



Augusto Roberto Vidreira Batista

Programa de residência médica em Medicina da Família e Comunidade:
Potencialidades e Fragilidades, na Realidade do Município de Salvador-Bahia

Teixeira de Freitas

2021

Augusto Roberto Vidreira Batista

Programa de residência médica em Medicina da Família e Comunidade:
Potencialidades e Fragilidades, na Realidade do Município de Salvador-Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Jane Mary Guimarães.

Co-orientadora: Profa. Dra. Rócio Elizabeth Chávez Alvarez.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Teixeira de Freitas

2021

Catálogo na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Sistema de Bibliotecas (SIBI)

B333p Batista, Augusto Roberto Vidreira, 1987-

Programa de residência médica em medicina da família e comunidade: potencialidades e fragilidades, na realidade do município de Salvador-Bahia / Augusto Roberto Vidreira Batista. – Teixeira de Freitas: UFSB, 2021. - 109f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Paulo Freire, Centro de Formação em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.
Orientadora: Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães.

1. Medicina de família e comunidade – Salvador (BA). 2. Internato e residência. 3. Educação em saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD – 610.7

Elaborada por Raquel da Silva Santos – CRB-5ª Região/ 1922

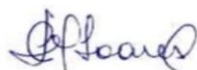
Augusto Roberto Vidreira Batista

Programa de residência médica em Medicina da Família e Comunidade:
Potencialidades e Fragilidades, na Realidade do Município de Salvador-Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 29 de setembro de 2021.

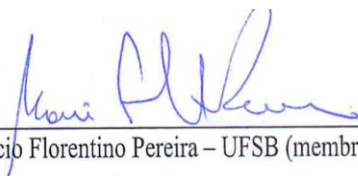
Banca Examinadora:



Dra. Catharina Leite Matos Soares – ISC/UFBA (membro externo)



Dra. Ita de Oliveira Silva – UNEB (membro externo ao programa)



Dr. Marcio Florentino Pereira – UFSB (membro interno)



Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães – UFSB (orientador)

Teixeira de Freitas

2021

AGRADECIMENTOS

De volta ao início, no fim da década de 80, em meio à crise da ditadura militar e decadência do modelo político e ideológico e em plena crise econômica do país, um casal de uma professora e um médico após oito anos da segunda prole se permitem a concepção do terceiro filho. Após início nada fácil da vida dos dois, com o início da vida um pouco mais estabilizada, nasce em momento diferente dos dois irmãos mais velhos, Afonso Neto e Aline, mais um menino, Augusto Roberto, que seria apenas o terceiro de uma prole de 5 filhos.

Primeiro nome segundo a mãe, a cartilha de nomes para bebês e a Roma antiga, iluminado, com o Roberto, segundo nome do pai.

Dos olhos claros e da pele um pouco mais clara, sofre com as piadas nos primeiros anos, até pelos ciúmes dos irmãos, que agora tinha um caçula para dividir a atenção, pra eles, o "adotado".

Com a proteção dos pais e a natureza levemente arredia, sempre buscou caminhos de independência.

Aos 6 anos, deu sua primeira dor de cabeça, aos pais com uma "visão dupla" e dois anos de idas e vindas a milhões de oftalmologistas e exames de imagens, mas graças aos orixás e a Deus, um final feliz!

Durante a idade complicada, a adolescência, o bom e o divertido era o futebol, tantas dores de cabeça, pois ali, o futuro era a bola. Era camisa, shorts com pé descalço ou a chuteira. Do futebol de Rua na Monteiro Lobato, para uma quadra dentro de casa e para o Bahia, time de colégio e inúmeros campeonatos, sempre competitivo. Na escola, aí sim era problema, com facilidade e com a imagem de futuro jogador, o pai, Dr. Afonso, ganhou alguns cabelos brancos. Celebre frase da professora de História da oitava série do fundamental, "para um menino que vai ser jogador de futebol, ele é um excelente aluno! Não tem dificuldades, não precisa se preocupar pai!".

Aquele episódio rendeu todos os conselhos futuros, "se você pode ser o melhor que seja, eu não aceito mais a média", assim dizia o pai.

No terceiro ano, ao ser chamado para disputa do Campeonato Brasileiro de Futebol de Salão e isso implicaria na reprovação do terceiro ano, veio à decisão: Quero ser médico!

Mas o tempo havia passado e a decisão mesmo quer tarde renderia esforço, suor e dedicação.

...Nesse momento veio o cursinho e a Física, as aulas e os anos de monitoria e inúmeros vestibulares até aprovação em Medicina em 2009.

Na faculdade, dentro do Diretório acadêmico, dentro de casa, e nas salas de aula aprendeu a ver a medicina não tão especializada focalmente e bem efetiva, nos seis anos, com grande apoio dos estágios de vivência no SUS e do internato, uma visão muito ampla para aprender e muito aprendido e ao sair da faculdade uma opção do destino, as Forças Armadas e o militarismo como nova escola para fortalecer tudo que eu já acreditava. E aquela grande dúvida, será que faço MFC? Não tinha conhecido nenhum médico de referência na Graduação, mas não precisava, eu tinha um MFC em casa, mais uma vez, obrigado, meu PAI.

Gratidão aos meus:

Obrigado pai, por tudo, por tudo que sei, hoje, que abdicou para ter uma família linda e que família.

À minha mãe Helena, quem eu aprendi tanto sobre a sensibilidade de buscar ajudar o outro, aquele que tem mais dificuldade, o mais necessitado. A empatia! Muito obrigado por tudo, no fundo a senhora sabe que a vontade de dar aula sempre veio da admiração da forma que você partilha a Vida.

Aos meus irmãos, Afonso, Aline, Alena e Afonso.

Aos meus sobrinhos, Malu, Paulinha, Marcus Roberto e Afonsinho.

A residência em Medicina de Família e Comunidade contando com todas as dificuldades que a cidade de Salvador e sua falta de estrutura poderia fornecer para o reconhecimento das dificuldades e para aprender a amar ainda mais o caminho, o Subúrbio Ferroviário; na residência médica conheci o bairro de Ilha Amarela e tive a certeza de que queria mudar o ensino de MFC nas universidades e construir uma Residência que representasse a especialidade que acredito. Atendendo cada paciente de Ilha Amarela eu via um pouco da minha trajetória de suburbano, de ter nascido no Lobato, muito próximo dali, de saber que aquela escuta sempre era especial e o cuidado necessário.

A partir de 2016, na residência médica para depois a construção da o PRMMFC, o resto da história tá vai ser contada um pouco nessas próximas quase 100 páginas, pois foram 5 anos intensos dentro da APS de Salvador. Uma trajetória de residente, MFC, coordenador da COREME, dos vínculos precários como TAC, REDA e hoje estatutário. Com paixão também professor universitário.

Esse sou eu, olhando de fora e por dentro.

Augusto Roberto Vidreira Batista, Suburbano, filho de uma professora primária e um médico da periferia de Salvador, já fui quase jogador de futebol, formado em dezembro 2014 pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 34 anos, já fui 2º Tenente Médico da Força Aérea Brasileira, Hoje médico de Família e Comunidade pela Escola Estadual de Saúde Pública da USF Ilha Amarela, professor e preceptor de uma IES de Salvador, torcedor do Bahia, apaixonado pela família e grato a Deus e meus Orixás.

Meus agradecimentos mais direcionados vão, especialmente, para minha orientadora Jane Guimarães pelo apoio singular durante esta trajetória de construção e escrita, literalmente segurou minha mão e não largou. Leverei para vida todas as palavras de incentivo e apoio, assim como o papel de orientação ao entender todo o contexto fora do mestrado que eu vivi nestes dois últimos anos. Gratidão!

Lohana Guimarães Souza, futura médica brilhante, que Jane colocou no meu caminho e que pode compartilhar comigo as questões do Mestrado e sobre os Programas de Residência na Bahia, uma grande parceria. O meu muito obrigado! Conte comigo sempre.

Queria lembrar que esse trabalho é fruto de todo um esforço coletivo de pessoas que escreveram a história da MFC em Salvador e na Bahia. Meu muito obrigado, ao Núcleo de Residência da SMS Salvador, à CGPS.

Lembrar de toda a trajetória do PRMMFC Salvador com os colegas preceptores e nossos residentes e como foi de grande importância segurar a mão de todos nessa construção para seguirmos fortes.

À Unidade de Saúde da Família de Ilha Amarela, em especial ao meu amigo e gerente Menezes, por todas as conversas para melhoria de acesso e construção de uma Saúde para todos, rompendo os muros da unidade e querendo levar nossos projetos para as Unidades vizinhas e até para a cidade inteira de Salvador. Essa vitória é nossa, acreditamos também no sonho de uma residência para atender as necessidades do município.

Aos meus colegas da preceptoria do PRMMFC e MFC da Bahia, assim como alunos e residentes, este trabalho é fruto de tudo aquilo que acredito e que venho defendendo desde o Diretório Acadêmico Pirajá da Silva. Wal, meu muito obrigado pelos momentos de iluminação nessa escrita ao me socorrer e enviar tantos trabalhos e incentivo.

Por último, mas não menos importante, pois no fim da trajetória deste mestrado,

agradeço à Gustavo Lessa, secretário da COREME, em uma sintonia astrológica construiu comigo as tabelas sobre a residência na Bahia. Mais uma vez, eu vejo na minha vida que: ... “Pra tudo tem um jeito, e se não teve jeito... Ainda não chegou ao fim” ...

“Se não sabes, aprende; se já sabes, ensina.” (Confúcio)

RESUMO

A residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem importância estratégica no contexto da formação médica para consolidação de políticas de saúde pública no Brasil. A expansão e fortalecimento das residências em MFC no cenário nacional vem sendo desenhado dentro de iniciativas de consolidação do Sistema Único de Saúde e do redesenho das diretrizes curriculares nacionais. Por esse motivo, o objetivo é descrever o Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade (PRMMFC), no contexto da reorientação da formação médica e de seus cenários de prática trazidos pela restauração curricular e pelo Programa Mais Médicos, em Salvador - Bahia. Foi desenvolvido um estudo, com abordagem qualitativa, observando diretamente o PRMMFC por meio de oficina realizada com o supervisor do programa. Oficina para a sistematização das potencialidades e fragilidades que influenciam o alcance das metas de residências nas redes de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) municipal, através da criação de uma matriz SWOT (acrônimo para Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threat) do programa. A análise documental criou linha histórica da criação dos programas em Salvador e na Bahia mostrando o reflexo das políticas públicas de incentivo à criação de novos Programas. A matriz SWOT indica o cenário atual favorável à residência em MFC da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador com destaque das potencialidades e fortalezas de acordo com a visão do supervisor do PRM, demonstrando um apoio importante da gestão local resultados positivos da sua implementação. A Bahia apresenta um número de médicos especialistas em MFC abaixo da média nacional em número e em proporção, assim como um número sem destaque no Nordeste. Por fim, este estudo aponta impactos positivos que as políticas públicas, como o Programa Mais Médicos e leis locais, trouxeram para a melhoria da ocupação dos programas na formação do profissional médico nesta especialidade. É necessário buscar, através de novos estudos, respostas sobre a estruturação, a visão de outros atores chave e o desenho pedagógico dos PRMMFC da Bahia de uma forma mais profunda, assim como os desdobramentos para qualificação da APS dos cenários envolvidos.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade. Internato e residência. Educação em saúde. atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Medical residency in Family and Community Medicine (MFC) is of strategic importance in the context of medical training for the consolidation of public health policies in Brazil. The expansion and strengthening of residencies in MFC on the national scene has been designed within the consolidation initiatives of the Unified Health System and the redesign of national curriculum guidelines. For this reason, the objective is to describe the Medical Residency Program in Family and Community Medicine (PRMMFC), in the context of the reorientation of medical training and its practice scenarios brought about by the curriculum restoration and by the Mais Médicos Program, in Salvador - Bahia. A study was developed with a qualitative approach, directly observing the PRMMFC through a workshop held with the program supervisor. Workshop for the systematization of strengths and weaknesses that influence the achievement of residency goals in municipal the Unified National Health System (SUS) service networks, through the creation of a SWOT matrix (acronym for Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threat) of the program. The documental analysis created a historical line of the creation of programs in Salvador and Bahia, showing the reflection of public policies to encourage the creation of new Programs. The SWOT matrix indicates the current favorable scenario for MFC residency in the Municipal Health Department of Salvador, highlighting the potential and strengths according to the view of the PRM supervisor, demonstrating an important support of local management, positive results of its implementation. Bahia has a number of physicians specializing in MFC below the national average in number and proportion, as well as an unremarkable number in the Northeast. Finally, this study points out the positive impacts that public policies, such as the Mais Médicos Program and local laws, have brought to improving the occupation of programs in the training of medical professionals in this specialty. It is necessary to seek, through new studies, answers about the structuring, the vision of other key actors and the pedagogical design of the PRMMFC in Bahia in a deeper way, as well as the consequences for the qualification of the APS of the scenarios involved.

Keywords: Family and community medicine. Internship and Residence. Health education. Primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Linha do tempo dos Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade na Bahia.....	51
Gráfico 1 –	Aumento das vagas de PRMMFC, 2014-2018	47
Gráfico 2 –	Vagas do Primeiro Ano no Curso Médico segundo Tipo de IES – Bahia, 2020.....	47
Gráfico 3 –	Vagas no primeiro ano em Medicina Capital versus Interior – Bahia, 2020.....	48
Gráfico 4 –	Vagas Nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Estados do Nordeste e no Brasil, 2014-2018.....	49
Gráfico 5 –	Vagas em PRMMFC, na Bahia, 2014-2018.....	50
Gráfico 6 –	Vagas em Residência Médica em Medicina de família e Comunidade, 2020.....	50
Gráfico 7 –	Número de residentes que iniciam o R1 e o R2 por ano, entre 2005 e 2021.....	52
Gráfico 8 –	Número de residentes em MFC ativos e concluindo por ano na Bahia.....	53
Gráfico 9 –	Número de residentes cursando e concluindo a residência de MFC por ano na Região Metropolitana de Salvador, sem a FESF entre 2007 e 2021.....	59
Gráfico 10 -	Número de residentes cursando e concluindo a residência de MFC por ano na Região Metropolitana de Salvador, sem a FESF entre 2007 e 2021.....	59
Gráfico 11 –	Relação da matriz SWOT com a classificação de Oliveira (1999).....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Vagas Nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Estados do Nordeste e no Brasil, 2014-2018.....	48
Tabela 2 –	Número de Residentes que concluíram o PRMMFC fora da Região Metropolitana de Salvador entre 2002 e 2021.....	53
Tabela 3 –	Número de Residentes que desistiram do PRMMFC na Bahia entre 2006 e 2021.....	55
Tabela 4 –	Número de Residentes que concluíram a residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na Bahia entre 2006 e 2021..	58
Tabela 5 –	Matriz SWOT sobre a avaliação de potencialidades e Fragilidades do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Salvador.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAPS	Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREM	Comissão Estadual de Residência Médica
COREME	Comissão de Residência Médica
CREMEB	Conselho Regional de Medicina da Bahia
CGPS	Coordenação de Gestão de Pessoas da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ESPBA	Escola Estadual de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família e Comunidade
FBDC	Fundação Baiana para Desenvolvimento das Ciências
FESF	Fundação Estatal de Saúde da Família
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral Comunitária
MPB	Médicos pelo Brasil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PCP	Pedido de Credenciamento Programas
PMM	Programa Mais Médicos
PMS	Prefeitura Municipal de Salvador
PRM	Programa de Residência Médica
PRMMFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PROVAB	Programa de Valorização de Profissionais de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PSU	Processo Seletivo Unificado

RAS	Rede de Assistência à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMG	Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária
SisCNRM	Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threat
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos dos Sujeitos
UFBA	Universidade Estadual de Saúde Pública
UNIFTC	Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia
USF	Unidades de Saúde da Família
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVO GERAL	24
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	METODOLOGIA	25
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.2	ASPECTOS TÉCNICOS E OPERACIONAIS.....	28
3.2.1	Contexto	28
3.2.2	Sujeitos	29
3.2.3	Produção de dados	29
3.2.3.1	Descrição da oficina da Matriz SWOT.....	31
3.2.4	Procedimentos para análise dos dados	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	ASPECTOS TEÓRICOS QUE ILUMINAM A ANÁLISE.....	34
4.1.1	O modelo de atenção à saúde no Brasil: breve histórico	34
4.1.2	O contexto atual da atenção primária no Brasil	35
4.1.3	O profissional médico e a Atenção Primária à Saúde no Brasil	39
4.1.4	As mudanças da formação médica	41
4.1.5	A evolução dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade	44
4.2	OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM SALVADOR E NA BAHIA.....	46
4.3	O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SALVADOR.....	60
4.4	ESTRUTURA E TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR.....	66

4.4.1	Percurso histórico.....	66
4.4.2	Estrutura pedagógica inicial e desenvolvimento do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da SMS Salvador.....	69
4.4.3	Segundo ano do programa e mudanças nas propostas pedagógicas e do desenho da residência, discussão e construção do processo avaliativo.....	72
4.4.4	Discussão e construção do processo avaliativo.....	73
4.4.5	O manual do residente da sms Salvador e o terceiro ano da residência.....	74
4.5	OFICINA PARA ELABORAÇÃO DA MATRIZ SWOT COM O SUPERVISOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SALVADOR.....	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	86
	ANEXO A – TCLE.....	94
	ANEXO B – CARTA CONVITE.....	98
	ANEXO C – MATRIZ SWOT.....	99

1 INTRODUÇÃO

A formação médica no Brasil vem sofrendo significativas mudanças no seu papel social e como ela é desenhada dentro da academia para atender as demandas da sociedade e do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, WUO, HEINZELE, 2018).

Frente à consolidação e ao desenvolvimento das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda hoje é enfrentado o desafio de formação, a qualificação, a valorização e a regulação de recursos humanos a partir das necessidades e demandas da população. A Constituição Federal de 1988 (CF- 88), no seu Art. 200, inciso III, estabelece que o SUS tenha como competência “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

O modelo de saúde que temos é hegemônico e traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada. A substituição desse sistema por um sistema médico não centrado, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado ainda é um grande desafio.

O paradigma da integralidade, segundo Campos *et al.* (2014), tem como imagem-objetivo ao ser alcançada, no que se refere aos programas de graduação do profissional da saúde, uma formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. Isso significaria a capacitação do profissional para enfrentar os problemas do processo saúde-doença, de forma contextualizada. Implica, também, estimular uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, que respeite os princípios do SUS, incluindo o controle social, e atue com a população de um determinado território.

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a tentativa de se configurar, nestes últimos anos, a porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro. No modelo atual, espera-se que nesta sejam resolvidos cerca de 80% dos problemas de saúde da população e, então, é importante que haja profissionais nas Unidades de Saúde da Família (USF) com formação ampla voltada para esse campo de atuação (MENDES, 2015).

A implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) trouxe a necessidade de contratação de recursos humanos aptos a desenvolverem as suas práticas com os princípios que norteiam o SUS. Para suprir esta nova demanda, os Ministérios da Educação e da Saúde vêm não só implantando estratégias para melhorar a formação dos estudantes da área de saúde e qualificar os profissionais já

inseridos no mercado de trabalho. Entretanto, são observadas dificuldades na consolidação de uma estratégia de qualidade no país (MENDES, 2015).

É importante a busca pela atualização dos profissionais da atenção primária, pois a formação destes tem nos seus currículos de graduação uma organização tal qual que contribui pouco para a resolução de questões concretas e cotidianas. Além disso, há a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais, visando um novo tipo de atendimento aos usuários dos serviços de saúde, numa perspectiva mais humanizada e integral, focada na família e com ações intersetoriais.

Dentro da realidade de transição demográfica vivida pelo Brasil nos últimos 30 anos a partir da Constituição de 1988, temos o surgimento de novos desafios para a saúde nacional, como o enfrentamento de doenças crônicas e o cuidado com os transtornos da saúde mental. Assim, novos olhares se fazem necessários para o ordenamento e estratégia de cuidados à população. Não podendo deixar de citar o envelhecimento (mudança da pirâmide etária), mudança do cenário socioeconômico e aumento da população (MENDES, 2015).

Feuerwerker (1998) destaca em seu texto que um ponto fundamental da crise sobre a forma de assistência na saúde envolve as relações entre os médicos e os demais profissionais da saúde, entre os profissionais da saúde e a população, entre a população e a própria saúde e que se faz necessário redefinir o papel da clínica e da ação específica; não somente dos médicos, mas de todos os profissionais da saúde. Como momentos estratégicos na formação acadêmica, a residência e o internato têm posicionamentos importantes para esta redefinição. O cenário sendo voltado na APS pode favorecer a reorientação da utilização dos campos de prática e pensar em novas práticas sanitárias.

A formação médica vive nos últimos 20 anos mudanças estruturais dentro dos muros das escolas de formação acadêmica e para além deles. Com a abertura da discussão do antigo currículo médico hegemônico, houve a abertura de diálogo sobre os campos de prática e da formação, com mudanças propostas e impostas pelas instituições reguladoras; assim, como a abertura de mais escolas de formação para o aumento de oferta de profissionais por habitante (MACHADO, WUO, HEINZELE, 2018).

A promulgação em 2001 das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Graduação de Medicina pode ser considerada um marco tanto pela ampla participação de diversos setores na sua construção como pelo avanço trazido

na orientação e organização curriculares (MEC/CNE, 2001).

O Art. 9º destas DCN traz sobre a formação e as relações de aprendizagem a seguinte passagem:

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), uma política ativa de mudança na formação irá possibilitar uma melhor articulação entre universidade e serviços/sistema de saúde, a construção de compromissos, a responsabilidade pública e a relevância social da universidade ampliada, na medida em que trazem para o contexto da educação o conjunto das diretrizes do SUS, em especial, a integralidade.

Em 2011, foi criado o Programa de Valorização de profissionais de atenção básica (PROVAB) cujo objetivo é a valorização, o aperfeiçoamento e a educação permanente dos profissionais que trabalham na Atenção Básica. Oferecendo, ainda, incentivos financeiros e de acesso a programas de residência médica (BRASIL, 2011).

Em 2013, foi lançado o Programa “Mais Médicos”, que além de levar médicos brasileiros e estrangeiros para regiões onde há escassez e ausência destes profissionais, propõe uma série de medidas estruturantes para aprimorar e regular a formação médica. Com o programa, os Ministérios de Saúde e Educação ampliaram o acesso ao curso de Medicina e o número de vagas para residência médica (BRASIL, 2013).

A Lei do Mais Médicos (BRASIL, 2013), Lei nº 12.871 de 2013, estabeleceu que a oferta anual do número de vagas deverá ser equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior e que esta meta será implantada progressivamente até dezembro de 2018. Estabelece que em 2018 o 1º ano de residência em Medicina de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos programas de residência médica de Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social.

Neste contexto de redesenho da formação médica, foi proposto uma reorientação dos cenários de práticas visando formar um médico com uma visão mais humanista, crítica, ética e reflexiva, também preparado para as condições de trabalho reais no SUS. Este novo desenho traz uma formação dentro do internato médico,

estágios obrigatórios dentro da atividade médica que corresponde a um terço do tempo de formação acadêmica; os dois últimos anos, que obrigatoriamente após 2014 precisam ter 30% da carga horária de formação do futuro profissional no internato em práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) e urgência e emergência de serviços do SUS (BRASIL, 2014). Redesenho da formação médica Pós Programa Mais Médicos (BRASIL, 2014).

