

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Marcos Vinicius Soares Pedrosa

A implementação de um programa de residência em medicina de família e comunidade: uma avaliação do caso da residência da Prefeitura do Recife

Recife
2022

Marcos Vinicius Soares Pedrosa

A implementação de um programa de residência em medicina de família e comunidade: uma avaliação do caso da residência da Prefeitura do Recife

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação de Serviços na Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica

Recife

2021

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz**

- P372i Pedrosa, Marcos Vinicius Soares.
A implementação de um programa de residência em medicina de família e comunidade: uma avaliação do caso da residência da Prefeitura do Recife / Marcos Vinicius Soares Pedrosa. — Recife: [s.n.], 2021.
104 p. : il., graf., tab.
- Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.
Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.
1. Medicina de família e comunidade. 2. Residência médica. 3. Atenção primária à saúde. 4. Avaliação de política de saúde. 5. Brasil. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Título..

CDU 616.92

Marcos Vinicius Soares Pedrosa

A implementação de um programa de residência em medicina de família e comunidade: uma avaliação do caso da residência da Prefeitura do Recife

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 25/10/2021.

Banca Examinadora

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Felipe Proença de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba

Dr. Allan Nuno Alves de Sousa
Universidade de Brasília

À Michelle, pelo amor, companhia,
parceria e sinergia na caminhada.

À Olga, parceirinha luminosa.

Ao Lucio, que vai chegar em breve e já
nos enche de amor e esperança na luz de
um novo amanhã.

À dona Neves, minha mãe, pelo cuidado e
aprendizado mútuo que seguimos nos
propiciando.

Aos meus avós (in memoriam), Bila e
Luzamira, Valdeci e Belielson... E a todos
os que vieram antes deles e habitam em
mim. Que a luz nos olhos dos meus avós
siga no brilho da luz dos meus filhos.

O problema mais intrigante que as ciências sociais hoje enfrentam pode ser assim formulado: vivendo nós no início do milênio num mundo onde há tanto para criticar por que se tornou tão difícil produzir uma teoria crítica? Por teoria crítica entendo toda a teoria que não reduz a 'realidade' ao que existe. A realidade, qualquer que seja o modo como é concebida, é considerada pela teoria crítica como um campo de possibilidades e a tarefa da teoria consiste precisamente em definir e avaliar a natureza e o âmbito das alternativas ao que está empiricamente dado. A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que, portanto, há alternativas susceptíveis de superar o que é criticável no que existe. O desconforto, o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscitam impulso para teorizar a sua superação.

(SANTOS, 1999, p. 197).

AGRADECIMENTOS

Quando pensei em cursar o programa de mestrado profissional em Saúde da Família (ProfSaúde), imaginava deparar-me com as dificuldades de uma tripla jornada entre o cuidado com a família, o trabalho e um programa de pós-graduação *stricto sensu*. Mas o imponderável desafia a todos nós. Uma pandemia veio em 2020 – a pandemia de Covid-19, declarada em março de 2020 e com mais de 5 milhões de mortos no mundo desde então até outubro de 2021; e o desafio de seguir adiante se abateu sobre nós. Somos atravessados pelo nosso tempo, e esse tempo em que vivemos é um tempo pandêmico e infopandêmico. Trouxe sentimentos, sonhos, medos e perdas humanas e pessoais. Fazer ciência durante todo esse período me trouxe novos desafios e novas perspectivas. Realizar uma pesquisa científica envolveu a aprendizagem de novas abordagens teóricas e metodológicas, além de novos instrumentos de pesquisa e compreensão. tocar a vida envolveu encontrar também novos modos de manter o prumo reto e a cabeça no lugar, esse tal “novo normal”.

Primeiramente, agradeço ao enorme incentivo e apoio de Michelle, minha companheira. Nos melhores e mais difíceis momentos, é ótimo contar contigo!

Aos familiares próximos e distantes. Seguimos!

Para chegar até aqui, contei com o apoio mais que valioso de tantos e tantas com quem convivi profissionalmente, desde a seleção para o programa nas várias equipes de trabalho em que atuei, do momento em que decidi fazer este mestrado em 2018 até agora.

Aos amigos josuítas: Rafaela Pacheco, Giliate Cardoso, Aristides Oliveira, Carol Paz, Rodrigo Oliveira, Héider Pinto, Eline Gomes, Shirlene Mafra, Vanessa Nascimento, Olga Leocádia, Thiago Milet, Bira Elihimas, Leonel Campos, João Oliveira, Carla Cristine e Marianne Regina.

Aos colegas docentes, técnicos e estudantes do curso de medicina de Caruaru, da Universidade Federal de Pernambuco, com quem convivi por cinco anos, por compartilharem tantas inquietações docentes, além da ousadia de implementar graduação e residências, movimentando a rede de saúde da região e a universidade.

Aos professores do ProfSaúde do IAM/Fiocruz, pela dedicação e empenho com que tocam o programa. Um agradecimento especial à professora Kátia Medeiros, pela disponibilidade, apoio e compreensão com que o programa tem sido coordenado.

Agradeço, também, ao professor Garibaldi Gurgel, meu orientador, pelo apoio, incentivo, paciência, liberdade criativa e necessárias críticas que muito contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

Agradeço, ainda, a todos os trabalhadores do SUS das várias cidades por onde passei, especialmente das equipes de saúde da família do SUS Recife. Minha enorme admiração por aqueles e aquelas que fazem do SUS um lugar de formação científica, técnica, ética e estética, onde quer que estejam. Agradeço, ainda, aos professores de toda a vida.

Agradeço, por fim, aos professores e pesquisadores das universidades e institutos de pesquisa pública deste país, que seguem cuidando, ensinando e pesquisando mesmo diante dos cortes orçamentários, das tentativas de censura e perseguição de que as instituições de ensino e seu corpo docente têm sido alvo nestes anos tão difíceis. Obrigado por me alimentarem de esperança.

APRESENTAÇÃO & IMPLICAÇÃO **(ou DEIXE-ME CONTAR COMO TUDO COMEÇOU)**

Nasci em Recife, Pernambuco, do encontro de duas famílias da periferia. Vim de uma família em que meus avós e bisavós maternos se orgulhavam do fato de que todos em casa sabiam ler/escrever e de uma casa em que muitos se tornaram professores; mas não existiam médicos na minha família antes de mim. Assim, minhas referências de trabalhadores de saúde não vieram de casa; vieram de contatos marcantes em serviços de saúde durante uma primeira infância de asma com crises frequentes, que me faziam frequentar vários serviços de urgência e emergência, consultórios médicos e clínicas de fisioterapia respiratória. Minhas experiências de paciente se confundem com minhas mais antigas lembranças.

Quando eu adoecia, era contrastante a tranquilidade da minha mãe durante minha assistência à saúde num contexto com cuidado longitudinal – seja numa emergência, quando era atendido por um médico plantonista já conhecido, seja nas idas programadas ao consultório da pediatra e à clínica de fisioterapia – e a preocupação dela diante de uma assistência prestada de forma pontual por um médico plantonista que estivesse me atendendo pela primeira vez. Nessas lembranças, a constatação das diferentes formas de produzir cuidado, condicionada não somente pelo tipo de serviço de saúde ou de situação clínica mas pelo *setting* em que se dá esse encontro médico-paciente, pela implicação do profissional com o problema de saúde apresentado, pela exploração minuciosamente elucidativa de um problema de saúde, pela segurança e confiança que transparecem nas ações cuidadoras praticadas – tão fundamentais para pacientes e familiares que anseiam por ajuda.

Dos contatos com profissionais de saúde na primeira infância, dou um salto no tempo para o período entre os anos 1999 e 2001, em que cursava o ensino médio no Colégio de Aplicação da Universidade Federal de Pernambuco (CAP/UFPE), período definidor para a escolha da medicina como campo de estudo, atuação e reflexão. Tive um bom desempenho escolar e, ao pensar na minha escolha no vestibular, algumas convicções tomaram forma, a partir do desejo de ter uma profissão que não fosse centrada num estudo teórico e solitário, mas que produzisse encontros e tomasse parte nos problemas e conflitos sociais. Queria estar onde a vida acontecia, mais do que comentá-la ou abstraí-la. Estranhamente, busquei tal lugar de exercício no ofício

da medicina, na medicina de família e comunidade. Hoje, minha escolha pela medicina, refeita cotidianamente, e pela medicina de família e comunidade como especialidade médica, segue tendo o mesmo motor.

Fiz minha formação médica na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE) entre os anos 2003 e 2009. O curso médico na FCM/UPE havia iniciado sua reforma curricular no ano de 2002, fruto do amadurecimento de um debate interno e da participação da escola no movimento que ganhou corpo em torno da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). Também impulsionavam a reforma curricular da FCM/UPE em 2002 as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, em vigor desde 2001 e o esforço de manter a escola em consonância com o que se preconizava para o ensino médico brasileiro. Em 2003, iniciei meus estudos junto com a terceira turma da reforma curricular, vivenciando um contexto de intensos debates em torno dessas mudanças curriculares que mudaram enormemente o cotidiano da nossa escola médica – ao basicamente acabar com a separação entre ciclo básico e ciclo profissional, substituir as disciplinas por módulos interdisciplinares, ampliar a inserção do estudante na atenção básica (AB) desde o início do curso e ampliar o internato de um ano e meio para dois anos. A partir de 2004, o debate sobre mudanças nas políticas educacionais passou a também permear o ambiente universitário, dentro do contexto do debate nacional em torno da proposta de “reforma universitária” do Ministério da Educação na época.

Meu interesse pelo campo da educação, da formação médica, das políticas de saúde e de educação durante a faculdade acompanhou minha participação no movimento estudantil da universidade; participei do Diretório Acadêmico de Medicina Josué de Castro durante os anos de 2003 a 2006 e do Diretório Central dos Estudantes Professor Paulo Freire nos anos de 2003 a 2005, inclusive na condição de presidente da entidade, participando da luta central que unificava a comunidade acadêmica de toda a universidade – o fim das mensalidades nas UPE.

A UPE teve sua origem na Fundação de Ensino Superior de Pernambuco (FESP), mantenedora, desde 1965, de um grupo de unidades de ensino superior preexistentes no estado. Extinta a FESP, foi criada em seu lugar, pela lei estadual n. 10.518, de 29 de novembro de 1990, a Fundação Universidade de Pernambuco, mantenedora da UPE, reconhecida pelo MEC em 1991. A UPE era, na época, uma universidade pública brasileira que cobrava mensalidades de seus alunos, à revelia

da gratuidade da educação superior pública ser explícita na Constituição Federal de 1988. Sempre me intrigou como mesmo a UPE foi reconhecida em 1991 mesmo descumprindo um preceito constitucional da educação pública. Na matrícula, recebíamos um carnê de mensalidades do semestre. Essa cobrança sempre foi uma ilegalidade vivida à paisana na universidade, mas não pacificamente. A inadimplência estudantil era enorme e maior entre os estudantes mais pobres. Aos mais ricos, a mensalidade pouco incomodava, exceto entre os mais engajados nos movimentos estudantis. Há décadas convivemos com políticas de permanência e assistência estudantil nas universidades federais; a UPE, ao cobrar mensalidades, erguia uma verdadeira barreira de acesso aos estudantes e promovia a desigualdade de acesso à educação em Pernambuco. Em 2005, iniciou-se a estratégia política interna na universidade que se tornou finalmente vitoriosa apenas em 2009, seis meses após eu ter-me formado: a cobrança de mensalidades na UPE teve fim. Tal estratégia consistiu num certo etapismo: congelou-se as mensalidades e, em seguida, concedeu-se a gratuidade de maneira focalizada ao longo de cinco anos, até a gratuidade universal.

Em 2009, concluí a graduação e decidi ir morar na Bahia. A busca de experiências na atenção básica (AB) em contextos socioculturais diferentes de onde nasci, cresci e me formei me levou à região da Chapada Diamantina (BA). Desejava experimentar a vida próxima ao campo e recebi uma proposta de trabalho para ser o primeiro médico de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que atendia vários povoados rurais, alguns deles com população remanescente quilombola do município de Seabra (BA). E assim iniciei minha vida profissional como médico, numa cidade com menos de 50.000 habitantes. Foi uma experiência muito impactante: a constatação da potência da atenção básica, experimentar cuidar das pessoas, vê-las novamente, vivenciar a responsabilidade sanitária por uma população adscrita à minha unidade de saúde da família reafirmaram em mim que aquele era o meu caminho profissional a trilhar. Visitar os pequenos hospitais da região e encontrar um perfil de pacientes internados principalmente por causas sensíveis à atenção primária à saúde (APS), reforçava em mim a noção da importância estratégica da atuação junto às pessoas antes que elas fossem internadas. As dificuldades eram quase tão grandes quanto o deslumbramento: o contato com as difíceis condições sanitárias – que reforçaram a enorme materialidade de conceitos de determinação social do processo saúde-doença; a insuficiente interiorização do nosso SUS de forma

orgânica; a escassez de profissionais de saúde, pelo contato com as enormes dificuldades de gestão da saúde numa região a quase 500 km de uma capital.

Em 2010, deixei de trabalhar em Seabra e iniciei na zona urbana de uma cidade ainda menor: Iraquara, com cerca de 20.000 habitantes. Dessa vez, numa equipe que já estava formada, e na qual a vaga de médico repetidamente ficava vaga. Na memória, uma nova população, com características diferentes e outras necessidades de saúde, além do contato com um processo de trabalho em equipe já consolidado. Uma tragédia pessoal (um acidente automobilístico com dois amigos médicos pernambucanos com quem eu havia convivido em uma república em Seabra) antecipou minha decisão de sair da região e me mudar para a cidade de São Paulo. Precisava mudar de ambiente, de vida e de trabalho. Isso me levou a São Bernardo do Campo (SP), onde atuei na UBS Parque São Bernardo e pude experimentar uma atuação na AB no contexto das periferias urbanas. Além disso, o maior acesso a serviços de saúde e assistência farmacêutica típico das cidades grandes se traduzia em mazelas da hipermedicalização e da iatrogenia decorrentes da clínica precária, muitas vezes pouco resolutiva, que os pacientes acessavam à época. Foi uma grande surpresa observar que o sertão da Bahia tinha vários problemas em comum com o ABC Paulista, entre eles a alta rotatividade de médicos nos serviços na AB.

Seja no sertão da Bahia, quando trabalhávamos na área urbana de Iraquara, ou nos povoados remanescentes quilombolas de Seabra, seja na Grande São Paulo, na periferia de São Bernardo do Campo, existiam falas de pacientes que ainda ecoam com força nas minhas lembranças, dando materialidade aos debates sobre saúde como direito e à necessidade de construir um outro patamar de qualidade da assistência ao povo brasileiro.

“O senhor vai ficar aqui, né, doutor?” Pergunta por demais repetida pela população, assim que se chega a um novo território para trabalhar. “Precisa dizer não, doutor, eu sei que o senhor vai terminar indo embora. O médico aqui tá sempre trocando, e a gente precisa começar tudo de novo [...]”. Assim falam outros pacientes, até mesmo nas primeiras conversas, com um tom de quem já viveu o encontro e o desencontro várias vezes.

As angústias desses usuários e suas dificuldades de acesso à oferta regular de cuidados, o sentimento de orfandade de certos pacientes portadores de doenças crônicas que buscam relações terapêuticas duradouras – e tantas vezes não conseguem – me fizeram buscar uma formação sólida na medicina de família e

comunidade. Assim, iniciei minha residência médica na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em 2011. Durante a residência médica, voltei a participar mais diretamente dos debates sobre formação, trabalho em saúde e políticas de saúde de modo mais geral. Minha atuação no movimento de médicos residentes – em que denunciávamos as condições precárias de aprendizagem, trabalho em saúde e o assédio moral sofrido pelos residentes – aconteceu na Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo. Após o fim da residência médica no início de 2013, continuei atuando como médico de família e comunidade na UBS Promissão, em Diadema (SP). Lá, além de minhas atividades assistenciais, desempenhava papel de preceptor do internato do curso médico da Unifesp.

A aprovação em concurso público para a carreira de magistério superior na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como parte do processo de implantação do novo curso de medicina da universidade em Caruaru, cidade do agreste pernambucano, me fez voltar a morar em Pernambuco a partir de 2013 – um projeto político-pedagógico com uma visão bastante conectada com as melhores práticas educativas e com uma postura extensionista da comunidade acadêmica. Desse extensionismo, construímos uma ação pública a partir da universidade que contribuiu à implementação de várias políticas no SUS no município de Caruaru, como o Movimento Nascer Bem Caruaru – promoção de boas práticas baseadas em evidências no cuidado às gestantes com protocolos de pré-natal e na maternidade de risco habitual municipal; a Campanha Lava Pés, um conjunto de ações de educação em saúde e mobilização social voltadas à prevenção de amputações por diabetes que atendia à época centenas de pessoas ao longo de uma semana; a implementação das residências médicas pelo NCV/CAA/UFPE na rede SUS municipal e estadual de Caruaru; a implementação da complementação de bolsas aos residentes de MFC da UFPE em Caruaru.

Nesse período entre 2013 e 2018, em que fui docente na UFPE, costumávamos dizer que o curso de medicina de Caruaru atuava nos três eixos do Programa Mais Médicos, pois, além da graduação em medicina e das residências médicas, estávamos envolvidos com a supervisão acadêmica do Projeto Mais Médicos pelo Brasil – programa de formação e provimento de médicos para atuar na atenção básica que alcançava milhares de municípios do País. Em Pernambuco, mais de 70% dos municípios aderiram ao programa já em 2013, e recebiam médicos para atuar na atenção básica contando com supervisão acadêmica de várias instituições de ensino,

entre elas a UFPE. Isso ampliava o alcance da discussão, dando visibilidade à realidade de localidades distantes e vulneráveis.

Como parte da minha atuação na supervisão e tutoria acadêmica do Programa Mais Médicos na UFPE, visitávamos municípios do agreste e do sertão pernambucanos, mantendo contato com médicos, gestores municipais e estaduais nas gerências regionais de saúde (GERES) IV, V e VI. Foi bastante enriquecedora a troca de experiências tanto com os médicos quanto com outros trabalhadores das secretarias municipais de saúde desses pequenos municípios. Mantive, assim, contato com a dura realidade da implementação de políticas em pequenas cidades, onde o Estado brasileiro vai ficando “ralo” e com escassez de recursos de toda ordem.

Implementar programas de residência é um enorme desafio. Muitas das inquietações que me levaram a esta dissertação surgem dessas vivências que relatei relacionadas ao tema da formação médica e dos desafios para garantir uma expansão forte e equânime do SUS, além da leitura crítica da legislação e programas durante esses anos.

Vários docentes da medicina da UFPE em Caruaru assumiram a expansão das residências médicas como parte das responsabilidades formativas e com o SUS como parte da implementação plena do ensino médico no agreste pernambucano. Assim, além da implementação do curso de graduação em medicina do campus Agreste (Caruaru/PE), participei com esse grupo pioneiro da implementação de cinco PRMs pela Comissão de Residência Médica do Centro Acadêmico do Agreste, vinculado ao curso de medicina de Caruaru: MFC, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Pediatria.

De uma forma ou de outra, os temas tratados nesta dissertação têm sido meu trabalho, meu sonho, minha percepção e reflexão há dez anos, desde meu ingresso na residência médica, na assistência à saúde, no movimento de residentes, no magistério superior, na preceptorial e na coordenação de programas. Espero compartilhar nesta dissertação as anotações que fiz ao longo desse caminho que narrei até aqui. Boa leitura!

PEDROSA, Marcos Vinicius Soares Pedrosa. **A implementação de um programa de residência em medicina de família e comunidade**: uma avaliação do caso da residência da Prefeitura do Recife. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

RESUMO

Desde a expansão da atenção primária à saúde (APS) no Brasil a partir da criação do Programa Saúde da Família, é notável a contradição entre a crescente demanda por profissionais médicos com formação especializada para atuar no SUS nesse nível de atenção e a escassez de vagas em programas de residência da especialidade. A presente dissertação tem por objetivo avaliar o processo de implementação do programa de residência médica em medicina de família e comunidade (MFC) da Secretaria de Saúde do Recife (Sesau-Recife), entre 2013 e 2019. Consiste em um estudo de caso, de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico. Utilizamos, para a coleta de dados, dois métodos de pesquisa: a análise documental relacionada a documentos públicos de interesse; e a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave escolhidos entre os gestores da secretaria de saúde da cidade do Recife (PE), entre trabalhadores de saúde diretamente ligados ao PRMFC, além de médicos egressos do programa. A análise das entrevistas foi realizada por meio da análise de conteúdo. Entre os resultados da análise documental, apresentamos uma caracterização sociopolítica da cidade do Recife e reunimos a legislação, decretos, portarias e resoluções de interesse para a implementação de PRMFCs. Entre os resultados da análise de conteúdo da transcrição das entrevistas realizadas com informantes-chave, apresentamos categorias iniciais, intermediárias e final. Realizamos a avaliação da implementação do programa à luz dos critérios de economicidade, eficiência administrativa, eficácia, envolvimento dos preceptores de MFC, formação pedagógica, avaliação de aprendizagem, dos estágios e preceptores, contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde. A avaliação do processo de implementação foi predominantemente positiva. O estudo apresenta algumas limitações inerentes às opções metodológicas escolhidas, somadas ao desafio de fazer pesquisa em um contexto de pandemia da Covid-19, com menor possibilidade de acesso a documentos físicos.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade. Residência médica. Atenção primária à saúde. Avaliação de política de saúde. Recife.

