

A formação do médico de família e comunidade e sua relação com os programas de provimento

The training of family and community doctors and their relationship with provision programs

La formación de médicos de familia y comunitarios y su relación con los programas de provisión

DOI: 10.54033/cadpedv21n3-218

Originals received: 02/23/2024

Acceptance for publication: 03/15/2024

Felipe Alves dos Santos

Mestrando em Ensino em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 859, Vila Clementino, São Paulo – SP,

CEP: 04039-901

E-mail: felipexim@gmail.com

Leonardo Carnut

Doutor em Saúde Pública

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 859, Vila Clementino, São Paulo – SP,

CEP: 04039-901

E-mail: leonardo.carnut@unifesp.br

RESUMO

O objetivo deste artigo é refletir sobre o modelo de formação de médicos de família e comunidade e sua relação com os programas de provimento que já ocorre no Brasil há mais de dez anos. Para isso, foi realizado um ensaio crítico-reflexivo tendo como argumento gerador a preocupação com as formações através das especializações lato sensu em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e se elas estão sendo efetivas. Assim, o texto está dividido em três seções. A primeira seção trata das tensões e contradições do processo histórico de criação da especialidade de medicina de família e comunidade e seu crescimento paralelo ao desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil que demanda até hoje um aumento no número de profissionais dessa especialidade. O currículo da graduação médica no Brasil passa por processos de transformação a fim de aproximar o profissional formado das competências necessárias para atuar no sistema de saúde. A segunda seção expõe a relação entre MFC, atenção primária à saúde, competências, formação e os programas de provimento no Brasil e como esse modelo de formação não está aumentando

o número de médicos de família titulados. A terceira e última seção sintetiza breves considerações finais para pensar qual o lugar das especializações lato sensu em Medicina de Família e Comunidade no cenário de formação destes médicos nos programas de provimento e como é necessário um aprofundamento na análise do impacto desse modelo adotado até o momento no país e comparar com a formação em provimento realizadas em outros países.

Palavras-chave: Ensino. Educação Continuada. Medicina de Família e Comunidade. Saúde Coletiva. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this article is to reflect on the training model for family and community doctors and its relationship with the provision programs that have been taking place in Brazil for more than ten years. To this end, a critical-reflective essay was carried out using as a generating argument the concern with training through lato sensu specializations in Family and Community Medicine (MFC) and whether they are being effective. Thus, the text is divided into three sections. The first section deals with the tensions and contradictions of the historical process of creating the specialty of family and community medicine and its growth parallel to the development of Primary Health Care in Brazil, which to this day demands an increase in the number of professionals in this specialty. The medical undergraduate curriculum in Brazil is undergoing transformation processes in order to bring the trained professional closer to the skills needed to work in the health system. The second section exposes the relationship between MFC, primary health care, skills, training and provision programs in Brazil and how this training model is not increasing the number of qualified family doctors. The third and final section summarizes brief final considerations to consider the place of lato sensu specializations in Family and Community Medicine in the training scenario of these doctors in provision programs and how it is necessary to further analyze the impact of this model adopted so far in the country and compare it with training in provision carried out in other countries.

Keywords: Teaching. Education, Continuing. Family Practice. Public Health. Unified Health System.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el modelo de formación de médicos familiares y comunitarios y su relación con los programas de provisión que se vienen desarrollando en Brasil desde hace más de diez años. Para ello, se realizó un ensayo crítico-reflexivo utilizando como argumento generador la preocupación con la formación a través de las especializaciones en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) y si éstas están siendo efectivas. Así, el texto se divide en tres secciones. La primera sección aborda las tensiones y contradicciones del proceso histórico de creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria y su crecimiento paralelo al desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Brasil, que a día de hoy exige un aumento en el número de profesionales en esta especialidad. El currículo de licenciatura en medicina en Brasil está en proceso de transformación para acercar al profesional capacitado

a las habilidades necesarias para trabajar en el sistema de salud. En la segunda sección se expone la relación entre la atención primaria de la salud, la atención primaria de la salud, las aptitudes, la capacitación y los programas de prestación de servicios en el Brasil y cómo este modelo de capacitación no está aumentando el número de médicos de familia calificados. La tercera y última sección resume breves consideraciones finales para considerar el lugar de las especializaciones lato sensu en Medicina Familiar y Comunitaria en el escenario de formación de estos médicos en los programas de provisión y cómo es necesario analizar más a fondo el impacto de este modelo adoptado hasta ahora en el país y compararlo con la formación en provisión realizada en otros países.

Palabras clave: Enseñanza. Educación, Continuación. Práctica Familiar. Salud Pública. Sistema Único de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reconhecida globalmente como um componente fundamental dos sistemas de saúde eficazes e o médico de família e comunidade está inserido como um dos atores principais desse modelo de atenção, cujo papel é essencial na promoção da saúde, prevenção de doenças e coordenação do cuidado de forma integral e acessível. A formação adequada desses profissionais desempenha um papel crucial na garantia de qualidade e eficiência dos serviços da APS.

No Brasil sempre ocorreu uma carência história de profissionais médicos formados para trabalhar no sistema de saúde, principalmente em áreas vulneráveis e afastadas da capital, cenário demonstrado ano após ano nos relatórios de demografia médica (Scheffer *et al*, 2023). Essa carência se repete na Medicina de Família e Comunidade (MFC) que, desde o princípio da sua diferenciação como especialidade, passou por vários momentos conturbados, com reflexo negativo na quantidade de profissionais especializados formadas nessa área.