A trajetória da especialidade no período Pré-SUS, tem momentos de críticas políticas, da esquerda e da direita, e também da comunidade médica. A crise levou ao fechamento de diversos PRM em MGC, outros desenvolveram o Programa de Medicina Preventiva e Social para não fecharem em 1988, após várias residências terem as bolsas suspensas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Inclusive, o fechamento da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (FALK, 2004).

Após o lançamento do Programa Saúde da Família em 1994, de políticas públicas voltadas para o aumento qualificação profissional para atenção básica e a falta de evolução na formação de profissionais especialistas capacitados para a atuação nos postos de saúde, muda-se o cenário nos anos seguintes no Brasil, levando a um movimento que reabre em 2001, com a reabertura da sociedade e com o novo nome, *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, mudando para o nome atual da especialidade e após este momento, começa uma grande expansão nos programas de residências médicas da especialidade (FALK, 2004).

Segundo o Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB, 2020), o Estado, atualmente, possui como especialização cadastrada junto ao conselho, um total de apenas 103 médicos com a especialidade registrada em Medicina de Família e Comunidade. Este número é considerado muito pequeno em relação à população regional.

Na análise histórica feita por Falk (2004) relacionando a formação médica no Brasil em MFC relacionando com a história mundial de mudanças dos sistemas de saúde demonstra a importância da residência médica como ator das mudanças dos processos de formação e atenção à saúde. Dessa forma, o fortalecimento das residências em áreas básicas traz um retorno a população na qualificação da assistência e na consolidação de políticas públicas do SUS.

A residência médica no Brasil instituída por decreto em setembro de 1977 é uma modalidade de ensino de pós-graduação no formato treinamento em serviço. O

Programa de Residência médica (PRM) confere, ao médico residente, o título de especialista. Assim, todos os PRM devem ser credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (SIMAS *et al.*, 2018).

As contribuições do médico de família para o sistema de saúde, segundo Kidd (2016), estão relacionadas aos seus conjuntos de atributos que caracterizam a especialidade e são diversas. Dessa forma, vale ressaltar que a importância desse profissional se destaca nos seus muitos papéis que podem ser realizados, como: prestadores de atenção à saúde, líderes, administradores e supervisores, além de coordenadores gerais da atenção à saúde individual e da comunidade.

A formação em MFC, no que se refere à residência médica, se diferencia das outras especialidades médicas por pela sua conexão com os atributos da Atenção Primária à Saúde. Assim, no treinamento em serviço, o PRM deve capacitar o residente para desenvolver capacidade de abordar competências clínicas, sendo imprescindível que se entenda o contexto individual e coletivo do paciente, habilidades de comunicação e o cuidado centrado na pessoa e não na doença. Então durante qualquer fase do desenvolvimento do ciclo de vida o médico especialista em MFC deve exercer o cuidado centrado na individualidade de cada indivíduo (KIDD, 2016).

Sobre o impacto do PMM no Brasil, a região Nordeste foi a que mais recebeu profissionais médicos cooperantes, considerando que a razão de médicos por 1.000 habitantes passou de 1,23 em 2012 para 1,34 em 2014 nesta região. A redução da escassez do profissional médico aconteceu em todas as regiões, assim no final de 2015, cerca de 73% dos municípios de todos os estados estavam participando do programa e a melhoria do acesso foi vista em diversas realidades (MOURÃO NETTO *et al.*, 2018).

Pode-se afirmar que o PMM trouxe além do incremento em número de médicos, uma ampliação do acesso e a garantia do direito à saúde para milhões de brasileiros como nunca havia ocorrido na história do país, cerca de 14 mil médicos em todo território nacional. Assim, foi observado uma redução da escassez destes profissionais na APS, com o aumento na oferta de profissionais entre 2013 e 2015; sobretudo, em áreas mais necessitadas no objetivo de provimento emergencial, porém essa oferta traz a discussão de tornar estes municípios dependentes do programa, justamente aqueles que mais sofriam historicamente com a carência nos serviços de saúde (GIRARDI *et al.*, 2016).

Com o aumento da oferta dos profissionais pelo PMM, observou-se evidências

na melhoria no processo de trabalho na APS, agregando novas práticas e formas de cuidado, fortalecendo integração das equipes, apoiando a organização dos serviços e contribuindo para melhoria na AB. Assim, segundo Kemper, Mendonça e Sousa (2016), os estudos apontam que essa melhoria foi vista em relatos de gestores e profissionais de saúde, citando como exemplo, a ampliação da capacidade do diagnóstico e resolução dos problemas do território e continuidade no tratamento dos usuários.

Através do PMM, como um dos objetivos do programa é a mudança no panorama da formação médica no país, foi observado que houve contribuição importante para aprimorar o processo formativo no SUS, respondendo à legislação e ordenando novas práticas. Assim, como, demonstrou nos últimos anos a melhoria dos processos de aprendizado, aprimorando a integração ensino, serviço e comunidade, aumentando o grau de satisfação dos acadêmicos no campo de prática da AB e o entendimento sobre a importância das práticas na comunidade e o potencial de aprendizado (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016,).

Segundo Costa e Rocha (2021), ao narrar uma grande experiência da implementação de um PRMMFC na região Metropolitana de Salvador, existem grande desafios envolvidos na construção e solidificação de um processo formativo em serviço do profissional médico sejam internos e externos ao programa. Tais como: baixa procura do programa e grande abandono por médicos residentes, a estrutura física precária das unidades, a ausência de informatização do sistema, redução dos pagamentos dos preceptores e sobrecarga de trabalho, tênue estabilidade política com acordos frágeis com as prefeituras locais, sobrecarga de trabalho dos residentes e distância de Camaçari e Dias D'Ávila para Salvador como pontos de desafios para construção. Ainda sobre o trabalho de Costa e Rocha (2021), é visto como potencialidades ao programa como proposta de excelência no modelo de APS, formação de lideranças científicas, políticas e técnicas, fortalecimento do APS e consolidação de ESF, a grande dimensão do PRM como maior da Bahia, o modelo de preceptoria “ombro a ombro”, residentes atuando no SUS real e EqsF formados por profissionais residentes foram observadas como grandes potencialidades do programa. E ainda sim, desde 2002 é observado grandes variações da taxa de ocupação nas vagas disponíveis dos programas no Brasil inteiro, demonstrando a necessidade de políticas externas ao programa e trabalhos intersetoriais.

A relevância do estudo se faz necessária, pois dentro das atuais mudanças

citadas na formação médica, pouco ainda é encontrado dentro da literatura abordando as mudanças e impactos nesta formação e as experiências sobre o uso do campo de prática da APS. Chama a atenção, também, como são feitas de forma heterogênea as mudanças dentro das residências médicas em Medicina de Família e Comunidade no cenário nacional. Assim, entende-se a necessidade de uma formação do profissional médico dentro da ideia de especialidade que atenda às necessidades do SUS e contribua para a consolidação de uma atenção primária de qualidade e resolutiva em todo o Brasil.

Assim, em Machado, Wu, Heinzele (2018, p1):

A educação médica brasileira molda-se conforme o tempo às necessidades socialmente elaboradas, culminando, atualmente, com o desejo de um profissional ético, reflexivo e humanista. A inserção do médico em Programas de Saúde da Família vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma crescente, a equipes multidisciplinares exige que os profissionais estejam vinculados à realidade social que os cerca, corroborando o anseio por um profissional diferenciado.

O presente trabalho traz a apresentação do cenário de ensino- aprendizagem na construção e consolidação dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade no município de Salvador, na Secretaria Municipal de Saúde, e da atuação no campo de prática; assim, como, os desafios enfrentados e a importância da organização do PRM para a potencialização do espaço de formação, buscando entender quais limitações e fragilidades.

Assim, tenta-se demonstrar a importância da residência médica em Medicina de Família e Comunidade na APS de Salvador e no pacto de melhorias para a atenção primária à saúde e melhoria na assistência; bem como, a diversidade entre os programas presentes nesta APS e seus impactos na assistência à Saúde.

No contexto da formação após as mudanças das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina e das consequências do Programa Mais Médicos, se faz preciso uma avaliação dos resultados destas políticas públicas implementadas nos últimos 10 anos. Na literatura, existe uma escassez destes estudos na região Norte e Nordeste do país, sendo importante explorar os impactos nesta região do país no que tange à interiorização dos cursos de medicina, ampliação das vagas nas IES e a mudança do perfil do currículo médico em todo país, sobretudo nas áreas mais carentes e com escassez de profissional.

2 OBJETIVO GERAL

Descrever a implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretária Municipal de Saúde, no contexto do redesenho da formação médica e reorientação dos cenários de práticas da formação médica após as reformas curriculares e do Programa Mais Médicos em Salvador (BA).

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Elaborar a linha histórica dos PRMMFC e mapeamento das vagas abertas, preenchidas, concluintes e desistentes nos programas no estado da Bahia;

b) Descrever a construção do programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador na assistência da Atenção Primária à Saúde em Salvador (BA), identificando suas potencialidades e fragilidades e apontando melhorias;

c) Descrever a Atenção Primária à Saúde em Salvador (BA).

3 METODOLOGIA

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A intenção aqui é descrever brevemente o processo que levou à escolha do método da pesquisa dentro do cenário da MFC e seu contexto nacional na formação médica e da necessidade de profissionais qualificados para atuarem na APS, de forma resolutiva e que fortaleça os princípios e diretrizes do SUS. Nesse momento, os números de vagas de residência dentro da literatura não representam, ainda, aumento da oferta deste profissional qualificado para a população. Então, é necessário a busca dos motivos que interferem nesta demanda, analisando que existem políticas públicas nos últimos dez anos que incentivam o aumento dos números destes especialistas.

O Mestrado profissional em Saúde da família que tem como objetivos: 1) formar profissionais aptos a atuarem como preceptores para graduação e residência médica em Saúde da Família, com o intuito de contribuir para a melhoria do atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); 2) fortalecer as atividades educacionais de produção do conhecimento e de gestão da Saúde da Família nas diversas regiões do país; 3) estabelecer uma relação integradora entre o serviço de saúde, os trabalhadores, os estudantes na área de saúde e os usuários. Traz ao observador um local privilegiado de observação e obtenção de ferramentas para a investigação de questões dos impactos reais de políticas públicas na APS.

O fato de o pesquisador investigar questões que implicam diretamente no seu processo de trabalho dentro da educação médica, graduação médica e residência médica em Medicina da Família e Comunidade em Salvador (BA), residência aprovada em 2018, pode gerar enviesamento, principalmente, em relação à questão do distanciamento do objeto de estudo. Entretanto, o posicionamento é extremamente estratégico para análise do campo; talvez a posição seja única, desde que se tenha certos cuidados, principalmente, em relação à própria postura reflexiva e crítica do pesquisador. Dessa forma, para minimizar distorções, tal posição exige o cuidado constante de retirar algumas vezes o foco do objeto e buscar, como fundamental, a visão geral de perceber, contextualizar, e criticar os diversos aspectos e complexidades envolvidas, buscando entendê-las à luz de experiências descritas em literatura.

Ainda sobre o posicionamento do observador, a inserção na formação médica e no processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família em Salvador (BA), no

incentivo à formação de especialistas em MFC, aumentando a possibilidade de pensar neste processo desde dentro, buscando a análise de suas questões-chave.

Além disso, ao analisar objetos em processo de construção e consolidação, este estudo pretende contribuir com reflexões críticas para seu próprio desenvolvimento e de outras iniciativas que se assemelham. Colaborando, assim, para a consolidação dos programas de residência médica em MFC no Nordeste do país e situando como esta etapa da formação vem se estruturando na linha histórica no Estado da Bahia, e sobretudo na cidade de Salvador.

Minayo (2010, p, 390) demonstra a compreensão do lugar deste sujeito- autor com algumas ideias essenciais:

Portanto, a pesquisa qualitativa proposta aqui reconhece que o ser humano quando vive seus dramas de saúde e de enfermidade não é apenas um sujeito sujeitado, esmagado e reprodutor das estruturas e relações que o produzem e nas quais se constitui. É, ao contrário, um sujeito-autor, um construtor de sentidos e de rumos sobre sua vida e sobre sua morte.

Este estudo pretende uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2010), se ocupa de um nível de realidade tratado por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, e maneja técnicas variadas para o trabalho empírico.

Assim, como estudo de abordagem qualitativa, uma espécie de reconstrução da trajetória, que retrata a trajetória desde a formação acadêmica com a formatura em 2014, na formação da residência Médica pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia entre 2016 e 2018; a construção do PRMMFC da SMS em Salvador, onde o autor junto com o grupo de trabalho do Núcleo de Residência da SMS, instaurou a Comissão de Residência Médica(COREME) em 2018, aprovando o PRMMFC em novembro de 2018, o autor assumindo a coordenação da COREME, sendo preceptor desde março de 2019 da USF Ilha Amarela.

Segundo Lopes,

Um relato de experiência pertence ao domínio social, fazendo parte das experiências humanas, devendo conter tanto impressões observadas quanto conjecturadas. Este tipo de estudo é importante para a descrição de uma vivência particular que suscitou reflexões novas sobre um fenômeno específico. Um exemplo de relato experiência é a descrição de uma nova abordagem de cuidado que levou a reflexões sobre o papel da enfermagem. Neste caso, o foco é a experiência e a reflexão sobre a experiênciavivida (2012, s.n.).

Ao avaliar o programa de residência da SMS Salvador a tipificação do estudo

qualitativo se desenha para um estudo de caso. Ao contrário das propostas quantitativas, um estudo de caso não tem um método claramente definido. Assim, Stake (1978) diz que:

A maioria dos estudos de caso destaca: descrições que são complexas, holísticas e envolvem uma miríade de variáveis que não estão completamente isoladas; dados que provavelmente serão coletados aos menos em parte por observação personalista. E um estilo de redação que é informal, talvez narrativo, possivelmente com citações literais, ilustrações e até alusões e metáforas. As comparações são mais implícitas do que explícitas. Os temas e hipóteses podem ser importantes, mas continuam subordinados à compreensão do caso (p. 7).

Para a observação de forma mais direta sobre a visão do PRMMFC da Secretaria Municipal de Saúde, teremos a realização de entrevista direta com o supervisor do programa. A entrevista em modelo de oficina será feita de maneira individual para a construção de um painel da matriz do tipo SWOT (acrônimo para *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threat*) para a sistematização dos principais pontos que na visão do supervisor do programa influenciam a concretização dos objetivos das residências na rede de serviços da APS municipal.

De acordo com Mintzberg et al. (2000), existem dez fases para o processo de formação estratégica que podem ser divididas em: escola do design, escola do planejamento, escola de posicionamento, escola empreendedora, escola cognitiva, escola de aprendizado, escola de poder, escola cultural, escola ambiental e escola de configuração. A Matriz SWOT, uma das técnicas utilizadas nesta etapa, enquadra-se na escola de design e sua estratégia foca a análise da instituição perante seu ambiente, interno e externo. A escola do design se caracteriza pelo pensamento de formulação estratégica como concepção, modelo em que as estratégias são construídas dentro das necessidades do sujeito envolvido.

A matriz foi feita para compreensão da ótica do supervisor sobre os desafios territoriais encontrados durante a implementação dos programas, sobre a vivência com a gestão da SMS Salvador e sobre a trajetória dos programas. Essa matriz foi disponibilizada após a oficina para o supervisor analisar seus programas de maneira gerencial sobre como suas potencialidades e fragilidades estão dispostas, do que é interno e externo ao programa.

A funcionalidade da matriz de gestão SWOT é organizar a síntese das

oportunidades e as ameaças externas da organização com seus pontos fortes e fracos. Esta avaliação estratégica será realizada a partir desta matriz que é uma das ferramentas mais utilizadas na gestão estratégica competitiva. Trata-se do enfrentamento das oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo com as forças e fraquezas do ambiente interno da gestão. Estes quatro elementos servem como indicadores da realidade situacional da organização (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

3.2 ASPECTOS TÉCNICOS E OPERACIONAIS

3.2.1 Contexto

É sabida a necessidade de se formar profissionais preparados para atender às necessidades do SUS, para o processo de construção, consolidação e aprimoramento do Sistema. Para isso, é preciso um novo modelo assistencial frente às críticas ao modelo centrado na figura biomédica hegemônico, que aborda de maneira fragmentada e mecanicista, enfatizando a medicina curativa, tecnicista e especializada, que prioriza condições agudas, apresentando insuficiente resolubilidade diante de uma situação epidemiológica na qual a atenção é feita de maneira continuada aos pacientes crônicos (MENDES, 2011).

A saúde como um direito de todos e dever do Estado, após a Constituição de 1988, traz ao cenário nacional uma mudança na sociedade e induz uma mudança na formação médica no passar dos últimos 30 anos, reorientando para a necessidade de um profissional atuante na APS, altamente qualificado, que consiga dentro de um novo sistema de saúde, uma resolutividade significativa com tecnologias leves. Assim, o ensino médico passa por profundas mudanças para adequar a formação à necessidade brasileira.

Apesar do aumento do número de médicos formados no Brasil nos últimos 20 anos, ainda são necessárias políticas públicas de incentivo para consolidar o SUS e a APS, como foram o PROVAB, o Programa Mais Médicos e o atual Médicos pelo Brasil, que trazem no seu texto a tentativa de provimento e qualificação do profissional médico na Atenção Básica, bem como o fomento a uma ampliação nos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

A cidade de Salvador, na Bahia, possui uma das piores coberturas de Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de acordo

com informações produzidas a partir do banco de dados da plataforma WEB E-gestor Atenção Básica 2020, necessitando de análise de políticas públicas visando entender o contexto local do município observando a dificuldade de melhorias da atenção. Atualmente, em 2020, tem 5 PRMMFC que hoje atuam nos campos de prática da AB do município através de parceria das instituições dos Programas e a Secretaria Municipal de Saúde.

3.2.2 Sujeitos

Para a observação do PRMMFC da SMS Salvador foi feita uma oficina individual com o supervisor para a construção de uma ferramenta de gestão amplamente utilizada para fazer análise ambiental, sendo base de gerenciamento e do planejamento estratégico (CHIAVENATO, 2005).

Segundo Bernardoni e Cruz (2010), diante da complexidade de implantação das ações de continuidade do SUS, o processo de planejamento é uma atividade premente, tanto para as organizações públicas quanto para as privadas, haja vista a necessidade de adequação às realidades sociais contemporâneas.

Nesta pesquisa, a visão do supervisor e do autor sobre a Residências em MFC será observada através de oficina com o supervisor, capacitação deles para construção da matriz SWOT para gestão do PRM, e observação dos seus eixos, como Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças, para trazer para o registro científico, através da ótica do gestor do PRM, as potencialidades e fragilidades.

3.2.3 Produção de dados

Para alcançar os objetivos deste trabalho, será feita uma análise documental retrospectiva com base nas normativas disponíveis (leis municipais, estaduais, e nacionais, decretos, portarias, resoluções, editais de seleção de residência médica, pedidos de Credenciamentos de Programa – PCP – de residência médica, Projeto Político Pedagógico (PPP), regimentos de Comissão de residência Médica – COREME – e Comissão Estadual e Nacional de Residência Médica e regimentos dos programas) a fim de criar linhas históricas da criação dos programas nos últimos dez anos, mostrando quais pontos foram importantes no breve histórico da residência médica em Medicina da família e comunidade no país e seu contexto local, objetivando entender os reflexos de políticas públicas na linha de incentivo da formação de novos profissionais com perfil para atender as necessidades do SUS com formação

especializada.

Continuando na linha de busca em documentos, para o entendimento sobre a realidade dos programas de residência em MFC no município de Salvador, será feito o levantamento dos seis programas inseridos na capital baiana em 2020, os seis programas inseridos na realidade da capital baiana são:

- a) Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA);
- b) Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP);
- c) Universidade Federal da Bahia (UFBA);
- d) Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS- Salvador);
- e) UniFTC;
- f) Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-BA).

Analisando seus documentos disponíveis, tais quais: 1) Pedido de Credenciamento de Programas (PCP); 2) regimento dos programas e; 3) projeto políticos pedagógicos para entender como as residências estão articuladas e dispostas no cenário soteropolitano e a ocupação da Atenção Primária a Saúde. Assim, qual é o impacto na cobertura da APS de cada programa, observar como vem sendo utilizado o potencial do percentual de ocupação das Equipes de Saúde da Família dentro da estratégia na capital, observar e descrever o desenho de cada residência no município, número de residentes por preceptor em campo de prática.

Como já foi mencionado, a Atenção Primária à Saúde em Salvador tem uma das piores coberturas de ESF do país, sendo a quarta capital do país mais populosa, possuindo apenas, em dezembro de 2019, um percentual de 31,88% de pessoas com acesso ao serviço no município; quanto à análise em atenção básica, temos um percentual um pouco maior, que é de 42,08% da população com acesso ao serviço tido como porta de entrada do SUS. Neste contexto, o trabalho apresenta a análise documental dos planos trienais de planejamento em saúde divulgados nos últimos 10 anos, que são:

- a) Plano Municipal de Saúde 2010-2013;
- b) Plano Municipal de Saúde 2014-2017;
- c) Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Dentro desses planos e de como hoje a APS em Salvador (BA) está instalada em seu plano de ação atual, com as leis e portarias municipais; serão realizadas reflexões comparativas com o cenário, as influências e os Programas de Residência

Médica, permitindo prever o impacto no serviço de atenção básica em relação à cobertura da ESF.

3.2.3.1 Descrição da oficina da Matriz SWOT

Serão realizadas quatro etapas, com duração de três horas de encontro que serão descritos a seguir:

Primeira etapa – Convite:

- Convite e agendamento feito por e-mail institucional do Programa, para o supervisor, explicando o objetivo e metodologia do Estudo; assim, como a maneira que a oficina será realizada, com as possíveis datas e organização do momento. Será enviado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em anexo para apreciação e assinatura no momento do encontro.

Segunda etapa – Tempo: 1 hora Acolhimento:

- Local de encontro sugerido pelo Supervisor ou em plataforma digital para web conferência.

- Abertura – Tempo: 20 minutos - para a contextualização e explicação do objetivo da Pesquisa.

- Acolhimento e Apresentação – Tempo: 40 minutos – apresentação da matriz, escuta sobre os conhecimentos prévios do participante sobre o instrumento e será feito o nivelamento sobre o conhecimento do instrumento que será utilizado para construção da matriz e seus eixos, validando a sua importância com a exemplificação de como já foi utilizado em outros estudos e seu potencial de análise. Será utilizado uma planilha de Excel construída para facilitar o momento interativo.

Terceira Etapa – Tempo: 1 hora e 30 minutos:

- Nesse momento, em posse da planilha do Excel, o participante terá a possibilidade de agrupar os pontos levantados nas quatro colunas da matriz SWOT sobre o PRMMFC.

- *Strengths* (Forças)
- *Weaknesses* (Fraquezas)
- *Opportunities* (Oportunidades)
- *Threats* (Ameaças)

- Após a primeira etapa da construção, com os pontos relatados do cotidiano do Programa, o Supervisor terá a visão de como a gestão do PRM tem fatores externos e internos durante sua construção.