PEDROSA, Marcos Vinicius Soares Pedrosa. **A implementação de um programa de residência em medicina de família e comunidade**: uma avaliação do caso da residência da Prefeitura do Recife. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

ABSTRACT

Since the expansion of Primary Health Care (PHC) in Brazil with the creation of the Family Health Program, there is a contradiction between the growing demand for medical professionals with specialized training to work in the SUS at this level of care and the scarcity of vacancies in specialty residency programs. This Master Work aims to evaluate the implementation process of the medical residency program in family and community medicine (MFC) of the Health Secretariat of Recife (Sesau-Recife), between 2013 and 2019. It consists of a case study, from a qualitative, descriptive and analytical approach. For data collection, we used two research methods: document analysis related to public documents of interest; and semi-structured interviews with key informants chosen among the managers of the health secretariat of Recife/PE, among health workers directly linked to the PRMFC, and physicians who graduated from the program. The analysis of the interviews was carried out through content analysis. Among the results of the document analysis, we present a sociopolitical characterization of the city of Recife and gather legislation, decrees, ordinances and resolutions of interest for the implementation of PRMFCs. As the results of the content analysis of the transcript of interviews conducted with key informants, we present initial, intermediate and final categories. We carried out the evaluation of the program's implementation in light of the criteria of economy, administrative efficiency, effectiveness, involvement of MFC preceptors, pedagogical training, assessment of learning, internships and preceptors, and contribution to the development of the local health system. The evaluation of the implementation process was predominantly positive. The study has some limitations inherent to the chosen methodological options. Furthermore, there is the challenge of conducting research in a pandemic context, with limited possibility of accessing physical documents.

Keywords: Family and Community Medicine. Medical Residency. Primary Health Care. Health Policy Evaluation; Recife.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Descrição dos informantes-chave por grupo	39
Quadro 2 – Organização político-administrativa do sistema de saúde do Recife	43
Quadro 3 – Categorias iniciais, intermediárias e final	46
Quadro 4 – Matriz de avaliação de implementação do PRMFC da Sesau-Recife	62
Gráfico 1 – Expansão de vagas de R1 autorizadas no Brasil (2014 a 2018)	69
Gráfico 2 – Expansão de vagas de R1 autorizadas em Pernambuco (2014 a 2018)..	70
Quadro 5 – Eixos e ações para a implementação exitosa de um PRMFC	80

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
Cerem	Comissão Estadual de Residência Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIMF	Confederação Iberoamericana de Medicina de Família
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina
Coreme	Comissão de Residência Médica
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação
DS	Distrito Sanitário
EaD	Educação a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
Geres	Gerência Regional de Saúde
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HSL	Hospital Sírio Libanês
IDA	Integração Docente-Assistencial
MFC	Medicina de Família e Comunidade
Mini-CEX	Miniexercício Clínico Avaliativo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRM	Programa de Residência Médica
PRMFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
Proadi	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Região Político-Administrativa
SBMFC Comunidade	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SEGTES/Sesau-Recife	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Sesau-Recife
SGTES/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde
Sesau-Recife	Secretaria de Saúde do Recife
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNI	Programa Uma Nova Iniciativa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	MARCO TEÓRICO.....	24
2.1	Atenção básica, atenção primária à saúde e medicina de família e comunidade: definindo conceitos	24
2.2	Entendendo a residência de medicina de família e comunidade.....	31
2.2.1	<i>O desenvolvimento da residência médica e da medicina de família e comunidade no Brasil.....</i>	<i>31</i>
2.2.2	<i>Política pública para a residência médica, sua implementação e a integração ensino-serviço-comunidade.....</i>	<i>33</i>
2.3	A avaliação de implementação como abordagem metodológica	34
3	METODOLOGIA.....	37
3.1	Caminhos para o desenvolvimento da pesquisa.....	37
3.2	Coleta e análise dos dados	40
3.3	Considerações éticas.....	41
4	RESULTADOS.....	43
4.1	Caracterização sociopolítica da cidade do Recife.....	43
4.2	Construção das categorias a partir da análise de conteúdo das entrevistas.....	45
4.3	Apresentação dos resultados por categoria intermediária	47
4.3.1	<i>Plano de implementação do programa de residência</i>	<i>47</i>
4.3.1.1	<i>Financiamento das bolsas de residência.....</i>	<i>47</i>
4.3.1.2	<i>Complementação das bolsas de residência</i>	<i>47</i>
4.3.1.3	<i>Envolvimento dos preceptores de MFC.....</i>	<i>48</i>
4.3.1.4	<i>Apoio acadêmico: formação de biblioteca, aquisição de materiais, contratação de cursos e participação em congressos</i>	<i>49</i>
4.3.1.5	<i>Estratégias de atração de candidatos</i>	<i>50</i>
4.3.1.6	<i>Estratégias de envolvimento de preceptores de outras especialidades</i>	<i>51</i>
4.3.2	<i>Motivações locais</i>	<i>53</i>
4.3.2.1	<i>Conjuntura da APS local</i>	<i>53</i>
4.3.2.2	<i>Objetivos almejados com o programa</i>	<i>54</i>
4.3.3	<i>Integração ensino-serviço-comunidade.....</i>	<i>55</i>
4.3.3.1	<i>Condições físicas e estruturais das UBS.....</i>	<i>55</i>

4.3.3.2	Perfil dos preceptores.....	55
4.3.3.3	Integração com outros profissionais da APS, graduações e residências de saúde.....	56
4.3.3.4	Participação das equipes e comunidade nas definições das atividades do programa	57
4.3.4	<i>Formação pedagógica de preceptores e avaliação</i>	58
4.3.4.1	Formação pedagógica.....	58
4.3.4.2	Avaliação de aprendizagem	58
4.3.4.3	Avaliação dos estágios e preceptores	59
4.3.4.4	Avaliação geral e perspectivas do programa.....	60
4.4	Matriz de avaliação de implementação.....	60
5	DISCUSSÃO	67
6	CONCLUSÕES	77
7	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	79
7.1	Seminário formativo para difusão e reflexão	79
7.2	Indicações para a implementação de residência de medicina de família e comunidade.....	79
	REFERÊNCIAS.....	82
	Anexo A – ROTEIROS DE ENTREVISTA.....	88
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
	ANEXO C – SISTEMATIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS COMPILADOS.....	95
	ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	100

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, assistimos no Brasil o crescimento e o desenvolvimento de políticas que incluíam a implementação de programas de residência médica em medicina de família e comunidade (MFC) como parte das estratégias de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde os anos 2000, é possível identificar um conjunto de ações do Ministério da Saúde (MS) com o apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em busca do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da ampliação da sua cobertura e de programas de formação de especialistas, além do fortalecimento do trabalho em equipe. As ações da época incluíam incentivos para a implementação de novos programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRMFC), especialmente aqueles desenvolvidos em unidades básicas de saúde (UBS) em parceria com as secretarias municipais de saúde (ANDERSON *et al.*, 2007).

Apenas a partir de 2009 passamos a ter uma política pública do governo federal voltada para fomentar a formação médica especializada a partir de um diagnóstico das necessidades de saúde do País: o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas (Pró-Residência). A finalidade era favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em determinadas especialidades e em regiões prioritárias como estratégia para enfrentar a carência de certas especialidades médicas identificadas durante os trabalhos de uma comissão interministerial criada para esse fim. Havia um edital próprio do Pró-Residência que definia as especialidades de áreas básicas e de áreas prioritárias, além das regiões que poderiam pleitear o financiamento das bolsas de residência ofertadas pelo programa. Desde o primeiro edital, a MFC figura entre as “áreas prioritárias”, de modo que hospitais, secretarias de saúde e instituições de ensino poderiam pleitear financiamento para a abertura de programas e expansão de vagas (PETTA, 2013).

A expansão de programas de residência médica em MFC também é uma das ações propostas pelo Programa Mais Médicos (PMM), criado a partir da lei federal n. 12.871 de 22 de outubro de 2013. O PMM previa um enorme escopo de ações que visavam enfrentar a escassez e a ausência de profissionais médicos em várias localidades do País: a abertura de novos cursos de graduação em medicina, a universalização das vagas de residência médica, a oferta de médicos brasileiros e

estrangeiros para municípios em regiões de escassez de profissionais eram os principais eixos do programa (BRASIL, 2013).

A residência médica é a estratégia mais reconhecida de formação de especialistas médicos no mundo há mais de 100 anos. É considerada o “padrão ouro”, o modelo mais apropriado para a formação de especialistas nas várias áreas da medicina, assim como na MFC (KNUPP, 2012). O Brasil apresenta uma enorme carência de especialistas em MFC, com 5.438 especialistas entre egressos de programas de residência médica e portadores de títulos de especialistas emitidos pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 2018 (AUGUSTO *et al.*, 2018). Considerando apenas a ESF como local desejável de atuação desse especialista, é possível perceber que a quantidade de especialistas em MFC é completamente insuficiente quando observamos que o número de equipes da ESF declarado pelo MS é de 42.784 em 2019, no portal <http://sage.saude.gov.br/>. O PMM incluía a criação de novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina que ampliava a formação na atenção básica (AB) (MEC, 2014), o que ampliou a necessidade de qualificação dos médicos que nela atuam, para melhor desempenhar a preceptoria. É mais um vetor a aumentar a necessidade de uma maior quantidade de especialistas em MFC no Brasil.

No que se refere aos programas de residência médica, a lei do PMM modificou a forma de ingresso, criando a obrigatoriedade de cumprir um ano do programa de residência em “medicina geral de família e comunidade” para a maioria dos médicos ingressantes nas mais variadas especialidades médicas (BRASIL, 2013). O resultado disso era a enorme necessidade de expansão dos programas de residência médica em MFC para que pudessem receber esses residentes. A mudança na forma de ingresso prevista para entrar em vigor em 2018, a partir do momento que as vagas de residência fossem universalizadas, não ocorreu até o momento, pois a expansão de vagas não alcançou a universalização.

Na última década, o governo federal desenvolveu um conjunto de ações voltadas para apoiar a expansão dos programas com ofertas de financiamento de bolsas, incentivo para a abertura de programas nas especialidades desejadas e cursos de formação de preceptores, dentre outras iniciativas. Para contribuir com o aperfeiçoamento e a compreensão desse conjunto de políticas, buscamos entender o modo como iniciativas de implementação de PRMFCs em secretarias municipais de saúde aconteceu; debruçamo-nos, especificamente, sobre como ocorreu o processo

de implementação do PRMFC da Secretaria de Saúde do Recife (Sesau-Recife), criado em 2013. Assim, o objetivo geral deste estudo é avaliar o processo de implementação do programa de residência médica de MFC da Prefeitura do Recife. Nesse sentido, trataremos de responder à seguinte pergunta de pesquisa: como ocorreu o processo de implementação da residência médica em MFC da Prefeitura do Recife entre 2013 e 2019?

Para tanto, a presente dissertação está estruturada da forma que segue. Além desta introdução, que figura a seção 1, a dissertação tem, na seção 2, o marco teórico da pesquisa, que apresentará os conceitos “atenção básica”, “atenção primária à saúde” e “medicina de família e comunidade”; os aspectos relevantes da residência médica, suas políticas, desafios para sua implementação; e uma revisão do tema da integração ensino-serviço-comunidade dentro do contexto das residências, além da discussão teórica sobre políticas públicas e avaliação, com ênfase à avaliação de implementação como abordagem metodológica. Na seção 3, apresentaremos uma caracterização sociopolítica da cidade do Recife, seguida da seção 4, com a metodologia da pesquisa, os caminhos para o desenvolvimento da pesquisa, os métodos e as técnicas de coleta e análise de dados adotados na presente pesquisa, assim como as nossas considerações éticas. A seção 5 consiste na apresentação dos resultados da pesquisa. Em seguida, temos a discussão, na qual serão debatidos os principais resultados em diálogo com o marco teórico construído na presente pesquisa. Por fim, apresentaremos nossas conclusões e uma proposta de intervenção.

2 MARCO TEÓRICO

A atenção primária à saúde (APS) atualmente se refere à atenção à saúde oferecida de modo ambulatorial, com acesso preferencial ao sistema de saúde pela população. O termo e o conceito se difundiram após aparecerem em várias publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e foram incorporados a sistemas públicos de saúde desde então. Nesta seção, discutiremos a APS e a medicina de família e comunidade observando, especificamente, o contexto brasileiro.

2.1 Atenção básica, atenção primária à saúde e medicina de família e comunidade: definindo conceitos

A APS passou a integrar as discussões sobre saúde pública na segunda metade do século XX. Em setembro de 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Na conferência, foi aprovada sua famosa declaração, que inicia enfatizando uma concepção de saúde bastante ampla, reconhecendo a determinação social da saúde:

[...] I) A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Os “cuidados primários de saúde” – uma outra tradução possível de APS – são conceituados a seguir na declaração, com uma concepção bastante integral, incluindo ações de saúde, educação, prevenção e assistência. Além disso, reforçando o papel organizador dos centros de saúde, como parte de uma rede de APS, sobre as outras redes – secundária e terciária.

Desde a década de 1960, fortaleceu-se a importância da atenção primária integral, com os resultados dos estudos de ecologia da assistência médica que demonstravam que a imensa maioria do cuidado médico nos Estados Unidos e no Reino Unido era realizada nesse nível de atenção. Isso contrastava com o fato de que

o atendimento em hospitais universitários ou especializados representava apenas uma pequena fração do total do cuidado médico oferecido, apesar de essas instituições concentrarem até hoje a enorme maioria dos recursos econômicos e tecnológicos (FÚNCIA, 2019; WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961). As experiências de medicina comunitária nos anos 1960, especialmente voltadas a populações vulneráveis no contexto de ascensão do movimento de direitos civis e de organização comunitária (*community organizing*), também ofereciam ações integrais – preventivas e curativas –, contando com a participação ativa da comunidade.

O termo, porém, carrega grande polissemia e está sujeito às tensões e disputas políticas, econômicas e sociais. No Brasil, a história da difusão dos centros de saúde que constituiriam a rede de APS, organizada principalmente na estratégia Saúde da Família atual, é bem mais antiga que a Declaração de Alma-Ata.

No início do século XX, começaram a ser implementados no Brasil os serviços campanhistas para controle de infecções causadas por vetores e zoonoses. Alguns estados brasileiros implementaram programas da antiga concepção de higiene (predominante na saúde pública do início do século XX), com centros ou postos de saúde oferecendo educação sanitária, vigilância e isolamento de doentes e/ou assistência à saúde individual (TEIXEIRA, 2006).

Em Pernambuco, desenvolveram-se já nos anos 1920 programas focalizados (seletivos ou programáticos) que uniam, num mesmo serviço, ações preventivas (denominadas na época como “saúde”) e de assistência individual, com alguns serviços na cidade do Recife. Incluíam serviços de “saúde e assistência” com médicos e “enfermeiras visitadoras de saúde pública”, oferecendo cuidados de enfermagem ambulatoriais e domiciliares na assistência pré-natal, na puericultura e na “higiene escolar” – programa de educação sanitária ministrado em escolas da cidade. As enfermeiras visitadoras de saúde pública eram contratadas e formadas entre professoras, dentistas, farmacêuticas e parteiras, em uma escola de enfermagem criada no estado para tal fim, dentro de cargos criados por regulamentação estadual (MEDEIROS, 1926). Já havia ações de combate à febre amarela, malária, conjuntivite gonocócica neonatal (a adoção da solução de nitrato de prata oftalmológico ao nascer é desse período), tracoma e tuberculose, além da fiscalização sanitária de escolas, de alimentos à venda (especialmente o leite comercializado) e programas de imunização de varíola (MEDEIROS, 1926; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Vários desses programas seletivos e programáticos foram desenvolvidos no Brasil nas décadas de 1920 e 1940 com o apoio da Fundação Rockefeller, que, entre seus programas filantrópicos da época, difundiu e apoiou financeiramente ao redor do mundo um modelo de centro de saúde que desenvolvia ações seletivas exclusivamente de saúde pública, oferecendo apenas cuidados preventivos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Já existiam experiências do que hoje chamamos de “APS seletiva” no Brasil quando, a partir dos anos 1960, começaram a se difundir perspectivas de APS integrais, como a medicina comunitária e de APS no contexto da organização dos sistemas de saúde em níveis de atenção internacionalmente.

Outros países tomaram o caminho de incorporar os cuidados primários médicos de forma mais integral, como na proposta de organização da rede de serviços considerando redes regionalizadas de atenção primária, secundária e terciária – em geral, grandes hospitais de ensino e seus serviços de saúde não faziam grandes distinções entre as ofertas de cuidados preventivos e curativos, oferecidos, assim, de forma “integrada”. O Relatório Dawson sintetizou isso de forma inovadora, o que influenciou decisivamente o sistema de saúde inglês (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1964).

Em síntese, atualmente, identificam-se ao menos quatro linhas principais de abordagem do conceito de APS:

- a) como um programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
- b) como um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato, incluindo (ou não) amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população – possui forte influência da rede hierarquizada e regionalizada com serviços primários, secundários e terciários propostos e descritos em 1920 no Relatório Dawson (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1964);
- c) como uma abordagem abrangente ou integral, numa concepção voltada à formulação da Declaração de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978) para enfrentar necessidades individuais e coletivas;
- d) como filosofia que orienta a promoção dos direitos humanos e processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Apesar da enorme influência da Declaração de Alma-Ata entre os países, não é em todos que o termo “atenção primária” se refere aos serviços ambulatoriais de primeiro contato e parte de um conjunto de redes assistenciais de um sistema de

saúde de acesso universal. Há países com sistemas de saúde frágeis em que a APS está vinculada a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade. Tais distinções no modo de implementação da APS nos vários países expressam as disputas políticas, econômicas e sociais de cada país, ora com perspectivas abrangentes e integrais de atenção e cuidado, ora especializadas em resolver e acompanhar uma cesta ampla ou restrita dos problemas e condições de saúde comuns e mais relevantes epidemiologicamente de uma dada população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Uma compreensão bastante difundida da APS foi utilizada por Bárbara Starfield (2002) definindo atributos que partem de uma abordagem voltada à avaliação, em busca de evidências mensuráveis da presença desses atributos na atenção oferecida a pessoas, famílias e comunidades. Essas abordagens de avaliação preveem instrumentos de avaliação que incluem perguntas para avaliar cada um dos atributos. As perguntas e formas de avaliar variaram de 1978 até os dias atuais, porém as ideias-chave relacionadas aos quatro atributos essenciais permanecem centrais para pensar a APS nessa abordagem: acessibilidade (“primeiro contato”) – a facilidade de acessar o serviço quando necessário; integralidade – abrangência da carta dos serviços oferecidos, além de consideração das dimensões biopsicossociais das pessoas durante as ofertas de cuidados; coordenação – a integração do cuidado entre serviços de saúde, a continuidade da informação; continuidade (“cuidado longitudinal”) – atenção oferecida ao longo do tempo, com o estabelecimento de relações terapêuticas duradouras entre paciente e profissional/serviço de saúde (STARFIELD, 2002). Tais conceitos serão desenvolvidos a seguir.

As ideias-chave relacionadas a acessibilidade/acesso incluem a característica do serviço de saúde que oferta “atenção de primeiro contato”, ou seja, atua como porta de entrada ou “principal porta de entrada”, como define a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para a atuação da APS no Brasil (BRASIL, 2017). Um dos outros sentidos para a integralidade é o fato de a atenção à saúde oferecida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) abarcar necessidades de saúde antigas ou estruturadas e necessidades emergentes. A integralidade pode ser percebida na atenção ao usuário de um determinado serviço de saúde a partir, por exemplo, dos problemas de saúde que podem ser resolvidos naquele próprio serviço e daqueles que precisam ser encaminhados a outros serviços de saúde. É a “carta de serviços” da UBS. Uma outra perspectiva da integralidade refletida na atenção ao usuário está

relacionada à profundidade com que o acolhimento, a escuta qualificada e a consulta individual acontecem, incluindo (ou não) as várias dimensões relacionadas aos determinantes sociais da saúde, aos contextos familiar, psíquico, afetivo e biológico dos usuários (PINHEIRO, 2006).

Muito da coordenação do cuidado depende da continuidade da informação: do acesso e da organização de prontuários com histórias clínicas bem registradas, listas de problemas, plano terapêutico planejado para acompanhamento – ou as informações produzidas em outros serviços de saúde, incluindo outros pontos de cuidado das redes de atenção. Também pressupõe que o usuário seja orientado quando necessita de cuidado em outros serviços do sistema de saúde. Para o usuário, isso pode ser percebido a partir da dificuldade na integração do seu cuidado, muitas vezes demandando a ele próprio um papel mais protagonista nessa coordenação do seu cuidado, seja recuperando na memória (“autoanamnese”) os atendimentos realizados em outros locais, seja demandando espontaneamente relatórios de saúde aos outros profissionais para que ocorra a comunicação entre as redes de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Além dos quatro atributos essenciais, essa abordagem da APS identifica outros três outros “atributos derivativos”. A seguir, passaremos a seus conceitos e refletiremos sobre o modo como se expressam no cotidiano de uma unidade básica de saúde. O primeiro deles é a centralização na família (ou orientação familiar), que acontece quando a integralidade se expande, fornecendo elementos para que os pacientes sejam considerados dentro de seus ambientes, quando “a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados” (STARFIELD, 2002, p. 486). Esse atributo pode ser avaliado comparando-se informações colhidas em entrevistas com familiares e com os médicos, ou a partir dos prontuários dos pacientes, identificando-se conhecimento sobre contextos, problemas de saúde de familiares, consciência da comunicação intrafamiliar ou recursos educacionais e financeiros das famílias.