Mesmo tendo um papel importante no cerne da APS, devido à falta de profissionais, no Brasil não é necessário ser especialista para atuar na área, diferente de outros países como Inglaterra e Canadá, que possuem o sistema de saúde baseados na APS fortalecida onde é obrigatório ter a formação em MFC

(que pode possuir outras denominações a depender da língua do país) para atuar na APS. Por isso, é comum que a atuação na APS seja vista como algo temporário pelos médicos que se formam, não sendo valorizada como uma carreira.

Nesse contexto, já foram criadas várias tentativas de programas para tentar suprir a carência de médicos para atendimento na APS em todas as regiões do país, sendo a mais conhecida o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) lançada em 2013 por medida provisória que se tornou Lei, sendo um marco do governo da Presidenta Dilma Roussef filiada ao Partido dos Trabalhadores. Um dos eixos principais do programa é a formação, com propostas de reformulações desde a graduação, especialização *lato sensu* em MFC pelos médicos inseridos no programa e até o fortalecimento da residência em MFC.

A seguir iremos discutir os aspectos dessa formação através da especialização *lato sensu* em MFC. Na primeira parte vamos apresentar os marcos históricos da criação da especialidade e na segunda correlacionar os princípios da MFC com a APS justificando o médico de família e comunidade como profissional necessário no cenário e como é ofertada a formação através de programas de provimento no país. Este artigo tem como objetivo realizar uma reflexão crítica desse modelo de formação que já ocorre no Brasil há mais de dez anos.

2 CRIAÇÃO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: TENSÕES E CONTRADIÇÕES

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) se diferenciou como especialidade médica durante a década de 1960 em respostas às transições epidemiológicas e à subespecialização da comunidade profissional. O processo de criação de subespecialidades gerava uma intensa fragmentação do cuidado e acabava gerando atritos na relação médico-paciente. Um dos elementos relacionados a esse processo, está relacionado ao avanço tecnológico cada vez mais integrado às especialidades focais com consequências diretas nas

consultas médicas. Estas últimas passaram a ser totalmente focadas na doença distanciando ainda mais o paciente do médico. Nesse cenário surgiu a necessidade de um novo médico generalista para se diferenciar do clínico geral em função do avanço da quantidade de competências necessárias para o trabalho clínico em um cenário social cada vez mais adverso. Nessa mesma época ocorreu a integração de matérias específicas da especialidade MFC na graduação médica e surgiram os primeiros currículos de competências nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Inglaterra, que tratavam o médico de família e comunidade como especialista em APS (Freeman, 2018).

Segundo Gusso, Lopes e Dias (2019), nas décadas de 60 e 70 as residências médicas no Brasil começaram a ser estruturadas e dentre elas a especialidade de medicina geral e comunitária tomou forma em algumas poucas cidades. Em 1977 foi formada a Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) que colocava a medicina preventiva e social (MPS) como uma das prioridades, juntamente com a cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Os médicos formados na especialidade MPS se denominavam médicos 'sanitaristas'.

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão onde foi assinada por muitos países uma declaração que sustentava a APS como modelo a ser seguido para minimizar desigualdades sociais, incluindo a saúde dentro do conceito de bem-estar social. Nesse evento ocorreu a definição de APS, que ficou consagrada como:

a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OPAS, 2007, p. 25).

Porém a crise do capitalismo dos anos 80 e o crescimento do neoliberalismo para responder aos seus interesses acabaram desvirtuando as discussões e os avanços tidos até o momento, com os sistemas de saúde se organizando de outras formas nas quais não tinham a APS como nível de atenção principal e nem porta de entrada (Puras, 2016). Em uma tentativa de resgatar o debate e trazer a promoção em saúde como prioridade, ocorreu em 1986 em Ottawa a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção em Saúde, que resultou na Carta de Ottawa (1986), documento que trazia a promoção da saúde como gerador de qualidade de vida e reforçava a participação popular como parte importante nos processos dessa promoção¹. Contudo, mesmo com esses esforços, os conteúdos da Carta de Ottawa já demonstravam um arrefecimento da radicalidade do projeto da APS na qual a promoção da saúde aparecia “apequenada” em muitos sentidos, em especial, ao mero empoderamento (Carnut; Mendes; Guerra, 2023).

Segundo Gusso, Lopes e Dias (2019), na década de 80, no Brasil existia uma discussão sobre a formação do médico generalista ser orientada para a APS. A dúvida era se essa formação se daria pela residência de medicina preventiva social ou se criaria uma especialidade específica, além disso ainda se discutia se a formação deveria ser pela graduação. Os sanitaristas da residência de medicina preventiva e social não concordavam com a formação do médico generalista por uma residência e entraram em confronto com os médicos da medicina geral e comunitária. Segundo o autor:

A disputa e a confusão conceitual entre medicina preventiva e medicina de família, e uma falsa dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual, se mantiveram até os anos 2000, sendo que, apenas a partir dessa época, passou a ser mais bem definida por meio da produção científica conduzida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Gusso; Lopes; Dias, 2019, p. 14).

