivo, a participação da especialidade saltou de 1,6% para 4,3% do total de vagas em residências.

Os estudos da Demografia Médica nos apontam um crescimento da especialidade. Em 2013 com 3.253 MFCs (1,21% do total de especialistas no país),

em 2015 com 4.022 especialistas (1,2% do total) e em 2018 com 5.486 (1,4%) (SCHEFFER, 2013; SCHEFFER, 2015; SCHEFFER, 2018).

O retrato apresentado por Scheffer (2023) é de 11.255 médicos com especialidade em MFC, sendo 2,3% do total de especialistas no país. A especialidade dobrou o número de profissionais no intervalo dos cinco últimos anos. Atualmente estão concentrados prioritariamente na região sudeste (44,8%) seguidos das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte com 25,2%, 16,6%, 8,5% e 4,9%, respectivamente. Em relação ao perfil são a maioria mulheres (58,9%) com média de idade de 41,5 anos. Estão alocados em sua maioria nas capitais (54,5%), 8,8% nas regiões metropolitanas e 36,7% nos municípios de interior.

No entanto, apesar do crescimento registrado, Pinto (2009) aponta que a expansão de vagas de residência pelo MEC foi suspensa e a de vagas ofertadas pelo MS teve redução importante, avaliando ser inviável a proposta de universalização das vagas. Aponta ainda que as avaliações tanto da graduação quanto da residência foram suspensas pela Lei 13.530/2017 e que o Cadastro Nacional de Especialistas foi retirado do ar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, configura-se, portanto, como um esforço de interlocução entre os estudos de políticas públicas e os estudos de saúde e educação, utilizadas então como subsídios para as discussões das políticas. Em especial no que diz respeito a formação profissional em saúde, entende-se como importante o caminho percorrido ao se resgatar o histórico e a organização do SUS, posteriormente com a descrição de seus princípios e ferramentas. Isso porque, dessa maneira, pode-se compreender a importância de políticas indutoras para determinados objetivos considerados estratégicos, sobretudo na interlocução entre os níveis centrais de gestão e os níveis locais.

Conforme apresentado, o campo das Residências Médicas é conflituoso, desde seus princípios, e é alvo de diversos interesses de diferentes atores da sociedade. Isto reforça a importância das políticas indutoras que caminhem no sentido de garantir os preceitos constitucionais do SUS e do direito à saúde, conforme conquistado pelo povo brasileiro. Especificamente no que diz respeito a MFC, pode-se afirmar que as políticas indutoras, em especial o Pró-Residência e o Programa Mais

Médicos foram efetivas em aumentar o número de vagas.

No entanto, cabe destacar aqui que apenas o aumento do número de vagas não é suficiente para garantir a formação desse profissional e, principalmente, para garantir que seja este o especialista que ocupe os postos de trabalho na APS brasileira. Certamente o aumento do número de vagas é importante, haja vista a prioridade e relevância da especialidade, e ainda pode aumentar mais, uma vez que a especialidade ainda representa uma pequena porcentagem do total de especialistas no Brasil. Porém, enquanto planejamento estratégico da gestão em saúde se faz necessário alinhar estas iniciativas a outras, como melhoria das condições de infraestrutura das unidades, qualificação do trabalho interprofissional, valorização salarial com planos de carreira e estímulo a fixação em regiões mais vulneráveis, dentre outros.

Além disso, também é importante reforçar a necessidade de constante revisão do componente pedagógico dos programas de residência, que não podem se resumir ao trabalho exclusivamente, mas que precisam de centralidade nos processos educacionais a fim de promover a aprendizagem significativa e a transformação das práticas profissionais. Nesse sentido, outros trabalhos certamente têm muito o que contribuir com a temática, não esgotada nesta pesquisa, ao contrário, sinalizada uma vez mais enquanto prioritária, necessária e oportuna.