O segundo atributo derivativo é a competência cultural, que envolve o conhecimento das necessidades especiais das subpopulações atendidas. Esse atributo se refere a necessidades que não teriam evidência por conta de características culturais, étnicas ou raciais. Quando os problemas das pessoas são abordados integralmente, tais necessidades devem ser conhecidas e levadas em

consideração na oferta de serviços no contexto local de APS. Tal atributo pode ser avaliado a partir da determinação de que esses são arranjos da oferta de serviços realizados para identificar as necessidades culturais especiais e o quanto tais populações (especiais) percebem suas necessidades especiais atendidas.

O terceiro atributo é a orientação para a comunidade, ou orientação comunitária, que se refere a três aspectos: o reconhecimento do contexto econômico e social em que vivem as pessoas; o conhecimento da distribuição dos problemas de saúde; o conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade e da participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.

No cotidiano de um serviço de APS, os atributos derivativos podem ser percebidos de várias formas: nas conversas entre a equipe sobre pacientes e suas famílias; nas informações coletadas sobre trabalho, renda, moradia e espiritualidade; no acompanhamento periódico da avaliação da demanda de uma UBS; quando discutimos problemas mais prevalentes, perfil de atendimentos (demanda programada x demanda do dia), qualidade da informação e itens possivelmente sub-registrados.

No Brasil, a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, e a Saúde da Família como sua estratégia prioritária de equipe e abordagem integral, com princípios que dialogam com a APS e as formulações próprias do SUS:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de

sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Observando a atuação médica no contexto da APS, temos a medicina de família e comunidade (MFC) como uma especialidade médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC), Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Comissão Mista de Especialidades¹. Essa especialidade organiza sua prática nos sistemas de saúde a partir da APS e de seus atributos, fornecendo assistência à saúde ao longo do tempo, de forma contínua, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e a comunidade, sem restrição por idade, gênero, tipo de doença ou sistema de órgãos (LOPES; DIAS, 2019). Ainda que a MFC possa contribuir em vários pontos das redes de atenção à saúde, é na APS que ela tem um dos seus campos de atuação imediato, construindo competências na assistência clínica, na gestão de serviços ou sistemas de saúde, na atuação em ensino e pesquisa.

A Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) definiu, em conjunto com as associações de MFC dos seus países membros, o exercício de tal especialidade:

O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra. (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010, p. 1).

¹ A prática médica é regulamentada no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), uma autarquia federal. Dentro da atuação do CFM, o exercício das especialidades médicas foi regulado através da Resolução CFM n. 2.007/2013, que passou a exigir título de especialista para que um médico possa ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados. Tais cargos são exigidos para o funcionamento de vários serviços de saúde. Já temos aí uma especificidade do sistema de titulação de especialistas no Brasil: no que se refere ao reconhecimento administrativo junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) de um título de especialista – que permite ao médico exercer aquela especialidade médica na prática privada ou no serviço público –, são aceitos como documentos comprobatórios da especialidade dois: o certificado de conclusão de um programa de residência médica (PRM) correspondente (como MFC, cardiologia, cirurgia torácica, etc.) conferido pela CNRM/MEC; ou o título de especialista emitido pela associação de especialistas correspondente através da Associação Médica Brasileira (AMB).

Assim, a MFC é uma área do conhecimento reconhecida internacionalmente e conta com produção e difusão do conhecimento fortemente vinculadas às práticas e reflexões desenvolvidas no contexto dos serviços de saúde que oferecem APS onde atuamos. Nesse sentido, compartilha os princípios, os sentidos e as disputas entre as várias concepções de APS e seus desdobramentos nos locais e sistemas de saúde em que a MFC é exercida.

A mudança de nome da especialidade médica – o nome oficial da especialidade e de seus PRM era “medicina geral comunitária” até abril de 2002 – foi acompanhada pela mudança do nome da então Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária para Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

2.2 Entendendo a residência de medicina de família e comunidade

O surgimento da residência médica como fase da formação médica ocorreu em meados do século XIX. É considerada um marco no desenvolvimento das residências médicas a manifestação em 1848 do Conselho de Hospitais e Ensino Médico da Associação Médica Americana favorável à constituição de um sistema de ensino e treinamento médico baseado na utilização da rede hospitalar para o ensino, dando início a uma nova concepção de formação de recursos humanos na área médica, em privilégio ao ensino da prática clínica hospitalar e ao adestramento profissional em serviço (FEUERWERKER, 1998). A seguir, discutiremos brevemente o desenvolvimento da residência médica e da medicina de família e comunidade no Brasil.

2.2.1 O desenvolvimento da residência médica e da medicina de família e comunidade no Brasil

O surgimento dos primeiros programas de residência médica no Brasil ocorreu na década de 1940, com grande expansão nas décadas seguintes, ainda que não houvesse nenhuma regulamentação para esse tipo de formação. A regulamentação iniciou apenas com a publicação do decreto federal n. 80.281, em 5 de setembro de 1977, estabelecendo as áreas preferenciais de desenvolvimento dos programas e criando a CNRM/MEC (BRASIL, 1977). Apenas com a publicação da lei federal n.

6932, em 7 de julho de 1981, os programas de residência médica passaram a contar com algumas das características e com a definição que temos hoje:

A residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL, 1981, p. 1).

A medicina de família e comunidade (na época denominada “medicina geral e comunitária”) teve os seus primeiros programas de residência médica criados em 1976: no Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul; no Projeto Vitória, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco; e no Serviço de Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no Rio de Janeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Os programas nessa especialidade tiveram um lento crescimento nos anos seguintes – mesmo em um contexto pós-criação do SUS em 1988 e pós-criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

A carência de especialistas em MFC para compor equipes de ESF e atuar na formação médica foi um dos problemas em que o PMM atuou, ao atualizar as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina (DCN) (BRASIL, 2014), oferecer cursos de pós-graduação lato sensu em “saúde da família” em larga escala e propor mudanças no acesso direto dos programas de residência médica que ampliaram a atenção básica como campo de estágio dos residentes – ainda que tais mudanças não tenham sido completamente efetivadas. Tivemos uma importante expansão de vagas na última década no País: de 505 vagas de residência em MFC credenciadas pela CNRM/MEC em 2011 para 3.587 vagas em 2018.

Nesse período, é visível a contradição entre a crescente demanda por profissionais médicos com formação especializada em APS para atuar no SUS e a escassez de vagas em programas de residência da especialidade. Importante considerar que o PSF (atualmente denominado “Estratégia Saúde da Família”) é a maior experiência brasileira da APS, e sua expansão, contando com médicos com formação especializada para atuação nesse nível de atenção, é de fundamental importância para que o SUS consiga prover acesso com qualidade à atenção à saúde.

É a CNRM que regulamenta a residência médica no Brasil, define seus requisitos e parâmetros pedagógicos para credenciamento e reconhecimentos de programas, através de suas resoluções e decisões em plenária (anexo C).

2.2.2 Política pública para a residência médica, sua implementação e a integração ensino-serviço-comunidade

A residência médica é objeto de intensa regulamentação e ação do governo federal, tendo se constituído, ao longo das últimas décadas, uma política pública extremamente complexa. Possui relação direta com uma enorme gama de atores governamentais: os gestores do SUS de diversas instâncias – municipais, estaduais e federal; o CFM, a AMB, associações de especialistas e sindicatos; instituições de ensino de medicina; a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Nesse contexto, é importante ressaltar que a atuação dos sujeitos nesse cenário não é neutra. Aqueles que estão diretamente envolvidos na implementação realizam escolhas e decisões independentemente da intencionalidade do formulador de uma política pública (FARIA, 2012). Implementar uma política pública significa colocar em prática um plano ou diretriz. Estudar a implementação significa, entre outras coisas, tentar compreender se há coerência entre intenção e gesto, entre um plano e sua ação.

No caso do PMM, ao avaliar a implantação do eixo formação do programa em seus primeiros dois anos, foi possível identificar que efeitos desejados na sua implantação já eram observáveis: a redução das desigualdades regionais na distribuição de vagas de graduação; uma maior interiorização da formação; a expansão de vagas de residência médica acontecendo com ênfase na medicina de família e comunidade; a expansão das ações de qualificação da preceptoria (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Em 2015, os Ministérios da Saúde e da Educação editaram a portaria interministerial n. 1.618, que institui o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade (BRASIL, 2015). Tal plano tinha por finalidade viabilizar a forte expansão de vagas exigida pelo PMM e combinava a oferta de um curso de especialização em preceptoria aos residentes com a oferta de uma bolsa adicional aos participantes do curso de formação, em evidente diálogo com as experiências municipais de complementação de bolsas.

Recuperando brevemente a história do ensino da medicina no Brasil, com ênfase na incorporação dos centros de saúde e unidades básicas de saúde como espaços de formação, é importante ressaltar o cenário que existia até a década de 1960. Até então, as atividades práticas no ensino da medicina estavam restritas aos

hospitais de ensino, vinculados às instituições de ensino, quando ofereciam atividades práticas aos estudantes dos cursos de graduação. A partir dos anos 1970, vários movimentos confluíram, desenvolvendo-se até as concepções mais atuais de integração ensino-serviço-comunidade (RIBEIRO, 2019).

É possível traçar antecedentes da integração ensino-serviço no Brasil que remontam às iniciativas de integração docente-assistencial (IDA), fortemente ligadas ao movimento de medicina comunitária e à expansão do ensino superior nos anos 1970 (RIBEIRO, 2019). O movimento de medicina comunitária surgiu inicialmente nos Estados Unidos da América, justamente no contexto de ascensão das lutas por direitos civis e em torno de questões sociais, entre elas a baixa cobertura assistencial dos mais pobres e vulneráveis da sociedade norte-americana (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Uma crítica apontada aos projetos IDA era a assimetria na relação entre docentes, trabalhadores dos serviços e a comunidade. Não havia inclusão da comunidade nas estruturas de poder dos projetos, cujos produtos se restringiam muitas vezes à produção acadêmica, sem maior relevância para a sociedade. No início da década de 1990, o “Programa UNI – uma nova iniciativa em educação nas profissões de saúde: união com a comunidade”, financiado pela Fundação Kellog, financiou e ofereceu apoio técnico a projetos em vários países da América Latina, sendo seis deles no Brasil. O Programa UNI tinha abrangência multiprofissional e preconizava uma maior articulação entre ensino e serviço, além de promover a participação da comunidade na elaboração das propostas (RIBEIRO, 2019).

2.3 A avaliação de implementação como abordagem metodológica

Optamos por abordar nosso objeto de estudo a partir da perspectiva das políticas públicas e utilizando a avaliação da implementação, ou avaliação de processo, como abordagem metodológica. Considerando que os estudos de avaliação da implementação de políticas trabalham com vários conceitos próprios, realizamos a seguir uma aproximação sucinta ao ciclo de políticas públicas e à avaliação dentro desse ciclo.

Uma política pública é uma intervenção governamental que busca solucionar um problema da vida social num determinado período de tempo. Tais intervenções governamentais podem possuir distintos graus de institucionalização ou mobilização de recursos, e seus objetivos podem ser explicitados ou não. No caso dos programas

Pró-Residência e PMM, que abordam a formação de médicos especialistas, seu provimento e o contexto no qual a implementação do PRMFC da Sesau-Recife ocorre, tais objetivos estão suficientemente explícitos e descritos nas seções anteriores.

A avaliação refere-se às atividades que têm como objetivo medir o desempenho prático de determinada política. Nesse sentido, a avaliação trata de estimar o provável desempenho das políticas durante e após a sua execução (WU *et al.*, 2014). Portanto, avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar no processo de tomada de decisões (ROSSI; FREEMAN; LIPSEY, 2004).

Podemos entender a avaliação, também, como um conceito com contornos vagos, inerente ao próprio processo de aprendizagem, que agrupa realidades múltiplas e diversas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2015, p. 29). Assim, a pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção usando métodos científicos, ou seja, analisar o processo de execução, a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos ou o rendimento de uma intervenção. Na avaliação, devem igualmente ser contempladas as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa. Portanto, avaliar uma política implica pensar e repensar a forma como ela está sendo operada (FERNANDEZ; HOLANDA, 2019).

O campo das avaliações de políticas públicas possui vasta literatura e extensa tipologia. A imagem do ciclo ou da espiral de políticas públicas é recorrentemente utilizada para retratar esse processo, que se desenvolve de forma encadeada entre suas etapas e no qual se identificam ao menos sete dessas etapas. O ciclo de uma política pública passa pelo surgimento de uma situação social identificada como problemática e na qual se vislumbra que a intervenção do Estado possa resolvê-la. Assim, o problema social e sua resposta política ingressa então na agenda decisória, o que é seguido da formulação de propostas de intervenção e sua implementação. Classicamente, a avaliação é considerada uma etapa do ciclo de uma política pública e espera-se que os achados possam influenciar o redesenho, sua rotinização ou o encerramento da política (DEUBEL, 2017; SECCHI, 2011).

Ao realizar uma avaliação de políticas públicas, é possível e desejável definir critérios, indicadores e padrões (benchmarks) para a política sob avaliação. Por “critérios”, compreendemos construtos mentais nos quais se baseia o julgamento que será realizado. Os mais comumente utilizados são os critérios de economicidade,

eficiência econômica, eficiência administrativa, eficácia e equidade. Indicadores de resultado se relacionam aos efeitos da política pública e incluem satisfação dos usuários, qualidade dos serviços prestados, número de reclamações recebidas, acessibilidade da política, entre outros. Os padrões ou benchmarks produzem referências comparativas em relação aos indicadores (SECCHI, 2011).

A primeira distinção necessária na avaliação de políticas públicas é entre avaliação *ex ante* (anterior à implementação) e avaliação *ex post* (posterior à implementação). É importante ressaltar que essas etapas do ciclo de políticas podem desencadear umas às outras, e o momento em que ocorre a avaliação em relação ao momento da política é determinante nos seus desdobramentos. Uma avaliação, por exemplo, pode identificar um novo problema, incidindo na formação da agenda, em mudanças no desenho da política, desenvolvimento de novas estratégias de implementação ou levando à extinção da política (SECCHI, 2011).

Cada política pública possui um contexto singular em que se desenvolve, o que implica a adoção de métodos específicos de avaliação. A presente análise foca na avaliação de implementação, também denominada avaliação de processo, e busca identificar se a execução de uma política pública está acontecendo de acordo com seu desenho, normativas e objetivos, assim como evidenciar potenciais mudanças que tragam melhorias ao desenvolvimento da política em questão (BRASIL, 2018, p. 175). Busca auxiliar, ainda, na compreensão de eventuais diferenças entre o pretendido e o alcançado, a extensão e a qualidade dos serviços prestados pela política pública em questão, assim como compreender os recursos necessários (CRUZ, 2015). As avaliações podem focar no desenho, na implementação, na governança da política pública, nos resultados e no seu impacto, ou em quaisquer etapas do ciclo de políticas.

3 METODOLOGIA

Compreender o modo como iniciativas de implementação de programas de residência médica em MFC atuaram, quais dessas ofertas foram de fato utilizadas, que estratégias foram adotadas para enfrentar os problemas práticos da implementação pode ser de grande valia para pensar estratégias em contextos de novos programas. Nesse sentido, a pergunta que norteia esta pesquisa é “Como ocorreu o processo de implementação da residência médica em MFC da Prefeitura do Recife entre 2013 e 2019?”

Tratamos, portanto, de avaliar o processo de implementação de um programa de residência médica em MFC a partir da perspectiva dos atores locais envolvidos no processo de implementação: gestores do SUS, coordenadores de comissões de residência médica, supervisores do programa da Secretaria de Saúde do Recife, preceptores da residência e egressos. No presente estudo, exploramos as dificuldades e as soluções encontradas pelos atores envolvidos para viabilizar o processo de implementação.

A seguir, elencamos o objetivo geral da pesquisa e objetivos específicos respectivos.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o processo de implementação do programa de residência médica de MFC da Prefeitura do Recife.

Como objetivos específicos, temos os seguintes:

1. traçar um perfil sociopolítico da cidade do Recife;
2. identificar o plano traçado para a implementação da residência;
3. identificar as motivações locais para a implementação da residência;
4. descrever as estratégias de integração ensino-serviço na residência;
5. examinar as estratégias de formação pedagógica de preceptores e avaliação do programa;
6. propor instrumento de apoio à implementação de novos programas.

3.1 Caminhos para o desenvolvimento da pesquisa

Como ocorreu o processo de implementação da residência médica em MFC da Prefeitura do Recife entre 2013 e 2019? Para responder a essa pergunta de pesquisa, estudaremos o processo de implementação do programa de residência médica em

medicina de família e comunidade da Prefeitura do Recife. O período escolhido inclui iniciativas federais de fomento à implementação de novos programas e de expansão de vagas em programas existentes, como o Pró-Residência e o próprio Programa Mais Médicos. O período estudado se inicia no ano de 2013 – quando foi solicitado o credenciamento do programa junto à CNRM – e se estende até 2019 – quando a primeira turma após a solicitação de expansão das vagas credenciadas concluiu o programa.

A escolha do estudo de caso como método de pesquisa foi feita considerando a complexidade do fenômeno social que é o nosso objeto da pesquisa e as condições relacionadas ao tipo de questão de pesquisa proposto, pois na avaliação de processo que realizaremos serão investigados o “como” e o “porquê” do processo de implementação do PRM em MFC da Sesau-Recife. Consideramos, ainda, a nossa ausência de controle sobre os eventos comportamentais reais do fenômeno social estudado e o fato de se tratar de eventos contemporâneos. Optamos, assim, por uma abordagem qualitativa por meio de um estudo de caso, método de pesquisa adequado ao estudo de fenômenos nessas condições (YIN, 2010).

A pesquisa de caráter descritivo e analítico se utilizou, para a coleta de dados, de análise documental (editais de seleção de programas de residência médica, projeto pedagógico do programa, legislação federal) e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave definidos entre os três grupos de atores envolvidos no processo de implementação: gestores municipais de saúde do Recife (grupo I), trabalhadores de saúde envolvidos na implementação (grupo II) e ex-médicos residentes egressos do programa (grupo III), incluindo atores envolvidos na implementação do programa desde o seu início. A seguir, no quadro 1, apresentamos a descrição da composição de cada grupo acompanhada da distribuição dos entrevistados entre eles.

Quadro 1 – Descrição dos informantes-chave por grupo

Grupo de informantes-chave	Descrição	Código do entrevistado
Grupo I – Gestores	Gestores municipais de saúde do Recife relacionados à AB e ao trabalho e educação na saúde	E6 E2
Grupo II – Trabalhadores	Trabalhadores de saúde envolvidos na implementação: coordenador da Coreme, supervisor do programa, preceptores	E1 E3 E5
Grupo III – Egressos	Ex-médicos residentes egressos do programa	E4 E7

Fonte: o autor.

As entrevistas podem ser consideradas conversas para uma dada finalidade. Entre os diferentes tipos de entrevista, estão as semiestruturadas, também conhecidas como entrevistas em profundidade, as quais têm uma estrutura predefinida mas que pode ser modificada de acordo com a interação entre entrevistador e entrevistado (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2007). Os informantes escolhidos são os gestores municipais de saúde do Recife, assim como trabalhadores de saúde envolvidos na implementação do PRMFC, além de ex-médicos residentes egressos do programa. Os critérios de inclusão para compor o grupo I de entrevistados (gestores) foi ter atuado na administração central relacionada à AB, ao trabalho e educação na saúde. O critério de inclusão do grupo II foi ter atuado como coordenador da Comissão de Residência Médica (Coreme), supervisor ou preceptor do programa. O critério de inclusão do grupo III foi ter realizado o programa desde a matrícula do R1 e concluído a residência até o ano de 2019. Optamos por definir a amostra de entrevistados utilizando a ferramenta conceitual de amostragem por saturação teórica, estratégia de definição amostral frequentemente empregada em pesquisa qualitativa e usada para definir o tamanho final de uma amostra a ser estudada, cessando a captação de novos componentes quando cobertos todos os temas teóricos da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O momento em que a amostra alcançou a saturação teórica foi operacionalmente definido como aquele em que os dados obtidos passaram a

apresentar tal redundância ou repetição, deixando de ser relevante persistir na coleta de dados, na avaliação deste pesquisador. Nesse momento, realizou-se a suspensão de inclusão de novos participantes. Na presente pesquisa, a saturação foi atingida com a realização de sete entrevistas.

A pesquisa documental também constitui uma técnica qualitativa importante, seja para complementar informações obtidas por outras técnicas, seja para apresentar conteúdos novos sobre um determinado tema (LÜDKE; ANDRÉ, 1986 *apud* SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). A análise documental realizada na presente pesquisa visou caracterizar sociopoliticamente a cidade do Recife; além de identificar na legislação os objetivos e as ações para a expansão dos programas, bem como a normatização infralegal da área via portarias e resoluções da CNRM/MEC – conforme está organizado e comentado no anexo C.