A SBMFC teve uma história conturbada de muitos períodos de desativação e reativação. Porém com a expansão da APS no país e a área se tornando um campo de trabalho mais consistente, em 2001 a especialidade

¹ Além disso, o documento mantinha vários conceitos da Declaração de Alma-Ata (1978) que justificavam a reorientação dos serviços de saúde para fortalecimento da APS.

acabou se firmando como é conhecida até hoje: Medicina de Família e Comunidade (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

Segundo De Aguiar (2003), os anos seguintes a essas tensões trouxeram muitas mudanças nos sistemas de saúde de alguns países. Alguns conseguiram realizar a implementação de sistemas baseados na APS, já outros fizeram algumas mudanças estruturais nos seus conceitos sobre a atenção primária. Outros locais tiveram dificuldades econômicas ou políticas para perseguir a atenção primária como caminho devido ao seu caráter contra hegemônico. Assim, até os anos 2000 foram realizados diversos eventos para retomar essas discussões e tentar aumentar a cobertura da APS frente ao movimento contrário realizado pela globalização.

No Brasil durante a década de 80 ocorreram diversos movimentos de reforma sanitária na tentativa de responder às demandas de saúde da população. No ano de 1988 foi publicada a nova Constituição Federal (CF-88) que promulgou os artigos 196 a 200 positivando a saúde como um direito de todos e dever do estado. Isto permitiu a criação de leis infraconstitucionais que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS): as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Uma das principais características do SUS é a descentralização com grande destaque a municipalização que permitiu uma maior estruturação da APS pelo país, além disso o sistema se pauta em três princípios doutrinários: equidade, integralidade e universalidade (Faleiros *et al.*, 2006).

Esta foi uma oportunidade que fortaleceu a APS no país, em especial destaca-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) lançado pelo governo federal em 1991, característica importante que diferencia o sistema de saúde do Brasil dos outros países. Em seguida, em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF) que se expandiu rapidamente e trouxe bons resultados, tonando-se uma estratégia, visto que, um programa tem tempo para terminar. Ao ser adotado como o novo modelo tecnoassistencial de reorientação da atenção básica no país como um todo, o PSF passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), que, além do reconhecimento internacional, passou a ser

amplamente discutida pelos gestores e usuários. É neste contexto que a ESF traz a MFC como ponto crucial dentro da APS (Gusso; Lopes; Dias, 2019).

Segundo Gonçalves *et al.* (2009), a ESF manteve bons resultados de saúde e satisfação dos usuários durante um bom período. Contudo, pouco a pouco, foi se percebendo que um dos fatores determinantes para os problemas da insatisfação com as ESF era a falta de formação adequada dos profissionais em APS. Com os programas de expansão da ESF (Brasil, 2004) foi necessário cada vez mais profissionais formados para trabalhar na APS e isso acabou demonstrando que a ESF acabava funcionando de forma heterogênea com alguns serviços centrados no usuário e outros centrados no médico e isso dependia muito da formação que esse profissional teve antes de chegar no mercado de trabalho.

Desde a conferência Alma Ata (1978) ocorreu um movimento das escolas médicas de incluírem no currículo da graduação disciplinas voltadas para a APS na tentativa de construir as competências necessárias para formar médicos capazes de responderem às demandas sociais que exigia o sistema. Os médicos sentem que na graduação não tem contato suficiente com as matérias de APS e isso reflete no atendimento posterior, visto que, a grande maioria acaba entrando nesse mercado de trabalho mesmo sem se sentirem aptos para tal. Muitas vezes o médico acaba assumindo um posto de trabalho na APS e sua única experiência prévia foram dois meses de internato na área de 'saúde coletiva', pois a grande maioria da carga horária dele durante a graduação foi voltada para matérias essencialmente hospitalares com conteúdo voltado para especialidades focais que muitas vezes o estudante não exercitará durante a prática após formado.

Nesse sentido, ao retornarmos à discussão iniciada na década de 80 de onde deveria ocorrer a formação do médico generalista, na graduação ou na residência, percebemos que chegamos aos tempos atuais com uma força de trabalho completamente heterogênea na APS no Brasil. Além dos médicos generalistas que não tiveram enfoque em APS na graduação, é comum termos especialistas focais assumindo equipes de ESF. Alocar especialistas focais para o trabalho na APS é considerar uma forma de desqualificar o trabalho na APS. O especialista focal gera encaminhamentos e pedidos de exames

desnecessários onerando os usuários e o sistema de saúde, além de diminuir a eficiência do sistema como um todo (Amoretti, 2020). Outra característica marcante no perfil dos médicos que atendem na APS é a alta rotatividade dificultando a criação de vínculo com os pacientes e ferindo o princípio de longitudinalidade. Tendo a APS como porta de entrada dos médicos ao mundo do trabalho, é comum médicos recém-formados saírem das equipes após um ano de trabalho após aprovados em provas de residências de outras especialidades.

Assim um dos grandes problemas da ESF é a falta de mão de obra qualificada e especializada, e, quando essa existe, acaba se concentrando em áreas urbanas dificultando o planejamento e gerenciamento em áreas de vulnerabilidade social (Cavalcante *et al.*, 2022). Segundo Andrade *et al.* (2018), sempre que é discutido sobre a reorganização de modelos de sistemas de saúde, a MFC acaba ganhando destaque. Em outros países, a MFC é nomeada como: medicina geral e familiar, familiar e comunitária, geral e integral, familiar, generalista e comunitária. A autora traz ainda que ultimamente até mesmo os planos de saúde privados vem organizando e ofertando serviços baseados em APS e MFC devido a economia gerada. O médico de família e comunidade muitas vezes é formado utilizando recursos do SUS e leva seu conhecimento para o mercado da saúde suplementar diminuindo ainda mais a presença desse profissional na APS.