- Dentro desses pontos trazidos será feito um escalonamento, de acordo com Oliveira (1999):

- Pouco Importante – 1 ponto
- Importante - 2 pontos
- Muito Importante – 4 pontos

Quarta Etapa - Encerramento e Validação – Tempo: 30 Minutos:

- Produto com Matriz e Gráfico de Radar da matriz SWOT construída será compartilhado com o Supervisor para a discussão interna como seu PRM.

3.2.4 Procedimentos para análise dos dados

Será feito uma transcrição das oficinas; tabelamento dos dados e dos documentos. Os dados coletados na leitura dos documentos disponíveis sobre os PRMMFC no contexto do município de Salvador (BA), as matrizes construídas e os questionários com os supervisores dos programas serão analisados através de análise de conteúdo de Bardin (2011), com a técnica de categorização, ou seja, os dados gerados a partir da coleta feita neste estudo serão apreciados de forma crítica seguindo a linha proposta no livro *Análise de Conteúdo* da referida autora.

A proposta desta autora (2011) sugere que a análise de conteúdo seja dividida em três fases distintas, a saber: I) A Pré-análise; II) A exploração do material e; III) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação;

Ainda na mesma obra, a autora traz a referência sobre as características diferentes da análise documental e da análise de conteúdo; assim, a análise documental traz o foco em documentos, com classificação e indexação, objetivando representação condensada da informação para consulta e armazenagem. Entretanto, quando se analisa o conteúdo, colocamos o foco nas mensagens, com manipulação de mensagens para confirmar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 2011). A Pré-análise é descrita em fases, a primeira, a da leitura “flutuante” busca analisar de forma superficial para estabelecimento de contato para a percepção de impressões e orientações. A partir deste momento, se faz a escolha de documentos que serão

utilizados na próxima fase: a formulação das hipóteses e dos objetivos no estudo. Seguido pela referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, com o passo de observar recortes relevantes das informações presentes nos textos analisados. Finalizando com a preparação do material para ser analisado, uma forma de “edição” para codificação e análise (BARDIN, 2011).

A partir deste momento, será feita a exploração do material, quer seja por computador ou manual, segue-se com operações de codificação, decomposição ou enumeração. O tratamento e interpretação, como fase final, será feito para sinalizar orientações para novas análises e/ou utilização dos resultados de análise com fins teóricos ou pragmáticos (BARDIN, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ASPECTOS TEÓRICOS QUE ILUMINAM A ANÁLISE

4.1.1 O modelo de atenção à saúde no Brasil: breve histórico

Segundo Mendes (2015) o Brasil hoje passa pelo oitavo ciclo da APS, convivendo com vários modelos de atenção no país, que são bem heterogêneas na forma de exercer o cuidado. Este ciclo é caracterizado pela evolução do Programa de Saúde da Família para Estratégia; momento em que é preciso se reorientar SUS, construindo um modelo de coordenação das Redes de Atenção à Saúde. Nesse ciclo, o autor propõe que seja feita uma estratégia de organização do Sistema, superando interpretações mais estritas da APS como apenas porta de entrada.

Paim (2018) afirma que desde a sua implantação, o SUS precisa ser defendido, seja pela sua constitucionalidade ou pelo que se propõe na reforma sanitária seja pelas tentativas de sua fragilização ou tentativa de americanização do sistema público.

Porém, vale a pena ressaltar que o Sistema existente, com todas as dificuldades e fragilidades, produziu conquistas e resultados significativos nessas três décadas. Assim, chama a atenção que o maior desafio é político, necessitando de atuação em todos os setores sociais e dos poderes. Conforme estudos, a Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe de capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve atuar na prevenção e promoção da saúde, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base e porta para a assistência nos níveis secundário e terciário (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). A ESF, por meio da promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território adscrito, vem atuando como um dos principais fatores que contribuem para expansão da APS (CAMPOS, 2014). Assim, é importante que haja profissionais nas Unidades de Saúde da Família (USF) com formação ampla voltada para esse campo de atuação.

Assim, quando o país começa a priorizar a APS, considerando a sua importância como eixo central do sistema de saúde, bem como ocorre nos principais sistemas nacionais de saúde no mundo, deparou-se com a escassez de profissionais médicos formados para atuação nesse nível de atenção. Emergiu, então, a

necessidade de ampliar o acesso à residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil (SIMAS *et al.*, 2018).

Bem como apontam Campos e Izecksohn (2010), existe uma expressiva carência de médicos com formação específica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade (SBMFC) apenas 10% é o número de profissionais com formação específica exercendo o papel de médicos de família e comunidade. Dentre as modalidades de especialização em MFC, considerando a complexidade da formação médica, a modalidade de Residência Médica, é reconhecida como padrão-ouro (KNUPP, 2012; BRASIL, 2013; ANDERSON; RODRIGUES, 2008).

A título de exemplo, países como Inglaterra, Canadá e Holanda, que contam com sistemas de saúde de uso universal e forte APS, dispõem de políticas que controlam as vagas de residência médica. Assim, regula-se a atuação do médico no sistema nacional de forma que é obrigatória a realização do curso de residência. Ademais, em torno de 40% dos cursos de residência médica nesses países são de Medicina de Família e Comunidade. Já no Brasil, cerca de 1/3 do total de graduandos ficam sem uma vaga nos cursos de residência. Do total de vagas de todos os cursos, apenas 8% destinam-se à Medicina de Família e Comunidade (SAMPAIO, 2014).

A política nacional de atenção básica de 2017, trouxe diretrizes que promoveram mudanças no cenário nacional. Pontos que permitiram a relativização da cobertura universal, segmentação do acesso aos serviços, a recomposição da equipe, reorganização do processo de trabalho dentro da estratégia e a fragilização da coordenação nacional da política da APS (BRASIL, 2017).

Em 2020, a discussão sobre a política nacional da APS traz um novo capítulo: O novo financiamento que será feito através de captação ponderada que avalia a vulnerabilidade econômica, pagamento por desempenho que analisa 21 indicadores e incentivo para ações estratégicas sobre alguns programas específicos (BRASIL, 2017).

4.1.2 O contexto atual da atenção primária no Brasil

Em 18 de dezembro de 2019 foi publicada a Lei nº 13.958 que criou o Programa Médicos pelo Brasil para substituir o antigo Programa Mais Médicos, que traz no seu texto a definição de:

Art. 3º O Programa Médicos pelo Brasil tem a finalidade de incrementar

a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS.

Todos os dois programas trazem como grande finalidade trazer médicos para regiões, cidades, localidades, bairros periféricos que tem dificuldade em fixar profissionais e atrair médicos qualificados. Assim, tentam trazer uma formação associada à prática profissional, para qualificar em serviço. Porém, não se assemelham à formação médica em serviço, padrão outro que é a residência médica. Com isso, percebe-se a intenção dos últimos governos em aumentar o número de especialistas em MFC no país, qualificando a APS.

No atual momento histórico do Brasil, como governo de Bolsonaro, observa-se um movimento através das políticas implementadas, sobretudo o Programa Médicos pelo Brasil, um desenho de sequência do governo Temer no caminho da privatização da Saúde e desvalorização da ESF. Observando através do texto do MPM, um movimento de negligência aos PRMMFC, que ainda carecem de políticas indutoras para que seja otimizada a ocupação das vagas geradas nos últimos anos. Outro importante fato sobre o novo movimento das políticas nacionais de Saúde é o movimento de criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que movimenta a gestão pública da APS para o âmbito privado. (ANDERSON, 2019).

Harzheim *et al.* (2020) trazem a visão sobre as mudanças no desenho da APS no Brasil, focando nos pontos de redesenho da reforma da APS em 2019. Descrevem os pontos da reforma da estruturação que apontam para melhorias da atenção como criação da secretaria nacional da APS, o financiamento focado na estrutura dos serviços, ampliação do horário de funcionamento das USF, na criação do PMB e incentivo financeiro às residências profissionais em APS, informatização da APS, no fortalecimento das linhas de cuidado e o aumento do incentivo na qualificação dos serviços na AB.

É necessário ressaltar que mesmo como tentativa de superar limitações do PMM, o MPB, que traz como principal medida a proposta de carreira médica na APS, esbarra na falta de elementos importantes na fixação do profissional médico. Nesse desenho, focando apenas no provimento médico, o programa corre o risco de falhar como política pública e não alcançar seus objetivos; abrindo margem, ainda, para a privatização dos serviços através da ADAPS. Sendo similar à falha do PMM na

qualificação apenas do profissional médico e não da equipe, podendo inclusive, intensificar disparidades importantes na remuneração e valorização entre os diversos profissionais (MELO NETO; BARRETO, 2019).

Anderson (2019) ainda afirma que o Brasil de 2019, tem um cenário desenhado no qual os princípios democráticos estão abalados e que as iniquidades sociais tendem a se acentuar progressivamente com o movimento atual de mercantilização da saúde, com a ampliação do setor privado, vistos nos MPM e na ADAPS; atentando-se para a supressão de debates que mostram os impactos positivos da ESF nos últimos anos, comprometendo as ações das políticas públicas de fortalecimento da APS no Brasil.

Destarte, a formação específica em MFC é consideravelmente estratégica para consolidação do SUS, devendo, portanto, em qualquer cenário futuro, ser colocada como prioridade máxima (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010).

Nos últimos anos vem se observando um movimento de algumas operadoras de planos de saúde para contratar profissionais da MFC para atuar no setor privado, o que pode resultar no aumento do déficit de profissionais para o SUS e gerar mais dificuldades para o setor público. (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Coelho Neto, Antunes e Oliveira (2019) afirmam que os médicos de família e comunidade podem trazer contribuições importantes para o desenvolvimento da APS e do SUS no Brasil, qualificando a educação médica nos campos de prática da AB, na interdisciplinaridade do trabalho na saúde, com a forte ação multiprofissional com forte diálogo e possíveis arranjos entre os diversos profissionais da saúde; além da superação do modelo médico centrado e a gestão do cuidado, otimizando a atenção ao usuário com o cuidado centrado na pessoa.

No artigo de Machado, Melo e Paula (2019), eles também apontam a problemática da onda de migração dos profissionais da MFC para o setor privado, como um movimento que mina os esforços feitos pelo PMM e que resultaria em uma diminuição da energia/militância política para a APS no SUS, no ponto em que se observa a exigência de resistência ao sucateamento, aos cortes de pessoal e às ameaças de desmonte, que não se faz sem atores políticos.

Dessa forma, com as políticas adotadas desde a criação do SUS, sobretudo os últimos programas como PROVAB, PMM e MPB, o Brasil ainda precisa ampliar a quantidade de médicos e melhorar sua formação para dar respostas no que tange o contexto de necessidade das suas criações. Assim, o país terá a possibilidade de

avançar mais e de modo consistente no caminho de garantir o direito a uma saúde de qualidade por meio de um sistema público, gratuito, integral, equânime e com participação popular. (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

No site das escolas médicas do Brasil (2020), em números, se tem que de 1999 a 2020, houve um aumento significativo da abertura de cursos médicos no cenário nacional, principalmente em relação a escolas particulares, que hoje ocupam aproximadamente 58,65% do número de escolas médicas no país. Em 1999, o Brasil tinha em número de 101 escolas formadoras e hoje, 2020, tem no total de 341 escolas médicas regularizadas para a formação profissional. A maior concentração fica no Estado de São Paulo com 66 escolas, e a Bahia aparece em terceiro lugar em número de escolas com 24 escolas abertas, com a autorização de abertura de 2.364 vagas por ano para novos acadêmicos. Atualmente possui uma relação habitante por vaga de 6.399 habitantes/vaga.

A crescente abertura dos cursos de Medicina no Brasil, segundo Oliveira (2019), mostra uma tendência de privatização do ensino médico no país. Na Bahia, é observado, atualmente, uma predominância de vagas em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas, com 1.675 (71%) vagas por ano em cursos médicos, mais 500 (21%) vagas por ano em IES Federais e complementando com 189 (8%) vagas nas Estaduais, do total de 2.364 vagas, conforme Gráfico 1, que apresenta a distribuição das vagas nas Instituições de Ensino Superior dos cursos de medicina, em 2020, em relação ao tipo de administração.

As recomendações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 para a reorientação dos currículos médicos, incluindo a ampliação da carga horária na APS, são condizentes com as recomendações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Associação Brasileira de Ensino Médico, que enfatizam na formação com APS presente no currículo durante os seis anos, valorizando a prática clínica integral, longitudinal, com orientação familiar e comunitária, dentro das Unidades de Saúde.

Quanto à Residência Médica, a Lei do Mais Médicos (BRASIL, 2013) estabelece que a oferta anual do número de vagas deverá ser equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior e que essa meta será implantada progressivamente até dezembro de 2018. Determina também que, em 2018, o 1º ano de residência em Medicina de Família e Comunidade seria obrigatório para o ingresso nos programas de residência médica de Medicina Interna, Pediatria,

Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social.

4.1.3 O profissional médico e a Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, a Medicina de Família e Comunidade como especialidade conhecida atualmente, tem sua história como especialidade médica com marcosa partir de 1975, segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) no texto de Falk (2004), quando em Porto Alegre (RS), no Centro de Saúde Murialdo, se cria o Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária. Em 1976, são criados os primeiros programas em Medicina Geral e Comunitária (MGC), em Porto Alegre (RS), Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, e no Rio de Janeiro. Aumentando progressivamente o número dos programas no início da década de 1980.

A especialidade mesmo entendida como muito ampla na atenção à saúde, internacionalmente temos, baseada em princípios, conceitos e recomendações internacionais formalizadas pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA 2002). Assim, a especialidade Medicina de Família e Comunidade tempor objetivos:

- i. atuar, prioritariamente, no âmbito da APS, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento;
- ii. desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde no nível individual e coletivo;
- iii. priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;
- iv. coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo;
- v. atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de sexo ou faixa etária;
- vi. Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de Saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, como ênfase na utilização de método epidemiológico.
- vii. estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos

indivíduos, das famílias e da comunidade;

viii. desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde;

ix. desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de autoaprendizagem;

x. desenvolver a capacidade de atuação médica, relevando seus aspectos científicos, éticos e sociais.

Assim, este médico que a WONCA (2002) define com seus objetivos deveria estar capacitado para atuar em um APS que teria como atributosessências (1,2,3,4) e derivados (5,6,7): 1- primeiro contato; 2- Longitudinalidade;

3- Integralidade; 4- Coordenação; 5- Focalização na família; 6- Orientação comunitária; 7- Competência cultural; relacionados diretamente com suas funções: 1- Resolubilidade; 2- Comunicação; 3- Responsabilização. Nesse contexto, o MFC com sua equipe de Saúde da Família junto a rede de atenção operacionalizaria tais atributos exercendo o cuidado do cidadão brasileiro (STARFIELD, 2002); (MENDES, 2012) (MENDES, 2015).

Segundo Campos e Izecksohn (2010), a reformulação da MFC objetivou seguir a evolução da trajetória da APS no país, o que indica a consonância da especialidade com a política vigente, devendo ser cada vez mais estimulada a suprir as necessidades de recursos médicos qualificados para as tarefas de assistência, ensino e pesquisa. Visto que há uma significativa defasagem entre as vagas oferecidas e a demanda dos municípios brasileiros por estes especialistas. São 1.047 vagas em MFC, por ano, no Brasil e está evidentementeaquém da necessidade do SUS, posto que a meta do Ministério da Saúde seja de implantar um total de 40 mil equipes de Saúde da Família em médio prazo.

São inegáveis os impactos do PMM no Brasil, observou-se desde a sua implementação além de aumento da proporção médico/habitante, a chegada de profissionais em locais com escassez histórica de profissionais na APS. Este aumento resulta na melhora do acesso dos brasileiros aos serviços do SUS. Sendo que o provimento é apenas uma das vertentes deste programa que contribui para diminuir as desigualdades no país, sobretudo na região Norte e Nordeste (MOURÃO NETTO *et al.*, 2018).

Kemper, Mendonça e Sousa (2016), trazem no seu trabalho um levantamento das melhorias que foram vistas em relatos de gestores de serviçosde saúde com o advento do PMM, cita como exemplo a maior resolutividade daAPS local para as

comunidades e a continuidade de tratamento dos profissionais, por diminuir a rotatividade de profissional em locais de difícil fixação. Melhora de acesso da comunidade aos serviços e resolutividade são sinais de fortalecimento da atenção Primária.

O PMM foi uma grande tentativa de mudança na formação médica no país, muito além do que os críticos observaram como programa de provimento apenas do profissional médico. A importante contribuição do programa aprimorar o processo formativo no SUS, como grande escola, respondendo à legislação e ordenando, ou tentando ordenar novas práticas. Assim, a tentativa de trazer maior integração ensino e serviço, aumentando o entendimento dos acadêmicos sobre o funcionamento da AB e seu potencial aprendido (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

4.1.4 **As mudanças da formação médica**

As mudanças na formação médica fazem parte de consequências das reformas curriculares vividas nos últimos 20 anos, que teve como grande marco a discussão da reforma universitária vivida nos anos 2000, e com o redesenho da formação universitária no país. Santos e Almeida Filho (2008), traz o percurso histórico vivido na sociedade brasileira para a descentralização e mudanças de paradigmas da academia para se construir as mudanças hoje vistas na ampliação dos cursos de nível superior e sua interiorização.

As recomendações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (2014) para a reorientação dos currículos médicos, incluindo a ampliação da carga horária na APS, são condizentes com as diversas recomendações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade nos últimos anos; assim, como, da Associação Brasileira de Ensino Médico que enfatizam na formação com APS presente no currículo durante os seis anos, valorizando a prática de clínica integral, longitudinal, com orientação familiar e comunitária, dentro das Unidades de Saúde.

Os Ministérios da Saúde e da Educação criaram o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (Promed) com o objetivo de estimular mudanças nos cursos médicos e promover adequação da formação profissional às necessidades do SUS. A revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (2014, p. 10) reafirma a necessidade de adequar o ensino às demandas, destacando que

[...] os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em

Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade [...], proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde.

Assim, como traz uma mudança da relação de aprendizado e formação, buscando um perfil mais ativo do estudante de medicina, no Art. 29, define:

Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a dissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão.

E corrobora no Art. 32 que “O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem.” Mostrando que se espera uma postura mais ativa dos acadêmicos, para construir mais criticidade e aproveitar o aprendizado nos campos de prática de maneira mais integrada com o currículo teórico.

Neste contexto de redesenho da formação médica, foi proposta uma reorientação dos cenários de práticas visando formar um médico com uma visão mais humanista, crítica, ética e reflexiva, também preparado para as condições de trabalho reais no SUS. Esse novo desenho traz uma formação dentro do internato médico, estágios obrigatórios dentro da atividade médica que corresponde a um terço do tempo de formação acadêmica, os dois últimos anos, que obrigatoriamente após 2014 tornou-se necessário ter 30% da carga horária de formação do futuro profissional no internato em práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) e urgência e emergência de serviços do SUS.

No Brasil, a desigualdade na distribuição e alta rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, tem sido considerados importantes desafios para a melhoria de acesso e qualidade. Esse problema, não é tão atual assim, na medida em que distorções na distribuição geográfica dessa classe profissional são vistas nos últimos 50 anos. Em 1970, cerca de 80% dos médicos concentravam-se nas regiões Sul e Sudeste, 17% na região Nordeste e apenas 1% na região Norte (MACIEL FILHO, 2007).

A crescente abertura dos cursos de Medicina no Brasil segundo Oliveira (2019), mostra uma tendência à interiorização e à privatização do ensino médico no país, sobretudo no governo Dilma-Temer; mas, é visto como ponto comum da evolução das escolas médicas na história do país. Segundo o site das Escolas Médicas (2020), se tratando do Estado da Bahia, é observada atualmente, uma predominância de vagas

em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas, com 1.675 (71%) vagas por ano em cursos médicos, mais 500 (21%) vagas por ano em IES Federais e complementando com 189 (8%) vagas nas Estaduais, do total de 2.364 vagas, que apresenta a distribuição das Instituições de Ensino Superior dos cursos de medicina, em 2020, em relação ao tipo de administração.

No site das escolas médicas do Brasil (2020), em números, se tem que de 1999 a 2020, houve um aumento significativo da abertura de cursos médicos no cenário nacional, principalmente em relação a escolas particulares, que hoje ocupam aproximadamente 58,65% do número de escolas médicas no país. Em 1999, o Brasil tinha em número de 101 escolas formadoras e hoje, 2020, tem no total de 341 escolas médicas regularizadas para a formação profissional. A maior concentração fica no Estado de São Paulo com 66 escolas, e a Bahia aparece em terceiro lugar em número de escolas com 24 escolas abertas, com a autorização de abertura de 2.364 vagas por ano para novos acadêmicos. Atualmente possui uma relação habitante por vaga de 6.399 habitantes/vaga.

Após o PMM, também, foi observado que surgiu uma problemática com a flexibilização da expansão das vagas dos cursos médicos em instituições privadas e a suspensão da expansão das vagas públicas, podendo resultar em dificuldade de acesso aos egressos do ensino público. Os investimentos na expansão e manutenção dos Institutos Federais teriam que ser mantidos para que os objetivos do PMM fossem concretizados. (OLIVEIRA *et al.*, 2019)

Já no processo de interiorização, temos um novo desenho de distribuição onde as vagas estão predominantemente fora da capital, com 55% das vagas das Escolas Médicas, mostrando que a política de interiorização do curso no Estado da Bahia vem dando resultado. É válido lembrar que, ainda segundo Oliveira (2019), até o fim do governo de FHC em 2002, naquele momento da história havia apenas 72 vagas no interior e 300 na capital, um desenho de concentração dos cursos médicos da Bahia na capital, que apresenta a distribuição das Instituições de Ensino Superior dos cursos de medicina em 2020, em relação à localização.

Diante do cenário de mudanças na formação médica e de ampliação das vagas do curso de medicina, a residência médica em medicina de família e comunidade (MFC), que em 2013 trazia a determinação de que o primeiro ano das residências em áreas básicas fosse em MFC, não acompanhou a evolução da abertura de vagas dos cursos médicos para receber os concluintes das escolas médicas como residentes do

primeiro ano.

Ainda segundo Oliveira (2019), no estudo sobre o eixo de formação do Programa Mais Médicos, o Brasil hoje tem mais cursos médicos no interior do que nas capitais. Entretanto, aponta como falha na articulação do programa com os ministérios, o pequeno número de ampliação das vagas nas instituições públicas de nível superior.

4.1.5 A evolução dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

No Breve histórico descrito por Falk (2004), a evolução da formação em Medicina de Família e Comunidade no Brasil se relaciona com os movimentos mundiais sobre assistência à Saúde no contexto de mudança da visão do conceito de Saúde visto na década de 1970. As primeiras residências em Medicina Geral e comunitária surgem nas experiências em 1975 nos programas Porto Alegre, Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, e no Rio de Janeiro.