3.2 Coleta e análise dos dados

A realização das entrevistas ocorreu por videoconferência, dada a facilidade técnica para sua realização à distância, além de permitir a gravação das conversas para posterior análise. Utilizamos um roteiro composto de perguntas abertas, ainda que sejam de temas concretos e específicos, como estratégia para evitar respostas vagas ou ambíguas. As informações fornecidas pelos entrevistados foram comparadas com as informações obtidas na pesquisa documental. Utilizamos três roteiros de entrevista, um para cada grupo de entrevistados: gestores municipais de saúde do Recife, trabalhadores de saúde envolvidos na implementação e ex-médicos residentes egressos do programa (anexo A). Cada roteiro de entrevista estava organizado de modo que as perguntas foram identificadas entre as que buscam informações concretas e as que buscam opiniões/percepções dos entrevistados, e agrupadas por assunto (COLLER, 2005). As entrevistas tiveram a duração média de uma hora aproximadamente.

A análise das entrevistas foi realizada por meio de análise de conteúdo. Esse é um método qualitativo de tratamento de dados que tem como objetivo realizar análise por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição e categorização do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011). A análise de conteúdo auxilia no aprofundamento e na melhoria da qualidade da interpretação dos dados qualitativos, amplia o entendimento sobre o objeto de estudo e esclarece os dados

qualitativos, pois capta as diferentes percepções dos entrevistados sobre os fenômenos estudados. A análise das informações disponíveis (as entrevistas devidamente transcritas, no nosso caso) se inicia pela leitura e classificação, de forma que a diversidade encontrada seja ordenada e classificada (COLLER, 2005). Como método, organizamos a análise das entrevistas transcritas nas três fases que ordenam as várias etapas da análise de conteúdo: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (SILVA; FOSSA, 2015).

3.3 Considerações éticas

Durante a realização da pesquisa, as entrevistas foram realizadas com o compromisso de confidencialidade e de respeito à autonomia dos sujeitos de pesquisa. A entrevista é um processo de interação entre pessoas e, portanto, também está sujeita à ética dos relacionamentos humanos, ainda que os riscos sejam potencialmente menores do que em outras modalidades de pesquisa mais invasivas ou comportamentais (D'ESPÍNDULA; FRANÇA, 2016). Como forma de mitigar potenciais riscos e vieses de pesquisa, propus-me, na condição de entrevistador, a estar atento aos sentimentos, preconceitos, valores e expectativas dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas por videoconferência, utilizando a plataforma digital Zoom. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, sem nenhuma dificuldade técnica ou incidente durante a realização das entrevistas. Foi extraído o áudio para realização da transcrição das videoconferências. Os entrevistados não foram identificados após o processamento das entrevistas, e não foram apresentados entre os resultados achados que pudessem trazer constrangimentos ou a identificação dos entrevistados individualmente. A classificação dos entrevistados em grupos contribuiu para a confidencialidade das informações apresentadas durante as entrevistas. Aos entrevistados, foi enviado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) informando-os sobre os objetivos da pesquisa, sobre qual seria sua participação e, inclusive, que poderiam se recusar a participar e retirar sua participação a qualquer momento. Todos os sete entrevistados preencheram digitalmente o TCLE.

A pesquisa respeitou o Termo de Resolução 466/2012, que estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive para a formatação do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo B). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

de Pernambuco e aprovado no parecer consubstanciado do CEP n. 4.841.647 (anexo D).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociopolítica da cidade do Recife

A cidade do Recife é a capital pernambucana. Possui 218,843 km² de área territorial e, no ano de 2020, população estimada em 1.653.461 pessoas. Faz fronteiras: norte com as cidades de Olinda e Paulista, sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, leste com o Oceano Atlântico. Está dividida em 94 bairros, reunidos em 6 regiões político-administrativas (RPAs), que correspondem, na organização do SUS local, a 6 distritos sanitários (DSs), conforme quadro 2.

Quadro 2 – Organização político-administrativa do sistema de saúde do Recife

Distrito sanitário	Bairros
DS I	Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhoos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite
DS II	Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro, Dois Unidos
DS III	Poço, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Morro da Conceição, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirim, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho, Dois Irmãos, Jaqueira, Santana, Guabiraba, Sítio dos Pintos, Pau Ferro, Brejo de Beberibe
DS IV	Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá
DS V	Caçote, Mangueira, Bongü, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados
DS VI	Cohab, Brasília Teimosa, Ipsep, Ibura, Jordão, Pina, Boa Viagem, Imbiribeira

Fonte: Recife (2018).

A cidade do Recife é, ainda, o núcleo da Região Metropolitana do Recife, composta por 15 municípios: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho,

Camaragibe, Goiana, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata. Como capital e centro econômico do estado, encontra-se localizada em seu território parte significativa dos serviços diagnósticos e assistenciais de alta densidade tecnológica, pertencentes, sobretudo, às redes estadual, federal e filantrópica de serviços de saúde. Esse contexto contribui para que a cidade conviva com forte pressão na utilização de todos os serviços de saúde da região.

Outras informações ajudam a compreender o contexto de marcante desigualdade econômica e social do Recife:

- em 2018, o salário médio mensal dos trabalhadores formais no Recife era de 3,3 salários mínimo e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 43,1% na época (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020);
- os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa representam 38,1% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011);
- o Recife possuía, em junho de 2020, 616.030 beneficiários de assistência médica por planos privados de saúde suplementar, o equivalente a uma cobertura de cerca de 37,26% da população da cidade pela saúde suplementar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020);
- apenas 69,2% dos domicílios do Recife, conforme Censo Demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), apresentavam esgotamento sanitário adequado; 60,5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização; 49,6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio);
- a mortalidade infantil no Recife acompanhou a forte redução das últimas duas décadas, alcançando 10,83 óbitos por mil nascidos vivos em 2017, uma taxa de mortalidade infantil menor que a média nacional.

Em junho de 2020, a cidade contava com 252 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma equipe da Estratégia Saúde da Família e 61 equipes na AB tradicional, com uma cobertura da ESF de 52,83% e de AB (que inclui outros arranjos de AB) de 63,93% da população da cidade. A expansão da atenção primária à saúde

segue como um imperativo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população da cidade.

4.2 Construção das categorias a partir da análise de conteúdo das entrevistas

Conforme apontado anteriormente, utilizamos a análise de conteúdo para a abordagem das entrevistas que realizamos, com a técnica de análise por categorias. A partir dos áudios das entrevistas, realizamos a transcrição cuidadosa de todo o material gravado, incluindo eventuais pausas, interrupções e dúvidas. Após leitura sistemática e objetiva da descrição e categorização do conteúdo de todo o material transcrito, identificamos as categorias iniciais, intermediárias e final.

Essa categorização foi construída durante a leitura das transcrições das entrevistas; tivemos por base o referencial teórico apresentado anteriormente. Incorporamos, ainda, um ementário das resoluções da CNRM gerais e da MFC, especificamente as relativas aos requisitos estruturais, campos de estágio mínimos e competências a serem desenvolvidas pelos residentes nos PRMFC. A CNRM possui um conjunto de resoluções que definem diversos aspectos relativos ao funcionamento dos programas, mas o conteúdo das entrevistas dialoga ou se apoia mais diretamente nas resoluções citadas anteriormente, que atualmente se encontram dispersas entre tantas outras. A partir desses aspectos pedagógicos da residência médica, recomendados para a implementação dos programas, das estratégias locais na implementação, das indicações trazidas pela revisão da literatura realizada no presente estudo e dos elementos relevantes suscitados pelos próprios entrevistados, definimos as categorias a seguir.

As categorias iniciais são resultado do primeiro processo de análise e codificação das entrevistas transcritas. Tais categorias, por sua vez, forneceram elementos para a definição das categorias intermediárias que, no momento seguinte, forneceram elementos para a síntese da categoria final. Seguindo esses passos, foi possível chegar a 16 categorias iniciais, 3 categorias intermediárias e uma categoria final. O quadro 3 indica quais são essas categorias.

Quadro 3 – Categorias iniciais, intermediárias e final

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categoria final
Financiamento das bolsas de residência	Plano de implementação do programa de residência	Implementação do programa de residência médica de MFC da Prefeitura do Recife
Complementação das bolsas de residência como ferramenta de atração de candidatos		
Envolvimento dos preceptores de MFC		
Apoio acadêmico: biblioteca, aquisição de materiais e contratação de cursos		
Estratégias de atração de candidatos		
Estratégias de envolvimento de preceptores de outras especialidades		
Conjuntura da APS local	Motivações locais	
Objetivos almeçados com o programa		
Condições físicas e estruturais das UBS	Integração ensino-serviço-comunidade	
Perfil dos preceptores		
Integração com outros profissionais da APS, de graduações e residências de saúde		
Participação das equipes e comunidade nas definições das atividades locais do programa		
Formação pedagógica	Formação pedagógica de preceptores e avaliação	
Avaliação de aprendizagem		
Avaliação dos estágios e preceptores		
Avaliação geral e perspectivas do programa		

Fonte: o autor.

A seguir, apresentamos cada uma das categorias iniciais encontradas, agrupadas por categoria intermediária.

4.3 Apresentação dos resultados por categoria intermediária

Nesta seção, apresentaremos os resultados da pesquisa a partir das categorias intermediárias de análise descritas na seção anterior.

4.3.1 Plano de implementação do programa de residência

A partir da análise da categoria “Plano de implementação do programa de residência”, observamos seis subcategorias apresentadas a seguir.

4.3.1.1 Financiamento das bolsas de residência

Uma das exigências legais para o credenciamento de um novo programa de residência médica é a obrigatoriedade da oferta de bolsa aos residentes, com valor mínimo definido pela legislação federal. O ponto de inflexão foi a existência dos editais do Pro-Residência, que ofertavam bolsas para PRMs em áreas estratégicas. Havia um edital próprio do Pró-Residência que definia as especialidades de áreas básicas e de áreas prioritárias, além das regiões que poderiam pleitear o financiamento das bolsas de residência ofertadas pelo programa. A MFC figura entre as “áreas prioritárias”, de modo que a Sesau-Recife pôde pleitear financiamento para a abertura de programas e expansão de vagas.

Segundo o entrevistado E1: “[...] aí coincidiu com a Prefeitura do Recife chamar pra construir, para o edital do Pró-Residência. Já tínhamos residência em psiquiatria, né? A residência de psiquiatria da Secretaria de Saúde do Recife começou em 2013, foi a primeira turma.”

4.3.1.2 Complementação das bolsas de residência

O Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade foi criado pela portaria interministerial MS/MEC n. 1.618, de 30 de setembro de 2015. Aos médicos residentes que ingressaram nos programas de residência em MFC no período compreendido entre os anos de 2016 e 2018, foi garantida a adesão ao curso de especialização em preceptor, com prazo de duração de dois anos para cada

participante. Os residentes que participaram do curso de especialização em preceptoria tiveram concedida bolsa-formação no valor mensal de R\$2.500,00, custeada pelo Ministério da Saúde, por até 24 meses, condicionada ao exercício das atividades do curso com desempenho satisfatório, conforme definido nos respectivos editais. Tal iniciativa atuou como complementação das bolsas de residência na Sesau-Recife.

Segundo o entrevistado E7:

[...] Então, não teve complementação por parte da prefeitura, mas, na mesma época, teve o... acho que foi o programa de formação de preceptoria em medicina de família, né? Que foi algo que veio do ministério da saúde, né? Com a universidade, eu acho que do... acho que do Rio Grande do Sul. Eu não lembro bem qual era a universidade. E, aí, eram aulas EaD [por educação a distância] e tudo mais e tinha um complemento. Então, o nosso complemento, digamos assim, era esse curso de especialização em preceptoria de medicina de família que estava em paralelo com a residência. [...] fora isso, a gente não ganhou nenhum valor a mais, não. Pelo menos na minha geração de residentes [...].

4.3.1.3 Envolvimento dos preceptores de MFC

Para que ocorra a implementação de qualquer PRM, é necessário o envolvimento de profissionais médicos, especialmente MFCs, que desempenhem o papel de preceptor. Esses preceptores possuíam residência e cursos de preceptoria, além do interesse em participar. O protagonismo dos preceptores da MFC, médicos atuando nas UBS do município e responsáveis pela preceptoria da maior parte de carga horária dos estágios merece destaque no processo. Na Sesau-Recife, os preceptores compunham a gestão do programa de forma colegiada com a coordenação da Coreme e a supervisão do PRMFC.

O entrevistado E3 afirma:

[...] Existia essa orientação para que o programa se organizasse com uma parte de carga horária forte na unidade de saúde da família. Isso, pra gente, poderia ser um problema, mas não foi, porque a gente tinha uns preceptores com residência e também cursos de preceptoria. Então eram preceptores muito qualificados que faziam um apoio, uma gestão colegiada do programa [...].

Como foram escolhidas as UBS e os preceptores? Optou-se pelas UBS melhor equipadas em termos de estrutura física, e pelos médicos e médicas especialistas em MFC que aderiram ao projeto de implementar um PRMFC na Sesau-Recife. As “Upinhas 24h” passaram a oferecer atendimento ambulatorial (das 7h às 19h) e de

urgência (24 horas) de forma universal, integral e contando com uma população adscrita dentro dos parâmetros da Estratégia Saúde da Família, integrante da PNAB do Ministério da Saúde. As “Upinhas” contavam com uma estrutura recém-inaugurada, em janeiro de 2014, que incluía consultórios, consultórios odontológicos, salas de vacinação, nebulização, curativo e observação, além de espaço para coleta de exames, aplicação de medicamentos e sala de reuniões. Quando da inauguração desses equipamentos, foi realizada seleção de trabalhadores para remoção interna da própria Sesau-Recife.

Conforme depoimento do entrevistado E5: “[...] a seleção que teve foi para a Upinha. E a proposta era começar a residência na Upinha. Então, teve uma seleção para Upinha e, aí, dentro da Upinha, os médicos foram convidados para se tornar preceptores. E, aí, nem todos toparam.”

4.3.1.4 Apoio acadêmico: formação de biblioteca, aquisição de materiais, contratação de cursos e participação em congressos

A implementação do PRMFC da Sesau-Recife se apoiou na estrutura de gestão da secretaria existente à época. A administração central da Sesau-Recife passou, a partir de 2014, a contar com uma estrutura formada por sete secretarias executivas temáticas vinculadas a uma secretaria executiva de coordenação geral, e entre elas a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES/Sesau-Recife), na qual a Coreme estava lotada.

O entrevistado E1 refere:

[...] a SEGTES/Sesau-Recife, ela apoiava de uma certa maneira, assim, né? Por estarmos lá. Então, é... no início, quando o programa, quando abrimos... Então, a gente conseguiu comprar livro. A SEGTES/Sesau-Recife, nesse ano, levou para o congresso de educação médica da ABEM [em 2014]. Foi o programa de residência em medicina de família e comunidade e o de psiquiatria, né? Pra... tanto para apresentar trabalho quanto para se envolver nas pautas de residência [...].

A implementação do PRMFC estava na agenda formal e política da Sesau-Recife, com destaque para o fato de que os recursos financeiros que o viabilizaram eram oriundos de políticas federais, sem necessidade de investimento próprio significativo. O projeto era considerado uma agenda positiva para a Sesau-Recife.

Segundo o entrevistado E6:

[...] É, mas do ponto de vista financeiro, não teve problema, não, nessa época aí, que eu ficava na frente, né? E é isso que eu te falei, né? Tanto o secretário como o prefeito [apoiavam], né? As reuniões que a gente tinha com o prefeito, por exemplo, isso era destaque. A gente estava implantando vários programas sem custo nenhum para a prefeitura [...].

A partir de 2013, com a publicação da portaria n. 1248/MS, que instituiu a estratégia de qualificação das redes de atenção à saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade residência médica em áreas estratégicas do SUS, a criação de programas de residência passou a contar com o incentivo financeiro do MS. Vagas de residência médica criadas na região Nordeste contavam, inclusive, com um incentivo financeiro maior. Ainda assim, os caminhos administrativos feitos pelo recurso do MS à Sesau-Recife apresentaram dificuldades na respectiva execução.

Assim afirma o entrevistado E3:

[...] A gente fez as adesões aos editais pra fortalecimento e estruturação das redes nessas áreas estratégicas também. Então, um edital que previa recurso, é... num valor até significativo para cada um dos residentes... então, a gente fez isso, conseguiu captar recursos, só que o recurso caía na média e alta complexidade. Então, caindo na média e alta complexidade, a gente não conseguiu executar orçamento nenhum. A gente até hoje brinca "cadê nosso milhão?" Que era 1 milhão para estruturação do serviço. Então, não gastamos. Fora comprar uns livros, não conseguimos nada [...].

4.3.1.5 Estratégias de atração de candidatos

Ao longo da implementação, o PRMFC da Sesau-Recife construiu forte integração com o estágio curricular obrigatório dos cursos de graduação em medicina. Foi divulgada nacionalmente a existência de vagas para estágio opcional aos estudantes de medicina de todo o País. Oferecer estágios aos internos com os preceptores da residência era uma estratégia de divulgação do programa.

Assim corrobora o entrevistado E1:

[...] uma estratégia foi abrir estágio para quem quisesse fazer o opcional do internato em unidades da residência. Então, unidades que têm preceptor, preceptoria da residência, você pode fazer opcional do seu internato lá. Isso foi uma coisa que a gente colocou para o Brasil, né? [...] E aí, todo canto que a gente ia, a gente dizia: "Olha, bora fazer estágio com a gente em Recife pra você conhecer a rede, conhecer a residência." E o Congresso de Medicina de Família que a gente conhecia muito estudante, a gente colocava isso, sabe? [...] Então, é algo que a gente utilizou... E também disso de ter todo mundo com titulação ou ter feito residência, né? [...]

Construir um modelo pedagógico para o programa centrado no preceptor e no desenvolvimento de suas competências meio e fim (pedagógicas e médicas) produziu valor de uso para o residente. Preceptorias integral e integrada na gestão colegiada do programa trazem atratividade ao programa, conforme o entrevistado E3:

[...] Então, assim, o que é isso que a gente não complementa bolsa, é, a gente não tem outros, assim, digamos, que poderiam ser reconhecidamente vantagens ou benefícios pra ele, o residente querer fazer esse programa. Mas ele tem essa garantia – que é por isso que eu digo: é totalmente dependente do preceptor –, garantia de uma preceptoria integral, ombro a ombro, desse preceptor que está inserido num processo de tomar decisão nessa gestão colegiada [...].

4.3.1.6 Estratégias de envolvimento de preceptores de outras especialidades

A resolução da CNRM n. 01/2015 estabelece os requisitos mínimos para o funcionamento dos PRMFCs, definindo em seis horas semanais o mínimo de carga horária de estágios em serviços de saúde em outros níveis de atenção. O engajamento na preceptoria de médicos nem sempre é fácil. É comum entre médicos que ainda não atuam como preceptores a visão da atividade como um trabalho adicional e mais responsabilidades:

[...] a gente tem uma dificuldade que é imensa, assim, até hoje, que foi desde o início. Que hoje está melhor, mas ainda é uma dificuldade, que é, que são esses estágios externos, né? A gente pensou, porque pela Comissão Nacional da residência você tem que fazer uma quantidade x de horas em ambulatórios externos à unidade, né? E aí, eu, desde o início, é uma dificuldade, assim, conseguir alguém de outra especialidade que queira receber residente, porque sabe que vai precisar se dedicar e aí muitas pessoas se negam, enfim. Fazer esse desenho é difícil nesses lugares, né? Por conta de acessar essa preceptoria, né? Que sempre teve, assim, às vezes, pelos relatos a gente sabe aqui, nesses ambulatórios, né? (Entrevistado E1).

No caso da Sesau-Recife, há uma previsão no perfil de concurso dos médicos que traz o papel de preceptor dentro das atribuições do cargo. Ainda assim, é uma atuação que demanda expertise e adesão por parte do trabalhador, além de ser vista como restrita a quem já é envolvido com atividades de preceptoria e ensino.

Assim corrobora o entrevistado E3:

[...] é o discurso aqui da galera da educação. Mas será que esse é o discurso da galera ali da assistência também? De que ele precisa se reconhecer enquanto preceptor? Eu não percebo isso ainda. E aí ela aceita ser preceptora e... outros colocam uma série de perguntas. Mas eu vou ganhar o

que com isso? Há remuneração? E aí a gente tá tentando aos poucos disparar esses processos de política de valorização dessa preceptoria. Embora tenha no edital para o concurso público de que, estando no serviço, qualquer serviço do município, ele está... está a cargo dele realizar a preceptoria. Mas, entre estar no edital e se executar de fato isso, eu acho que há um grande distanciamento [...].

Apesar de ainda não contar com larga adesão entre os médicos da rede própria SUS do Recife, há uma diretriz que orienta promover o engajamento dos médicos da rede própria do SUS da cidade. Isso é crucial para a ampliação de vagas quando a necessidade de estágios em outros níveis de atenção se amplia.

Segundo o entrevistado E7:

[...] Então, o lado positivo do programa de residência em si, sendo da Sesau-Recife, né? Sendo mais específico... sempre foi dada prioridade que nós rodássemos nos locais que eram da própria prefeitura. No sentido de, digamos assim, se formar e conhecer a rede em si, sabe? Porque, comparado com outros programas, seria teoricamente fácil me jogar em um preceptor de pediatria ou de endocrinologia da outra residência que tem lá, por exemplo, no IMIP ou no Oswaldo Cruz. Não, o programa de residência da Sesau-Recife sempre buscou isso, né? [...] Isso foi muito interessante [...].