O estudo de Breinbauer *et al.* (2009) ajuda a entender esse movimento. Os autores demonstraram que a falta de especialistas em APS é notada em vários países e uma grande parcela disso é a falta de interesse dos graduandos em medicina de seguir essa carreira. Isto se deve, principalmente, ao fato de as graduações perpetuarem a prática de uma formação hospitalocêntrica com um cuidado fragmentado e hiperespecializado. Os autores contabilizaram em apenas 19% os estudantes da graduação que querem seguir carreira na APS e que esse número é maior nos anos iniciais da formação e vai diminuindo progressivamente até o sexto ano devido ao ensino voltado para especialidades focais. Outro fator importante citado como afastamento dos graduandos é a falta de garantias políticas e falta de plano de carreira federal. No mercado de trabalho

brasileiro a medicina ainda é uma profissão que traz retornos financeiros de forma mais rápida que a grande maioria das profissões e nesse contexto, o salário de especialistas focais acaba sendo mais elevado e atrativo.

Outros autores também encontraram essa diminuição pelo interesse na carreira da APS nos últimos anos de graduação e o cenário se repete na América Latina. Acredita-se que durante o avanço dos semestres na graduação, o estudante vai entrando em contato com tecnologias e subespecializações e acaba se afastando da MFC. Muitos países como México, Argentina e Uruguai que fizeram aumento de vagas para a especialização em forma de residência, mas elas ficam com uma grande parte destas vagas ociosas, chegando às vezes até a 70% em determinados anos, cenário que também acontece no Brasil (Tamez Rodrigues *et al.*, 2018).

Atualmente no Brasil existem duas formas de se tornar especialista em MFC: a) realizando a residência médica que tem duração de 2 anos ou, b) realizando a prova de título reconhecida pela Associação Médica Brasileira e aplicada pela SBMFC. Para realizar a prova é necessário ter 4 anos de experiência atuando em uma unidade de saúde. Além da prova, uma parte da nota para obtenção do título é dada através de avaliação de currículo onde se pontuam cursos e participações em eventos da área (Gusso; Lopes; Dias, 2019). De acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB), em 2023, iniciou-se o ano com 11255 médicos titulados em MFC, número inferior às aproximadamente 42000 equipes ESF no país.

Devido a esse número insuficiente, a grande maioria dos trabalhadores da APS no Brasil não tem formação específica para tal. Em um estudo realizado com médicos trabalhando na APS de Fortaleza, Ceará, Maranhão *et al.* (2020) identificaram que 67,3% dos médicos não tinham especialização e, dos 23,2% que tinham especialização, 10,3% possuíam título via residência e 12,9% possuíam título pela SBMFC. Outro estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, encontrou resultados parecidos onde 22% realizaram residência médica, 32% foram titulados pela SBMFC e 32% realizaram curso de especialização lato sensu (Côrrea; Leite, 2022). Estes números sugerem uma importância às

especializações lato sensu como as principais formadoras de médicos de família e comunidade no Brasil em 2024.

Como resposta ao número de trabalhadores insuficiente em algumas regiões para trabalhar na APS e da falta de qualificação dos que estavam na área, ocorreram diversas tentativas de mudanças realizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Segundo Gusso, Lopes e Dias (2019), na época em que a ESF se expandiu de forma rápida em 1998 e 2002 foram ofertados vários cursos de qualificação e aperfeiçoamento de curta duração para os trabalhadores do SUS. Em 2011 foi lançado o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) que visava prover médicos para trabalhar nas equipes de ESF consideradas de vulnerabilidade. O profissional permanecia durante um ano na equipe com uma carga horária de 32h assistenciais e 8h dedicadas a um curso de especialização lato sensu. Um fator importante desse programa foi que ele oferecia como bonificação para o médico que completasse o ciclo 10% de pontuação na prova de residência para qualquer área que atraia a maioria dos participantes, apesar da crítica ao fato dessa bonificação ser estímulo para não continuar na APS após a capacitação (Santos, 2017).

Em 2013 foi lançado o Programa Mais Médicos para o Brasil no governo da ex-presidente Dilma do Partido dos Trabalhadores através da Medida Provisória n. 621 de 8 de julho de 2013 (Brasil, 2013). O programa tinha como princípio o provimento, fixação e formação de médicos para a APS e trouxe grande polêmica ao firmar parceria com o governo de Cuba para a vinda de profissionais especialistas em MFC daquele país, apoiada pela OPAS. O assunto dividiu as sociedades médicas que em sua grande maioria eram contra o programa. Desde o início do programa eram comuns boicotes da categoria médica que se inscreviam para as vagas na tentativa de demonstrar uma alta procura de médicos brasileiros que não assumiam o trabalho nas próximas etapas do edital. O programa também era dividido em assistência e ensino, com 32h e 8h respectivamente, onde os participantes realizaram um curso de especialização em MFC *lato sensu* em parceria com a Universidade Aberta do SUS e outras instituições de ensino (Silva, 2018).