Importante ressaltar o movimento mundial após a Conferência Internacional sobre APS em Alma Ata (1978), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quando se estabelece um novo conceito de “Saúde para todos”, reorientando uma revisão mundial nos sistemas de atenção à saúde e acessibilidade da população. A partir deste marco, foi debatida a construção coletiva dos conceitos da Promoção da Saúde, percorrendo na elaboração da carta de Otawa em 1986 e a declaração de Adelaide em 1988. Nesse momento histórico, são sugeridas novas práticas na saúde e na gestão dos sistemas da saúde.

No Brasil, o contexto da especialidade e da formação médica na residência em MFC, observa-se na linha histórica a criação do PSF em 1994, o aumento da importância do MFC na ESF e; assim, o aumento da demanda pelo profissional médico qualificado na APS orientam o estímulo aos PRMMFC nos anos 2000. No ano de 2002, no país existiam apenas 193 vagas cadastradas na formação em MFC e apenas 84 residentes em curso da formação em serviço, mostrando o pequeno número de egressos médicos fazendo a especialização. (SIMAS *et al.*, 2018).

Nos últimos 20 anos foi observado um intenso incentivo para o aumento dos programas e cursos de especialização na área da ESF pelo governo federal e pela SBMFC. Simas *et al* (2018) traz a evolução dos números de vagas que ocorreu até 2018, saindo de 193 vagas por ano no Brasil para 2.785 vagas; porém, traz a discussão de que o percentual de ocupação dessas vagas vem em declínio. Analisando

em percentual, o ano de 2002 existia uma ocupação de 45,1% e em 2018 esse percentual era de apenas 27,1%, mostrando que mesmo aumentando em número absoluto, as vagas estão mais ociosas nos PRM.

No decorrer dos últimos 20 anos, Oliveira (2018) observa a importância do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) em 2009, ação conjunta do MS e MEC, onde visando o fortalecimento do SUS, colocou o PRMMFC como uma das prioridades e ampliou o financiamento das bolsas de residência na área, sobretudo no Norte e Nordeste, regiões com menor oferta. Em 2013, existiam cerca de 3.250 médicos de família no país, menos de 1% do número de médicos no cenário nacional, sendo que a OMS preconiza que essa razão seja de 40%. Este número é muito baixo quando comparado com o número de equipes da ESF, mais de 34 mil equipes na época.

Em 2013, com a criação do PMM que propõe duas proposições sobre a formação de especialistas no cenário nacional: a garantia de universalização do acesso à residência médica e a proposta de que a residência em MFC fosse pré-requisito para inserção de boa parte dos demais programas de residência médica, assumindo o compromisso de abertura de criar 12.400 vagas em residência, com prioridade em MFC (BRASIL, 2013).

Dessa forma, esses dados revelam que as vagas na Bahia, no breve passado histórico, aumentaram de maneira acentuada nos programas em residência em MFC. Em 2014, as vagas eram apenas 45 vagas para residentes no Estado, aumentando nos anos subsequentes para 123 vagas em 2015, 147 vagas em 2016, ampliando para 185 vagas em 2017 e em 2018, último dado disponibilizado pelo MEC, chegando em 265 vagas na Bahia (BRASIL, 2019).

Sobre os impactos do eixo do incremento da residência médica em MFC do PMM, com o incentivo na ampliação no número de vagas, se torna a política de recursos humanos do SUS como estratégia de grande importância para um sistema de saúde que deseja ser orientado pela APS, como é o Canadá (TRINDADE; BATISTA, 2016).

Apesar da ampliação do número de vagas, Simas *et al* (2018) aponta que a procura pelos egressos do curso de medicina não seguiu a mesma tendência do aumento das vagas, gerando muitas vagas ociosas nos programas de residência.

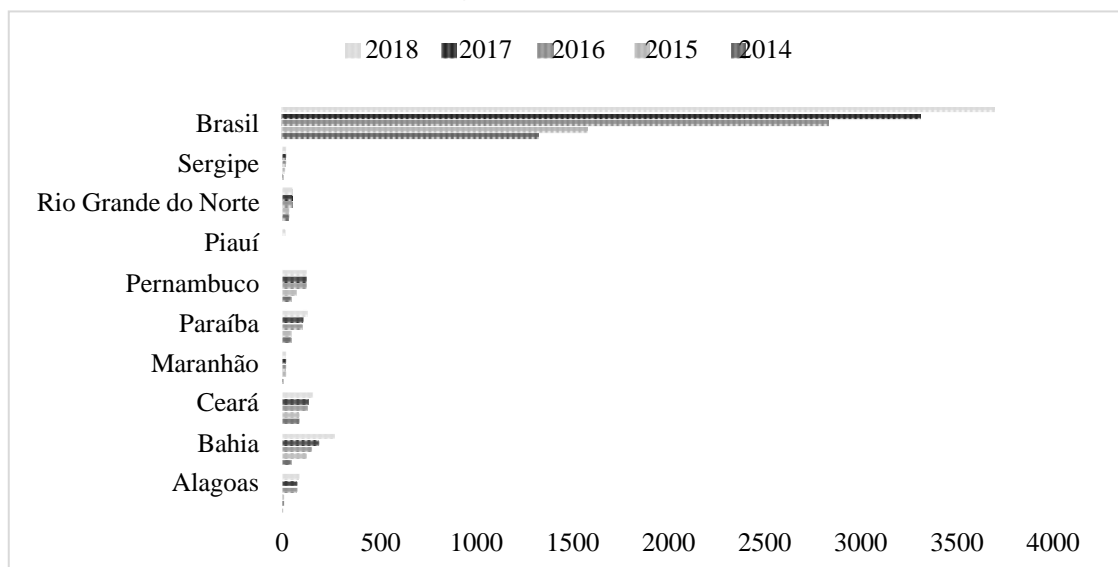
4.2 OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM SALVADOR E NA BAHIA

Nesse contexto, os PRMMFC vêm expandindo nos últimos anos como resultados das políticas de incentivo e mudança da formação médica, com aumento no número de programas e de vagas autorizadas. A participação do PRM em equipes na ESF, também nos últimos tempos, vem sendo estimuladas com leis nacionais e municipais de incentivo financeiro com bolsas complementares, como é o exemplo da lei municipal de Salvador, número 72 de 2019, que prevê, além da bolsa paga pelo Ministério da Saúde, em um valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) no intuito de estimular a formação em serviço. (SALVADOR, 2019).

Apesar de se evoluir em números nos últimos anos, Simas *et al* (2018) reflete a necessidade de manutenção de investimentos e qualificação contínua, lembrando que a experiência do Rio de Janeiro mostra uma construção sólida e exitosa no cenário da APS e qualificação da rede de atenção à Saúde podendo ser um exemplo para os demais PRM.

A educação e a formação com qualidade em serviço na residência em Medicina de Família e Comunidade são essenciais e parte crucial na ajuda para que os sistemas de saúde tenham a base de profissionais de atenção primária bem treinados. A formação médica além da construção de habilidades deve estar associada a investimentos estruturantes nos Sistemas de Saúde, pois, sem redes de assistência capacitadas, a atuação do profissional, mesmo que altamente qualificado, se torna limitada com mínima resolutividade dos problemas de saúde individuais e coletivos (KIDD, 2016).

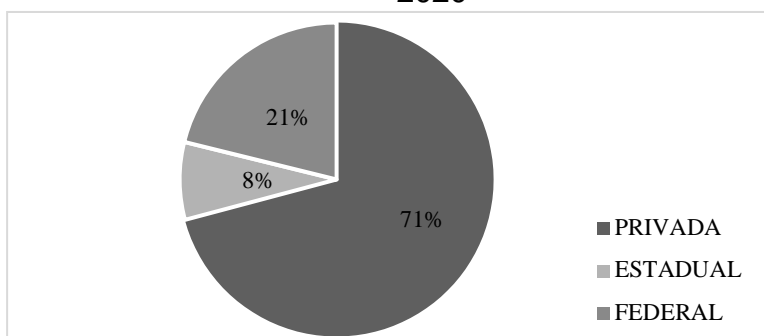
Gráfico 1 – Aumento das vagas de PRMMFC, 2014-2018



Fonte: Brasil (2019)¹.

Observa-se, um processo de interiorização dessa formação médica na Bahia, de modo que, atualmente, a maior parte das vagas está sendo ofertada fora da capital, com o interior detendo 55% das vagas das Escolas Médicas. Para efeito de comparação, em 2002, havia apenas 72 vagas no interior e 300 na capital, um desenho que concentrava os cursos médicos em Salvador, capital da Bahia.

Gráfico 2 - Vagas do Primeiro Ano no Curso Médico segundo Tipo de IES. Bahia, 2020



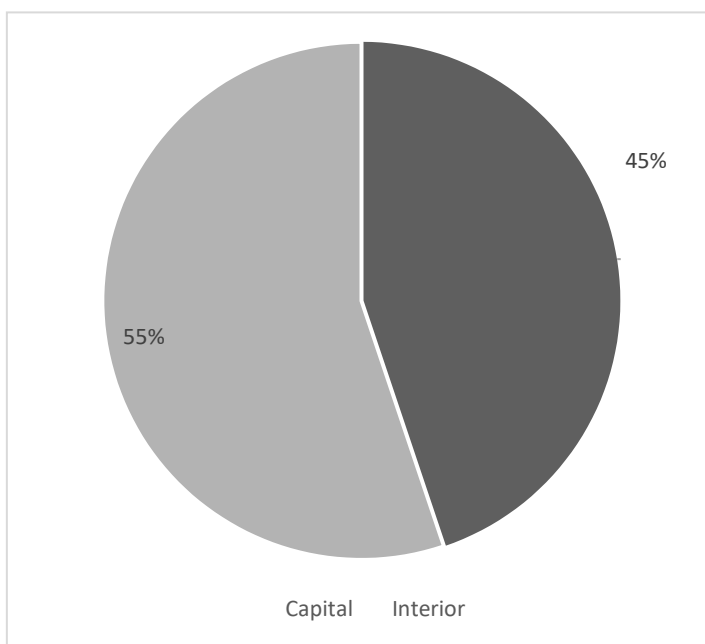
Fonte: Escolas médicas do Brasil. [homepage on the internet]. <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>.

¹ Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192Tabela 1: Número de vagas de 2014-2018 e unidades federativas do Nordeste e Brasil. Acesso em: 05 maio de 2020

O Gráfico 2 apresenta a distribuição das Instituições de Ensino Superior dos cursos de medicina em 2020, em relação a localização (OLIVEIRA, 2019).

Gráfico 3 - Vagas no primeiro ano em Medicina Capital versus Interior. Bahia, 2020



Fonte: Escolas médicas do Brasil. [homepage on the internet]. <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>

Tabela 1 - Vagas Nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Estados do Nordeste e no Brasil, 2014-2018

	Alagoas	Bahia	Ceará	Maranhão	Paraíba	Pernambuco	Piauí	Rio Grande do Norte	Sergipe	Brasil
2014	7	45	85	4	45	44	0	32	6	1289
2015	7	123	85	19	46	70	0	32	12	1535
2016	74	147	128	19	102	121	0	51	18	2751
2017	74	185	130	19	106	121	0	51	18	3214
2018	86	265	150	19	128	121	15	51	18	3587

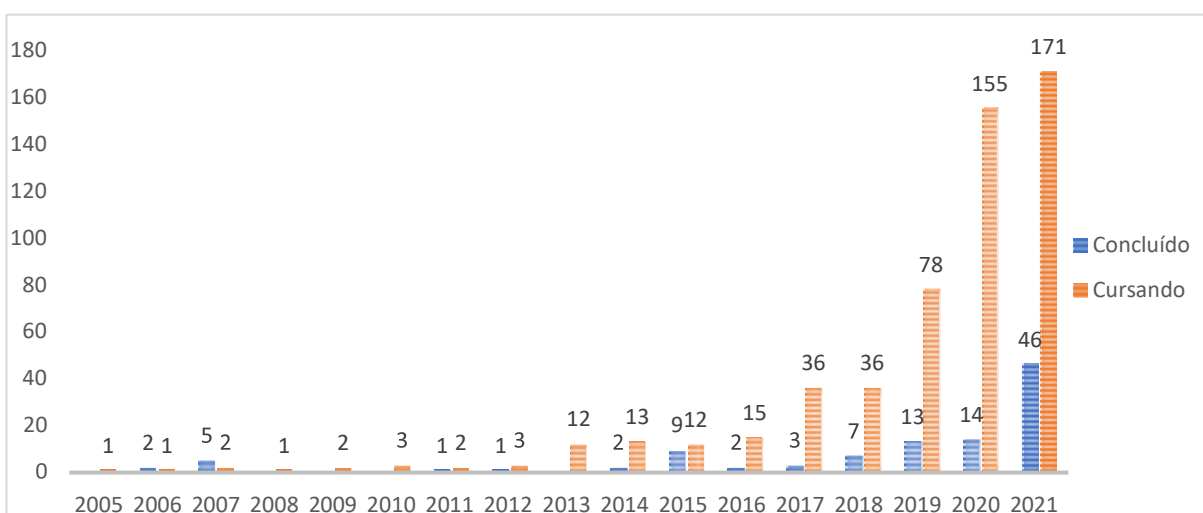
Fonte: Brasil, (2019)²

² Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 05 maio de 2020

A partir de 2014, ocorreu um aumento das vagas nas unidades federativas da união nos programas de residência, especialmente em medicina de família e comunidade, conforme a lei do programa mais médicos previa. No Nordeste, esse aumento foi bem significativo e demonstrou um incentivo aos programas. Pode-se verificar a evolução das vagas em Residência de Família e Comunidade, nos Estados do Nordeste e no Brasil; e no número de vagas, no período de 2014 a 2018, e as respectivas unidades federativas. Esses dados revelam que a Bahia contou com o maior número de vagas nessa modalidade de residência.

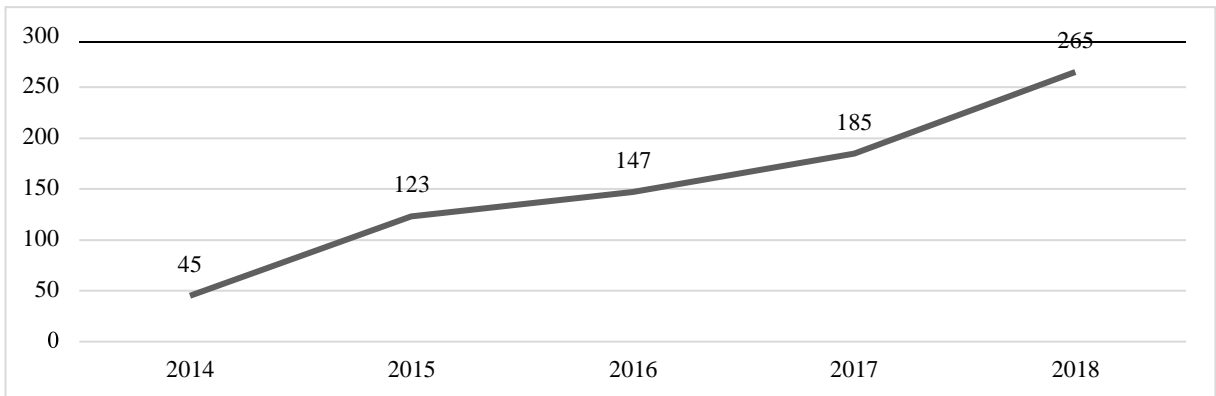
Gráfico 4 - Número de Residentes concluintes por ano e número de residentes cursando os PRMMFC's na Bahia entre 2005 e 2021



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SisCnRM 2021

O Gráfico 5 apresenta a evolução do número de vagas em Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade especificamente na Bahia, no mesmo período de 2014 a 2018. Esses dados revelam que, também na Bahia, a oferta de vagas foi ampliada de maneira acentuada nos programas em residência em MFC: em 2014 eram apenas 45 vagas, aumentando nos anos subsequentes para 123 vagas em 2015, 147 vagas em 2016, 185 vagas em 2017 e em 2018, último dado disponibilizado pelo MEC, chegando em 265 vagas.

Gráfico 5 - Vagas em PRMMFC, na Bahia, 2014-2018

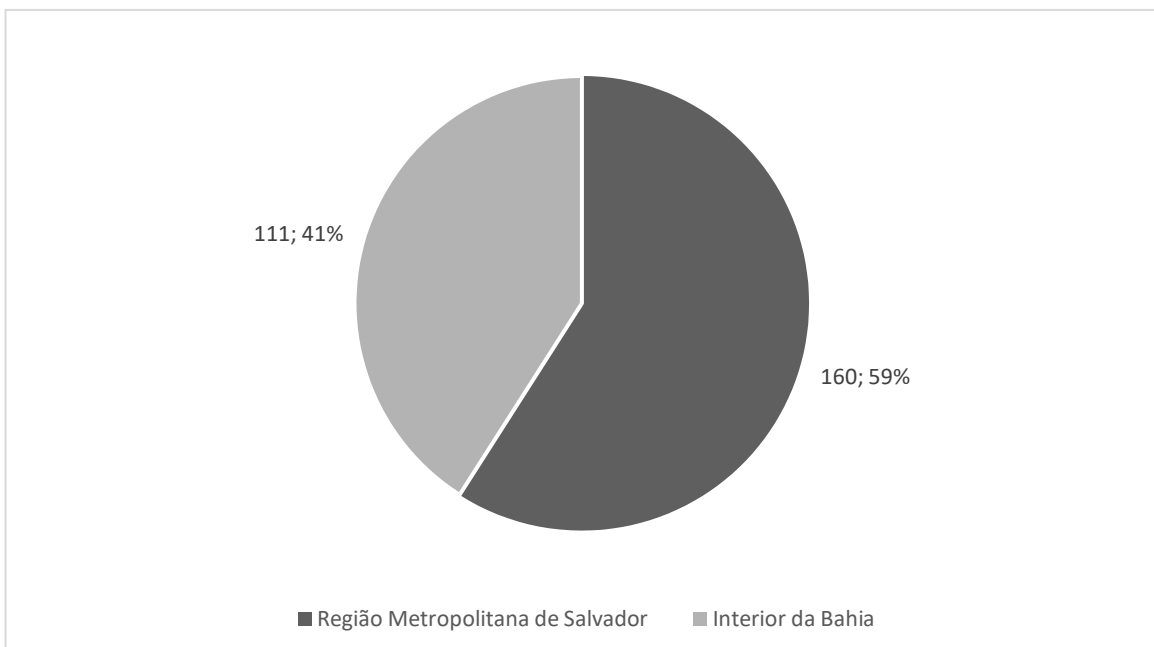


Fonte: Brasil, (2019) -

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 05 maio de 2020

O Gráfico 6, a seguir apresenta a distribuição do número de vagas em Residência de Família e Comunidade, em 2020, na Bahia, revelando que 160 (59%) destas foram destinadas a Região Metropolitana de Salvador; e 111 (41%) no interior do estado.

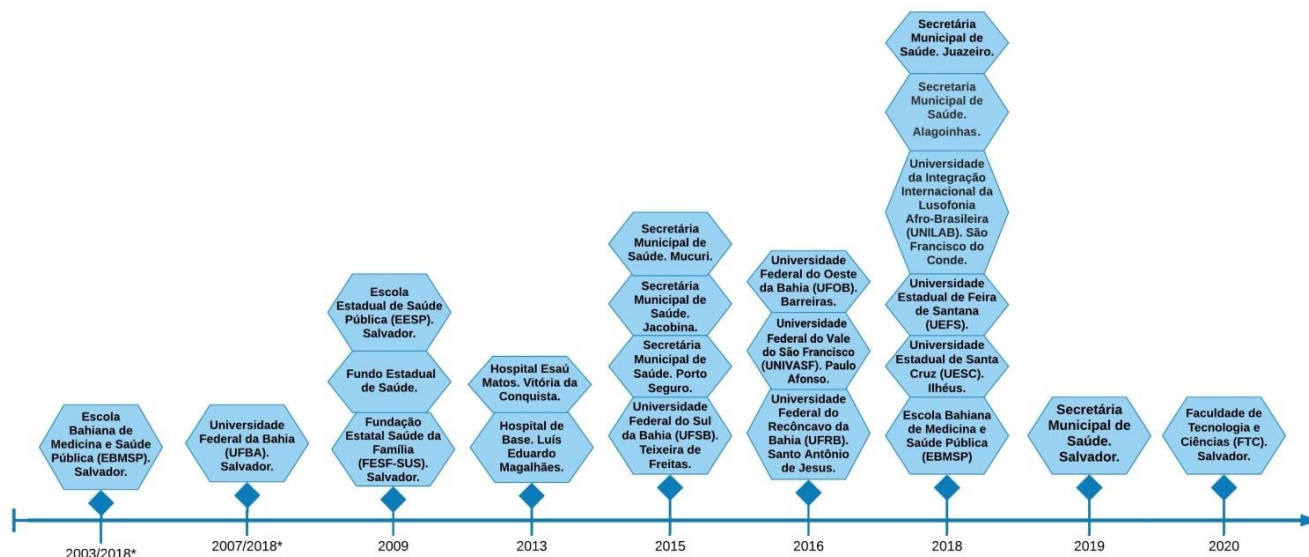
Gráfico 6 - Vagas em Residência Médica em Medicina de família e Comunidade, 2020



Fonte: Edital do SUS Bahia e Comissão Estadual de Residência Médica Bahia, 2020.

Temos a linha do tempo que sintetiza o histórico de implantação dos PRMMFC na Bahia (Figura 1).

Figura 1 - Linha do tempo dos Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade na Bahia

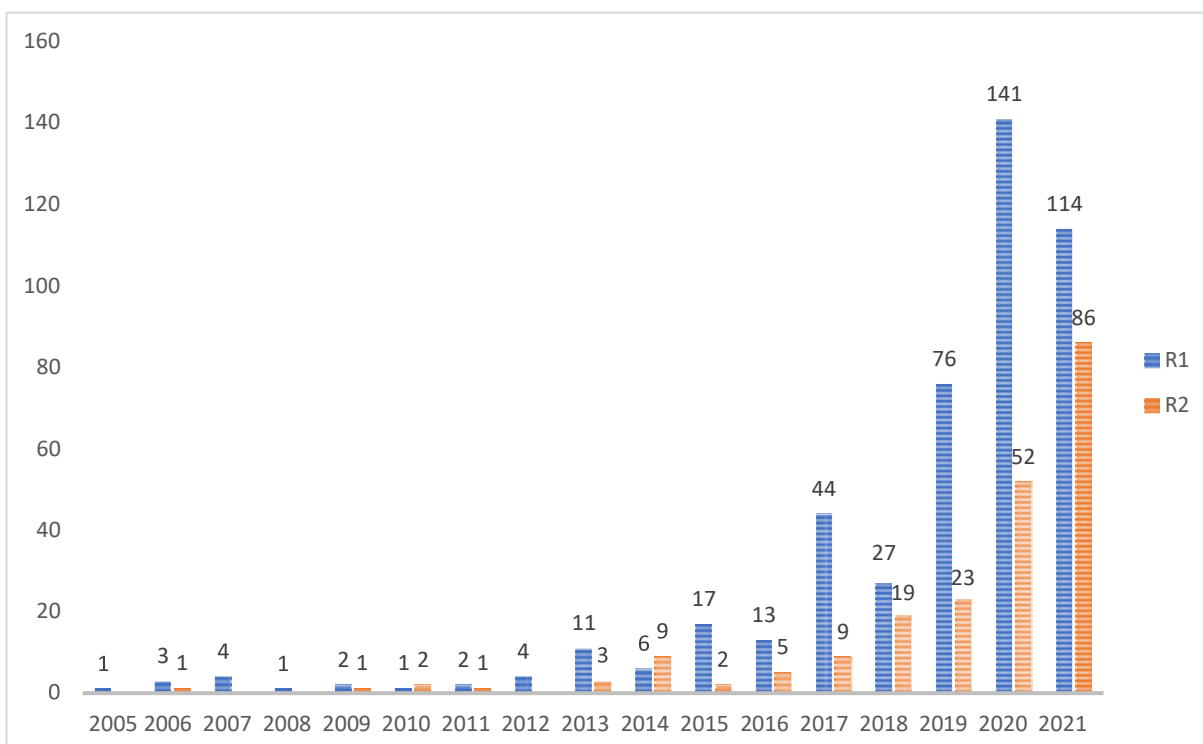


*Programas que foram abertos na primeira data e ficaram fechados até a última data.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Em janeiro de 2020, o MS publicou um edital de adesão para a concessão de bolsas para os programas de MFC da residência no Brasil, onde se construiu um indicador para melhor distribuição e incentivo para áreas de acordo com a proporção de bolsas por 100 equipes de Saúde da Família. Assim, nota-se que a Bahia ocupa apenas a 14ª posição neste indicador com a razão de 6,34 bolsa cada 100 EqSF. Contrapondo com a quarta posição do estado como estado mais populoso do Brasil de acordo com o dado estimado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2021 (BRASIL, 2020; 2021).