Para o recrutamento de preceptores de outras especialidades médicas em outros serviços de saúde, fora da rede de atenção básica da cidade do Recife, a Coreme e a supervisão do PRMFC contaram com o apoio de trabalhadoras da gestão do município que atuavam promovendo a integração ensino-serviço nos distritos sanitários da cidade. Contavam com eles para acessar as policlínicas e os médicos desses serviços de saúde, além de receber deles demandas de médicos da rede com interesse pela preceptoria.

[...] A gente chamava as “ensina-serviços”, que são dos distritos sanitários. São oito mulheres que são responsáveis pelo ensino-serviço dos distritos sanitários. Então, assim, como elas também tinham acesso às policlínicas, né?... pra além dos territórios de comunidade... elas tinham uma relação direto com a chefia das policlínicas, a gente conversava com elas. [...] Essas profissionais também eram responsáveis por dizer quem chegou em tal unidade, né? (Entrevistado E1).

Outra estratégia adotada foi a integração com outros PRMs oferecidos na cidade por Coremes de outras instituições. A reunião ordinária mensal da Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem) aproximava e permitia pactuações de campos de estágio entre as instituições, como corrobora o entrevistado E1:

[...] E aí, pela Coreme, por ter uma reunião mensal da Cerem, a Comissão Estadual de Residência Médica, quando você podia encontrar as outras Coremes. Aí, se a gente não encontrasse [um estágio] na rede do Recife, a gente chegava pra um desses outros coordenadores e conversava: “Ó, tem esse serviço lá, tu acha que é possível deixar residente em medicina de família?” A gente, depois de conversar, enviava o ofício e, aí, o coordenador da Coreme conversava com o supervisor do programa que a gente queria o estágio externo [...].

4.3.2 *Motivações locais*

A partir da análise da categoria “Motivações locais”, observamos duas subcategorias apresentadas a seguir.

4.3.2.1 *Conjuntura da APS local*

Em 2013, o percentual da população coberta por equipes da ESF somada à cobertura por equipes de atenção básica (incluindo outros modelos de APS além da ESF) girava em torno de 60%, sem oscilações relevantes desde então. Parte dos trabalhadores médicos que atuavam nas equipes da ESF no município havia realizado ao menos um curso de especialização lato sensu em “saúde da família” oferecido pela Universidade de Pernambuco durante os anos 2000.

Cita o entrevistado E6:

[...] Essa também era uma barreira, né? Porque o Recife tinha, acho, dois terços do território já com PSF, né? Com a SF. E... acho que é pouco mais do que dois terços, mas a maioria dos médicos são... eram aqueles médicos que tinha já alguma qualidade e fizeram uma pós-graduação, daquela que teve junto com a UPE, inclusive, né? UPE que comandou isso aí. E se formaram médicos de família para atuar no Recife, né? Que foi aquela época do começo do ano 2000, né?

Além do grupo “médicos com especialização em saúde da família”, identifica-se uma maioria de não especialistas em MFC, incluindo médicos concursados sem uma seleção que levasse em conta sua titulação e médicos generalistas (aqueles que não possuem nenhuma titulação de especialista) participantes do PMM atuando na cidade. Havia uma percepção de que a formação de MFC via residência médica agregava à qualidade da atuação dos médicos:

[...] A grande parte das equipes era composta por profissionais dentro da categoria médica, não especialistas em medicina de família e comunidade. Em geral, ou médicos do Mais Médicos ou médicos generalistas que foram aprovados em concurso em que não havia uma seleção de titulação [...]. (Entrevistado E4).

Em 2013, foi lançado um novo edital do Pró-Residência, com oferta de bolsas de residência para novos programas em áreas estratégicas, a MFC entre elas. De acordo com o edital, a Sesau-Recife poderia pleitear as bolsas de residência para programas que fossem credenciados até o fim daquele ano. A Sesau-Recife já havia aderido ao PMM e aderiu também ao Pró-Residência. Assim afirma o entrevistado E3:

[...] Então o Pró-Residência lança esse edital, né?... pra que os municípios fossem protagonistas nesses processos formativos, reconhecendo ali o papel do SUS enquanto formador de recursos humanos. E aí tá tudo junto ali, né?... a política do Pró-Residência, a política do Mais Médicos, pensando provimento, recursos humanos, que estratégias seriam essas para permitir a ocupação desses postos de trabalho da atenção básica, e Recife adere ao Mais Médicos, adere ao Pró-Residência [...].

4.3.2.2 Objetivos almeçados com o programa

Um dos objetivos da implementação do PRMFC da Sesau-Recife era que a residência pudesse ser a etapa inicial de uma futura carreira de MFC no SUS da cidade. Buscavam-se soluções para que a residência pudesse equivaler ao período probatório: “[...] A gente queria que, findados os dois anos da residência, esse residente pudesse ser automaticamente absorvido na rede, e ser fixado na rede municipal.” (Entrevistado E3).

O PRMFC da Sesau-Recife almejava estar inserido na política de educação permanente da cidade. Havia o desejo de constituir um corpo docente do SUS, que estivesse disponível para ministrar ou facilitar atividades formativas aos trabalhadores do SUS mas também pensando a gestão dos territórios, apoiando a qualificação da APS em outras UBS, com um papel de matriciamento de MFC: residência e preceptores envolvidos na formação de especialistas em MFC no SUS e para o SUS. Afirma o entrevistado E3:

[...] outras estratégias que o programa deveria apoiar, de educação permanente para o município, pensar o território, né?... apoio à gestão de alguns territórios, pensar apoio a outras unidades de Saúde da Família, pensar esse preceptor como docente do município, pensar uma estratégia para uma valorização diferenciada desse preceptor, e pensar mecanismos de fixação desse egresso. Porque a ideia era formar para que esse egresso se constituísse profissional da rede [...].

4.3.3 Integração ensino-serviço-comunidade

A partir da análise da categoria “Integração ensino-serviço-comunidade”, observamos quatro subcategorias apresentadas a seguir.

4.3.3.1 Condições físicas e estruturais das UBS

As condições estruturais das UBS da cidade do Recife no período anterior à implementação eram predominantemente precárias e de baixa integralidade, com UBS funcionando em casas alugadas e adaptadas, muitas com espaço bastante reduzido, além de restrições de insumos e materiais. Isso, inclusive, trazia dificuldades para oferecer estágios aos cursos de graduação e residências:

[...] Eram salas, unidades adaptadas, casas em comunidade que, num primeiro momento, foram importantíssimas. Mas, quando a gente foi aumentando a complexidade do cuidado e a capacidade de intervenção e tal, foi começando a ficar limitado, né? [Difícil para] Receber mais estudantes e tal. Então, a gente, quando Recife começou com saúde da família, nunca pensava na possibilidade de colocar um DIU numa unidade de saúde da família [...]. (Entrevistado E2).

[...] a outra dificuldade era uma dificuldade intrínseca da atenção básica do Recife na época, que era a estrutura. Que realmente, naquela época, a estrutura estava muito deficiente. Era muito deficiente até para trabalhar normal, né?... fazer assistência. Imagina fazer educação em saúde, né? (Entrevistado E6).

Houve uma estratégia do PRMFC em garantir médicos especialistas em MFC nas “Upinhas”, o novo padrão de estrutura e ambiência de melhor qualidade em relação às UBS existentes à época, em termos de espaço físico, número de consultórios, materiais e insumos. Optou-se por concentrar os esforços nessas UBS que possuíam espaço físico e estrutura de ótima qualidade.

[...] Eles fizeram um processo seletivo interno na prefeitura para ver quem ia para as Upinhas. Aí selecionaram a gente e a partir desse momento foi que a gente se envolveu mais no projeto. Porque, aí, já estava meio que certo que a residência ia ser implantada lá na Upinha. Acabou entrando nas duas, né? Na do Jenipapo também, mas a ideia no início era fazer na Upinha da Avenida Norte, né? Do Morro [...]. (Entrevistado E5).

4.3.3.2 Perfil dos preceptores

Havia um desenho pedagógico para o PRMFC com grande atenção às estratégias avaliativas diversas, baseadas em metodologias ativas de aprendizagem e na pedagogia crítica. Optou-se por reunir médicos e médicas especialistas em MFC,

preferencialmente com residência médica. Buscavam-se preceptores implicados com a implementação do programa disponíveis para atuar na gestão do PRMFC da Sesau-Recife de forma colegiada. Assim indica o entrevistado E1:

[...] Assim, e pelo desenho que queríamos para um programa de residência, queríamos preceptores que tivessem feito residência em medicina de família e comunidade, né? Então, esse ia ser o diferencial também da residência da secretaria de saúde em relação aos programas das universidades. Que esse programa de residência, é, todo o corpo de preceptores ou fizeram residência ou, é, tinha prova de título. E aí, é, a gente só disponibilizou também poucas vagas iniciais porque eram poucas pessoas que estavam na rede que tinham essa titulação. É, e aí, era uma fortaleza, né? Que era contar com essas pessoas e eram pessoas também que, é, participavam da gestão da residência, né?

Além disso, o PRMFC da Sesau-Recife esperava que os preceptores desenvolvessem suas competências pedagógicas especialmente por meio de cursos de formação de especialização em preceptoria que estavam sendo oferecidos regularmente pela ABEM e pelos hospitais de excelência, como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e o Hospital Sírio Libanês (HSL), via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS).

[...] É, 100% dos preceptores do programa são egressos de programas de residência, ou seja, foram residentes em medicina da família e comunidade. Apenas um que teve uma formação via título de especialista. E 100% deles tiveram uma, uma formação em preceptoria, seja através de cursos, dos cursos de valorização de preceptoria, de uma política nacional que existiu. Então cursos do HAOC, cursos, é... do Sírio, é... o próprio curso da ABEM. Então, todos eles, ou mestrados e doutorados, tiveram essa forma, essa composição pedagógica [...]. (Entrevistado E3).

4.3.3.3 Integração com outros profissionais da APS, graduações e residências de saúde

Uma das UBS que recebia o estágio dos residentes era uma “Upinha 24h”; oferecia atendimento de urgência 24 horas e atendimento ambulatorial das 7h às 19h. Havia integração no campo de estágio entre residentes e estudantes no internato. O campo de estágio era multidisciplinar, com presença e integração dos residentes no processo de trabalho com os profissionais de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Segundo depoimento do entrevistado E4:

[...] Os profissionais do NASF, no R2, eram... assim, como eles tinham que dar conta de outras demandas, acabava que ficavam um pouco mais apartado. Mas, nessa unidade, tinha reuniões de equipe que eram quinzenais

e reuniões de unidades, com as três equipes, que eram nas quinzenas intercaladas. Então, duas vezes por mês, juntava todas as equipes para falar de todas as questões. E, obviamente, como tinha dois residentes, estudantes de graduação e tal, em geral, estava se falando lá sobre um período de estágio que a gente estava saindo muito da unidade ou algum tipo de demanda que estava ficando reprimida ou questões sobre as visitas domiciliares, necessidade de planejamento, atendimento das demandas de urgência e emergência que chegavam lá porque era 24 horas e... nesses espaços, a gente também fazia atividades pedagógicas [...].

O preceptor pode contribuir com o desenvolvimento das competências relacionadas ao trabalho multidisciplinar presentes na resolução n. 09/2020 da CNRM. Porém, uma integração pedagógica e de campos de estágio do PRMFC com os outros programas de residência em saúde oferecidos pela Sesau-Recife segue sem ocorrer em toda a sua potencialidade, conforme corroborado pelo entrevistado E3:

[...] Eu vejo que [...] o preceptor da unidade, quando ele é bem integrado à equipe, ele permite que o residente também se integre, também trabalhe competências previstas, né, de gestão de equipe, de trabalho interdisciplinar. Mas, por exemplo, a gente tem um programa de residência em RAPS [Rede de Atenção Psicossocial] no município, que também é da secretaria de saúde, o programa de residência em saúde da família, no município, um programa de residência em psiquiatria, e a gente não tem nenhum, nenhuma integração de campo nessas unidades que são referência da residência. Então, isso é, há uma potencialidade muito grande, mas a gente não consegue avançar nisso [...].

4.3.3.4 Participação das equipes e comunidade nas definições das atividades do programa

Havia participação dos residentes e preceptores diretamente nas definições do programa. Havia reuniões periódicas entre residentes e entre preceptores separadamente, seguida de reunião geral do PRMFC. Além disso, havia participação ativa do programa nas reuniões da Coreme da Sesau-Recife, com a presença de representante dos residentes.

[...] Sim, porque tinha a Coreme e tinha representação... Tinha duas instâncias, assim, de gestão colegiada. Um era uma gestão interna do programa, que era uma reunião dos preceptores com os residentes que acontecia em duas etapas. Era uma noite, era uma noite algum dia da semana em um dos auditórios das “Upinhas”. A gente fazia uma reunião dos residentes. Só os residentes das 5 às 6. E, depois, os preceptores faziam só dos preceptores. E depois, das 6 às 7, juntava todo mundo para uma reunião do colegiado interno. [...] E tinha uma outra instância do colegiado que era a Coreme. Na Coreme, tinha representante dos residentes [...]. (Entrevistado E4).

4.3.4 Formação pedagógica de preceptores e avaliação

A partir da análise da categoria “Formação pedagógica de preceptores e avaliação”, observamos quatro subcategorias apresentadas a seguir.

4.3.4.1 Formação pedagógica

Os preceptores possuíam formação pedagógica relacionada ao bom exercício da atividade docente. Cursos de especialização ou de aperfeiçoamento sobre preceptoria, metodologias ativas de aprendizagem e gestão pedagógica de PRMs foram ministrados aos preceptores, oferecidos pela ABEM ou através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e pelo Hospital Sírio Libanês (HSL).

Afirma o entrevistado E3:

[...] Posteriormente, com a política de preceptoria, aí tinha um curso do HAOC, do Sírio. Sírio Gestão de Programa, Sírio de Metodologias Ativas e... o curso da ABEM. Então, todos esses preceptores, eles são formados em, assim, trabalharam essas competências pedagógicas e um desses processos formativos de curso [...].

4.3.4.2 Avaliação de aprendizagem

A competência dos preceptores na avaliação a partir da observação direta, das atividades práticas da residência, é valorizada, em diálogo com a literatura especializada e experiências em outros programas dentro e fora do Brasil. Instrumentos como o mini-CEX² foram utilizados para avaliação de habilidades e atitudes, além de avaliação teórica, de conhecimentos. As atividades teóricas incluíam “reunião clínica ampliada de núcleo”, “seminário – clube de revista”, “seminário de iniciação à docência”, “seminário de metodologia científica”, “seminário de temas específicos” e “orientação ao trabalho de conclusão de curso (TCC)”, que também contavam com avaliação dos preceptores (os quais, ainda, conduziam as atividades teóricas e a orientação dos TCCs).

² O mini-CEX é o miniexercício clínico avaliativo, um método de avaliação prática baseado na observação de um encontro real entre o médico residente e o paciente pelo preceptor. Seu principal instrumento é o *feedback* estruturado, baseado na observação realizada pelo preceptor.

O PRMFC utilizou vários tipos de avaliação que permitiram a abordagem de competências, habilidades e atitudes adquiridas pelos residentes:

[...] Mas a gente já entra no programa entendendo que esse preceptor, esse preceptor precisaria avaliar o residente através de observação direta de consulta, por exemplo, ou de visita domiciliar, ou passagem de caso, aplicando os instrumentos estruturados que outros programas do Brasil já utilizavam. E a gente via muito a partir, né?... do, da experiência dos outros, mas também entendendo que existia uma literatura vasta sobre avaliação de programa de residência. [...] O básico que a gente tinha era um instrumento de avaliação que o preceptor preenche, a partir de uma observação direta do residente. Certo? Então mini-CEX foi o primeiro instrumento utilizado. E uma avaliação teórica também, a que o residente é submetido a cada seis meses [...]. (Entrevistado E3).

[...] Quando a gente entrou, tinha uma escala fixa de espaços teóricos. Então, tinha o clube de revista – era esse o nome –, clube de revista, o laboratório de comunicação, base de ferramentas da MFC e seminários de temas clínicos. [...] O combinado era que os preceptores fariam avaliações diretas. Cada preceptor fazia do seu residente na UBS e fazia *feedbacks* regulares. E os preceptores responsáveis pelos espaços teóricos faziam avaliações dos residentes em geral em cada um dos espaços [...]. (Entrevistado E4).

[...] Quando eu estava como residente, a gente tinha vários tipos de avaliação: autoavaliação, tinha jornal reflexivo, tinha até prova escrita, e tinha *quiz*, tinha um *quiz* que foi colocado de vários temas, enfim, e tinha também essa parte da avaliação dos preceptores. Normalmente, era por Google Forms. De tempos em tempos [...]. (Entrevistado E7).

4.3.4.3 Avaliação dos estágios e preceptores

Além da avaliação de aprendizagem, o PRMFC da Sesau-Recife implementou avaliação dos estágios e de preceptores, realizada pelos residentes. Através dessas ferramentas de avaliação, a Coreme da Sesau-Recife avalia se os estágios (incluindo estágios em outros níveis de atenção) e a preceptoria oferecida aos residentes estão satisfatórios do ponto de vista do desenvolvimento de competências e dos objetivos do estágio. Assim refere o entrevistado E4:

[...] Esse processo de avaliação dos estágios no primeiro ano, se não me engano, ele era parecido com o processo de avaliação dos preceptores. Na reunião de gestão, eles sempre perguntavam: "como é que estava sendo o estágio de pré-natal de baixo risco, aliás de parto de baixo risco na maternidade X? O plantão está dando certo? A preceptora está indo?" Não sei o quê... "Está deixando você fazer o parto? Como é que está sendo o estágio de pequenos procedimentos no Maria Lucinda? O preceptor está indo naquele dia e naquela hora, deixando vocês fazerem as coisas e coisa e tal?" E, depois, acho que no segundo ano, tinha um formuláriozinho do tipo "o que está ruim nesse estágio e o que precisa melhorar?" E a gente selecionava o estágio e preenchia isso [...].

4.3.4.4 Avaliação geral e perspectivas do programa

A avaliação geral da implementação por gestores, médicos de família e comunidade envolvidos na implementação e egressos é considerada satisfatória do ponto de vista pedagógico, em termos de processos de avaliação, da atuação da supervisão e de acompanhamento dos preceptores.

Há a opinião de que o PRMFC da Sesau-Recife contribuiu não apenas na formação de especialista para seus egressos, mas também na formação de sua dimensão humana: “Eu acho que, na perspectiva mais técnica, pedagógica, teve muitas coisas muito boas. Em termos dos processos de avaliação, do acompanhamento dos preceptores, da atuação da supervisão e tal.” (Entrevistado E4).

[...] As pessoas que são egressas da residência avaliam o programa como importante na construção da vida delas não só como profissionais médicos, né? Mas como profissionais, assim, humanos. Por também passarem por alguns estágios que são importantes na construção dessa pessoa médica, né? Então, é uma formação boa [...]. (Entrevistado E1).

O PRMFC da Sesau-Recife foi importante para consolidar o papel da especialidade. O programa, seus preceptores e residentes são reconhecidos pela qualidade com que atuam na ESF, desde a UBS ao território, e estão envolvidos nas atividades de educação permanente da cidade.

Afirma o entrevistado E1:

[...] Eu acho que ele foi importante para consolidar a medicina de família enquanto especialidade. Assim, hoje, a secretaria de saúde, ela já vê com outros olhos, assim, porque, no decorrer desse processo, viu que essas unidades que tinha preceptor, que tinha residente, eram as unidades que mais estavam envolvidas com a equipe, com o território, com a produção, que é importante pra eles também, né? Que estavam envolvidas em atividades de educação permanente, né? E iam oferecer, assim, a secretaria de saúde da família que oferecesse educação permanente, quem a gente pode contar. Aí, já vinham atrás da gente para a gente indicar alguém da preceptoria, sabe? Então, assim, foi algo que mexeu na rede [...].

4.4 Matriz de avaliação de implementação

A partir dos resultados da análise de conteúdo da transcrição das entrevistas com os informantes-chave expostos na subseção anterior, da análise documental realizada, dos conceitos e definições de avaliação de políticas apresentados

anteriormente no marco teórico, construímos a matriz de avaliação da implementação do PRMFC da Sesau-Recife (quadro 4).

Partimos da hipótese de que, considerando o conjunto de resultados da presente pesquisa, ao menos três critérios tradicionalmente utilizados na avaliação de políticas poderiam servir para embasar nosso julgamento quanto à qualidade da implementação: economicidade, eficiência administrativa e eficácia.