Segundo Silva *et al.* (2018), um dos eixos do programa era uma reformulação da educação médica no país que era pautada no modelo flexneriano ignorando diversos conteúdos relacionados a determinação social do processo saúde-doença. Assim, em 2014 foram renovadas as diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de medicina, redirecionando a graduação para uma formação humanizada com o cuidado centrado no usuário. Também houve estímulo financeiro para o aumento de vagas para as residências em MFC assim como para a formação de preceptores especialistas em MFC. Portanto, o programa tentava atuar em três áreas de educação para aumentar o contingente de médicos com capacitação para atuar na APS: graduação, residência médica e pós-graduação *lato sensu*.

Este processo desencadeou a criação de estratégias similares em alguns entes subnacionais. Especialmente em 2019, o estado do Espírito Santo lançou a Lei Complementar nº 909/2019 que institui o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS) que consiste em um conjunto de iniciativa e atividades que visam a formação em saúde; provimento e fixação de profissionais; informação em saúde; apoio institucional e infraestrutura tecnológica, vinculadas ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Educação em Saúde. Uma das finalidades do programa é aperfeiçoar profissionais de saúde na atenção primária com atividades de ensino, dentre elas cursos de aperfeiçoamento e especialização, pesquisa e extensão. Os participantes do projeto fazem jus a uma bolsa formação de desenvolvimento tecnológico e estímulo à inovação.

Após a entrada no programa e escolha do município de atuação, os profissionais desenvolvem seus cursos de formação, cada um em sua categoria profissional, com duração de 3 anos e carga horária de 5.760 horas, divididas em 32 horas semanais assistenciais vinculadas a uma unidade de saúde e 8 horas semanais de atividades teóricas ou teórico-práticas, supervisionadas por um docente assistencial. Os docentes assistenciais também entram no programa através de processos seletivos, e, no caso dos médicos, devem deter o título em Medicina de Família e Comunidade. Os médicos do programa realizam o curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade *lato sensu* durante um

ano e nos anos seguintes seguem com atividades síncronas de aperfeiçoamento em práticas de MFC (Espírito Santo, 2019). Esse é um grande diferencial do programa Qualifica-APS para o PMMB, pois o encontro semanal síncrono com o MFC supervisor permite criar um ambiente de educação permanente mais abrangente e longitudinal.

Em agosto de 2019, no governo ultraneoliberal e de corte neofascista do ex-presidente Jair Bolsonaro, o programa Mais Médicos para o Brasil foi reelaborado a luz dos interesses mais conservadores de parcela da comunidade médica ligada ao tema (Canut, Mendes, 2023) relançando-o com o nome Mais Médicos pelo Brasil. O PMMB já sofria ataques da cúpula neofascista desde o período pré-eleitoral e uma promessa de campanha para se aproximar do núcleo médico que tinha grande proximidade com esses discursos, foi a reformulação do PMMB com a criação de uma carreira federal na APS. Para a operacionalização do programa foi criada a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) alvo de grandes críticas. Nessa época o modelo de alocação de recursos financeiros para a APS tinha acabado de mudar (Previne Brasil), considerado um grande retrocesso na área. Nesse cenário era evidente o desmonte e a ADAPS veio para confirmar esse caminho de privatização da APS com implicações negativas para a formação e o trabalho médico.

No meio de tantas críticas, o programa é apresentado e os participantes entram no provimento através de provas. Ainda é ofertado o curso de Especialização lato sensu em MFC, porém com outra carga horária. Agora o participante realiza 40h assistenciais e 20h de ensino, também em parceria com instituições de educação do país. O programa ainda tinha em seu escopo a permissão na qual o médico participante que concluísse o curso pudesse realizar a prova de título em dois anos ao invés de quatro, assunto que causou grande controvérsia e não tinha apoio da SBMFC (Anderson, 2019). Até o presente momento, o programa encaminha para o término dos primeiros dois anos de funcionamento e a titulação ainda está indefinida.

Entre a apresentação do novo programa e seu primeiro edital, ocorreu um hiato de dois anos. Quando lançado, foi percebido que várias promessas não

foram cumpridas, em especial, a promessa sobre a carreira federal. Os médicos, quando concluíssem o período de formação, seriam incluídos no quadro de funcionários da ADAPS pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nessa época, os médicos cubanos do PMMB foram chamados de volta pelo governo de Cuba, gerando várias lacunas de assistenciais principalmente nas regiões mais longínquas do país, impactando negativamente a saúde de populações especiais como os distritos sanitários indígenas e os ribeirinhos. Via-se então o surgimento de um programa reformulado, menor, muito mais custoso e que deixava de lado a formação de excelência (a residência).

Fato que chamou atenção foi que, mesmo após a implementação do Mais Médicos pelo Brasil, até o ano de 2022 ainda ocorriam editais para provimento do PMMB. Portanto, nessa altura tinham municípios com médicos inseridos em dois programas, ou até mesmo três, caso contasse com o programa Qualifica-APS do Espírito Santo.

Em 21 de março de 2023, o governo federal novamente nas mãos do partido dos trabalhadores, agora com o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, anuncia uma retomada do Mais Médico para o Brasil com algumas reformulações principalmente no eixo de fixação e pagamento. No discurso fica entendido que o programa da gestão anterior não vai ser descontinuado de uma só vez, porém não terá mais investimentos sendo o foco a retomada do programa anterior.