Gráfico 7 - Número de residentes que iniciam o R1 e o R2 por ano, entre 2005 e 2021

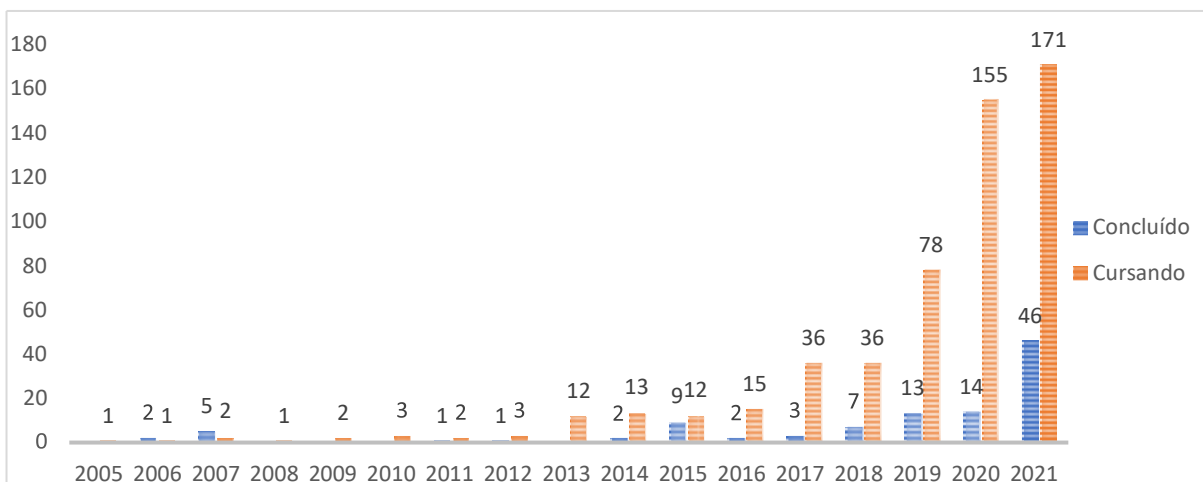


Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SisCnRM, 2021.

No Gráfico 7 e no gráfico 4, mostra os dados de 2005, ano em que na Bahia, data-se o primeiro residente em MFC registrado no SisCnRM. A progressão é vista nos anos seguintes de forma que até o ano de 2013, o número não houve um aumento expressivo, 2013 ano da Lei dos MAIS MÉDICOS de 2013 com o incentivo a abertura de novos programas de residência médica em MFC e como programa de provimento de médicos para os municípios, assim como o ano das novas DCN's que aumentavam a APS como campo de prática, que apontado por Justino (2017) como movimento de melhorar aproximação de recém-formados com os PRMMFC's.

Analisando ainda o gráfico 7, percebe-se que o número de residentes do segundo ano no ano subsequente é menor do que os que iniciam o R1 no ano anterior. Essa diferença representa o grande percentual de residentes que não completaram o primeiro ano dos Programas de Medicina de Família e Comunidade. Exemplo é que no ano de 2020, na Bahia, foram matriculados 141 residentes no primeiro ano e apenas 86 se tornaram R2 em 2021, sendo assim 55 residentes tiveram desfecho do primeiro ano entre trancamento, desistência ou mudaram de programa.

Gráfico 8 - Número de residentes em MFC ativos e concluindo por ano na Bahia



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SisCnRM, 2021.

Os números que apontam o aumento de residentes ativos na Bahia apontam que, mesmo com as desistências, a tendência de aumento do número de residentes concluintes vem progredindo nos últimos anos (gráfico 8), sobretudo a partir de 2013. Apesar de considerar um movimento atrasado em relação ao restante do Brasil, pode-se inferir que as políticas nacionais de fortalecimento e incentivo trouxeram e ainda trazem resultados positivos.

Tabela 2 - Número de Residentes que concluíram o PRMMFC fora da Região Metropolitana de Salvador entre 2002 e 2021

Número de Concluintes nos PRMMFC fora da Região Metropolitana de Salvador	Número
2020	2
Fundo municipal de saúde Juazeiro	1
Universidade Estadual de Santa Cruz	1
2021	3
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista	3
Total Geral	5

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SisCnRM, 2021.

Outro dado que aponta para a necessidade é o posicionamento da Bahia enquanto Estado com número de especialistas em MFC de acordo com a Demografia Médica de 2020. O levantamento aponta que a Bahia possui apenas 146 médicos de Família e Comunidade cadastrado com a especialidade no Conselho Médico estadual, número que deixa a Bahia em décimo Estado em número de especialistas no País,

possuindo apenas a proporção de 1 MFC para 102.264 habitantes aproximadamente. Enquanto no Brasil, a proporção de MFC, segundo a mesma fonte aponta uma razão de 1 MFC para 29.838 pessoas aproximadamente (SCHEFFER, 2020).

A distribuição da especialidade da Medicina de Família e Comunidade ainda chama atenção neste relatório, pois aponta ainda que o estado do Amapá não possui nenhum médico registrado com a especialidade. Na região nordeste, a razão é de 1 MFC para 57.604 habitantes, mesmo a Bahia sendo o estado mais populoso, o ente federativo apresenta apenas a terceira posição no número absoluto de especialistas, perdendo para o Ceará e Pernambuco. Porém, quando este dado é relacionado com a população, a situação fica ainda mais alarmante, pois a Bahia possui apenas a terceira pior média entre os estados, superando apenas os estados do Piauí e do Maranhão (SCHEFFER, 2020).

Além do que chama atenção destes últimos dados é como a APS no Brasil conta com poucos médicos especialistas para o desempenho da função no trabalho de porta de entrada do SUS. Pensando que as propostas estruturais na ESF propõem uma proporção de 1 Médico para uma população adscrita de 4.000 a 4.500 pessoas. Então, neste desenho, para que todo brasileiro tivesse um MFC que fizesse a sua atenção inicial aos serviços públicos de Saúde seria necessário a formação de mais que 46 mil médicos especialistas e a Bahia de mais de 3500 médicos de Família e Comunidade (SCHEFFER, 2020).

Tabela 3 – Número de Residentes que desistiram do PRMMFC na Bahia entre 2006 e 2021

INSTITUIÇÕES POR ANO		N
2006		3
	Escola Bahiana De Medicina E Saúde Pública Ba	3
2009		1
	Complexo Hospitalar Universitário Prof Edgard Santos UFBA	1
2011		1
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	1
2012		1
	COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROF EDGARD SANTOS UFBA	1
2013		1
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	1
2014		2
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	2
2015		5
	Fundação Estatal Saúde Da Família - FESF	1
	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE TEIXEIRA DE FREITAS	2
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	2
2016		3
	Fundação Estatal Saúde Da Família - FESF	2
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	1
2017		12
	Fundação Estatal Saúde Da Família - FESF	9
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	1
	Universidade Estadual De Santa Cruz	2
2018		7
	Fundação Bahiana Para Desenvolvimento Das Ciências	2
	Fundação Estatal Saúde Da Família - FESF	4
	Fundo Municipal De Saúde Juazeiro	1
2019		15
	Complexo Hospitalar Universitário Prof Edgard Santos UFBA	4
	Fundação Bahiana Para Desenvolvimento Das Ciências	1
	Fundação Estatal Saúde Da Família - FESF	5
	Secretaria Municipal da Saúde	1
	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista	1
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	2
	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA	1
2020		30
	Complexo Hospitalar Universitário Prof Edgard Santos UFBA	1
	Fundação Bahiana Para Desenvolvimento Das Ciências	3
	Fundação Estatal Saúde Da Família - FESF	18
	Fundo Municipal De Saúde Juazeiro	1
	Secretaria Municipal da Saúde	4
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	1
	Sociedade De Ensino Superior Estácio De Sa Ltda	1
	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA - UFRB	1
2021		25
	Fundação Estatal Saúde Da Família - FESF	14
	Fundo Municipal De Saúde Juazeiro	1
	Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia Ltda - UNIFTC	1
	Secretaria Municipal da Saúde	2
	SESAB/ Escola Estadual De Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto	6
	Sociedade De Ensino Superior Estácio De Sa Ltda	1
Total Geral		106

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SisCnRM, 2021.

Quando se relaciona a tabela 2 com os dados do gráfico 6 e tabela 4 que apontam que aproximadamente que 59%, 160 vagas, das vagas na Bahia de residência em MFC estão no interior do Estado, mostra que temos uma falha na ocupação destes programas, pois no Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica aponta que apenas cinco residentes concluíram a residência entre os anos de 2002 e 2021. Enquanto na Capital e região Metropolitana de Salvador, temos que cem residentes concluíram o programa na Região Metropolitana de Salvador.

Nota-se também na tabela 4 a importância da Escola Estadual de Saúde Pública (Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto De Magalhães Netto) – SESAB na construção do cenário atual da MFC na Bahia. Do total de MFC que fez a residência na Bahia, a Escola diplomou 42 médicos de família, um percentual de 40% de todos os médicos que concluíram o programa em terras baianas nestes últimos anos, com sua primeira turma formando em 2014.

O ano de 2014 também é o ano da aprovação do do PRM da Fundação da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF), instituída em 2009, que em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz começa a construir sua história de grande importância na formação do MFC e fortalecimento da APS na região metropolitana de Salvador. Os Números da FESF chamam atenção pela velocidade de progressão no preenchimento das vagas, também no número de concluintes. A instituição é responsável pelo maior número de concluintes no mesmo ano, em 2020, foram diplomados vinte MFC's. No total soma-se 41 médicos especialistas oriundos da instituição, aproximadamente 39% do total de médicos que concluíram o programa em terras baianas, lembrando que a FESF formou sua primeira turma em 2017 (COSTA; SANTANA, 2021).

Quando se comparam as tabelas 3 e 4, percebe-se que para o SisCRNM, 106 é o número de residentes médicos que iniciaram o PRM na Bahia e desistiram por quaisquer motivos, se desligando do programado que se matriculou inicialmente, seja para transferência, abandono ou desligamento formal. Praticamente o mesmo número de residentes que concluíram o programa no mesmo período, de 2006 a 2021.

Importante notar que o primeiro ano de informação na comissão de residência médica traz o ano de 2006 na Bahia como ano inicial do levantamento para os programas de MFC, mesmo o sistema tendo como base o início em 2002. Dado importante é que antes de 2006, a Bahia tinha o programa de formação médica em Saúde da Família conjunto com a residência multiprofissional, experiência da

Sociedade Hólon. A partir da lei 11.120 de 30 de junho de 2005, que legisla sobre a separação da residência em Saúde sem presença do médico no processo formativo. Assim, antes de 2006 existiram médicos de família formados em processos formativos semelhantes na residência multiprofissional (BRASIL, 2005).

Comparando a linha histórica dos PRM na Bahia nota-se que a Universidade Federal da Bahia (UFBA) tem duas datas de criação do programa. Este fato acontece, pois em 2007 o programa é autorizado pela CNRM, porém só tem entrada de residente em 2011, porém este desistiu ainda no R1. A UFBA como PRMMFC tem seu primeiro residente concluinte em 2020.

Na avaliação das instituições que mantêm os programas na Bahia se percebe também que a BAHIANA sempre esteve envolvida neste processo formativo, desde a parceria com a Sociedade Hólon e com as residências do Complexo Comunitário Vida Plena, em Pau da Lima, nas iniciativas de Programas de residência em Saúde, multidisciplinar. A COREME da BAHIANA, naquele momento histórico era organizado pela própria Escola Bahiana de Medicina de Saúde Pública. Atualmente, desde o ano de 2018, a BAHIANA vem mantendo um PRMMFC com a COREME da Fundação Bahiana de Desenvolvimento de Ciências. Dado que mesmo sendo a mesma Instituição de Ensino Superior, para o SisCNRM configura atores formadores distintos.

Tabela 4 - Número de Residentes que concluíram a residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na Bahia entre 2006 e 2021

ANO E INSTITUIÇÃO	N
2006	2
Sociedade Hólon	2
2007	5
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública BA	3
Sociedade Hólon	2
2011	1
Complexo Hospitalar Universitário Prof Edgard Santos Ufba	1
2012	1
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	1
2014	2
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	2
2015	9
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	9
2016	2
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	2
2017	3
Fundação Estatal Saúde da Família - FESF - FESF	3
2018	7
Fundação Estatal Saúde da Família - FESF - FESF	1
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	6
2019	13
Fundação Estatal Saúde da Família - FESF - FESF	9
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	4
2020	14
Fundacao Bahiana para Desenvolvimento das Ciências	2
Fundação Estatal Saúde da Família - FESF - FESF	4
Fundo Municipal de Saude Juazeiro	1
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	6
Universidade Estadual de Santa Cruz	1
2021	46
Complexo Hospitalar Universitário Prof Edgard Santos UFBA	1
Fundação Bahiana para Desenvolvimento Das Ciências	5
Fundação Estatal Saúde da Família - FESF	20
Secretaria Municipal da Saúde Salvador	5
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista	3
SESAB/ Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto	12
Total Geral	105

Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SisCnRM, 2021.

Gráfico 9 - Número de residentes cursando e concluindo a residência de MFC por ano na Região Metropolitana de Salvador, com a FESF entre 2007 e 2021

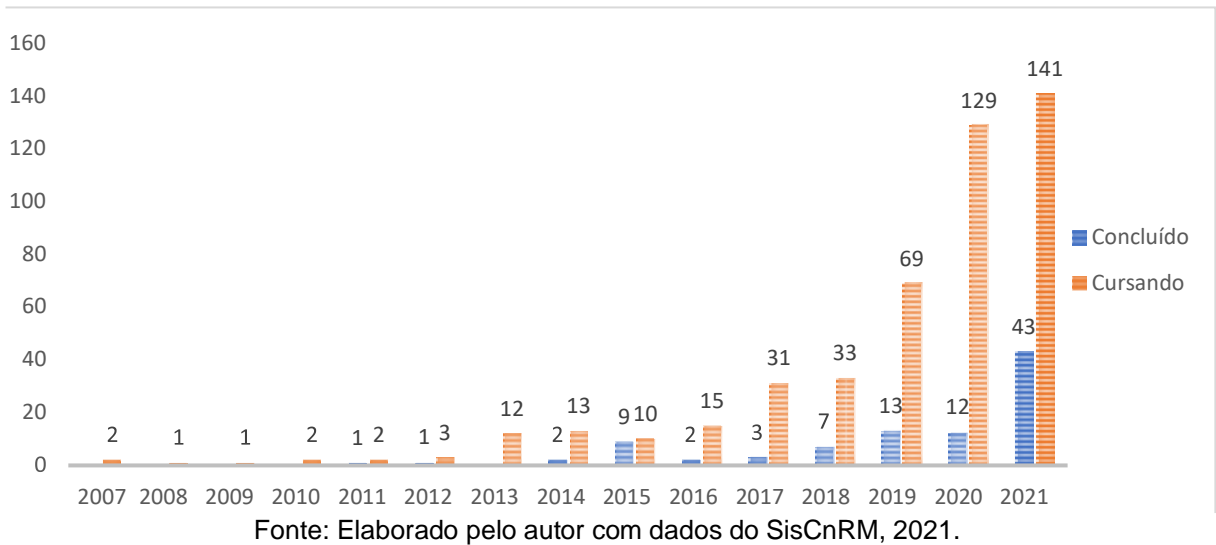
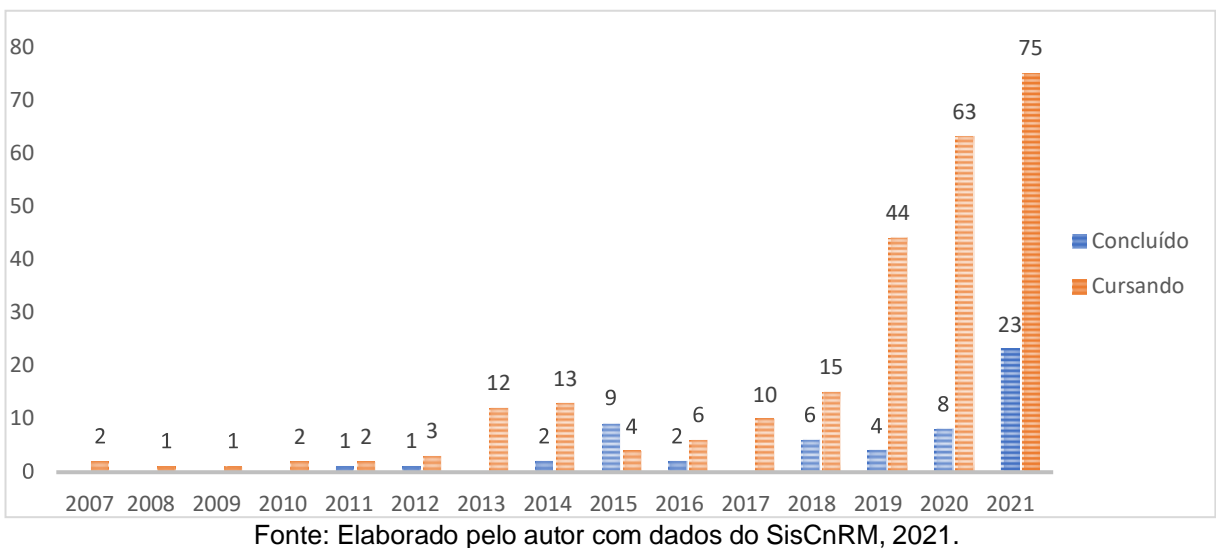


Gráfico 10 - Número de residentes cursando e concluindo a residência de MFC por ano na Região Metropolitana de Salvador, sem a FESF entre 2007 e 2021



Nos gráficos 9 e 10, observa-se a importância da FESF no número de residentes cursando e os concluintes de 2007 até 2021 na análise dos programas que contribuem com a APS na região metropolitana de Salvador (RMS). Com a primeira turma da residência formando em 2017, mostra que a iniciativa de articulação de programas de residência de forma integrada com a multiprofissional e a médica, chegando a ter 150 residentes distribuídos em três municípios é uma grande experiência exitosa em PRMMFC (COSTA; SANTANA, 2021).

O desenho da FESF, quando se fala em provimento, ele traz uma proporção

de população adscrita de 2.000 pessoas para cada residente, ou seja, metade da população de uma equipe de Saúde da Família, mostrando que o programa cria um ambiente protegido para o processo formativo do residente em formação. Infere-se que por mais que a residência da FESF faça parte de um movimento de provimento do profissional médico nos municípios da RMS, o número de vagas para a RMFC não se tratava apenas de uma estratégia de garantir o profissional médico na APS, demonstrava uma preocupação com a formação acadêmica (BRASIL, 2015; COSTA; SANTANA, 2021).

Um dado importante quando se compara a importância e o movimento de vanguarda da FESF na formação de MFC que mesmo que mais recente que a ESPBA traz números semelhantes é que a FESF foi o primeiro programa a ter a complementação de bolsa regulamentada. Através da parceria com a Fiocruz, a fundação desde 2015 já incentivava o residente com a complementação da bolsa em um valor de R\$ 8.000,00 mensais, garantia que nenhuma outra residência em Salvador poderia ofertar, fato ainda que ainda não garantia ser atrativo nos anos iniciais do PRM, dado pelo número de vagas ociosas, em 2015 o programa já iniciou ofertando 67 vagas, com apenas 6 residentes cursando o programa naquele ano e que apenas 3 residentes concluíram na primeira turma de 2017 (SALVADOR, 2019; COSTA; SANTANA 2021).

Em 2019, a FESF desenha uma parceria com a SMS Salvador para trazer o programa de formação de MFC e o de residência Multiprofissional para a capital Baiana, assinando o convênio em 20 de janeiro de 2020; contando já com a Lei 72 de 2019. Tal parceria movimentou a ESF de Salvador, trazendo em 2020, primeiro ano da parceria, um edital com 20 vagas do primeiro ano, ocupando 19 delas em 2020 e em setembro de 2021, o número de residentes ativos era de 15 no R2. Assim, em 2021, ofertaram 15 vagas e ocuparam 14 vagas.

4.3 O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SALVADOR

A cidade de Salvador ocupa uma extensão territorial de 692,819 Km² com rendimento mensal per capita de R\$ 1.053,77 (mil cinquenta e três reais e setenta e sete centavos) de acordo com o IBGE (2017). A capital possui, conforme sua organização político-administrativa, dez Regiões administrativas nomeadas Prefeituras de Bairros e doze Distritos Sanitários (DS). Como forma de contribuir com a gestão local, surge o processo de implantação dos Distritos Sanitários, considerados

importantes instrumentos e estratégia de organização das ações e serviço da Atenção Básica a partir de sua base municipal. Para acontecer uma análise do sistema de saúde de cada DS, considera-se uma população de um determinado território, com características específicas e determinantes ambientais, biológicas, sociais, ambientais, econômicas e culturais (ALMEIDA, 1998). As regiões Administrativas ou Prefeituras de Bairros foram criadas para aperfeiçoar a organização espacial, reconhecendo características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas do Município (OHARA; SAITO, 2008).

A cidade de Salvador apresenta problemas estruturais desde o processo de municipalização da assistência do cuidado na APS, como aponta Cardoso e Vieira-da-silva (2012) no que tange o processo de expansão da ESF, sua resolutividade e os investimentos significativos na qualificação dos seus serviços. Em dezembro de 2007, de acordo com os autores, a capital baiana apresentava uma cobertura de 13,7% na ESF; assim, como baixos indicadores de qualidades do serviço prestado à população, como número de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas.