Quadro 4 – Matriz de avaliação de implementação do PRMFC da Sesau-Recife

(continua)

Definição de critérios de avaliação			
Critério	Definição	Sínteses dos resultados	Avaliação
Economicidade	Nível de utilização de recursos e suas origens	<ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de residência implementadas via Pro-Residência. • Bolsas formação aos preceptores e residentes via financiamento federal. • Preceptores, supervisor e coordenador da Coreme da Sesau-Recife realizaram cursos de especialização em preceptorial com financiamento federal. • Ausência de financiamento próprio da Sesau-Recife para bolsas de residência, bolsas formação ou complementação a residentes e preceptores. 	Positiva (3/4)
Eficiência administrativa	Nível de conformidade da execução a métodos preestabelecidos	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto pedagógico do PRMFC em conformidade com as resoluções da CNRM/MFC. • Realização das atividades teóricas e práticas descritas no projeto pedagógico do PRMFC. • Sesau-Recife recebeu recursos federais oriundos de portarias de incentivo às residências em saúde do MS, porém sua execução não foi adequadamente percebida pelo PRMFC. • Adesão da Coreme da Sesau-Recife aos editais do Pro-Residência. • Adesão da Coreme da Sesau-Recife aos editais do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade. • Adesão da Coreme da Sesau-Recife aos editais dos cursos oferecidos via Proadi-SUS. 	Positiva (5/6)

Quadro 4 – Matriz de avaliação de implementação do PRMFC da Sesau-Recife

(continuação)

Definição de critérios de avaliação			
Critério	Definição	Sínteses dos resultados	Avaliação
Eficácia	Nível de alcance de metas e objetivos preestabelecidos	<ul style="list-style-type: none"> • A residência não conseguiu tornar-se etapa inicial de uma futura carreira de MFC no SUS da cidade, nem houve mudança na exigência de título de especialista em MFC para atuar na rede da ESF da cidade. • O PRMFC da Sesau-Recife oferece regularmente formação de especialistas em MFC no SUS e para o SUS. • Preceptores de MFC e residentes participam como docentes nas atividades de educação permanente da Sesau-Recife. 	Positiva (2/3)
Envolvimento dos preceptores de MFC	Nível de engajamento dos preceptores na cogestão da residência	<ul style="list-style-type: none"> • Preceptores de MFC tinham boa adesão à liderança da coordenação da Coreme da Sesau-Recife. • Preceptores participavam do colegiado de gestão da residência. • Preceptores se envolviam em buscar soluções para eventuais problemas no PRMFC. 	Positiva (3/3)
Formação pedagógica	Nível de formação docente dos preceptores, supervisor e coordenador da Coreme	<ul style="list-style-type: none"> • Corpo docente do PRMFC da Sesau-Recife de médicos especialistas em MFC. • Corpo docente com especialização em preceptoria, ensino baseado em desenvolvimento de competências. • Parte do corpo docente concluiu mestrado. • Preceptores com experiência prévia em preceptoria na graduação. • Participação relevante em congressos médicos e de educação médica, com histórico de 40 resumos publicados em anais de congressos nos cinco anos anteriores ao pedido de credenciamento definitivo em 2015. 	Positiva (4/4)

Quadro 4 – Matriz de avaliação de implementação do PRMFC da Sesau-Recife

(conclusão)

Definição de critérios de avaliação			
Critério	Definição	Sínteses dos resultados	Avaliação
Avaliação de aprendizagem, dos estágios e preceptores	Nível da amplitude da avaliação, desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação da avaliação de aprendizagem baseada no desenvolvimento de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes pelos preceptores. • Implementação da avaliação de preceptores com escutas frequentes e rotinizadas das eventuais demandas dos residentes. • Implementação de avaliação de estágios. • Implementação de supervisão pedagógica dos preceptores pelo supervisor do PRMFC da Sesau-Recife. 	Positiva (4/4)
Contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde	Nível de contribuição ao SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Preceptores de MFC e residentes participam como docentes nas atividades de educação permanente da Sesau-Recife. • O PRMFC da Sesau-Recife oferece regularmente formação de especialistas em MFC no SUS e para o SUS. 	Positiva (2/2)

Fonte: o autor.

O critério de economicidade é definido pelo nível de utilização de recursos e suas origens. Quanto aos quatro resultados relacionados identificados – os quais consideramos desejáveis que tenham ocorrido na implementação –, três puderam ser observados de forma positiva.

O grau de eficiência administrativa é definido pelo nível de conformidade da execução a métodos preestabelecidos. Dos seis resultados relacionados identificados – e que consideramos desejáveis que tenham ocorrido na implementação –, quando avaliados, consideramos que cinco puderam ser observados de forma positiva.

A eficácia é nível de alcance de metas e objetivos preestabelecidos. Dos três objetivos preestabelecidos identificados – e que consideramos desejáveis que tenham ocorrido na implementação –, quando avaliados, consideramos que dois foram bem sucedidos na implementação e puderam ser observados de forma positiva.

Além desses três critérios de avaliação, incorporamos outros quatro critérios escolhidos a partir dos resultados da pesquisa e que julgamos de grande relevância, a serem incluídos por influenciarem numa implementação exitosa: envolvimento dos preceptores de MFC; formação pedagógica; avaliação de aprendizagem, dos estágios e preceptores; contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde.

O envolvimento dos preceptores de MFC é definido pelo nível de engajamento dos preceptores na cogestão da residência. Dos três resultados relacionados identificados – e que consideramos desejáveis que tenham ocorrido na implementação –, todos tiveram avaliação positiva.

A qualidade da formação pedagógica como critério é aqui definida pelo nível de formação docente dos preceptores, supervisor e coordenador da Coreme, em relação a formação lato sensu, stricto sensu e educação permanente. Dos quatro resultados relacionados identificados – e que consideramos desejáveis que tenham ocorrido na implementação –, todos tiveram avaliação positiva.

A avaliação de aprendizagem, dos estágios e preceptores é definida pelo nível da amplitude da avaliação, desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes. Dos quatro resultados relacionados identificados – e que consideramos desejáveis que tenham ocorrido na implementação –, todos puderam ser observados de forma positiva.

O último critério de avaliação que compõe a matriz de avaliação é a contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde. É definido pelo nível de contribuição do PRMFC ao SUS. Ainda que a contribuição ao SUS seja rigorosamente

melhor avaliada com ferramentas de avaliação de resultados ou de impacto e que nosso estudo de caso tenha focado na avaliação de processo, julgamos pertinente trazer luz a essa dimensão entre os indicadores. A escolha desse critério se justifica pela sua presença entre os critérios de avaliação da própria CNRM, pois essa dimensão está incluída entre os critérios avaliados pela CNRM nos processos de credenciamento por cinco anos dos PRMs. Acredita-se, também, que há implicações da especialidade com as concepções de promoção da saúde, com práticas extensionistas, com a educação permanente e com práticas de participação social na saúde.

Durante o processo de implementação, o PRMFC da Sesau-Recife foi submetido a um instrumento formal de avaliação, previsto na resolução da CNRM n. 06/2006. Entre as considerações que embasam a resolução, está a premissa de que

[...] a residência médica é uma modalidade de ensino pós-graduado, criada e regulamentada por lei federal, com o objetivo de treinar médicos em serviço, sob supervisão apropriada, de modo a atender as necessidades do País no que se refere à formação de profissionais qualificados dentro da área médica [...] (BRASIL, 2006, p. 17).

Define, ainda, que as avaliações do PRMFC da Sesau-Recife deveriam ocorrer antes do ato de credenciamento provisório e dois anos depois, para o seu credenciamento por cinco anos.

Entre os critérios de avaliação definidos pela CNRM/MEC para o credenciamento dos programas de residência médica, há a análise das dimensões de infraestrutura, projeto pedagógico, corpo docente, corpo discente e contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde. Identificamos aqui dois resultados, ambos com avaliação positiva, o que torna a avaliação do nível de contribuição ao SUS também positiva.

5 DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados na seção anterior, podemos considerar o objetivo geral da pesquisa atingido. Pudemos avaliar o processo de implementação da residência em medicina de família e comunidade da Prefeitura do Recife e, baseados nos critérios e indicadores adotados, podemos considerar que a implementação foi um processo bem-sucedido. Esse diagnóstico está refletido nos principais resultados da pesquisa desenvolvida nesta dissertação. Partindo das categorias intermediárias construídas, discutimos a seguir os principais achados em cada uma das categorias intermediárias a partir da interlocução com a literatura sobre o tema.

Durante a análise das entrevistas, um conceito emergiu ajudando a explicar as condições e os êxitos da implementação do PRMFC da Sesau-Recife: o conceito de “agenda formal”. Nos estudos do ciclo das políticas públicas, “agenda” é um conceito que se refere a um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes. Basicamente, podemos falar de dois tipos de agenda: I) agenda política: conjunto de problemas ou temas que a comunidade política reconhece como merecedores de intervenção pública; II) agenda formal: conjunto de problemas ou temas que o poder público já decidiu enfrentar (SECCHI, 2011).

Porém, os problemas, sua importância e prioridade não são estáticos.

Os problemas entram e saem das agendas. Eles ganham notoriedade e relevância, e depois desinflam. [...] a limitação de recursos humanos, financeiros, materiais, a falta de tempo, a falta de vontade política ou a falta de pressão popular podem fazer que alguns problemas não permaneçam por muito tempo, ou nem sequer consigam entrar nas agendas. As agendas listam prioridades de atuação, e como já dizia um ex-candidato à Presidência da República do Brasil: “a maior dificuldade para o político não é estabelecer quais serão as prioridades, a maior dificuldade é ordenar as prioridades”. (SECCHI, 2011, p. 36).

Foi determinante para os êxitos da implementação do PRMFC da Sesau-Recife o fato de termos conseguido fazer parte da agenda política da cidade enquanto tínhamos o PMM colocando a política de residências na agenda política nacional. É ilustrativo que a administração central da Sesau-Recife tenha passado, a partir de 2014, a contar com uma estrutura administrativa formada por sete secretarias executivas temáticas vinculadas a uma secretaria executiva de coordenação geral, e entre elas a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES/Sesau-Recife), na qual a Coreme estava lotada. Desde 2003, há na

estrutura do MS a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), justamente a secretaria que protagoniza as políticas de formação de recursos humanos para a saúde – incluídas aí a educação permanente e as residências em saúde. Além disso, a implementação do PRMFC da Sesau-Recife estava na pauta da SEGTES/Sesau-Recife, entre os projetos acompanhados no colegiado de secretarias executivas da secretaria.

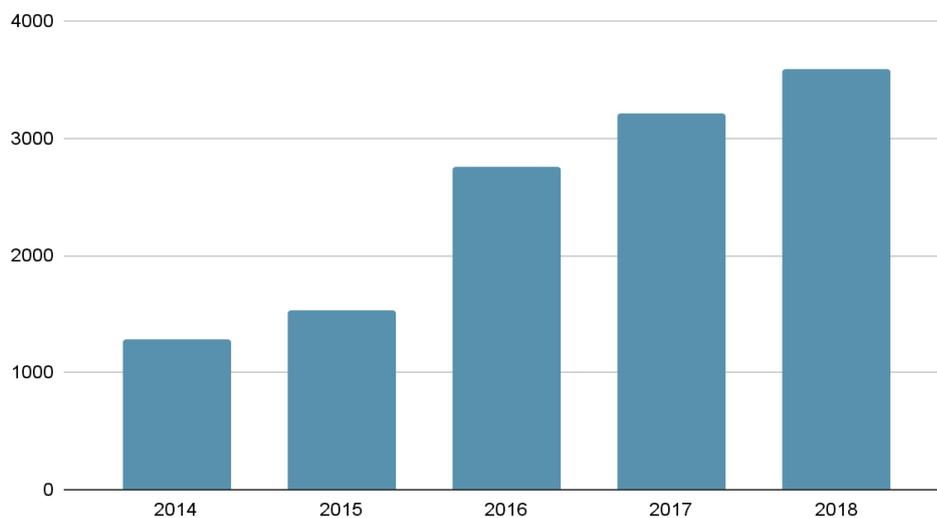
Em relação ao plano de implementação, dois fatos foram decisivos. Primeiramente, o fato de, em 2013, a Sesau-Recife já possuir uma Coreme funcionando – o PRM de psiquiatria foi criado em 2012 e iniciou as atividades em 2013. Em segundo lugar, o lançamento de um novo edital do Pró-Residência em 2013, que definia as especialidades de áreas básicas e de áreas prioritárias, além das regiões que poderiam pleitear o financiamento das bolsas de residência ofertadas para a abertura de programas e expansão de vagas. A Sesau-Recife, com uma Coreme ativa e elegível ao edital, acessou o financiamento das bolsas de residência.

A Sesau-Recife já possuía um PRM de funcionamento em 2013, criado credenciado junto à CNRM e financiado pelo Pró-Residência. A Coreme da Sesau-Recife foi criada em 2012, com o credenciamento do PRM em psiquiatria – oferecendo seis vagas ao ano e com acesso direto. Esse financiamento federal é bastante relevante: o custo anual com bolsas no ano de 2014, com o início do PRMFC, foi de R\$223.219,62 em valores da época, num total de 12 doze bolsas disponibilizadas pelo MS via Pró-Residência.

É importante destacar que a bolsa de residência possui valor mínimo definido pela legislação federal. Assim, caso instituída com recursos próprios, a Sesau-Recife teria que dispor de agilidade e reserva orçamentária, pois a definição do valor da bolsa se dá em outra esfera de governo, o que gera alguma imprevisibilidade para o custo financeiro representado pelo pagamento das bolsas – sempre que o governo federal aumenta o valor da bolsa, a Sesau-Recife teria que reajustá-la sob pena de descredenciamento (fechamento) dos seus PRMs. No caso dos PRMs financiados pelo MS ou MEC (no caso das instituições federais vinculadas, como universidades e hospitais universitários), qualquer responsabilidade é compartilhada com quem define o reajuste das bolsas: o próprio governo federal. Baseado nos resultados apresentados aqui, podemos avaliar o Pró-Residência como efetivo em sua ação de financiar as bolsas dos programas de residência médica da Sesau-Recife.

Entre os anos de 2014 e 2018, ocorreu uma enorme expansão de vagas autorizadas pela CNRM para ingresso em PRMFC implementados pelo País. Em Pernambuco, tal expansão também ocorreu, com novos PRMFC implementados em várias cidades do estado – em Recife, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Caruaru, Garanhuns –, alcançando 121 vagas autorizadas a partir do ano de 2016. Nos gráficos que seguem, apresentamos alguns dados da expansão de vagas no País e em Pernambuco.

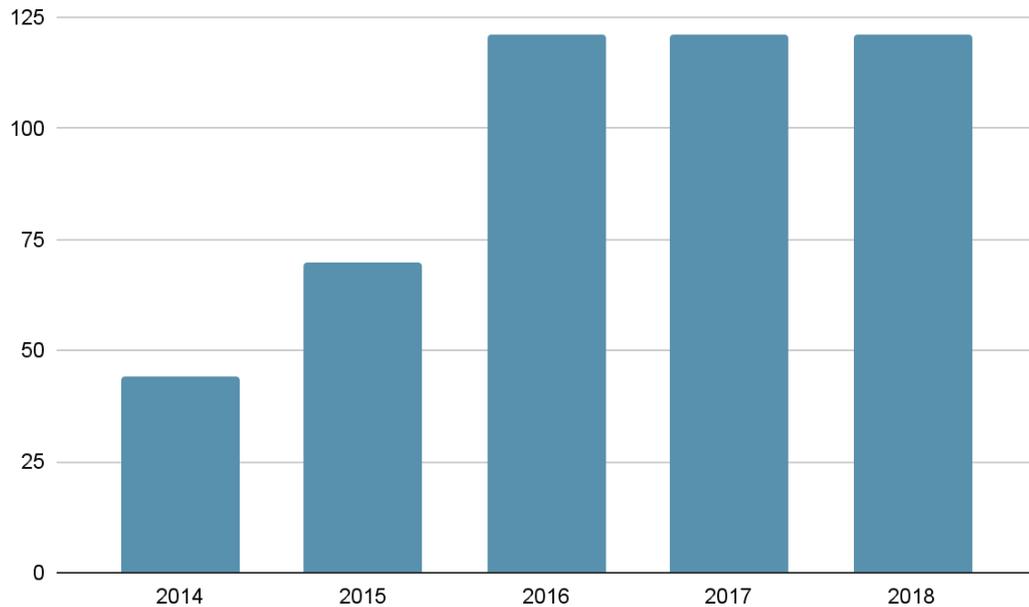
Gráfico 1 – Expansão de vagas de R1 autorizadas no Brasil (2014 a 2018)



Fonte: Brasil (2018).

Apesar da enorme expansão na última década, passando de 505 vagas de residência em MFC credenciadas pela CNRM/MEC em 2011 para 3.587 vagas em 2018, o Brasil segue com significativa carência de profissionais especializados na área (ALESSIO; SOUZA, 2016; BRASIL, 2018; SCHEFFER *et al.*, 2018). Ainda que permitida para instituições de saúde em um sentido mais amplo, a oferta de programas de residência médica é realizada comumente por instituições de ensino superior ou serviços de saúde, como hospitais. O programa da Sesau-Recife se insere no conjunto de experiências de secretarias municipais que passaram a produzir políticas locais para formação de especialistas num contexto de crescentes políticas federais na área (STORTI; OLIVEIRA, XAVIER, 2017).

Gráfico 2 – Expansão de vagas de R1 autorizadas em Pernambuco (2014 a 2018)



Fonte: Brasil (2021).

Nos estudos e debates acerca da criação e/ou implementação de programas de residência em MFC, as estratégias para promover a atração de candidatos para ingressar nos programas, assim como a fixação durante ou após a conclusão dos programas, são recorrentes. A importância desse aspecto pode ser ilustrada pela alta ociosidade de vagas nos programas de residência médica em MFC, que persiste nos levantamentos mais recentes (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A implementação do programa de residência médica em MFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RJ), apresentada por Justino, Oliver e Melo (2016, p. 1474), ilustra algumas das dúvidas e desafios para pensar a implementação, incluindo o tema da atração de candidatos às vagas de residência médica criadas e outras reflexões:

[...] como atrair jovens médicos para esse programa? Como mudar o conceito existente na saúde brasileira e evidenciar que um país com uma APS forte é muito mais eficiente do que um sistema fragmentado? Como mostrar que o médico de família e comunidade é considerado em outras realidades internacionais como um profissional altamente resolutivo, podendo desempenhar um grande número de procedimentos e que um sistema de saúde eficiente e equitativo começa por ter uma APS forte?

Na perspectiva dos gestores municipais envolvidos na criação ou expansão de seis programas de residência de MFC, foi possível identificar estratégias relacionadas à consolidação dos programas. A interface da própria política de AB, com expansão da cobertura e melhoria da sua infraestrutura; estratégias relacionadas diretamente à integração ensino-serviço, como a qualificação e valorização de preceptoria, o planejamento legislativo e orçamentário voltado à execução dos programas; e a integração com cursos de graduação em medicina e outras residências foram relatadas como estratégias desses municípios no processo de criação dos programas (STORTI; OLIVEIRA, XAVIER, 2017). Corroborando os achados da pesquisa citada, no presente estudo, não foi identificado entre os objetivos almejados pelo programa a expansão de cobertura inerente à implementação de equipes com residentes, sequer sua menção como estratégia de atração de candidatos.

Uma estratégia que pode ser percebida dentro do plano de implementação do programa é apoiar-se com centralidade no grupo de preceptores de MFC, em sua formação docente, em seu engajamento na cogestão da residência. São esses os preceptores que irão oferecer estágio para 70% ou 80% da carga horária total necessária aos residentes, previsto num primeiro momento pela resolução CNRM n. 02/2006 (atualmente revogada) e, a partir de 2015, pela resolução CNRM n. 01/2015. Durante o processo de implementação, pode-se identificar, através das entrevistas, que houve a participação de um grupo de MFCs que aderiram ao projeto da Sesau-Recife, assumindo um papel docente mais amplo do que costumamos observar entre preceptores de PRMs. Esse papel inclui a participação no planejamento pedagógico e na cogestão do PRM.

O apoio acadêmico ao programa durante a implementação foi identificado como um problema, ainda que tenha ocorrido pontualmente nos primeiros anos: biblioteca, contratação direta de um curso e apoio na participação de um congresso brasileiro de educação médica.

Em relação às estratégias de atração de candidatos, chama a atenção nas entrevistas o investimento na divulgação entre estudantes de graduação, com a oferta de estágios opcionais para o internato. Os estudos sobre fatores associados à escolha da especialidade médica durante a graduação apontam várias razões que interferem nessa escolha: características individuais; currículo vivenciado durante a graduação; remuneração; uso de novas tecnologias; estilo de vida; status social; características da própria especialidade (RODRIGUES; DUQUE; SILVA, 2020).

A oferta aos estudantes de estágios de internato com preceptores especialistas em MFC e formação docente permite que eles atuem como preceptores modelos (*role models*), descritos (estágios de internato e preceptores modelo) na literatura entre os fatores na escolha da especialidade médica (CRUZ, 2010). Tal estratégia pode exercer papel inspirador entre os estudantes para o exercício da MFC, não apenas em relação à escolha da especialidade, mas também à escolha pelo programa da Sesau-Recife.

A elevada ociosidade de vagas nos PRMFC tem sido um problema já apontado na literatura (ALESSIO; SOUZA, 2016). Vários municípios do País adotam a complementação de bolsas dos médicos residentes como estratégia para tornar os programas mais atraentes aos candidatos: Caruaru (PE), Florianópolis (SC), Palmas (TO), Rio de Janeiro (RJ) e São Bernardo do Campo (SP) (CARUARU, 2016; STORTI; OLIVEIRA, XAVIER, 2017). A Sesau-Recife não optou, desde aquele momento, por não oferecer complementação de bolsa aos residentes de MFC. O investimento realizado no programa foi restrito ao campo pedagógico.