3 A MCF, APS, COMPETÊNCIAS, FORMAÇÃO E PROVIMENTO NO BRASIL

É evidente que a MFC e a APS compartilham muitas características e é conhecido que os locais, em que o sistema de saúde é orientado para atenção primária com a presença do médico de família e comunidade, apresentam melhores resultados de saúde. Porém esses sistemas sofrem com a dificuldade de mão de obra qualificada e formada para este nível de atenção o que impactam no fortalecimento da APS como um todo. Além disso, sempre é discutido qual caminho deveria ser utilizado para aproximar a graduação e os médicos não especialistas desses princípios (Izecksohn *et al.*, 2017).

A graduação médica vinha sofrendo várias críticas até o ano de 2001 quando foram criadas as primeiras DCN para a graduação de medicina, na tentativa de mudar a visão do modelo flexneriano, centrado na doença e no hospital. Mesmo que fosse uma reforma importante, ela não contemplava alguns aspectos essenciais para a APS do país, como a humanização do atendimento. Outro ponto importante não tratado na DCN de 2001 era a orientação da formação voltada para APS e nem mesmo eram propostas discussões sobre saúde coletiva. Assim, paralelamente a criação do programa Mais Médicos no ano de 2013 que continha em seu conteúdo um eixo para melhorias na formação médica, em 2014 foi publicada uma nova DCN para o curso de medicina (Meireles; Fernandes; Silva, 2019).

A principal mudança da DCN de 2001 para a de 2014 foi se pautar na saúde coletiva para as novas competências que foram divididas em três eixos principais: 'Atenção à Saúde', 'Gestão em Saúde' e 'Educação em Saúde'. O eixo 'Atenção à Saúde' promoveu uma reformulação do paradigma biomédico trazendo o usuário para o centro do cuidado, que passaria agora a ser centrado na pessoa, aproximando-se de uma visão clínica ampliada e o cuidado individual da saúde coletiva. As competências do eixo 'Educação em Saúde' trazem estratégias para fortalecer a promoção e prevenção em saúde, alinhando-se mais da APS. No eixo 'Gestão em Saúde' foram destacadas competências que formavam um médico generalista resolutivo, levando em conta as demandas e características da comunidade em que está inserido (Ferreira *et al.*, 2019). Porém, apesar dessas mudanças sutis, a DCN 2014 não descreve os ambientes onde devem ser treinados os estudantes e nem como deve ocorrer essa formação das competências em saúde coletiva que foram apresentadas sem a profundidade necessária, como foi descrito no caso dos ambientes de treinamento sobre a saúde individual (Bursztyn, 2015).

Segundo Oliveira *et al.* (2019), a DCN 2014 colocava que a formação em saúde deveria ser realizada na forma de metodologias ativas de ensino, a fim de formar o profissional crítico e reflexivo, somado a qualidade técnica. As metodologias ativas de ensino têm a capacidade de promover a proatividade do aluno e consegue integrar os conhecimentos técnicos com a realidade através

das atitudes e habilidades, podendo ser avaliado através de competências que indicariam o que é requerido daquele indivíduo em determinado cenário.

Em paralelo a reforma da educação médica na graduação, que está ocorrendo até hoje, a lei do Mais Médicos realizou uma valorização da residência em MFC com aumento de vagas e estímulo para formação de preceptores e nesse cenário a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), utilizando do conceito de aprendizagem significativa e competências iniciando no ano de 2014 com a criação de um currículo baseado em competências para MFC (SBMFC, 2014). Segundo Figueiredo *et al.* (2017), um programa com o currículo baseado em competências significa analisar os processos de trabalho do médico de família e comunidade e determinar quais são os conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para sua atuação e traduzir em competências a serem adquiridas.

De acordo com a SBMFC (2014), o currículo de competências para MFC foi estruturado através de quatro etapas, que foram: a) uma oficina para elaboração inicial do currículo, b) uma revisão de conteúdo através de metodologia Delphi com especialistas que eram experientes em formação médica, c) uma consulta pública e d) um painel com especialistas que avaliaram todo o processo anterior e revisaram o material.

O currículo foi estruturado em áreas: 'fundamentos', 'atenção à saúde' e 'formação optativa' e 'formação complementar'. Cada área trazia competências através dos seguintes níveis:

Pré-requisito: O que se espera em termos de competência de um profissional antes de entrar na residência. **Essenciais:** O que se espera de competências para todo residente ao fim de seu processo de formação como especialista em Medicina de Família e Comunidade. **Desejáveis:** O que se espera de um residente diferenciado que consiga avançar para além das competências essenciais. **Avançadas:** O que se espera de um profissional que tenha adquirido uma proficiência em uma área de atuação específica dentro do campo de atuação de um MFC. São competências a serem alcançadas usualmente após o término da residência e muitas vezes demandam outras formações específicas (SBMFC, 2014, p. 9).

O currículo de competência pode ser utilizado para a organização de residências e para cursos de especialização em MFC. Serve ainda como

orientação e referência para o profissional que deseja se titular na especialidade. Outra utilização do currículo é para avaliação de profissionais, em qualquer destes cenários, podendo ser aplicado no início do curso e no final, para ver quais competências foram atingidas durante a formação. Ao analisar o currículo de competências da SMBFC, percebemos que seria difícil realizar a capacitação e a avaliação dessas competências em cenários de pós-graduação *lato sensu* como é ofertado nos programas de provimento e que a residência médica tem melhor aproveitamento do uso do currículo.