No que tange os investimentos na implantação e estruturação de uma ESF de maneira concreta, percebe-se uma carência histórica na ampliação das USF e no provimento de profissionais na estratégia em termos de contratação e fixação dos trabalhadores na APS como mostrado no estudo de Cardoso e Vieira-da-silva (2012), pois as ações em atenção básica na cidade são insuficientes, além da baixa cobertura dos serviços. Assim, a longitudinalidade, base do cuidado nesse modelo de atenção, é fragilizada, além de que, sem o avanço na cobertura, a população não tem acesso a este modelo, sendo difícil demonstrar os resultados e resolutividade.

Os dados do banco de dados da plataforma WEB E-gestor Atenção Básica 2020, lançada em 2017 pelo Ministério da Saúde, mostram que a região nordeste no final de 2019 tinha uma população de 56.760.780 habitantes, nos seus nove estados, com 16.177 equipes de Saúde da família, número que representa uma cobertura de 81,74%. Vale destacar que 85,31% de cobertura era de Atenção Básica.

A Bahia tem, segundo o site E-gestor do Ministério da Saúde 2020, em dezembro de 2019, uma população de 14.812.617 habitantes, um número de 3.759 Equipes de Saúde da família, promovendo uma cobertura de 75,84% da população pela estratégia de Saúde da família, e de 81,03% de cobertura da Atenção Básica. Em julho de 2007, o estado baiano possuía uma população de 13.950.146 habitantes, com menos de 50% de cobertura de serviços na APS, sendo pela ESF 45,69% e pela

AB 45,69%. Mostrando como vem sendo investido um aumento do número dessas equipes e no modelo de investimento na USF como porta de entrada, aumentando a demanda por profissionais para atuarem nesses locais.

Salvador, a quarta capital mais populosa do Brasil, hoje enfrenta problemas com a cobertura da ESF e da AB. Mesmo destacando o avanço nos últimos anos, tem-se um número muito limitado em relação à cobertura da ESF, segundo o Ministério da Saúde. Em setembro de 2019, a capital baiana chegou a ser a segunda pior capital em cobertura da ESF, com 25,84% da população coberta pela estratégia e de 37,53% de AB, sendo naquele mês do ano passado a pior capital na AB, só perdendo para Belém do Pará, com 21,60% de cobertura em ESF (BRASIL, 2019).

O avanço em políticas de crescimento na APS vem se destacando nos últimos anos, e no aumento da cobertura. Ainda segundo o site do MS, em julho de 2007, a capital da Bahia apresentava uma cobertura de 12,97%, com apenas 102 equipes de SF, com uma população estimada para época de 2.714.018 habitantes. O crescimento pode ser notado através do avanço no número de USF e de ESF, que em dezembro de 2019, tínhamos na capital soteropolitana, uma população de 2.857.329 habitantes, uma cobertura de ESF de 31,88% e 42,08% da AB. Observa-se neste momento que mesmo com o avanço nos números, a capital configura um atraso na APS (BRASIL, 2019).

Inúmeras evidências já demonstraram a importância de uma APS forte e resolutiva para garantia da sustentabilidade de sistemas de saúde. Sendo assim, a eficiência da atenção especializada é diretamente proporcional à eficiência da APS. Além disso, mesmo em tempos de crise, como o que estamos enfrentando, o investimento eficiente dos gastos públicos na APS demonstra ser a estratégia mais viável, visto o custo-efetividade e os melhores resultados obtidos em países de baixa e média renda, nas dimensões de efetividade, eficiência e equidade. Podendo assim, mesmo em épocas de crise financeira, melhorar a situação de saúde, o acesso e a cobertura dos serviços, a capacidade de resposta, reduzir desigualdades e com custos compatíveis do cuidado (OPAS; OMS, 2018).

A APS é fundamental para concretização dos princípios do SUS, cobrindo mais da metade da população brasileira, reduzindo mortalidade infantil e internações por condições sensíveis e ampliando o acesso a serviços de saúde para populações em vulnerabilidade social e sanitária. Não obstante, ainda existe uma significativa disparidade na qualidade da atenção prestada no SUS e ampliar o acesso e a

capacidade de resposta ainda é um desafio (OPAS; OMS, 2018).

A ESF, com suas 42.000 equipes de base territorial, cuidando de uma população adstrita, tem a responsabilidade sanitária pelo cuidado de 80,0% dos problemas de saúde, sendo assim, o caminho para qualificar o SUS é, indubitavelmente o fortalecimento da APS nos seus atributos essenciais e derivados. Fortalecendo o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (OPAS; OMS, 2018). Conhecer as potencialidades e fragilidades de uma APS é o primeiro passo para se mitigar as disparidades na qualidade da assistência, sendo assim, objetiva-se descrever o panorama da Atenção Primária à saúde de Salvador, Bahia.

Desde o ano de 2010, o Plano Municipal de Saúde de Salvador já retratava fragilidades dos serviços de saúde, categorizando os problemas em cinco principais componentes do sistema de serviços, infraestrutura, organização, gestão, financiamento e modelo de atenção. Os principais entraves relatados podem ser resumidos em: insuficiência de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e estrutura de saúde; ineficiência do modelo de atenção vigente que não contempla a integralidade do cuidado e o acolhimento do usuário; desarticulação entre os distritos sanitários e o nível central; insuficiente regulação de consultas, exames e internação na rede de serviços de saúde; insuficiente política de promoção e prevenção em saúde; insuficiência quantitativa e qualitativa do quadro permanente de servidores e gerentes; precárias condições de trabalho e remuneração para os trabalhadores de saúde; fragilidade da capacidade de gestão (planejamento, avaliação, articulação, integração e comunicação) e inexistência de formulação de políticas locais (SALVADOR, 2010).

A categoria Atenção Básica à saúde do módulo operacional do PMS objetivava expandir e consolidar um modelo de atenção em saúde que preconiza atenção básica como porta de entrada no município, tendo como estratégia a saúde da família, desenvolvendo ações integrais em consonância com os eixos prioritários do Pacto pela Saúde. Expandindo a ESF articulada à reorganização dos serviços básicos de saúde, considerando a política de humanização do SUS (SALVADOR, 2010).

O PMS (2018-2021) trata da expansão da APS através da ESF como o eixo norteador para a reorganização da APS no município. Visto as propostas inovadoras da estratégia, reformulando as práticas de saúde e apresentando capilaridade na distribuição dos serviços no território. Assim, uma nova lógica organizacional do

processo de trabalho, rompendo com a lógica medicalocêntrica e focada no cuidado integral a partir da perspectivamultidisciplinar, é possibilitada (SALVADOR, 2018).

Atualmente, a rede de Atenção Primária à Saúde do município de Salvador dispõe de 121 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo que 46 são Unidades Básicas sem Saúde da Família e 75 são Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família com 250 equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas; 03 equipes de Consultório na Rua (eCR) e 11 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Nas UBS sem a Estratégia de Saúde da Família, o quadro de profissionais depende da capacidade instalada da unidade de saúde e da sua tipologia. Mas, poderá ser constituída por médico clínico, ginecologista e pediatra, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, Agente Comunitário de Saúde – ACS, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. Nota-se que em 2012, menos de 20% da população soteropolitana teve acesso às unidades de Atenção Primária à Saúde, uma vez que a cobertura de APS alcançava naquele ano cerca de 18,6% da população (SALVADOR, 2018).

No ano de 2020, a cidade de Salvador, capital da Bahia, ultrapassou a marca de 56% de cobertura da atenção básica. A marca histórica coloca o município como a capital brasileira que mais ampliou o acesso aos serviços primários de saúde no país nos últimos anos. No entanto, ainda existe a necessidade de ampliar a destinação de investimentos financeiros para esta área com intuito de possibilitar que este nível de atenção à saúde possa alcançar os seus objetivos precípuos de coordenação do cuidado e ordenação da rede de atenção à saúde (SALVADOR, 2018).

A implantação da Estratégia de Saúde da Família no município começou no ano de 2000, com cerca de 07 equipes de Saúde da Família, priorizando o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, visto as condições sociais e epidemiológicas. Todavia, a implantação desta estratégia em Salvador ocorreu seis anos após a definição da Saúde da Família como estratégia central para garantir a APS nos municípios pelo Ministério da Saúde. A análise do processo de implantação da estratégia, entre o período de dezembro de 2005 a julho de 2017, demonstrou implantou-se 236 novas equipes, com crescimento no período de 2005 a 2010, seguido, infelizmente, de decréscimo de 40,9%, entre os anos de 2011 e 2012, do número de equipes implantadas, que pode estar vinculado às questões de vínculo empregatício, à precarização dos vínculos de trabalho, à realização do Concurso Público em 2011, bem como à desestruturação física da rede assistencial

(SALVADOR, 2018).

Já no período de 2013 a 2017, houve uma retomada do crescimento do número de EqSF implantadas, com ampliação de 58,4% quando comparado os anos de 2012 e 2013 e, quando comparado o ano de 2012 a 2017, nota-se ampliação de cerca de 140,4%. Ainda assim, é possível constatar que nos anos de 2014 a 2017 mantém-se o processo de expansão da estratégia de Saúde Família em um ritmo de crescimento menor, mas sustentável ao longo dos últimos quatro anos (SALVADOR, 2018).

Ao observar os Distritos Sanitários (DS) cinco anos após a implantação da ESF (2005), nota-se que os DS de Centro Histórico e Boca do Rio ainda não dispunham de nenhuma EqSF e apenas três Distritos Sanitários possuíam 10 ou mais EqSF, sendo que se observa um aumento nos anos seguintes, sendo 04 DS em 2012, 06 DS em 2013 e 08 DS em 2017. Além disso, o DS Subúrbio Ferroviário apresenta o maior número de EqSF nos quatro anos avaliados, o que pode estar relacionado ao fato deste DS ter sido contemplado com as primeiras EqSF implantadas, bem como pelo perfil epidemiológico e social. Já os DS Centro Histórico, Itapagipe, Liberdade, Brotas e Boca do Rio receberam pouco investimento que garantisse a ampliação da quantidade de equipes nos territórios, evidenciando a carência de melhores diálogos com tais territórios, a fim de permitir uma melhor capilarização da ESF nesses locais (SALVADOR, 2018).

O número de EqSF e proporção da cobertura populacional estimada é inversamente proporcional ao IDH, ou seja, os distritos sanitários que apresentaram o maior número de equipes e cobertura populacional possuem o menor IDH (DS São Caetano Valéria, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras). Os DS Itapagipe e Liberdade apresentaram IDH abaixo da média municipal e não apresentaram incremento na implantação dos serviços de Atenção Primária à Saúde, evidenciando que a estratégia de Saúde da Família carece de investimento nos distritos com IDH mais baixos para se garantir a melhoria da qualidade de vida da população (SALVADOR, 2018).

Acerca da percepção dos problemas do estado e dos serviços de saúde do município, o PMS (2018-2021) identificou 273 problemas do estado de saúde e 501 problemas dos serviços de saúde, categorizados em: doenças sexualmente transmissíveis; doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco como sobrepeso/obesidade, sedentarismo e tabagismo; doenças emergentes e reemergentes; doenças negligenciadas; violências; transtornos mentais; uso abusivo

de drogas; doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério; mortalidade infantil; doenças imunopreveníveis; doenças da cavidade oral; doenças do aparelho respiratório; acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; doenças da pele, ortopédicas e oftalmológicas; determinantes sociais como desemprego, mobilidade urbana, saneamento básico, habitação e evasão escolar (SALVADOR, 2018).

Ademais, os problemas dos Serviços de Saúde foram organizados em quatro categorias de análise. Foram elas, Modelo de Atenção, Organização de Recursos, Infraestrutura dos Serviços e Gestão do Sistema de Saúde. A respeito do modelo de atenção, foram elencados problemas da atenção básica, saúde bucal, saúde mental, promoção e prevenção, programa saúde na escola. Na organização de recursos, encontram-se problemas da atenção básica, saúde bucal, saúde mental, da rede de apoio e diagnóstico e terapêutico e questões relacionadas a intersetorialidade. Quanto à infraestrutura, destacam-se a insuficiência e qualificação de recursos humanos, problemas relacionados aos recursos financeiros e materiais, equipamentos, insumos, transporte e infraestrutura física. Similarmente, foram identificados percalços referentes à gestão no que se refere ao plano de cargos, carreiras e vencimentos, comunicação, humanização, monitoramento e avaliação, cartão SUS, participação e controle social (SALVADOR, 2018).

O módulo operacional de APS vigente (PMS, 2018-2020) objetiva implementar a Política Nacional de Atenção Básica no município de Salvador. Desse modo, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção primária à saúde no município. Dentre as metas, a cobertura da Atenção Básica de mais de 54,1% até o ano de 2021 foi alcançada. Similarmente, se espera como avanço almejado que haja redução da taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica e a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família eram metas do PMS (2018-2021) (SALVADOR, 2018).

4.4 ESTRUTURA E TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR

4.4.1 PERCURSO HISTÓRICO

O relato e descrição é derivada da experiência vivida como médico residente da SMS Salvador entre março de 2016 e fevereiro de 2018, depois como médico da Estratégia de Saúde da Família do município a partir de 2018 com os vínculos de TAC,

REDA e Estatutário do município nesta trajetória. Desde julho de 2018, fundando e assumindo a função de coordenador da COREME da SMS até novembro de 2020, retornando em março de 2021 para o cargo, assumindo até o momento atual de setembro de 2021.

A cidade de Salvador apresenta fragilidades históricas na APS, como já citado, e chegou a figurar por muitos anos como a pior taxa de cobertura de ESF. Dentro da SMS Salvador, um grupo de trabalho dentro da Coordenação de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) começa a construir a pauta da construção de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em um Projeto Aplicativo do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Programas de Residências de 2014 do Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) do Hospital Sírio Libanês em parceria com o Ministério de Saúde, com o apoio do CONASS e CONASEMS (BRASIL, 2019).

A partir de 2014, mesmo com o projeto aplicativo apresentado dentro da Secretaria Municipal de Saúde e com o curso de Especialização em Preceptoria para Residência Médica no SUS, mais uma iniciativa conjunta com o IEP do Sírio Libanês e Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS), a pauta da construção da Residência em MFC da SMS não sai do papel, porém com profissionais capacitados e especialistas na rede de saúde, a pauta do PRM para além de pessoas da gestão, o projeto começa a conquistar profissionais da ponta que começam acreditar no sonho desta construção, se transformando em um movimento ainda mais coletivo.

Ponto interessante desta trajetória interna da construção do PRM dentro da SMS Salvador é que a pauta foi construída dentro da CGPS, coordenação responsável pela Gestão de pessoas, com pagamento e provimentos de profissionais para a saúde. Ponto que mostra que a residência vem como tentativa também de solucionar a falta de médicos na APS de Salvador e o problema crônico de alta rotatividade de médicos. O processo da residência como formação, de uma construção de um médico mais qualificado não começa como ponto central da pauta.

Em 2015, com a lei de MS que autorizou a complementação da bolsa do residente em MFC para equiparar ao salário do médico que é responsável pela EqSF; Assim como a Lei dos MAIS MÉDICOS de 2013 com o incentivo a abertura de novos programas de residência médica em MFC e também como programa de provimento de médicos para os municípios; São fatores que fazem a discussão do PRM MFC ganhar corpo na sociedade e também as faculdades começam a mudar o currículo de acordo com as novas diretrizes curriculares de 2014 com o aumento da carga horária em

APS nos campos de prática e teóricos (BRASIL, 2013; 2015).

Em 2018, é instaurada a Comissão de Residência Médica da SMSSalvador, no dia de 21 de julho, com o objetivo de construir a Residência e legitimar o processo formativo dentro da SMS, já que a cidade já cedia o campo de prática para as outras residências em MFC, naquele ano foram aprovados para o primeiro ano da residência (R1) cinco residentes para a BAHIANA e sete para ESPBA, que já possuía três residentes do segundo ano (R2), assim naquele momento da pedra fundamental do PRMMFC em Salvador.

Naquele momento em 2018, tínhamos na cidade um total de quinze médicos em formação para a especialidade em modelos de diversos de vínculos contratuais com a SMS. Estes recebiam a bolsa da residência e uma vinculação não regulamentada pela Prefeitura, pois alguns residentes ou eram contratados pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) realizado naquele ano, ou eram vinculados pelo vínculo Termo de ajuste de Conduta, o mais precário dos vínculos daquele momento por não ter respeito aos direitos trabalhistas vigentes, ou até médicos residentes em regime de estatutário do município. Dessa forma, a vinculação dos residentes em Salvador se transformava em um grande problema para a CGPS (SALVADOR, 2018).

A necessidade de regulamentar e organizar estes vínculos empregatícios com os residentes e com base na Portaria número 3.147 de 28 de dezembro de 2012, que institui as especificações preceptor e residente que atuam nas EqSF; Assim como, a possibilidade legal para complementação de salário do médico residente para igualar em valor ao médico que assume uma equipe na ESF naquele município trazida nesta portaria dá amparo legal para a discussão de uma Lei municipal que regulamentasse esta complementação na capital soteropolitana (BRASIL, 2012).

O Pedido de Credenciamento do Programa (PCP) construído em agosto de 2018 é realizado, que já havia começado a ser feito em 2016, porém não havia sido submetido à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Existia ainda falta de apoio e articulação interna da SMS. O Núcleo de Residências em Saúde passa a buscar MFCs na rede que possam compor o quadro de preceptor, propondo um desenho de PRM que tenha preceptor nas USF e vínculo com residentes e com o serviço. Este modelo ainda era inédito na realidade da capital baiana. O pedido naquele momento almejava um número de 20 vagas por ano.

Em 30 de novembro de 2018 é realizada a visita de credenciamento pela CNRM, momento em que foi apresentado o desenho do PRMMFC da SMSSalvador.

A proposta inicial na época trazia a proposta de ocupação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF), que também foi o local de início da ESF, território de muita desigualdade social e com dificuldade de fixação do profissional médico. Havia uma proporção de três residentes para um preceptor, dessa forma, o projeto foi pensado para sete Unidade de Saúde (SALVADOR, 2018).

O PCP protocolado como número 2016-1322 foi avaliado pela plenária de janeiro de 2019. A câmara Técnica indicou que era favorável a liberação das vinte vagas solicitadas pela SMS Salvador, porém, a plenária se posiciona contra a liberação das vagas por conta do número de preceptores e aprova o número de oito vagas para o novo PRMMFC baiano.

4.4.2 Estrutura pedagógica inicial e desenvolvimento do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da SMS Salvador

O núcleo de Residências em Saúde conjuntamente com a COREME articula naquele momento com a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) para que as vagas já fossem para o concurso das vagas do Processo Seletivo Unificado (PSU) daquele ano. No edital 2019.1, o PRM recebe três residentes naquele mês de março e preenche a sua totalidade de vagas no edital de 2019.2, começando seu primeiro ano com todas as suas vagas preenchidas, realidade incomum para a especialidade naquele momento (BAHIA, 2019).

Em 2019, a pauta do PRMMFC ganha destaque político estratégico dentro da SMS Salvador em um momento de dificuldade de contratação de médicos para APS, atraso do concurso de 2019. A CGPS em conjunto com a COREME da secretaria e do Núcleo de Residências em Saúde constroem um projeto de Lei para regulamentar o vínculo de complementação de bolsa dos residentes de MFC e pagamento de bolsa para os preceptores, apoiador pedagógico, supervisor do PRM e coordenador do Programa Integrado de Residências em Saúde, definindo atribuições e valores de bolsa pelas competências (SALVADOR, 2019).

Em julho de 2019, em meio ao agravamento da crise de provimento médico na SMS, muito por conta do movimento de desassistência provocado pela saída abrupta dos profissionais do Programa Mais Médicos. Situação comum no país, quando o PMM não foi renovado naquele primeiro ano de mudanças propostas pela ADAPS e do programa Médicos pelo Brasil. Momento de diminuição da cobertura da ESF em

Salvador, momento em que assume o novo Secretário de Saúde da cidade.

Entre os meses de julho e outubro de 2019, a pauta da residência e seu potencial provimento e melhora na APS ganha holofotes jamais vistos dentro da SMS e da Prefeitura. De sonho para projeto de lei (PL 04/2019) em agosto parano mês de outubro virar a Lei Complementar 72/2019 em 08 de outubro de 2019 no Diário Oficial Municipal, criando oficialmente o Programa Integrado de Residências em saúde, cargos e remunerações de cada cargo instituído por bolsa complementar de estudo pelo trabalho (SALVADOR, 2019).

O PRMMFC estava burocraticamente organizado, do ponto de vista do financiamento. Deixada esta pauta de lado, existia uma residência nova com oito residentes mais quatro preceptores e a necessidade de construir e solidificar o processo pedagógico, processo avaliativo e diálogo interno das unidades e externo com o restante da SMS, pois naquele momento a pauta não seria mais da CGPS e sim uma política de governo do município.

Os quatro preceptores assumiram, naquele momento, a árdua tarefa de uma coordenação coletiva para organizar o processo pedagógico. A carga horária de oito turnos diurnos e dois noturnos eram divididos em turnos na USF, em sua grande maioria e turnos políticos administrativos para a organização em conjunto com o Núcleo de Residências em Saúde, além de dar aulas teóricas e organizar os estágios. Movimento que gerou grande questionamentos por partidos residentes por conta da ausência do preceptor nas unidades. Naquele momento inicial, a proporção era de dois residentes para um preceptor (1:2)

Com o modelo de coordenação coletiva foi organizado com os residentes encontros mensais de Co-gestão na tentativa de uma construção horizontal do PRM. Foi definido nestes espaços em concordância com as competências do primeiro ano do PRMMFC proposta pelo MEC que os residentes daquele primeiro ano teriam os seguintes estágios externos à APS de prática (BRASIL, 2015):

- Aleitamento Materno
- Atenção à pessoa adulta em situação de emergência
- Cuidado multiprofissional à criança com Doença Falciforme
- Geriatria e Gerontologia
- Pré-Natal de Alto Risco
- Puericultura

A atuação do Núcleo de Residências em Saúde da SMS Salvador neste momento de construção foi de fundamental importância. Além da pactuação externa a SMS para realização dos estágios externos, também era realizado as oficinas de avaliação e construção do Projeto Político Pedagógico (PPP). Com profissionais de grande saber em processos de aprendizado no Núcleo, a condução de espaços de discussão com os preceptores e residentes foi um grande marco para o primeiro ano da Residência.

A organização proposta pelo coletivo naquele momento trazia que nos três primeiros meses do R1 não haveria estágios externos, para fim de construção de vínculos na comunidade/Unidade e investimento no processo de territorialização. No primeiro mês na USF, existiria uma proporção de quatro pacientes por turno para o residente, progredindo no segundo mês para seis pacientes e no terceiro mês para oito. No primeiro mês, todos os casos deveriam ser discutidos com o respectivo preceptor e que o número de pacientes seria aumentado conforme avaliação, feedback, considerando a segurança do paciente.

A semana padrão deveria do residente, de acordo com a realidade local, inicialmente, além dos dois turnos noturnos teóricos as terças e quintas no Centro de Formação de Trabalhadores, os dez turnos da USF deveriam ser compostos por diversos tipos de demandas da APS, tais como:

- 6 Turnos de atendimentos, entre demanda espontânea e programada;
- 1 Turno de Visita Domiciliar;
- 1 Turno de Reunião de Equipe;
- 1 Turno de Atividade Educativa;
- 1 Turno para planejamento em saúde, diagnóstico situacional, territorialização.