Para a implementação do PRMFC da Sesau-Recife, era necessário garantir ao menos seis horas semanais em estágios em serviços de saúde de outras redes de atenção da cidade. Para o recrutamento de preceptores de outras especialidades médicas em outros serviços de saúde, fora da rede de atenção básica da cidade do Recife, a Coreme e a supervisão do PRMFC contaram com o apoio de trabalhadoras da gestão do município que atuavam promovendo a integração ensino-serviço nos distritos sanitários da cidade. Esse cargo responsável pela integração ensino-serviço distribuído nos vários distritos sanitários da cidade é bastante anterior à implementação do programa, e articula as vagas de todo tipo de estágio dentro dos serviços de saúde de seu respectivo distrito. Esse resultado merece destaque, pois evidencia que o PRMFC da Sesau-Recife utilizava os mesmos agentes de integração ensino-serviço que as outras instituições de ensino com atuação nos campos de estágio dos serviços de saúde da cidade.

É possível estabelecer formalmente o início do PRMFC da Sesau-Recife na data de criação do processo de credenciamento provisório na CNRM: 16 de setembro de 2013. Sua formulação antecedeu essa data, e o início de suas atividades pedagógicas e assistenciais finalísticas só ocorreu no primeiro semestre de 2014. As entrevistas trouxeram vários elementos que nos ajudam a compor o contexto político geral e setorial da saúde da cidade.

Caracterizando melhor as conjunturas política e da APS no Recife, é preciso ressaltar que em 2012 houve uma mudança no comando da prefeitura da cidade, com a saída do prefeito João da Costa (PT) e a posse de Geraldo Júlio (PSB), em 2013, vitorioso nas urnas com uma candidatura de oposição. Entre as propostas de destaque durante a campanha eleitoral, havia a de criação de unidades básicas de saúde com maior porte, incluindo uma estrutura para atendimento de emergência 24 horas, chamadas na campanha de “Upinhas”. A ideia se apoiava na boa avaliação nas pesquisas de satisfação de usuários à época em relação às unidades de pronto atendimento (UPAs), equipamentos da rede de urgência e emergência que, criados em 2010, contavam com ambiência e estrutura como melhor qualidade do que o que encontrávamos nas UBS e centros de saúde tradicionais do município. Minhas memórias e a citação unânime entre os entrevistados recordam que era comum, à época, UBS funcionando em casas alugadas e adaptadas, em condições bastante precárias.

A inauguração das “Upinhas” foi identificada como uma oportunidade como cenário para o campo de estágio do PRMFC, por oferecer um serviço de saúde recém-inaugurado e com boa estrutura física, especialmente dentro do contexto de saúde da cidade. A estratégia adotada pela Sesau-Recife de realizar seleção interna entre os profissionais que desejavam aquela lotação e estabelecer os preceptores nas US melhor equipadas merece destaque.

Do ponto de vista da formação dos médicos e médicas que já atuavam no SUS da cidade no período da implementação, os resultados permitem identificar quatro grupos com perfis formativos distintos: um pequeno grupo de especialistas em MFC egressos de PRMFCs ou com título de especialista conferido pela SBMFC; médicos com especialização em saúde da família oferecidos por instituições públicas em iniciativas anteriores de educação permanente aos trabalhadores que já atuavam na rede de AB da cidade; uma maioria de não especialistas em MFC ou em saúde da família, incluindo médicos concursados para atuar na AB sem a exigência de especialidade em MFC; médicos generalistas (aqueles que não possuem nenhuma titulação de especialista) participantes do PMM atuando na cidade. Sabemos que a literatura da área aponta a residência médica como o modelo mais apropriado para a formação de especialistas em MFC (KNUPP, 2012), especialidade médica essencial para o bom desenvolvimento dos atributos da APS (STARFIELD, 2002).

Os resultados sugerem a integração no campo de estágio entre residentes do PRMFC da Sesau-Recife e estudantes em estágios do internato. O campo de estágio era multidisciplinar, com presença e integração dos residentes no processo de trabalho junto aos profissionais de saúde do NASF. Mas não havia integração entre o planejamento pedagógico ou dos campos de estágio entre o PRMFC da Sesau-Recife e os programas de residência multiprofissional em saúde que também desenvolviam suas atividades nas redes de atenção da cidade.

Vários estudos vêm apontando que a implementação de programas de MFC traz uma série de desafios no cotidiano dos serviços de saúde em que os estágios dos residentes acontecem. Esses desafios estão relacionados a demandas de estrutura física, redimensionamento e provisão de insumos, além da relação dos residentes com preceptores, trabalhadores dos serviços de saúde, usuários e gestores locais, entre outros desafios (SARTI *et al.*, 2018). As questões mais cotidianas dos conflitos na implementação do PRMFC da SESAU-Recife nas UBS em que os preceptores estavam lotados não puderam ser tratadas adequadamente no presente estudo, considerando questões éticas relacionadas à pesquisa, como o compromisso de garantir o anonimato dos entrevistados expresso no nosso termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e do qual não pudemos nos distanciar. Os desafios relacionados às demandas de estrutura física (mitigados pela escolha inicial por UBS com boa estrutura física), redimensionamento e provisão de insumos, gestão da agenda dos preceptores e residentes, além da relação dos residentes com preceptores, trabalhadores dos serviços de saúde, usuários e gestores locais, reforçam achados de outras pesquisas sobre a implementação de PRMFCs (SARTI *et al.*, 2018).

O papel desempenhado pelos residentes nos serviços de saúde é duplo: o residente é um trabalhador e é um pós-graduando. Em serviço, a assistência à saúde é prestada com a supervisão de um preceptor, trazendo uma experiência dupla ao trabalhador-pós-graduando. Representa o atravessamento da formação pelo fazer crítico e reflexivo numa dimensão pedagógica característica de uma pós-graduação lato sensu: a residência médica, cujos projetos pedagógicos do PRMFC são fortemente influenciados pela pedagogia crítica de Paulo Freire, pelas metodologias ativas de aprendizagem e no ensino por competências, habilidades e atitudes, assim como pela multiplicidade de estratégias avaliativas (FREIRE, 1999; KIDD, 2016; RECIFE, 2013).

O PRMFC foi implementado com a participação dos residentes e preceptores nos processos de avaliação e gestão do programa. Não há relato, entre as entrevistas, da participação dos outros trabalhadores das equipes da ESF dos preceptores em relação às atividades específicas das residências. Dessa forma, ficam evidentes as assimetrias na relação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde (COSTA; AZEVEDO, 2016). Nesse sentido, os resultados da presente pesquisa corroboram os achados da literatura.

As residências médicas ainda convivem com erros comuns nos seus processos avaliativos, muitas vezes restritos às dimensões cognitivas da aprendizagem (KNUPP, 2019). As mais atuais recomendações para avaliação incluem ao menos acompanhamento cotidiano das atividades do residente pelo preceptor; avaliações abrangendo conhecimentos, habilidades e atitudes (realizada por preceptor, equipe e comunidade assistida); a avaliação dos preceptores e dos estágios do programa (FRANCO, 2014; KNUPP, 2019). Nesse sentido, a formação pedagógica dos preceptores é um importante desafio para o desenvolvimento de programas, tanto para que possam implementar processos avaliativos com a sofisticação das atuais recomendações das residências em saúde quanto para que possam lidar com as tensões produzidas no ambiente assistencial pela própria existência de atividades de ensino (COSTA; AZEVEDO, 2016).

O processo de implementação do PRMFC da Sesau-Recife apoiou e valorizou a formação pedagógica para o exercício do papel dos preceptores. A Coreme acessou várias ofertas formativas em modalidade de especialização e aperfeiçoamento em preceptoria de residências, metodologias de aprendizagem e gestão pedagógica de PRMs oferecidas pelos chamados “hospitais de excelência”, através do Proadi-SUS, e disponibilizou-as aos preceptores vinculados ao programa. Através do componente teórico “Iniciação à Docência”, a formação pedagógica dos residentes também era desenvolvida em seu primeiro ano de atividades, antecipando-se em um ano às iniciativas federais do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade (BRASIL, 2015).

Entre as estratégias de avaliação adotadas pelo PRMFC da Sesau-Recife, está a rotinização da avaliação dos estágios e preceptores. Através dessas ferramentas de avaliação oferecidas aos residentes, a Coreme da Sesau-Recife avalia se os estágios (incluindo estágios em outros níveis de atenção) e a preceptoria oferecida aos

residentes estão satisfatórios do ponto de vista do desenvolvimento de competências e dos objetivos do estágio.

A avaliação geral da implementação do PRMFC da Sesau-Recife é bastante satisfatória do ponto de vista pedagógico, em termos de processos de avaliação, da atuação da supervisão e do acompanhamento dos preceptores. Esses são aspectos completamente finalísticos do programa, e estão contemplados dentro dos objetivos básicos da implementação, respaldados pelas resoluções da CNRM que regulamentam o funcionamento da residência médica no Brasil. O PRMFC da Sesau-Recife contribuiu não apenas na formação de especialista para seus egressos, mas também na formação de sua dimensão humana. Dentro da avaliação de implementação, podemos identificar que a execução da implementação do PRMFC ocorreu de acordo com o desenho, as normativas e os objetivos preconizados pelas políticas federais da área.

Pesquisas sobre a integração ensino-serviço nas residências em saúde vêm demonstrando assimetrias na relação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, com dificuldades na construção de planejamento conjunto entre programas de residência e serviços de saúde (COSTA; AZEVEDO, 2016). No caso do PRM em MFC da Sesau-Recife, temos um arranjo institucional diverso: instituição formadora e serviço de saúde são partes da mesma secretaria de saúde. Esse arranjo institucional diverso produz impacto nessa integração? Como ocorre a participação dos serviços no planejamento das atividades pedagógicas do programa de residência? As necessidades dos serviços são levadas em consideração nesse planejamento? As atividades teóricas ocorrem adequadamente com a presença dos residentes? Essas são algumas perguntas que emergem a partir dos achados da presente pesquisa.

As atividades de ensino das residências em saúde em serviços possuem potencial de produzir práticas e saberes com forte valor de uso e sentidos para os trabalhadores de saúde dos serviços que recebem programas. Um ponto importante a ser destacado para o êxito nas experiências de integração ensino-serviço na AB é o constante diálogo entre a universidade e a secretaria municipal de saúde, com os estudantes de graduação em saúde e residentes compartilhando serviços de saúde (COSTA; AZEVEDO, 2016).

6 CONCLUSÕES

Como parte das estratégias de fortalecimento da AB na estrutura do Sistema Único de Saúde, nas últimas décadas, o Brasil passou por crescimento e desenvolvimento de políticas para a implementação de programas de residência médica em medicina de família e comunidade. Especificamente na última década, o governo federal desenvolveu um conjunto de ações que visavam apoiar a expansão desses programas de residência: ofertas de financiamento de bolsas, incentivo para a abertura de novos programas, cursos de formação de preceptores voltados a preceptores e residentes, dentre outras iniciativas. A partir desse contexto, e com o objetivo de avaliar o processo de implementação do programa de residência médica de MFC da Prefeitura do Recife, a presente dissertação tratou de refletir sobre como ocorreu o processo de implementação da residência médica em MFC da prefeitura do Recife entre os anos de 2013 e 2019. Buscamos entender como se deram esses processos de implementação, compreender o modo como ocorreram iniciativas de implementação de PRMFC em secretarias municipais de saúde, quais dessas ofertas federais foram de fato utilizadas, além de tentar analisar como o programa de residência médica em MFC da prefeitura da capital pernambucana foi implementado.

Os principais resultados da pesquisa apontam para o êxito da implementação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura do Recife. Esse sucesso no processo de implementação está assentado no credenciamento por cinco anos recebido pelo programa em 2015 junto à CNRM, além da avaliação positiva entre gestores municipais, a Coreme da Sesau-Recife e egressos. A matriz de avaliação da implementação do PRMFC da Sesau-Recife (quadro 4) apresenta a síntese dos resultados à luz dos critérios de economicidade, eficiência administrativa, eficácia, envolvimento dos preceptores de MFC, formação pedagógica, avaliação de aprendizagem, dos estágios e preceptores e contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde. Esses critérios são importantes para a compreensão da implementação de PRMFCs.

Apesar de reconhecer achados interessantes no processo de avaliação da implementação do referido programa de residência no Recife, esta dissertação tem limitações na sua execução. Na pesquisa documental, não acessamos os documentos da Coreme anteriores a 2015, exceto os projetos pedagógicos do PRMFC que foram credenciados na CNRM, acessíveis em formato digital. Os documentos anteriores a essa data estavam disponíveis apenas fisicamente na sede física da Coreme da

Sesau-Recife. A pesquisa *in loco* com esses documentos não pôde ser realizada devido ao contexto da pandemia da Covid-19 entre 2020 e 2021, o que inviabilizou viagens ao Recife e o acesso a esses documentos na Sesau-Recife, previstas inicialmente.

Além das limitações inerentes a um estudo de caso, é importante ressaltar que realizamos no presente estudo uma avaliação de processo; não estava entre nossos objetivos a avaliação de resultados ou de impacto. Ainda assim, os resultados auxiliam na compreensão e discussão do tema, e podem contribuir para a difusão de iniciativas semelhantes, quando tivermos a expansão da formação de MFCs de volta à agenda formal nacionalmente. Além disso, não abordamos em profundidade as experiências desses preceptores com as várias estratégias de avaliação adotadas no programa, nem as tensões entre as dimensões de provimento e formação vividas no programa. Essa é uma agenda de pesquisa que se mantém em aberto para futuros trabalhos sobre a implementação de programas de residência em medicina de família e comunidade.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como intervenção prática, fruto desta dissertação, propomos dois produtos: a realização de um seminário formativo com o objetivo de difusão e reflexão sobre a experiência de implementação da residência de medicina de família e comunidade da Prefeitura do Recife; e a construção de um roteiro indicando as principais ações necessárias para a implementação bem-sucedida de um programa de residência de medicina de família e comunidade (PRMFC).

7.1 Seminário formativo para difusão e reflexão

Os resultados da análise documental realizada na presente pesquisa ajudam a reconhecer a regulamentação de políticas da área, de forma a identificar na legislação os objetivos e as ações para a expansão dos programas, bem como a normatização infralegal da área via resoluções da CNRM. Elencamos a normativa das políticas com interface mais direta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), da atenção básica (AB), da medicina de família e comunidade (MFC) como especialidade médica, das características e requisitos dos PRMFC. Esses documentos estão reunidos no anexo C e são um bom ponto de partida para qualquer iniciativa de implementação de PRMFC. O seminário será realizado de forma on-line, gravado e disponibilizado para possíveis interessados. O foco principal do debate proposto serão os desafios da implementação e desenvolvimento de um PRMFC no SUS.

Apresentamos, a seguir, uma proposta de estrutura para o referido seminário, com temas e perfil dos palestrantes:

1. apresentação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura do Recife – representante da Sesau-Recife;
2. principais desafios e êxitos na implementação de PRMFC da Prefeitura do Recife – Marcos Pedrosa, para tratar dos achados desta dissertação.

7.2 Indicações para a implementação de residência de medicina de família e comunidade

A partir da avaliação da implementação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura do Recife, propomos, a seguir, um conjunto de eixos e ações a serem desenvolvidas para a implementação exitosa de um programa de residência. É importante salientar que as ações que elencamos a seguir são consideradas requisitos mínimos para uma implementação exitosa. Nesse

sentido, consideramos tais ações condições desejáveis para a implementação satisfatória de um programa de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC) de forma exitosa.

Quadro 5 – Eixos e ações para a implementação exitosa de um PRMFC

(continua)

Eixo da implementação	Ações
1. Alocação de recursos adequadamente	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar bolsas de residência com financiamento próprio ou de fontes públicas. • Oferecer cursos de especialização em preceptoria para preceptores, supervisores e coordenadores de Coreme. • Implantar bolsas de formação complementares para residentes e preceptores via financiamento federal ou local, se existirem.
2. Implementação do PRMFC de acordo com normas estabelecidas	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar projeto pedagógico do PRMFC em conformidade com as resoluções da CNRM/MFC. • Realizar as atividades teóricas e práticas descritas no projeto pedagógico do PRMFC. • Vincular preceptores dos estágios a outros serviços de saúde, fora da APS, garantindo a diversidade de campos de estágio.
3. Fomento ao engajamento dos preceptores de MFC na cogestão da residência	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar seu regimento incluindo critérios de avaliação, com adesão dos preceptores de MFC à liderança da coordenação da Coreme local. • Promover a participação dos preceptores no colegiado de gestão da residência. • Promover o envolvimento dos preceptores na busca por soluções para eventuais problemas no PRMFC.

Quadro 5 – Eixos e ações para a implementação exitosa de um PRMFC

(conclusão)

Eixo da implementação	Ações
4. Promoção e valorização da formação pedagógica adequada a preceptores, supervisor e coordenador de Coreme	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar médicos especialistas em MFC para atuar como preceptores do PRMFC. • Selecionar preceptores com experiência docente, que sejam especializando ou com especialização em preceptoria, ensino baseado em desenvolvimento de competências e outros aspectos da educação. • Selecionar preceptores com experiência prévia ou atual em preceptoria na graduação. • Fomentar a participação do corpo docente em congressos médicos e de educação médica, além dos da sua área de pesquisa. • Promover adesão da Coreme local aos editais dos cursos oferecidos via Proadi-SUS, UNA-SUS ou outras iniciativas.
5. Desenvolvimento e aperfeiçoamento da avaliação de aprendizagem, dos estágios e dos preceptores (desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar avaliação de aprendizagem baseada no desenvolvimento de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes pelos preceptores. • Implementar avaliação de preceptores com escutas frequentes e rotinizadas das eventuais demandas dos residentes. • Implementar avaliação de estágios. • Implementar supervisão pedagógica (ou tutoria) dos preceptores pelo supervisor ou pela equipe do PRMFC.
6. Estruturação da contribuição do PRMFC ao desenvolvimento do sistema local de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar a participação de preceptores de MFC e residentes como docentes nas atividades de educação permanente do SUS no âmbito local. • Oferecer regularmente, via PRMFC, formação de especialistas em MFC no SUS e para o SUS.

Fonte: o autor.

REFERÊNCIAS

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: Inter-relações com o programa Mais Médicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633-667, 2016.

ANDERSON, M. I. P. *et al.* Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 180-198, 2007.

ARIAS-CASTILLO, L. *et al.* **Perfil do médico de família e comunidade** – definição ibero-americana. Rio de Janeiro: SBMFC, 2010.

AUGUSTO, D. K. *et al.* Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-4, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 70, 2011.

BRASIL. Casa Civil. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise *ex post*. v. 2. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2014.

BRASIL. Decreto n. 80.281, 05/09/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão de Residência médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Lei n. 6.932, 07/06/1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1.618. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1001. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRÓ-RESIDÊNCIA. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 68. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CARUARU. Lei Municipal n. 5622, de 29 de janeiro de 2016. Institui o SISE-SUS – Sistema Integrado Saúde Escola do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município de Caruaru/PE. **Diário Oficial do Município de Caruaru**: ano V, n. 217. Caruaru: Secretaria de Saúde, 2016.

COLLER, X. Estudio de casos. **Colección Cuadernos Metodológicos**, Madrid, n. 30, 2005.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (Brasil). **Evolução do Número de Vagas Autorizadas** – Residência Médica (Medicina Família e Comunidade) 2014 a 2018. Brasília: CNRM, 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. (ed.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 29-47.

COSTA, A. C. S.; AZEVEDO, C. C. A. Integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde: um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde. **Tempus**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 265-82, 2016.

CRUZ, J. A. S. *et al.* Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. **Revista de Medicina**, Campinas, v. 89, n. 1, p. 32-42, 2010.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. *In*: BAPTISTA, T. W. F. (ed.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Rede Unida, 2015. p. 181-99.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DEUBEL, A. N. R. **Políticas públicas**: formulación, implementación y evaluación. 12. ed. Bogotá: Aurora, 2017.

D'ESPÍNDULA, T. S.; FRANÇA, B. H. S. Aspectos éticos e bioéticos na entrevista em pesquisa: impacto na subjetividade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 495-502, 2016.

FARIA, C. A. P. **Implementação de políticas públicas**: teoria e prática. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012. v. 1. 406 p.

FERNANDEZ, M.; HOLANDA, V. Política De Atenção À Saúde Materno-Infantil Em Pernambuco: Avaliando Resultados A Partir Da Percepção Das Usuárias Do Programa Mãe Coruja Pernambucana. **Revista Política Hoje**, Recife, v. 28, n. 1, p. 124-150, 2019.

FEUERWERKER, L. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Revista Interface**, Botucatu, v. 23, p. 1-17, 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 29 nov. 2021.

FRANCO, R. S. *et al.* O conceito de competência: uma análise do discurso docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 173-81, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FÚNCIA, F. R. Underfunding and federal budget of SUS: Preliminary references for additional resource allocation. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. De. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1471-1480, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cadastro Central de Empresas 2018**: salário médio mensal dos trabalhadores formais. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KIDD, M. **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde**: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, Artmed, 2012.

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Princípios da medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, G.; CERATTI, J. M.; LOPES, L. C. D. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MEDEIROS, A. **Saúde e Assistência** – doutrinas, experiências e realizações. Recife: [s.l.], 1926.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, p. 204-213, 2009.