Segundo Anderson e Rodrigues (2011), a residência médica é considerada padrão ouro na formação de especialista. E muito se deve a sua carga horária extensa e imersiva na área, com 5500 horas em dois anos, sendo 80% dessa carga horária de treinamento em serviço. A segunda forma de se tornar especialista em MFC é realizar a prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Os critérios para realizar a prova, de acordo com a SBMFC (2023) são:

- a) Ter concluído Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) - ou em sua denominação anterior (Medicina Geral Comunitária) - credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);
- b) Ser profissional médico na área de Atenção Primária em Saúde (APS) por, no mínimo, 48 (quarenta e oito) meses, consecutivos ou não, contados até a data final de inscrição para este Exame de Suficiência. A atividade profissional deve ser assistencial, prestada a pessoas de todas as faixas etárias e realizada em cenário de prática da APS no Brasil (SBMFC, 2023, p. 4).

A prova teórica é composta por 80 questões de múltipla escolha com 4 alternativas. Existe ainda uma prova teórico-prática onde serão apresentados 10 cenários ou casos clínicos da especialidade, também com 4 alternativas. Além disso existe uma avaliação curricular que corresponde a 10 pontos. O candidato é considerado aprovado quando atinge a média de 70 pontos na prova (SBMFC, 2024).

De acordo com a SBMFC (2024), a análise curricular pontua em 10 itens: residência médica em MFC ou área afim (pediatria, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria e medicina preventiva e social), experiência profissional em APS, pós-graduação *stricto sensu*, título de especialista em áreas afins (pediatria,

ginecologia/obstetrícia, psiquiatria e medicina preventiva e social, medicina paliativa, administração em saúde, hansenologia, alergologia, nutrologia e geriatria), curso de especialização lato sensu, cursos de aperfeiçoamentos ou estágios supervisionados, produção científica, congressos, coordenação ou gestão e atividades de docência.

Apesar de existirem apenas essas duas formas de titulação, é comum ocorrerem no Brasil formas de capacitação, aperfeiçoamento ou especialização lato sensu em MFC para médicos que já atuam na APS, pois até o momento não é necessário ter título para poder trabalhar em uma equipe de atenção primária no país. No Brasil, essa formação “acelerada” através de programas de provimento deveria ter caráter transitório enquanto ocorre o fortalecimento da residência médica (Anderson; Rodrigues, 2011), mas não é o que vem ocorrendo, fazendo das formações aceleradas mais a regra do que exceção em função da pressão pelo provimento profissional nas áreas de difícil retenção. Ainda que o programa Mais Médicos para o Brasil, lançado em 2013 e completado dez anos de percurso, se percebe uma escassez de profissionais para atuar nas equipes de ESF em muitos municípios brasileiros. Além disso, algumas regiões mais vulneráveis, mesmo em capitais, sofrem com essa alta rotatividade e baixa fixação (Girardi *et al.*, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, um dos pilares do programa é a realização de especialização em medicina de família e comunidade pelos participantes do programa (Brasil, 2024). A realização da especialização é obrigatória, podendo ser dispensado o médico que já realizou o curso. Nesse caso, o participante realiza outros cursos de atualização com curta duração, para justificar o pagamento da bolsa formação. Atualmente os ciclos do programa tem duração de 4 anos, tempo necessário para a realização da prova de título em MFC (Brasil, 2024). Percebemos então que mesmo após todo esse tempo de programa com vários ciclos de especialização, essa medida não foi efetiva no aumento do número de médicos de família titulados.

Outras medidas foram realizadas para tentar fortalecer a residência médica e conseqüentemente aumentar o número de especialistas em MFC. Dentro do eixo formação do PMMB foi lançado um plano nacional de formação

de preceptores de MFC, que tinha como alvo médicos de família formados ou que estavam na residência e completou três ciclos. A intenção do programa era aumentar o número de preceptores, a fim de aumentar o número de vagas da residência. Porém desde o golpe constitucional de 2016 que tirou do poder a ex-presidente Dilma Rousseff, percebemos que seus sucessores (Temer e Bolsonaro) caminharam no sentido contrário, reduzindo o número de vagas na residência médica e aumentando ainda mais a abertura de faculdades de medicina, criando um abismo entre médicos formados anualmente e vagas disponíveis para residência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto é visível que, no momento, o médico de família e comunidade é considerado o especialista para trabalhar na APS no Brasil e no mundo. Em todos os cenários é percebido que a quantidade de profissionais especialistas na área é insuficiente visto que, é permitido que na APS brasileira o médico trabalhe sem ter formação especializada para tal função. Até mesmo no cenário mundial a carreira de APS não é atrativa e conta com vacâncias. Para suprir essa necessidade o Brasil adotou vários programas de provimento, fixação e capacitação de profissionais para a APS, inclusive em alguns cenários acontecendo vários ao mesmo tempo.

Nos programas de provimento a formação acontece em forma de especialização *lato sensu* em MFC o que não permite um trabalho de preceptoria como ocorre na residência médica, tida como padrão ouro de formação em todo mundo. Percebe-se que no Brasil, há uma opção política em “deixar crescer” as formações de médicos de família e comunidade em formatos de especializações de cargas horárias residuais, feitas de maneira concomitante ao trabalho e até ‘aceleradas’. Nesses cenários de especialização, é muito difícil utilizar o currículo de competências do médico de família e comunidade da SBMFC.