Assim, finaliza-se este texto com novos questionamentos, especialmente a partir do olhar da gestão em saúde, a fim de se debruçar a pensar quais outras estratégias podem ser adotadas para o fortalecimento da MFC, da APS e do SUS? Quais instrumentos e ferramentas podem ser implementadas para qualificar as Residências Médicas? Logo, não apenas nas proposições, mas também com avaliação e monitoramento das políticas públicas a fim de consolidar o direito a saúde no cotidiano da vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, M. M. **Análise de Implementação do Programa Mais Médicos**. 2015. Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília 2015.

ARAUJO, D. J. P. de. **As principais contribuições regulatórias sobre o trabalho em saúde: a residência médica no Brasil - 2022**. 89 f. Dissertação (mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 01 jun. 2023.

BRASIL. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde, Metodologia de Formulação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Presidência da República. DECRETO nº 80281/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 06 de setembro de 1977, p. 11787.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. **Rev APS, Juiz de Fora**, v. 13, n. 2, p. 148-155, abr/jun 2010.

CAMPOS, F. E., HADDAD A. E., MICHEL J., NUNES M. P., BRENELLI S., PETTA H., MASSUDA A., RIBEIRO E. C. Programa de apoio à formação de médicos

especialistas no brasil (PRÓ-RESIDÊNCIA): indução para a formação de especialistas segundo necessidades do sus. In: PIERANTONI, C. R. POZ M. R. D., FRANÇA T. (organizadores). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas.** - 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

CUNHA, J. P. P. e CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

DIAS H.S., LIMA L.D. de, TEIXEIRA M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc saúde coletiva.** 2013 Jun;18(6):1613–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>

FURLANETTO, D. de L. C. **Políticas indutoras (pró-saúde) e a reorientação da formação de profissionais da área da saúde para o fortalecimento do SUS.** 2015. 344 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C. **Política de saúde: o público e o privado.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.

INDUTOR. In: DICIO, **Dicionário Online de Português.** Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/indutor/>>. Acesso em: 09/06/2023.

LIMA, J. C. de S. **A Residência Médica: articulações entre a prática e o ensino.** 2008. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde); Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MATTA, G.C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA G.C., PONTES A.L.M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

NETO G.C. C., ANTUNES VH, OLIVEIRA A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cad Saúde Pública.** 2019; 35(1):e00170917. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>

NORMAN A.H. Pesquisa qualitativa em medicina de família e comunidade: a importância do olhar generalista. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** 14º de julho de 2021; 16(43):2659. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2659>

OLIVEIRA NA, MEIRELLES RMS, CURY GC, ALVES LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do PROMED. **Rev bras educ med.** 2008; 32(3):333-346.

OLIVEIRA V. E., COUTO C.G. Diretrizes prioritárias e fases da implementação:

como mudam as políticas públicas. In: LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. - Brasília: Enap, 2019.

PAIM J.S., SILVA L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, 12(2), 109–114. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2010.v12.33772>

PETTA H.L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). **Rev bras educ med**. 2013 Jan; 37(1):72–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>

PETTA, H. L, **Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRORESIDÊNCIA)**. 2011. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PINTO H. A., ANDREAZZA R., RIBEIRO R.J., LOULA M.R., REIS A.A.C. dos. The More Doctors Program and the changing role of the State in the regulation and organization of medical education. **Interface** (Botucatu). 2019; 23:e170960. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170960>

REHEM R. Limites e possibilidades da descentralização na saúde. In: SEMINÁRIO DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE: IMPACTOS E DESAFIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS, 2010, Fortaleza, CE. **Anais do Seminário Descentralização das Políticas e Ações em Saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, realizado nos dias 01 e 02 de julho de 2010**; Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach, Veriano Terto Júnior, organizadores. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. 64p

ROSÁRIO, C. A., BAPTISTA, T. W. de F., MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde Em Debate**, 44(124), 17–31. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>

SARTI T.D., FONTENELLE L.F., GUSSO G.D.F. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2018; 13(40):1-5. Disponível em [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744)

SCHEFFER, M. (ED.). **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2

SCHEFFER, M. et al, **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

SOUSA E.G. de. A residência médica no Brasil. **Rev bras educ med**. 1985 Maio; 9(2):112–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v9.2-009>

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204

SOUZA C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

YUNES J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos avançados**. 1999 Jan; 13(35):65–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100006>