As quatro unidades escolhidas para o projeto piloto em 2019 no DSSF traziam um processo de heterogeneidade que impactou diretamente no primeiro ano do PRM. Enquanto, a USF Ilha Amarela, trazia uma história breve, porém importante, no processo de formação de residentes em MFC da Escola Estadual de Saúde Pública, as outras três unidades, USF Colinas de Periperi, USF Plataforma e USF Tubarão tinham pouco tempo de inauguradas e não tinham experiência com processos de formação em serviço de profissionais. Pontos que nestes casos citados dificultaram a relação da comunidade e equipe com o PRMMFC.

Ainda em novembro de 2019, com a sobrecarga de funções e demandas dos residentes, o PRM deixa o modelo de coordenação coletiva e passa a ter o cargo de coordenação com dedicação exclusiva para a pauta. Assim, para 2020, surgem as necessidades de aumento do número de preceptores para suprir o deslocamento para a coordenação e preparar o grupo para receber mais oito residentes do PSU de 2020.1 da CEREM Bahia.

4.4.3 Segundo ano do programa e mudanças nas propostas pedagógicas e do desenho da residência, discussão e construção do processo avaliativo

Nessa linha em 2020, a residência muda os cenários problemáticos do primeiro ano. É iniciado processo de inserção em novas quatro unidades de Saúde da família além de Ilha Amarela, USF Arenoso, USF Doron, USF Mata Escura, USF Canabrava. Porém, inicialmente, a ampliação do número de preceptores não ocorreu na mesma velocidade de mudança de unidades e nem da chegada dos novos residentes. Vale ressaltar que no fim do primeiro ano e na mudança das unidades, dois R1 optam por pedir desligamento do programa.

No processo de organização do PRM em 2020, o processo avaliativo começa a ser estruturado e ser implementado. Através de grande articulação da coordenação com o Núcleo de Residências é feito um desenho de ciclo avaliativo descrito no manual do residente da SMS, onde na proposta de avaliação formativa, tem seu início na linha de base do residente ao iniciar o R1. Assim, buscando o método de Ensino centrado no Residente (RIBEIRO, 2008).

Nessa linha de processo avaliativo o PRM propõe que os preceptores, atores fundamentais no processo de construção desse processo avaliativo, momentos de reflexão sobre o processo de avaliar, para amadurecer os processos e no ano de 2020 foi realizado encontros para um grupo *Ballint* com periodicidade quinzenal para discutir diversos temas da preceptoria, inclusive avaliação.

4.4.4 **Discussão e construção do processo avaliativo**

A avaliação proposta pelo PRM traz como pilares para além do processo avaliativo cotidiano dos *feedbacks* instantâneos durante a rotina da APS, os instrumentos estimulados e formalizados são:

- **Portfólio Reflexivo** – ferramenta utilizada para promover metacognição e reflexão crítica sobre o cenário de aprendizagem, estimulando uma transformação positiva da conduta do profissional em formação. Utilizado em atividades do programa de forma pontual.

- **Contrato didático** – Baseado no Método de Ensino Centrado no Residente, que tem base no método clínico centrado na pessoa, tem o objetivo de elaborar um plano conjunto de ensino-aprendizagem, onde seja possível listar prioridades e estabelecer os papéis do preceptor e residente, deve ser revisado periodicamente, atualizado e refletir sempre com os atores quais foram as competências adquiridas e as que não foram, quais foram os entraves, assim como identificando as responsabilidades.

- **Mini-CEX (Mini – Clinical Evaluation Exercise)**: instrumento utilizado para sistematizar o feedback da observação direta da consulta, durante os atendimentos de rotina do residente. O instrumento propõe uma pontuação da avaliação nos quesitos de habilidades em entrevista clínica, exame físico, qualidades humanísticas e profissionalismo, raciocínio clínico, comunicação, organização e eficiência, bem como a competência clínica em geral. Esta avaliação deve ocorrer de forma programada e com periodicidade semestral.

- **Avaliação do Residente quanto ao cumprimento de atividades do programa**: Esta etapa envolve o preenchimento de instrumentos que analisam a atuação do residente no campo de prática. Assim, para proporcionar uma avaliação ampliada, tanto a preceptoria, que se propõe a observar aspectos como conhecimentos, habilidades e atitudes referentes à especialidade, quanto a Equipe de Saúde da Família, responsável por observar elementos voltados ao trabalho em equipe que participam dessa elaboração. Realizado semestralmente.

Acrescentado a avaliação do discente, o PRM propõe a avaliação de mão dupla onde existe instrumento para o residente se autoavalia, avalia o preceptor e o campo de prática.

O impacto da pandemia, com certeza, não pode ser mensurado no PRMMFC, as mudanças sofridas no processo de trabalho impactaram direta e indiretamente na aquisição de competências no cenário de aprendizado. Assim, deixo o registro que o prejuízo deixou inúmeras marcas no primeiro ano dos residentes que iniciaram a residência em 2020 e naqueles que concluíram. Alguns dos prejuízos vistos foram: a não realização de estágios externos em 2020, a mudança do processo de trabalho nas unidades, a restrição de acesso por conta da aglomeração, suspensão de atividades educativas em grupo, restrição das visitas domiciliares, migração para ambientes de aprendizagem online, dentre outras.

4.4.5 O manual do residente da sms Salvador e o terceiro ano da residência

Em 2021, com a chegada de novos oito residentes para o PRM pelo PSU da CEREM Bahia, o programa se reorganiza mais uma vez e amplia para mais uma USF, a unidade do Garcia. Unidade tradicional em Salvador, com uma história dentro dos processos formativos das outras residências. Assim, totalizando cinco unidades para o desenho do programa.

Com a ampliação do programa e com a sobrecarga do desenho do PRM em 2020 e com a pandemia do COVID 19, se estabelece uma construção junto a CGPS para completar o quadro da preceptoria. Dessa forma, neste terceiro ano da residência é observado um crescimento no quadro de preceptores, aumentando de quatro para oito preceptores especialistas em MFC para compor o grupo de preceptoria, sendo que no momento somamos com um preceptor que ocupa o lugar de supervisão do programa e uma preceptora de licença maternidade até o ano de 2022, atualmente o desenho do PRM é de um para dois residentes em duas unidades, um para três em três unidades.

O manual do residente do PRM foi publicado em maio de 2021 e traz a proposta do programa, um resumo sobre a estrutura, os estágios e os módulos teóricos:

- Atenção Integral à Saúde
- Maleta de ferramentas da MFC
- Medicina Geral
- Saúde da Criança e Adolescente
- Saúde da Mulher
- Saúde Mental

Complementando a descrição do programa, é construído um espaço de

discussão de caso clínico com o modelo diferente do desenho de apresentação tradicional Hospitalocêntrico, centrado na doença e no médico. O caso clínico centrado na pessoa, propõe uma abordagem baseada no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), buscando que o residente contemple na apresentação o reconhecimento da singularidade do sujeito, construindo e respeitando a sua autonomia, valorizando a relação médico-paciente como mecanismos centrais do cuidado efetivo (STEWART, 2017).

Neste terceiro ano da residência se propõe um modelo de organização dos estágios externos com rodízios de um dia por semana, com períodos de 4 a 5 semanas, podendo haver estágios com frequência maior. Os grandes polos de estágio são Gestão municipal/distrital, Saúde mental, consultório na rua, pré-natal de alto risco, Saúde do Idoso, Banco de leite, Endocrinologia, Hematologia, Infectologia, Dermatologia, Cardiologia, Medicina da Dor, Saúde da população LGBTQ+, Ambulatório de doença Falciforme e Práticas Integrativas.

A roda de Cogestão, espaço horizontalizado entre supervisão de programa, preceptores e residentes, tem a periodicidade mensal. A reunião tem a função de trazer para o residente o ambiente de tomada de decisão do processo organizacional da gestão do programa, dificuldades e oportunidades. O espaço busca a corresponsabilização dos sujeitos envolvidos para as mudanças de rumos do programa, sinalizando quais são as possíveis soluções para os problemas enfrentados naquele período.

No fim dos dois anos de residência médica na SMS é construído um Trabalho de Conclusão da Residência. Na primeira turma os seis residentes concluintes fizeram trabalho que valorizaram a trajetória do residente na APS e ficaram como trabalhos técnicos para os trabalhadores da prefeitura de Salvador, nas unidades ou até nos serviços de Gestão local. Os trabalhos abordaram temas como: Qualificação do Pré-natal, Gestão da assistência domiciliar, uso da teleconsulta na gestão de casos clínicos com avaliação dos serviços de especialistas focais, organização do acolhimento da enfermagem na USF, Avaliação da segurança do paciente na APS em Salvador e a capacitação de Suporte básico de Vida para profissionais na USF.

4.5 OFICINA PARA ELABORAÇÃO DA MATRIZ SWOT COM O SUPERVISOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE SALVADOR

O estudo de caso, segundo Worthen 2004, no livro Avaliação de Programas afirma que é extremamente útil quando se deseja apresentar informações em profundidade sobre a unidade e não de generalizar para uma população maior. Assim, por mais que a tendência de generalizar de forma lógica e naturalística este não é o objetivo e não possui validade científica. Então como meta é criar “descrições substantivas” ou uma compreensão total do caso para ajudar os outros a entender e julgar seu valor e o contexto dentro do qual tem operado (LINCOLN, 1985).

Na acepção de Santana, Jesus e Araújo (2007/2009), ao utilizar a matriz SWOT para avaliação oportuna sucessivas adaptações com as especificidades da realidade. Dessa forma, os autores sugerem que esta seja incorporada como tecnologia para discussão no grupo de planejadores em Saúde, para que seja possível um maior entendimento entre a equipe. Destaca-se ainda a utilização no que tange o enfrentamento de fatores externos.

Na construção da análise SWOT é fundamental que se seja feito o cruzamento da análise da organização em seus pontos fortes e fracos. Observando como se relaciona as oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo com as forças e fraquezas do ambiente interno (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

A Matriz SWOT construída no vídeo “Oficina Matriz SWOT PRMMFC SSA” disponível no Youtube em:

<https://www.youtube.com/watch?v=GGhmM2Ry3no> feita pelo autor e o coordenador do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde traz como grandes pontos identificados como positivos, fortalezas e oportunidades, uma influência do apoio da Gestão municipal nesta análise, ao valorizar a residência em formalizar a complementação da bolsa da residência. Através da Lei municipal 72/2019, instrumento que garante o financiamento tanto dos residentes como do corpo Docente.

Assim, além do fortalecimento da residência do município como mostra a matriz SWOT, a valorização da pauta dos programas de residência em MFC dentro da SMS contribui para o crescimento das outras instituições que ocupamos campos de prática do município, pois o reconhecimento da importância da formação em serviço dos

profissionais médicos ao, seguindo a tendência de outras capitais como o Rio de Janeiro e Fortaleza, remunerar o residente com um valor semelhante ao médico que ocupa a EqSF. Assim, além de aumentar a qualidade técnica com um médico em processo de especialização para APS, a Prefeitura constrói uma alternativa de resolução para o problema de baixa cobertura da ESF (SBMFC, 2021; SALVADOR, 2020).

Da mesma forma que esta valorização da formação do médico especialista como mostra um dos pontos importantes de fortaleza do PRMMFC, onde todos os médicos preceptores são especialistas em MFC contrasta com a Lei de cargos e salários, Lei Nº 8629/2014 de Salvador, onde não reconhece a especialidade da MFC como uma especialidade para atuação e valorização do profissional na APS. De tal maneira, ao formar o médico especialista, este mesmo que seja aprovado no concurso para servidor do município, este ainda vai ser remunerado como médico generalista (SALVADOR, 2014).

Ao construir a Matriz SWOT do PRMMFC e pontuar os pontos trazidos segundo Oliveira, com pontuações entre pouco importante com um ponto, importante com dois pontos e muito importante com quatro pontos a matriz aponta para um momento com tendência favorável para seu crescimento e fortalecimento. Observando que a soma dos pontos que fortalecem internamente e externamente (oportunidades e fortalezas) superam os pontos trazidos que dificultam o projeto (fragilidades e ameaças).

No Rio de Janeiro, a SMS teve a iniciativa no ano de 2011 para a criação do PRMMFC para fortalecer a APS e organizar a RAS. Trouxe a complementação de bolsa para o residente e valorização do preceptor, porém já iniciou o projeto com número mais robustos, no primeiro ano, o PRM abriu 60 vagas para o primeiro ano da residência, e em 2014 houve uma ampliação para 100 vagas anuais. Contrapondo-se com o que é observado em Salvador que teve seu desenho iniciado de forma reduzida, mesmo solicitando 20 vagas, só foram autorizadas as oito vagas atuais, que mesmo no Nordeste não se aproxima a número como a SMS Fortaleza que já teve 100 vagas (JUSTINO, 2016).

Vale ressaltar que os números de vagas abertas nos PRM's não representam a sua ocupação, então ainda sim, vale lembrar que mesmo que os programas tenham crescido no Brasil, mostrando resultados positivos, o número de vagas ociosas é uma realidade. Segundo Scheffer e colaboradores, 66,2% dos egressos de medicina do Brasil não manifestam desejo de trabalhar com a APS e apenas 1,5% citam os

PRMMFC's como opção de escolha. Desde 2002, os números nacionais de ociosidade nos programas de formação de MFC oscilam entre 55 e 74%. Porcentagem de profissionais de profissionais que atuam na especialidade de MFC é de apenas 1,2%, contraste importante quando se compara com países que possuem uma grande valorização das APS.

Oliveira (2019) reforça esta questão das vagas ociosas quando traz no seu trabalho que, em proporções diferentes, com o aumento das vagas trazidas pelo PMM nas RMFC's resultou também no aumento da quantidade de vagas ociosas, observadas nos anos seguintes ao programa. Tal número chama atenção em 2017 quando na totalidade de 2946 vagas no país, um percentual de aproximadamente 65% das vagas estava ocioso.

O aumento do número de vagas ocupadas nas RMFC's chama atenção nos últimos anos no país. A demografia médica aponta um crescimento de 171% no número de especialistas em 10 anos. Assim, ao analisar que após o PMM em 2013, o número de vagas ocupadas nos PRM's brasileiros saltou de 290 residentes em 2014 para 1.043 em 2017, um aumento de aprox. 260% no número de residentes (SCHEFER 2020, OLIVEIRA 2019).

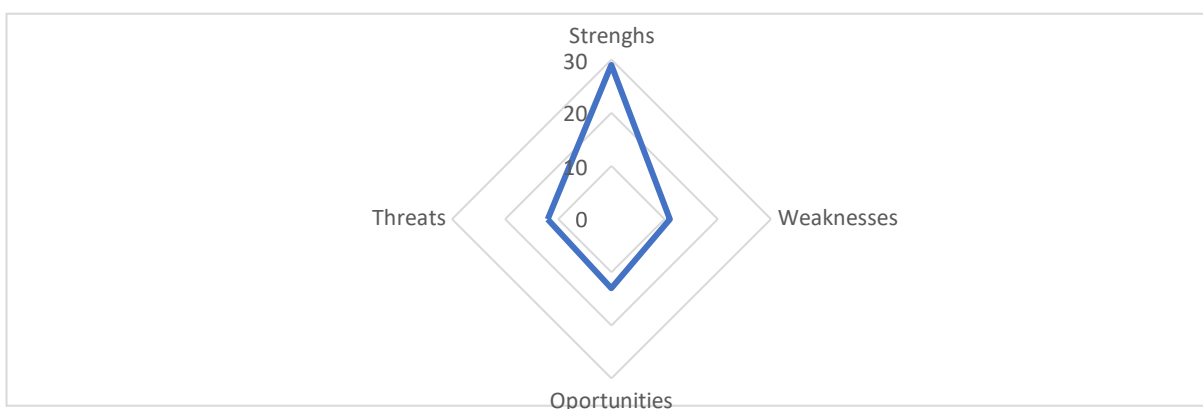
Quando se compara os matriz SWOT do PRM Salvador elaborada em oficina junto ao supervisor do PRM com a matriz do PRM da SMS do Rio de Janeiro em 2016 se observa que o apoio central da gestão local, assim como a complementação da bolsa surgem como fortalezas para os programas. Assim, como em Salvador o número de preceptores é algo que pode ser considerado como fortaleza, a proporção naquele momento de crescimento do PRM do Rio foi considerada uma fragilidade, que na mesma linha de ameaça aparecia que a proporção do PRM carioca foi encarada como uma ameaça externa (JUSTINO, 2016).

Justino (2016) aponta ainda que a "mudança da gestão" poderia representar uma ameaça externa ao PRMMFC da SMS Rio de Janeiro. Ameaça concretizada em 2018 com a crise que acometeu a APS carioca com desmonte de vários serviços. Melo et al (2019) descreve o retrocesso na cobertura da ESF no fechamento das Clínicas de Família e aponta como um dos motivos para este momento a vinculação da APS com as Organizações Sociais de Saúde e precarização dos vínculos empregatícios, realidade que é distante da capital baiana, pois há o movimento de ter respaldo legal através de lei e portarias para o crescimento do PRM, fato que para Salvador a lei 72/2019 aparece na matriz como fortaleza.

Ao se analisar a matriz dos programas de MFC de Vitória, no Espírito Santo, observamos que a sobrecarga do preceptor ao assumir agenda e supervisão do residente surge como uma fragilidade no trabalho de Sarti e colaboradores (2018). Assim como naquela realidade, acrescenta-se ainda a falta de suporte da gestão para o planejamento do PRM. Estas fragilidades descritas contrapõem-se com a situação presente da residência de SMS Salvador. Como fortaleza aparece nesta análise também a importância do preceptor neste desenho de valorização dos programas, seja em Salvador, Vitória ou Rio de Janeiro (JUSTINO, 2018).

O quadro 1 traz a matriz SWOT do PRMMFC SMS SSA com a construção feita pelo supervisor do programa avaliando as potencialidades e Fragilidades. Sendo classificadas como externas ou internas ao programa. A avaliação do momento do PRMMFC na capital baiana pode ser considerada o momento como estratégico, pois na análise da matriz temos que há uma validação institucional desta construção e uma organização pedagógica do eixo teórico, aliando o provimento com a formação do residente (BATISTA; BONFIM, 2021).

Gráfico 11 - Relação da matriz SWOT com a classificação de Oliveira (1999)



Fonte: Oficina realizada pelo pesquisador com o supervisor do PRMMFC da SMS Salvador disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GghmM2Ry3no>, acessado em 20/09/2021.

A avaliação do gráfico 11 traz que na leitura do supervisor do programa da Prefeitura de Salvador ao analisar seus pontos de potencialidades e fragilidades e graduar de acordo com a escala de importância proposta por Oliveira em 1999, mostra que o ambiente externo e internos apontam para um momento positivo do programa. Ou seja, suas oportunidades e fortalezas superam os pontos trazidos como ameaças e fragilidades.

Tabela 5 - Matriz SWOT sobre a avaliação de potencialidades e Fragilidades do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Salvador

Ambiente Interno		Ambiente Externo	
Fortalezas	Pt.	Oportunidades	Pt.
Complementação de bolsa do residente	4	Valorização da Residência pela SMS	4
pagamento de bolsa preceptor	4	Programa Nacional de fortalecimento das Residências	1
Validação da Lei municipal - Institucionalização	2	Construção da Escola Municipal de Saúde Pública	2
Momento - "clima" institucional	4	Previsão legal da existência de apoiador pedagógico	2
Qualificação dos campos de prática (USF)	2	Abertura da gestão para implementar o apoio pedagógico	2
Formação dos preceptores (MFC)	2	Qualificação de processos da residência através das parcerias e convênios com Instituições que compõem a Rede	2
Quantitativo dos preceptores	4	Valorização da Residência pela SMS	4
Quantitativo de tempo de preceptor ombro a ombro	2	Programa Nacional de fortalecimento das Residências	1
Organização pedagógica do eixo teórico	2	Construção da Escola Municipal de Saúde Pública	2
Espaço de Cogestão com os residentes no processo interno de gestão do PRM	1	Previsão legal da existência de apoiador pedagógico	2
Formalização dos campos de estágios externos	2	Abertura da gestão para implementar o apoio pedagógico	2
		Qualificação de processos da residência através das parcerias e convênios com Instituições que compõem a Rede	2
TOTAL	29	TOTAL	13
Fragilidades		Ameaças	
Espontaneidade do clima institucional sem a regulamentação	1	Momento da USF Garcia	2
Fragilidade do Processo Avaliativo	1	Momento da USF Canabrava	1
Readaptação do desenho PP por conta do prejuízo da Pandemia de COVID 19	1	Exame Nacional da Residência Médica	1
Formação pedagógica dos preceptores	2	Gestão e funcionamento do MEC	2
Equipe de coordenação fragilizada por ausência de Apoiador Pedagógico	2	Gestão e funcionamento do MS	2
Necessidade de regulamentação ou normatização dos processos interno do PRM	1	Falta de estrutura do Município para a carreira do MFC	4
Estágios com projetos fragilizados	2		
Ausência do campo de estágio de emergência	1		
Espontaneidade do clima institucional sem a regulamentação	1		
Fragilidade do Processo Avaliativo	1		

Readaptação do desenho Político Pedagógico por conta do prejuízo da Pandemia de COVID 19	1	
Formação pedagógica dos preceptores	2	
Equipe de coordenação fragilizada por ausência de Apoiador Pedagógico	2	
TOTAL	11	TOTAL 12

Fonte: Oficina realizada pelo pesquisador com o supervisor do PRMMFC da SMS Salvador disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GGhmM2Ry3no>, acessado em 20/09/2021

A avaliação do gráfico 11 traz que na leitura do supervisor do programa da Prefeitura de Salvador ao analisar seus pontos de potencialidades e fragilidades e graduar de acordo com a escala de importância proposta por Oliveira em 1999, mostra que o ambiente externo e internos apontam para um momento positivo do programa. Ou seja, suas oportunidades e fortalezas superam os pontos trazidos como ameaças e fragilidades.

Boschmann (2014) traz em revisão sobre o uso da ferramenta SWOT na saúde em diversas instituições de Saúde em mostra como é possível se estabelecer um planejamento estratégico para identificar as necessidades de cada problema. Assim, concluiu-se naquela revisão que a análise da matriz é viável e proporciona informações vitais para o desenvolvimento deste planejamento estratégico, onde serão definidos objetivos, metas e diretrizes coerentes com a realidade na qual a instituição está inserida.

Ao avaliar a matriz do PRM Salvador, observa-se uma preocupação como apoio da gestão local ainda não ser totalmente regulamentado, assim, ainda se depende de um “momento” político de entendimento do PRM. Fato que fica claro ao notar os pontos de fragilidades e ameaças como: “Falta de estrutura no município para carreira do MFC”, assim, o questionamento de como esta rede vai absorver o médico especialista, que fica demarcado como: “Espontaneidade do clima institucional sem a regulamentação”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em três anos do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde pode se afirmar que são inúmeros os desafios constantes para a sua implementação, mas também foi observado diversas conquistas desde a instituição da COREME em julho de 2018. Este estudo tentou realizar um resgate histórico do período, aliado a uma descrição sobre os cenários onde a residência está inserida e a construção da matriz de fragilidades e potencialidades, a fim de apontar questões importantes para o futuro do PRM.