O cenário de provimento até o momento é mais um cenário de prover médicos do que formá-los para sua função necessariamente. Vê-se que o provimento é mais efetivo para disponibilizar o médico para atender a população

do que para formar especialistas fixados na APS e, assim, a formação residual que era para ser algo transitório, perdura. O fortalecimento da residência médica deveria ser primordial para o aumento do número de especialistas e a partir dela se organizar outras estratégias para melhorar o contingente de médicos de família e comunidade, porém nenhum dos dois cenários vem ocorrendo de forma efetiva e regular.

Nesse cenário, a discussão sobre a formação do médico de família e comunidade emerge com extrema importância e este artigo é um passo inicial para auxiliar nos apontamentos iniciais sobre o tema. Em pesquisas futuras é necessário aprofundamento do impacto da formação realizada até o momento para a APS e se o modelo utilizado é suficiente para sanar o problema da mão de obra qualificada e especializada para trabalhar nesse contexto. Outra perspectiva a ser analisada é comparar a formação em MFC utilizada no Brasil com a formação em outros países que utilizaram de provimento para aumentar o contingente de médicos de família e comunidade.

REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 29, p. 136-146, 2020.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180-2180, 2019.

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011.

ANDRADE, H. S. de *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, 2018.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Informe AMB: Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: AMB, 2023.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; DF. Diário Oficial da União 1990; set 20.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília; DF. Diário Oficial da União 1990; dez 29.

BRASIL. **Portaria nº 588 de 07 de abril de 2004**. Aprova convocatória para que as Unidades Federadas aderem ao Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. Brasília; DF. Diário Oficial da União 2004, abr 08.

BRASIL. **Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a elaboração e o fornecimento de informações de que trata a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, pela administração pública federal, autárquica e fundacional, e pelos órgãos e entidades controlados direta ou indiretamente pela União. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 9 jul. 2013.

BRASIL. Governo federal anuncia retomada do Programa Mais Médicos. **Mais Médicos**, 21 de março de 2023. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/356-governo-federal-anuncia-novo-mais-medicos>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Médicos**. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>. Acesso em: 09 mar. 2024.

BREINBAUER, H. *et al.* Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. **Revista médica de Chile**, v. 137, n. 7, p. 865-872, 2009.

BURSZTYN, I. Diretrizes curriculares nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva. **Cad. ABEM**, v. 11, p. 7-19, 2015

CARNUT, L; MENDES, Á. Ofensivas contra a saúde pública à luz do debate derivacionista: o caso da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2023.

CARNUT, L.; MENDES, A. N.; GUERRA, L. D. S. ¿De qué 'promoción de la salud' estamos hablando? una crítica marxista a la reorientación hacia un horizonte estratégico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, p. e220255, 2023.

CAVALCANTE, G. R. R. V. *et al.* Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, 2022.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**: primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/Carta-de-Ottawa_1.pdf. Acesso em: 28 mar. 2023.

CORRÊA, R. D.; LEITE, I. C. G. Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, 2022.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro de 1978: Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR).

DE AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 909/2019, de 30 de abril de 2019**. Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS). Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, Vitória, p. 4-6, 30 abr. 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPI/Lei%20Complementar%20N%C2%B>

A%20909%2030-04-2019%20-%20CRIA%C3%87AO%20ICEPI.pdf. Acesso em 07 out. 2021.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria Estadual de Saúde, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. **Edital Permanente ICEPi Nº 001/2019, de 04 de outubro de 2019.** Edital permanente de Médicos de Família e Comunidade para atuarem nas atividades docentes-assistenciais do programa de qualificação da atenção primária. Vitória, 2019. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo.** Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/ICEPi/Edital%20permanente%20001_2019-Supervisores_04-11-1.pdf. Acesso em 04 out. 2023.

FALEIROS, V. P. *et al.* **A construção do SUS:** história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.

FERREIRA, M. J. M. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface**, Botucatu, v. 23, supl.1, p. 1-15, maio, 2019.

FIGUEIREDO, G. de O. *et al.* Construção coletiva de um currículo por competência para a residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Sustinere**, v. 4, n. 2, p. 265-286, 2017.

GIRARDI, S. B. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

GONÇALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C; DIAS, L. C. (Organizadores). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019. 2388 p.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 737-746, 2017.

MARANHÃO, R. R. *et al.* Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

FREEMAN, T. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWHINNEY.** 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2017. 536 p

MEIRELES, M. A. D. C., FERNANDES, C. D. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do

primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 67-78, 2019.

OLIVEIRA, C. A. de et al. Alinhamento de Diferentes Projetos Pedagógicos de Cursos de Medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 143-151, abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington, 2007.

PURAS, D. Universal Health Coverage: A Return to Alma-Ata and Ottawa. **Health and Human Rights Journal**, v. 18, n. 2, p. 7-10, 2016.

SANTOS, M. A. P. dos. **A influência do PROVAB e do Programa Mais Médicos na definição de política de formação médica em um contexto Paulista**. 2017. 110 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, São Paulo, 2017.

SCHEFFER, M., et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP; CFM; CREMESP 2023. 346 p. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em 17 de mar. de 2023.

SILVA, V. O. da et al. O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 489-502, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. **Edital do Exame de Suficiência para a Trigésima Quarta Edição do Concurso para Obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade** – TEMFC 34. 2023. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2023/12/EDITAL-TEMFC-34_AMB.pdf. Acesso em: 11 mar. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. **Sociedade Brasileira de Medicina da Família**. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/>. Acesso em: 03 mar. 2024.

TAMEZ RODRÍGUEZ, A. R. et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, p. 1, 2018.