OLIVEIRA, D. O. P. S. **Implantação de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) de um município de grande porte da região metropolitana de São Paulo**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Revista Interface**, Botucatu, v. 23, n. suppl 1, p. 1-16, 2019.

OLIVEIRA, V. G. *et al.* Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 85-88, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. URSS: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Washington: OPAS, 1964.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva: Definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. Vi, p. 201-214, 2015.

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). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 72-79, 2013.

PIGNATTA, M. A. Monitoreo y evaluación de políticas públicas em América Latina: brechas por cerrar. **Revista Perspectiva de Políticas Públicas**, Belo Horizonte, ano 4, n. 8, p. 49-69, 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2006.

RECIFE (Brasil). Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Comissão de Residência Médica. **Projeto Pedagógico do programa de residência médica em medicina de família e comunidade**. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2013.

RECIFE (Brasil). Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2018.

RIBEIRO, M. C. P. Integração ensino-serviço-comunidade: um estudo de caso sobre a gestão municipal. **Dissertação** (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo, 2019.

RODRIGUES, L. H. G.; DUQUE, T. B.; SILVA, R. M. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 3, 2020.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. **Evaluation: A Systematic Approach** – revize. California, Sage Publications, 2004.

SANTOS, Boaventura de Souza. Por que é tão difícil construir uma teoria crítica? **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 54, p. 197-215, jun. 1999.

SARTI, T. D. *et al.* A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FM-USP/CFM, 2018.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

SILVA, A. H.; FOSSA, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2015.

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

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Revista Interface**, Botucatu, v. 21, p. 1301-1313, 2017.

TEIXEIRA, L. A. Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 3-19, jan./fev. 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 265, p. 885-892, 1961.

WU, X. *et al.* **Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014.

ANEXO A – ROTEIROS DE ENTREVISTA

A entrevista com os informantes do grupo I foi realizada com um conjunto de perguntas abertas que irão guiar a atividade. O **roteiro I** foi utilizado para as entrevistas com os gestores da SESAU-Recife e está descrito abaixo:

	Pergunta	Tema/relação com objetivos específicos	Tipo - Informação ou Opinião?
1	Qual é o seu nome, idade, cargo e formação profissional?	Identificação	Informação
2	Fale um pouco sobre sua trajetória profissional na área da saúde. Desde quando trabalha no SUS? E no Recife?	Identificação	Informação
3	Você possui alguma outra atuação profissional? Qual?	Identificação	Informação
4	Conte sobre o seu papel na gestão municipal em 2013 durante o início da implantação do programa.	Identificação	Informação
5	Conte sobre o seu papel na gestão municipal em seguida, até 2019.	Identificação	Informação
6	Fale sobre as principais dificuldades enfrentadas na Atenção Básica do Recife.	Objetivo específico 2	Opinião
7	Como é perfil dos/das médicos e médicas que atuam na Atenção Básica do Recife quanto a formação específica?	Objetivo específico 2	Informação
8	Como surgiu a proposta de criação de um PRMFC próprio na SESAU-Recife?	Objetivo específico 2	Opinião
9	Quais as fortalezas e potencialidades encontradas na implantação do programa? Quais as dificuldades?	Objetivo específico 1	Opinião
10	O desenvolvimento de um programa de residência envolve, além do trabalho e esforço de gestão pedagógica, o pagamento de bolsa aos residentes e pode envolver gastos com formação de biblioteca,	Objetivo específico 1	Informação

	oferta de cursos ao corpo de preceptores, etc. Como se lidou com essa questão na SESAU-Recife?		
11	Foi adotada alguma estratégia para atrair candidatos nos processos seletivos de novas turmas de médicos residentes?	Objetivo específico 1	Informação
12	Há ou houve alguma forma de complementação das bolsas dos médicos residentes? Isso foi pensado como estratégia para apoiar a implantação?	Objetivo específico 1	Informação
13	Como foi feito o recrutamento de preceptores?	Objetivo específico 1	Informação
14	Há ou houve algum tipo de bolsa ou gratificação para os preceptores que atuavam/atuam no programa?	Objetivo específico 1	Informação
15	Durante o período de implementação do programa houve ofertas de formação pedagógica aos preceptores e supervisores?	Objetivo específico 4	Informação
16	Como foi pensada a integração com os outros profissionais das equipes que receberam residentes?	Objetivo específico 3	Informação
17	Qual a participação das equipes e comunidade na implementação do programa? Há participação nos processos decisórios relativos ao programa?	Objetivo específico 3	Informação

A entrevista com os informantes do grupo II foi realizada com um conjunto de perguntas abertas que irão guiar a atividade. O roteiro II foi utilizado para as entrevistas com os trabalhadores de saúde envolvidos na implementação do programa da SESAU-Recife e está descrito abaixo:

	Pergunta	Tema/relação com objetivos específicos	Tipo - Informação ou Opinião?
1	Qual é o seu nome, idade, cargo e formação profissional?	Identificação	Informação
2	Fale um pouco sobre sua trajetória profissional na área da saúde. Desde quando trabalha no SUS? E no Recife?	Identificação	Informação

3	Você possui alguma outra atuação profissional? Qual?	Identificação	Informação
4	Conte sobre o seu papel no SUS municipal em 2013 durante o início da implantação do programa, trazendo seu itinerário profissional até 2019.	Identificação	Informação
5	Fale sobre as principais dificuldades enfrentadas na Atenção Básica do Recife.	Objetivo específico 2	Opinião
6	Como surgiu a proposta de criação de um PRMFC próprio na SESAU-Recife?	Objetivo específico 2	Opinião
7	Quais as fortalezas e potencialidades encontradas na implantação do programa? Quais as dificuldades?	Objetivos específicos 1 & 5	Opinião
8	O desenvolvimento de um programa de residência envolve, além do trabalho e esforço de gestão pedagógica, o pagamento de bolsa aos residentes e pode envolver gastos com formação de biblioteca, oferta de cursos ao corpo de preceptores, etc. Como se lidou com essa questão na SESAU-Recife?	Objetivos específicos 1, 4 & 5	Informação
9	Foi adotada alguma estratégia para atrair candidatos nos processos seletivos de novas turmas de médicos residentes?	Objetivos específicos 1 & 5	Informação
10	Há ou houve alguma forma de complementação das bolsas dos médicos residentes? Isso foi pensado como estratégia para apoiar a implantação?	Objetivos específicos 1 & 5	Informação
11	Como foi feito o recrutamento de preceptores?	Objetivos específicos 1, 3 & 5	Informação
12	Há ou houve algum tipo de bolsa ou gratificação para os preceptores que atuavam/atuam no programa?	Objetivos específicos 1 & 5	Informação
13	Quais as estratégias adotadas para a identificação de campos de estágio?	Objetivo específico 1 e 3	Informação

14	Durante o período de implementação do programa houve ofertas de formação pedagógica aos preceptores e supervisores? Como foi?	Objetivo específico 4	Informação
15	Como foi a implementação de processos de avaliação do programa?	Objetivo específico 4	Opinião
16	Como foi a implementação dos processos de avaliação de aprendizagem dos médicos residentes pelos preceptores?	Objetivo específico 4	Opinião
17	Como foram implementados processos de avaliação dos estágios?	Objetivo específico 4	Opinião
18	Foram implementados processos de avaliação dos preceptores?	Objetivo específico 4	Informação
19	Como foi pensada a integração com os outros profissionais das equipes que receberam residentes?	Objetivo específico 3	Opinião
20	Qual a participação das equipes e comunidade na implementação do programa? Há participação nos processos decisórios relativos ao programa?	Objetivo específico 3	Opinião
21	Qual sua avaliação da implementação do PRM em MFC na SESAU-Recife?	Objetivo específico 5	Opinião

A entrevista com os informantes do grupo III foi realizada com um conjunto de perguntas abertas que irão guiar a atividade. O roteiro III foi utilizado para as entrevistas com os especialistas em MFC egressos do programa e está descrito abaixo:

	Pergunta	Tema/relação com objetivos específicos	Tipo - Informação ou Opinião?
1	Qual é o seu nome e idade? Em que instituições realizou sua formação?	Identificação	Informação
2	Fale um pouco sobre sua trajetória profissional na área da saúde. Desde quando trabalha no SUS?	Identificação	Informação
3	Você possui alguma outra atuação profissional? Qual?	Identificação	Informação
4	Onde você trabalha atualmente?	Identificação	Informação

5	Por que escolheu fazer residência em MFC?	Identificação	Opinião
6	Por que escolheu fazer PRM em MFC na SESAU-Recife?	Identificação	Opinião
7	Em que ano entrou no programa?	Identificação	Informação
8	Fale sobre as principais dificuldades enfrentadas na Atenção Básica do Recife, especialmente no período em que você era residente.	Objetivo específico 2	Opinião
9	Quais as fortalezas e potencialidades encontradas no programa? E quais as dificuldades?	Objetivos específicos 1 & 5	Opinião
10	Há ou houve alguma forma de complementação das bolsas dos médicos residentes?	Objetivos específicos 1 & 5	Informação
11	Qual sua avaliação da implementação do PRM em MFC na SESAU-Recife?	Objetivo específico 5	Opinião
12	Foram implementados processos de avaliação dos preceptores?	Objetivo específico 4	Opinião
13	Como foi a implementação de processos de avaliação do programa?	Objetivo específico 4	Opinião
14	Como foi a implementação dos processos de avaliação de aprendizagem dos médicos residentes pelos preceptores?	Objetivo específico 4	Opinião
15	Como foram implementados processos de avaliação dos estágios?	Objetivo específico 4	Opinião
16	Como você vivenciou a integração com os outros profissionais das equipes que receberiam residentes?	Objetivo específico 3	Opinião
17	Como era a participação das equipes e da comunidade na nas definições das atividades do programa? Havia participação nos processos decisórios relativos ao programa?	Objetivo específico 3	Opinião

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Formulário... <https://docs.google.com/forms/d/1yvLWVWgAR5fRCh5...>

Master PDF Editor - Demo Version

Termo de Consentimento Livre e Escl

Todas as alterações foram salvas no Google Drive

Perguntas Respostas

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) do estudo denominado "Avaliação do processo de implementação de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade: Uma análise do caso da residência da Prefeitura do Recife", com o objetivo principal de avaliar o processo de implementação do programa de residência médica de MFC da Prefeitura do Recife. O estudo faz parte dos requisitos para a conclusão do programa de mestrado profissional em saúde da família da Fundação Oswaldo Cruz.

Por sua atuação na secretaria de saúde do Recife e no programa de residência em MFC, você foi convidado(a) participar. Sua participação no referido estudo será por meio de uma entrevista semiestruturada por webconferência, com perguntas relacionadas ao processo de implementação do programa de residência médica em MFC da secretaria de saúde do Recife, onde você atua e/ou fez minha residência. Fui informado que a entrevista será gravada em meio eletrônico para posterior uso na pesquisa. Fui informado ainda que a entrevista tem a duração prevista de 1 hora aproximadamente.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como contribuir com a construção e difusão do conhecimento ao participar da pesquisa.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, eventuais desconfortos durante a entrevista podem ocorrer.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos para a realização da entrevista com o envio das respostas por escrito.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Marcos Vinicius Soares Pedrosa e Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, mestrando e orientador do mestrado profissional em saúde da família da Fiocruz e com eles poderei manter contato pelo telefone (61) 99162-3211 ou pelo e-mail marcosvspedrosa@gmail.com.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma de transferência bancária. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para (81) 2101.2500 ou 2101-2600 e solicitar contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz ou mandar um email para comiteetica@cpqam.fiocruz.br.

Endereço de e-mail *

Endereço de e-mail válido

Este formulário coleta endereços de e-mail. [Alterar configurações](#)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Formulário... <https://docs.google.com/forms/d/1yvLWVWgAR5fRCh5...>

Master PDF Editor - Demo Version

 Todas as alterações foram salvas no Google Drive    

Perguntas Respostas



Sim, aceito. Declaro que li e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima.

Nome Completo: *

Texto de resposta curta

Nacionalidade: *

Texto de resposta curta

Profissão: *

Texto de resposta curta

Número do CPF: *

Texto de resposta curta

Endereço: *

Texto de resposta longa

ANEXO C – SISTEMATIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS COMPILADOS

Leis Federais		
Lei	Ementa	Comentários
Lei nº 6.932/1981	Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.	<p>Define a residência médica no Brasil: “Art. 1o - A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.</p> <p>§ 1º - As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica. [...]”</p>
Lei nº 12.871/2013	Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.	<p>O PMM intervém nas vagas de residência médica, com o objetivo de redução das priorizando determinadas regiões e especialidades médicas, entre elas a MFC:</p> <p>“[...] Art. 2º Para a consecução dos objetivos do PMM, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:</p> <p>I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;</p> <p>II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e</p> <p>III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-</p>

		serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. [...]”
--	--	--

Decretos presidenciais		
Decreto	Ementa	Comentários
Decreto Nº 7.562/2011	Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica.	Define a composição da CNRM, estrutura assim como regramento dos seus atos normativos.

Portarias interministeriais (MEC & MS)		
Portaria	Ementa	Comentário
Portaria Interministerial nº 1001/2009.	Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA.	Tem por objetivos apoiar a formação de especialistas via residência médica em determinadas especialidades e em regiões prioritárias; Estratégia para enfrentamento da carência de certas especialidades médicas; Edital próprio do PRÓ-RESIDÊNCIA que definia as especialidades de áreas básicas e de áreas prioritárias, além das regiões que poderiam pleitear o financiamento das bolsas de residência ofertadas pelo programa. Desde o primeiro edital a MFC figura entre as “áreas prioritárias” e a SESAU-Recife Recife é habilitada para pleitear financiamento para a abertura de programas e expansão de vagas.
Portaria Interministerial nº 1.618/2015.	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos	Oferta de curso de especialização em preceptoria pelo “Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade”, voltado para profissionais médicos-residentes que ingressaram nos PRMFC no período compreendido entre os anos de 2016 e 2018; e profissionais médicos que exerciam a atividade de preceptoria nos PRMFC.

	termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.	Além da oferta gratuita do curso de especialização havia o pagamento de bolsa formação aos médicos residentes no valor de R\$ 2500,00 (dois mil e quinhentos reais) mensais por até 24 meses.
--	--	---

Portarias MS		
Portaria	Ementa	Comentários
Portaria MS nº 1248/2013	Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS.	<p>Recurso financeiro do MS para o custeio das RAS e dos estabelecimentos hospitalares, por vaga de residência criada:</p> <p>“[...] Art. 2º A Estratégia de Qualificação da RAS por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS tem por objetivos:</p> <p>I - reforçar financeiramente o custeio das RAS e dos estabelecimentos hospitalares beneficiários, considerando-se as despesas adicionais necessárias à qualificação da assistência para o ensino;</p> <p>II - garantir a melhoria da estrutura hospitalar e da organização e funcionamento das RAS, de forma a aprimorar o funcionamento dos Programas de Residência Médica [...]”</p>
Portaria MS nº 2.488/2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa	Em vigor quando o PRMFC estava em fase de formulação. Revogada em 2017, dando lugar a nova PNAB.

	de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	
Portaria MS nº 2.436/2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.	PNAB atualmente em vigor.

Outros programas do MS Relacionados		
Programa	O que é	Comentários
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde é uma forma alternativa para determinados hospitais fazerem jus à Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS) através da realização de projetos de educação, pesquisa, avaliação de tecnologias, gestão e assistência especializada voltados ao fortalecimento e à qualificação do SUS em todo o Brasil.	Através do PROADI-SUS foi realizada a oferta de cursos de especialização e aperfeiçoamento que incluem preceptoria e gestão de programas de residência.

Resoluções da CNRM		
Resolução	Ementa	Comentários
Resolução CNRM nº 06/2005	Dispõe sobre a autorização de Curso Livre com metodologia de ensino a distância, para o aperfeiçoamento teórico dos médicos residentes.	Em vigor.
Resolução CNRM nº 02/2006	Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.	Revogada.
Resolução CNRM nº 06/2006	Dispõe sobre a avaliação dos Programas de Residência Médica.	Em vigor. Contém critérios de avaliação para credenciamento

		provisório e definitivo dos programas.
Resolução CNRM n. 01/2015	Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências.	Revogou a portaria CNRM n. 02/2006. Requisitos mínimos atualmente em vigor.
Resolução CNRM n. 09/2020.	Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil.	Em vigor.

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Master PDF Editor - Demo Version



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do processo de implementação de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade: Uma análise do caso da residência da Prefeitura do Recife

Pesquisador: MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 42522820.7.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Instituto Aggeu Magalhães (IAM)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.841.647

Apresentação do Projeto:

As informações dos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1668733.pdf de 23.01.2021 cujo preenchimento foi realizado pelo pesquisador responsável.

Resumo:

Desde a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil a partir da criação do Programa Saúde da Família - posteriormente convertido em estratégia prioritária da nossa APS -, é notável a contradição entre a crescente demanda por profissionais médicos com formação especializada para atuar no SUS nesse nível de atenção e a escassez de vagas em programas de residência da especialidade. A residência médica é a estratégia mais reconhecida internacionalmente de formação de especialistas médicos há mais de 100 anos. Desde os anos 2000 observamos várias iniciativas de expansão dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRMMFC) como resposta a esta crescente demanda. Essas iniciativas incluem programas federais que fomentaram diretamente a expansão de programas de residência médica e promoviam diversas mudanças na formação médica como o PRÓ-RESIDÊNCIAS e o Programa Mais Médicos (PMM). O presente trabalho tem por objetivo avaliar o processo de implementação do programa de residência médica em medicina de família e comunidade (MFC) da Secretaria de Saúde do Recife

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

Master PDF Editor - Demo Version



Continuação do Parecer: 4.841.647

(SESAURecife), criado em 2013. A presente pesquisa consiste em um estudo de caso, de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico. Se utilizará, para a coleta de dados, de dois métodos de pesquisa: a análise documental relacionada a documentos públicos de interesse, como normativas do programas federais (como o PRO-RESIDÊNCIAS e o PMM), legislação federal correlata, editais de seleção de programas de residência médica e o projeto pedagógico do programa de residência médica estudado; e a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes chave escolhidos entre os gestores da secretaria de saúde da cidade do Recife/PE, entre trabalhadores de saúde diretamente ligados ao PRMMFC, além de médicos egressos do programa. A análise das entrevistas será realizada por meio da análise de conteúdo.

Hipótese:

A implementação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade ocorreu trazendo ampliando as demandas de estrutura física, redimensionamento e provisão de insumos, além de aumentar a demanda de gestão de conflitos na relação dos residentes com preceptores, trabalhadores dos serviços de saúde, usuários e gestores locais.

Metodologia Proposta:

A presente pesquisa consiste em um estudo de caso, de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico. Se utilizará, para a coleta de dados, de dois métodos de pesquisa: a análise documental relacionada a documentos públicos de interesse, como normativas do programas federais (como o PRORESIDÊNCIAS e o PMM), legislação federal correlata, editais de seleção de programas de residência médica e o projeto pedagógico do programa de residência médica estudado; e a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes chave escolhidos entre os gestores da secretaria de saúde da cidade do Recife/PE, entre trabalhadores de saúde diretamente ligados ao PRMMFC, além de médicos egressos do programa. A análise das entrevistas será realizada por meio da análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de implementação do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura do Recife.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

Master PDF Editor - Demo Version



Continuação do Parecer: 4.841.647

Objetivo Secundário:

1. Identificar o plano traçado para a implementação da residência;
2. Identificar as influências e motivações locais para a implementação da residência;
3. Descrever as estratégias de Integração ensino serviço na residência;
4. Examinar as estratégias de formação pedagógica de preceptores e avaliação do programa;
5. Propor instrumento de apoio à implementação de novos programas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto ou constrangimento durante a realização da entrevista.

Benefícios:

Contribuir com a construção e difusão do conhecimento ao participar da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de dissertação de mestrado profissional em saúde da família da FIOCRUZ-PE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos entregues sem pendências.

Recomendações:

Entregas de relatórios parciais e final devem ser feitas via notificação. Os relatórios parciais devem ser apresentados, pelo menos, semestralmente. Qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, devem ser informados via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências do parecer: 4.756.759.

1. Explicar na seção Métodos se a amostra é por saturação. Justificar o n = 0. ATENDIDA.
2. Cronograma: ajustar no projeto na íntegra e nas informações básicas o período de início das entrevistas conforme período de avaliação ética pelo CEP. ATENDIDA.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

Master PDF Editor - Demo Version



Continuação do Parecer: 4.841.647

Conclusão: O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pedese que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1668733.pdf	29/06/2021 15:33:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_Projeto_sem_realces_completo.pdf	29/06/2021 15:32:55	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_Projeto_realces_completo.pdf	29/06/2021 15:32:38	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Nova_Carta_de_resposta_as_pendencias.pdf	29/06/2021 15:26:32	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_garibaldi.pdf	29/04/2021 23:54:44	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_29_04_21.pdf	29/04/2021 23:31:58	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_anuencia_recife.pdf	09/02/2021 16:51:37	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	09/02/2021 16:47:11	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	23/11/2020 15:38:21	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito
Outros	Marcos_curriculo_lattes.pdf	23/11/2020 15:16:56	MARCOS VINICIUS SOARES PEDROSA	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

Master PDF Editor - Demo Version



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 4.841.647

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 12 de Julho de 2021

Assinado por:

Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: cep.iam@fiocruz.br