A residência vem crescendo em um contexto de organização institucional aliada a outros programas que compartilham a mesma RAS, com residentes de todas as instituições que atuam em Salvador recebendo o complemento de bolsa no valor de R\$ 6.000 reais pela SMS. Ressaltando que o desenho do residente da SMS é de dar assistência a uma Equipe de Saúde da Família com um número esperado de 4.000 pessoas.

Ao descrever como está desenhado o PRMMFC da SMS de Salvador, o contexto que este está inserido na capital baiana, o resgate histórico de como a Bahia vem sendo afetada pelas políticas nacionais de mudança da formação médica e redirecionamento para um modelo de valorização da APS apontam, mesmo que tardio, relação ao resto do país, o crescimento e organização é positivo, já colhe frutos dos inúmeros esforços de atores municipais, estaduais e federais.

Por conta do número de vagas que ainda não ocupadas dos PRM em MFC, ainda temos números tímidos em relação ao aumento significativo necessário no número de especialistas para a APS de Salvador e da Bahia. Sobretudo, quando o recorte vem para os últimos 8 anos, desde o PMM, percebe-se uma mudança de direção deste desfecho, em curva de crescimento importante ao se analisar de forma mais próxima os últimos 4 anos em Salvador e Região metropolitana. Dessa forma, se conclui que em Salvador, na Bahia é possível observar impactos positivos do Programa Mais Médicos no que se esperava em relação ao fortalecimento dos programas de residência médica em MFC.

A Bahia em relação a especialidade médica em Medicina de Família e Comunidade possui um atraso considerável em número e em pior em proporção por habitante em relação ao número de especialistas. Assim, mesmo com o crescimento visto nos últimos anos é necessário um movimento constante de valorização e fomentação a processos formativos desde profissional no cenário baiano. Observa-se

que o incentivo a políticas locais no interior, conjuntamente com a interiorização dos cursos de medicina podem contribuir para a ocupação das vagas disponíveis no interior, percentual maior que as vagas da capital, porém sem refletir no número de MFC egressos.

O Brasil vive nos últimos três anos em processo de mudança das políticas nacionais que regem a APS, assim é observado uma grande preocupação com o financiamento de acordo com os novos indicadores de Saúde que dialogam com este novo modelo de repasse para os municípios. Assim, a qualificação da assistência prestada pela EqSF é observada no que esta consegue demonstrar cuidado em números, para além do número de pessoas adscritas. Tal necessidade dialoga também com a necessidade de médicos capacitados para uma qualificação do cuidado e também com a qualidade dos registros.

Assim como todo o Brasil, a Bahia apresenta um aumento significativo de vagas na graduação médica e nos programas de Residência Médica em MFC. Porém nota-se que este aumento não é proporcional a sua população e suas necessidades de assistência à Saúde propostas pela OMS, quando se refere a proporção médico por habitantes.

Sobre a interiorização das vagas dos programas de MFC na residência, observa-se que mesmo com o predomínio das vagas fora de Salvador, ainda é uma dificuldade que precisa ser superada, pois além da ocupação se percebe que os programas do interior têm dificuldade de manter o residente em formação.

Nota-se que políticas de complementação da bolsa do residente de maneira formal, como ocorreu na FESF e na SMS Salvador para todos os residentes que atuam nos campos de prática da cidade de Salvador apontam para uma maior vinculação do residente e aumenta a procura dos egressos dos cursos de medicina em busca de especialização, assim como já tinha visto em outras cidades como Rio de Janeiro e Fortaleza.

Ainda é cedo para analisar impactos qualitativos concretos de mudanças estruturais na APS de Salvador, capital com tantos problemas assistenciais na APS, com um número diminuto de especialistas, com dificuldade de fixação e contratação de MFC para atuar na ESF. Apesar da melhora na cobertura da ESF vista nos últimos anos, é necessário que se intensifique nas investidas no que tange o fortalecimento do vínculo do profissional com o município. O ideal seria a valorização deste profissional médico e ao reconhecê-lo como especialista e remunerá-lo como tal, pois

ainda se vê, em 2021, para a SMS, um cenário em que as oportunidades para este profissional são iguais ao médico generalista recém-formado em remuneração e valorização.

A matriz SWOT e sua análise do PRMMFC da SMS Salvador apontam que, na ótica do supervisor neste momento de 2021, o PRM diante de um cenário local favorável vem conseguindo se estruturar e aproveitar o apoio da gestão local. Os pontos que se configuram ameaças e fragilidades, apontam para uma única situação considerada muito importante que seria a falta de carreira para o médico especialista em MFC dentro da Prefeitura, mesmo com o apoio da gestão local, este ponto ainda se mostra uma ameaça.

Com o aumento do número de MFC egressos dos programas baianos não é observado uma política que discuta a absorção na rede pública destes profissionais. Movimento que preocupa, pois, assim não existe perspectiva de fixação do profissional especialista capacitado, conhecedor da rede, que o Estado investiu na sua formação, nos locais onde ocorreu a formação.

A implementação do PRM SMS SSA ao se regulamentar junto à CGPS, à SMS e com a Lei 72/2019 cria-se um ambiente de oportunidades e fortalezas para o Programa de Residência do município. Assim, sendo observado que mesmo sendo um programa relativamente novo no contexto soteropolitano e nacional, a ocupação de 100% das vagas nos três primeiros processos seletivos aponta para um cenário diferenciado em relação ao histórico nacional de vagas não preenchidas.

A regulamentação da implementação do programa e a sua formalização legal apontam para uma estruturação que tentará ser independente das “vontades” políticas da gestão local. Dessa forma, o presente trabalho chama atenção sobre a comparação da matriz SWOT do ano de 2021 com a matriz do programa do carioca de 2016 que apontava como fragilidade a falta desta regulamentação, pois em 2018 com a crise da Saúde no Rio a Residência sofreu com o desmonte e a falta de legislação locais que respaldassem o programa como prioritário na cidade.

A preocupação e necessidade de organização do PRMMFC desde sua implementação em seus eixos práticos e teóricos, estando em um ambiente de baixa cobertura da APS, mostra que é de fundamental importância, além do preenchimento das vagas, um processo de planejamento estratégico para o fortalecimento das pautas da residência dentro e fora do contexto local nas USF e dentro da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, contribuindo para a construção de uma Rede de Assistência à

Saúde forte e resolutiva.

Como sugestão, estudos serão necessários para apontar a qualificação da assistência em Salvador, buscando os impactos das RMFC e da presença desse profissional na APS soteropolitana, assim como é descrita em outros cenários nacionais e internacionais, ao se observar uma assistência mais resolutiva e com menos restrição de acesso.

Assim como, se tornam necessários estudos que apontem a organização de cada Programa de Residência Médica para entender estruturalmente os seus desenhos pedagógicos. Foi observado uma escassez na literatura de trabalhos sobre os PRM da Bahia e Salvador, assim como documentos oficiais que descrevem os programas e estejam de domínio público para acesso e divulgação no meio científico e contribuam para a discussão, construção e troca de experiências.

Ao sugerir mais pesquisas sobre os PRMMFC's na Bahia e em Salvador se aponta uma necessidade de buscar o olhar de outros atores envolvidos neste processo, tal qual gestores, preceptores, residentes e usuários sobre a residência. Soma-se também a necessidade de avaliar o destino destes egressos. Todos os trabalhos sugeridos buscam grandes contribuições com a comunidade científica para se continuar no movimento de qualificação continuada Atenção Primária à Saúde, contribuindo além do fortalecimento do programa local, ajudar a construir outros programas em outros cenários.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da atenção primária no Brasil. : caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 14, n. 41, p. 2180-2186, 1 out. 2019. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2180](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2180).

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Cadernos ABEM**, v. 6, n. 18, p. 19-20. [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(18\)246](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(18)246)

ANDRADE, H. S. de; ALVES, M. G. de M.; CARVALHO, S. R.; SILVA JÚNIOR, A. G. da. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 1-7, 20 dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280311>.

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

BATISTA, A.R.V., BOMFIM, D.E.C. **Oficina SWOT PRMMFC SSA**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GGhmM2Ry3no>

BERNARDONI, D. L.; CRUZ, J. A. V. **Planejamento e Orçamento na Administração Pública**. Curitiba: Ibpex, 2010.

BOCHMANN, M.N. a **Análise SWOT como ferramenta para o planejamento estratégico governamental na área da saúde**. Porto Alegre, UFSM, 2014

BRASIL. Comissão nacional de Residência Médica (CNRM). Lei no 6.932, de 7 de setembro de 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm. Acesso em: 1 maio. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em 06 maio 2020.

BRASIL. **Lei Orgânica da saúde (LOS) nº 8.142 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 06 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.3**, CNE/CES de 20/06/2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 6 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos

de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CES/CNE 1.133/2001, homologação publicada no DOU 03/10/2001, Seção 1, p. 131. Resolução CES/CNE 03/2001, publicada no DOU 09/11/2001, Seção 1, p. 37. Resolução CES/CNE 04/2001, publicada no DOU 09/11/2001, Seção 1, p. 38. Resolução CES/CNE 05/2001, publicado no DOU 09/11/2001, Seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência médica**. Portal da Educação, Brasil, 2013. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=506. Acesso em: 1 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos** - dois anos: maissaúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da Família [Internet]. 2015[citado 26 out 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 30 abr. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2020 abril 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. **Portaria conjunta n. 2**, de 24 de janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/122342-2.html>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria conjunta n. 3.147**, de 28 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/122342-2.html>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. **Evolução do número vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil 2014 à 2018**. 2019. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Edital nº 1, de 16 de janeiro de 2020. Adesão de entes federados e instituições à concessão de bolsas do Ministério da Saúde para Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, de 20 de janeiro de 2020. *Diário Oficial da União* 2020; 20 jan.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios Públicos dos Sistemas da Atenção Básica**: cobertura da atenção básica. Brasília, 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 06 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019. [acesso 2019 Set 22]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

CAMPOS, C.E.; IZECKSOHN, M. Análise do perfil e da evolução dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-155, abr.-jun. 2010.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúdeem Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CARDOSO, M. de O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1273-1284, July 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700006>.

CECCIM, R. B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro, 2005, p. 161-181.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, junho 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. SAPIRO, Arão. **Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações**. 1. Ed. 13ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHIAVENTO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina

de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 1-8, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170917>.

COSTA W.A., SANTANA V.R. A implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz) na Região Metropolitana de Salvador. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2021;16(43):2483. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2483](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2483)

FALK, J. W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira Medicina da Família Com**, v. 1, n.1, p. 5-10, 2004.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. **Plano Estratégico FESF-SUS2018-2021**. Salvador: 2018.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 2, n. 3, p. 51-71, Aug. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.

HARZHEIM, E. *et al.* Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do programa de saúde da família: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 15, n. 42, p. 2354-2361, 24 abr. 2020. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2354](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2354).

HARZHEIM, Erno *et al.* . Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1361-1374, Apr. 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401361&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. Epub Apr 06, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.

JUSTINO, A. *et al.* Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 20 Setembro 2021] , pp. 1471-1480. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica.: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p. 2785-2796, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>.

KIDD, Michael. **A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde**: um guia da organização mundial dos médicos de família. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 298 p.

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ArtMed, 2012, p. 387-394.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. : uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 42, n. 4, p. 66- 73, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180065>.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. de. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o sistema único de saúde e para os médicos: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 11, p. 1-9, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00068419>.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde coletiva), Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

MELO NETO, A. J. de; BARRETO, D. da S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?: inovação ou continuidade?. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 14, n. 41, p. 2162-2174, 26 ago. 2019. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2162](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2162).

MELO, E. A. et al. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v.24, n. 12 [Acessado 20 Setembro 2021] , pp. 4593-4598. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

MENDES EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre. Bookman, 2000.

MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MO-
Revista de C. Humanas, Viçosa, v. 13, n. 1, p. 220-227, jan./jun. 2013 227RAIS-
PINTO, N. M.; MEIRELLE, C.A.B.; PORTO-PINTO, C. Metodologias
ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.
Ciênc. saúde coletiva; Rio de Janeiro, 13 (2 supl): 2133-44, 2008.

MOURÃO NETTO *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], p. 1-7, 2018. Pan American Health Organization.
<http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.2>.

NASSIF, A. C. N. (org.). **Escolas Médicas do Brasil**. 2020. Disponível em:
<https://www.escolasmedicas.com.br>. Acesso em: 05 maio 2020.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico**: Conceitos, Metodologia e Práticas. São Paulo: Atlas, 1999.

OLIVEIRA, F. P. de *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170949, 2019. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600203&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 maio 2020. Epub 04-Fev-2019. <https://doi.org/10.1590/interface.170949>.

OLIVEIRA, F. P. de; ARAÚJO, C. de A.; TORRES, O. M.; FIGUEIREDO, A. M. de; SOUZA, P. A.; OLIVEIRA, F. A. de; ALESSIO, M. M. The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 1-16, 2019. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/interface.180008>.

OLIVEIRA, F. P. de; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa mais médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde: **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 1-5, 2019. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00184>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**. 6-12 desentembro de 1978. URSS. Acesso em: 01 de abril 2020.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) por 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, junho de 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232018000601723&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018> .

Ribeiro, M. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2008, v. 32, n. 1 [Acessado 17 Setembro 2021] , pp. 90-97. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>>. Epub 19 Jun 2008. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>.

SALVADOR. **Lei Complementar nº 72 de 2019**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-complementar/2019/7/72/lei-complementar-n-72-2019-dispoe-sobre-o-sistema-de-controle-interno-integrado-sicoi-reestrutura-a-controladoria-geral-do-municipio-de-salvador-institui-o-programa-integrado-de-residencias-em-saude-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 06 maio 2020.

SALVADOR. **Lei Complementar nº 8629 de 2018**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/plano-de-cargos-e-carreiras-salvador-ba-2020-12-23-versao-compilada>. Acesso em: 10 setembro 2021.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Conselho Municipal de Saúde de Salvador. Salvador: 2010.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Conselho Municipal de Saúde de Salvador. Salvador: 2014.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Conselho Municipal de Saúde de Salvador. Salvador: 2018.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Edital n 5 de 2018 do Concurso para médicos REDA** Salvador: 2018. Disponível em https://arquivo.pciconcursos.com.br/prefeitura-de-salvador-ba-prorroga-as-inscricoes-de-processo-seletivo-para-medicos/1434634/710b8eb59c/edital_de_abertura_n_05_2018.pdf

SALVADOR irá ganhar 20 novos postos de saúde. **Correio 24 horas**, Salvador, 21 de jan de 2020. Disponível em: <https://www.google.com.br/amp/s/www.correio24horas.com.br/amp/nid/salvador-ira-ganhar-20-novos-postos-de-saude/>

SAMPAIO, P. de G. P. R. **Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde pública), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2014.

SANTOS, B. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Universidade no século XXI: para uma universidade nova**. Coimbra: Almedina; 2008.

SANTANA, S. F., JESUS, W.L.A., ARAÚJO, M.M. Planejamento em Saúde na Secretariado Estado da Bahia (SESAB), Brasil: uma análise de SWOT. Disponível: www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/sesion_v/sesion28/0209_sesion28_1-pt.pdf> Acesso em 18 de set de 2021

SARTI T.D., DALLA M., MACHADO T.M., FONSECA M.C., BOF S., CASTRO FILHO J.A., 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. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2018;13(40):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1684](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1684)

SCHEFFER, M. *et al.* (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 10 jul. 2021.

SIMAS, K. B. da F. *et al.* A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-13, 17 dez. 2018.

SOCIEDADE HÓLON. Relatório das atividades no Complexo Comunitário Vida Plena - Pau da Lima - Janeiro/Fevereiro 2014. Salvador, 2014.

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

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P. de; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1301-1314, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p. 2667-2669, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>.

WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar. Barcelona: Wonca Europa. OMS, 2002, 40p. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org>. Acesso em: 01 abr. 2020.

ANEXO A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título “**Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: Potencialidades e Fragilidades, na Realidade do Município de Salvador-Bahia**”. Meu nome é Augusto Roberto Vidreira Batista, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto de Mestrado Profissional em Saúde da Família, PROFSAÚDE, da área de Saúde da Família.

Esse estudo objetiva: Analisar o cenário da Atenção Primária à Saúde através do olhar da construção do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretária Municipal de Saúde como relato de experiência da vivência do contexto do redesenho da formação médica e reorientação dos cenários de práticas da formação médica após as reformas curriculares e do Programa Mais Médicos em Salvador (BA).

Assim como:

- a) Elaborar a linha histórica dos PRMMFC no estado da Bahia;
- b) Descrever a construção do programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador na assistência da Atenção Primária à Saúde em Salvador (BA), analisando suas potencialidades e fragilidades;
- c) Descrever a Atenção Primária à Saúde em Salvador (BA);

Tendo por finalidade. Compreender como estão estruturados os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Salvador, Bahia. Assim, como os programas vem impactando na Atenção Primária à Saúde do município nos últimos anos, observando a diversidade entre os Programas, suas potencialidades e fragilidades.

Você foi incluído(a) para participar dessa pesquisa devido ao fato de se enquadrar nos critérios de inclusão para: Ser Supervisor de Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, autorizado junto a Comissão Nacional de Residência Médica, no município de Salvador, Bahia, no ano de 2020, com programa credenciado e ativo, com turma de residência ativa.

Sua participação será na oficina para construção e validação de uma matriz SWOT sobre o programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade (individuais/ presenciais ou metapresenciais).

A Oficina Será realizada seguindo as seguintes etapas:

Serão realizadas quatro etapas, com duração de três horas de encontro que serão descritos a seguir:

Primeira etapa – Convite:

- Convite e agendamento feito por e-mail institucional do Programa, para o supervisor, explicando o objetivo e metodologia do Estudo, assim como a maneira que a oficina será realizada, com as possíveis datas e organização do momento. Será enviado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em anexo para apreciação e assinatura no momento do encontro.

Segunda etapa – Tempo: 1 hora Acolhimento:

- Local de encontro sugerido pelo Supervisor ou em plataforma digital para web conferência.

- Abertura – Tempo: 20 minutos - para a contextualização e explicação do objetivo da Pesquisa.

- Acolhimento e Apresentação – Tempo: 40 minutos – Apresentação da matriz, escuta sobre os conhecimentos prévios do participante sobre o instrumento e será feito o nivelamento sobre o conhecimento do instrumento que será utilizado para construção da matriz e seus eixos, validando a sua importância com a exemplificação de como já foi utilizado em outros estudos e seu potencial de análise. Será utilizada uma planilha de Excel construída para facilitar o momento interativo.

Terceira Etapa – Tempo: 1 hora e 30 minutos:

- Nesse momento, em posse, da planilha do Excel, o participante terá a possibilidade de agrupar os pontos levantados nas quatro colunas da matriz SWOT sobre o PRMMFC.

- Strengths (Forças)
- Weaknesses (Fraquezas)
- Opportunities (Oportunidades)
- Threats (Ameaças)

• Após a primeira etapa da construção, com os pontos relatados do cotidiano do Programa, o Supervisor terá a visão de como a gestão do PRM tem fatores externos e internos durante sua construção.

• Dentro desses pontos trazidos será feito um escalonamento, de acordo com Oliveira, 1999:

- Pouco Importante – 1 ponto
- Importante - 2 pontos
- Muito Importante – 4 pontos

Quarta Etapa - Encerramento e Validação – Tempo: 30 Minutos:

• Produto com Matriz e Gráfico de Radar da matriz SWOT construída será compartilhado com o Supervisor para a discussão interna como seu PRM.

Após receber os devidos esclarecimentos, caso aceite fazer parte deste estudo, deverá assinar duas vias deste documento em todas as páginas, sendo que, uma das vias lhe será disponibilizada, e a outra ficará na guarda desta equipe de pesquisa, que garante o sigilo e a confidencialidade dos dados disponibilizados. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. No caso de dúvidas referentes a esta Pesquisa, lhe é garantido o direito de entrar em contato com os membros desta Equipe, onde dos dados (nome, telefone, endereço institucional) lhe serão fornecidos no final deste TCLE. No caso de dúvidas sobre as questões éticas aplicadas nesta Pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Sul da Bahia (CEP/UFSB), localizado no Campus Paulo Freire, Teixeira de Freitas – Bahia, Avenida Getúlio Vargas, 1732, Bairro Monte Castelo. 45996-108, Telefone: (73) 3291-2089, das 9h às 12h e 14h às 17h de segunda a sexta-feira ou através do e-mail: cep@ufsb.edu.br.

Declaração do(s) Pesquisador(es)

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram para os devidos fins, que cumprirão esclarecerão as informações acima, além de garantir que, se necessário for, você terá acesso, a assistência integral e gratuita, devido aos danos diretos e/ou indiretos, imediatos /ou tardios,resultantes de a sua participação neste estudo. Toda informação é de total confidencialidade e sigilo; sua desistência na participação deste estudo não lhe trará quaisquer penalização, e se necessário for, você será devidamente ressarcido(a) em caso de custos para participar desta pesquisa (transporte/locomoção, possível alimentação, etc). Será acatada as decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____, discuti com o médico Augusto Roberto Vidreira Batista sobre a minha decisão em participar voluntariamente deste estudo. Foram devidamente esclarecidos quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, possíveis desconfortos e riscos, possíveis benefícios, além das garantias de sigilo e confidencialidade, e dos esclarecimentos permanentes se houver necessidade ou se eu assim, solicitar. Estou devidamente esclarecido(a) ainda de que minha participação é isenta de despesas, além da garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e/ou indiretos, imediatos e/ou tardios quando necessário, decorrentes de minha participação. Tenho ainda a garantia de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou mesmo durante minha participação, sem penalidades ou prejuízos.

Salvador-Bahia, ___ de _____ de 20 ____.

Assinatura do voluntário

___/___/___

Data

Augusto Roberto Vidreira Batista Telefone: (71) 99914-5447

E-mail: gutovidreira@gmail.com

ANEXO B – CARTA CONVITE**CARTA CONVITE**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título “**Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: Potencialidades e Fragilidades, na Realidade do Município de Salvador-Bahia**”. Meu nome é **Augusto Roberto Vidreira Batista**, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto de Mestrado Profissional em Saúde da Família, PROFSAÚDE, da área de Saúde da Família.

Sua participação será através da realização de uma oficina de construção e validação da Matriz SWOT do PRM que você supervisiona. Será realizada a oficina (individuais/ presenciais ou metapresenciais). Essa oficina ocorrerá nos dias programados para cada participante de acordo com a disponibilidade. Esta pesquisa poderá auxiliar na Compreensão de como está estruturado o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Salvador, Bahia. Assim, como o programa vem impactando na Atenção Primária à Saúde do município nos últimos anos, observando a diversidade entre os Programas, suas potencialidades e fragilidades. Ademais, permitirá uma avaliação e proposição de políticas e ações em saúde que possam fortalecer a formação médica de um profissional preparado para atuar na Atenção Primária à Saúde.

Salvador-Bahia, ___ de _____ de 20 ____.

Augusto Roberto Vidreira Batista Telefone: (71) 99914-5447

E-mail: gutovidreira@gmail.com

