



Marcelo Ribeiro da Silva

**Projeto de residência em Medicina de Família e Comunidade no Município de
Porto Seguro/BA: desafios e avanços**

Porto Seguro
2021

Marcelo Ribeiro da Silva

**Projeto de residência em Medicina de Família e Comunidade no
Município de Porto Seguro/BA: desafios e avanços**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Florentino Pereira.
Co-Orientador Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso.

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

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

S586p Silva, Marcelo Ribeiro da, 1987-

Projeto de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Porto Seguro/BA : desafios e avanços / Marcelo Ribeiro da Silva. – Teixeira de Freitas: UFSB, 2021. - 146f.

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.
Orientador: Dr. Marcio Florentino Pereira.

1. Internato e residência – Porto Seguro (BA). 2. Saúde da família. 3. Internos (Medicina). I. Título.

CDD – 610.7

Marcelo Ribeiro da Silva

**Projeto de residência em Medicina de Família e Comunidade no
Município de Porto Seguro/BA: desafios e avanços**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 28 de Setembro de 2021.

Banca Examinadora



Prof. Dr. Márcio Florentino Pereira
UFSB - Presidente



Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso
UFSB - Membro interno



Prof.ª Dr.ª Raquel Siqueira
UFSB - Membro externo

Porto Seguro, BA

2021

Dedico este trabalho a todos os profissionais que acreditam e se empenham em fazer do SUS um espaço de promoção da saúde e defesa da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida e por me sustentar até aqui. À minha família por todo suporte.

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado, tornando a trajetória mais leve.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro pela parceria durante a construção deste projeto e, em especial, àqueles que me apoiaram, incentivaram e acreditaram em mim, fazendo com que este trabalho pudesse ser concluído. Márcio, Jane e Juninho: os meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Rede SUS – Escola, enquanto espaço colaborativo para a formação de sujeitos, trocas colaborativas, escuta qualificada, encontro com a realidade, conhecimento estimulado pela experiência prévia e outros, tende a ser estratégia fundamental para a consolidação de trabalhadores com um perfil de competência profissional e humano. Este trabalho trata acerca dos desafios e avanços encontrados na implantação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no dia a dia dos serviços e das relações intermédicos, por meio da experiência de articulação e construção do Projeto de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Município de Porto Seguro no Sul da Bahia. No contexto do relato de uma experiência, o trabalho considera como desafios a condição da rede de APS enquanto espaço de baixa densidade, ou seja, de baixo uso de tecnologias duras e, considerando a elevada ênfase dada por parte das ciências médicas ao tecnicismo, demarcador das tecnologias duras. considerando que os profissionais médicos, em seus processos formativos, muito pouco são preparados para trabalhar com as subjetividades, fruto de fatores condicionantes e determinantes das relações culturais e sociais dos sujeitos e que diretamente implicam na relação saúde – doença. Considera, ainda que, o modelo de formação histórica, curricular e fragmentadora, direcionada a formação de especialista para o mercado de trabalho, muito pouco habilitou o profissional médico para o trabalho em equipe, sendo esta habilidade um requisito fundamental para a qualidade do trabalho na atenção primária, especialmente nas equipes de saúde da família. Considerando que, embora as novas formações primam pelo uso de metodologias ativas e pela aproximação do estudante da medicina da realidade social e histórica dos sujeitos, a maioria dos preceptores/tutores ainda resguardam nas suas práticas o modelo tradicional e verticalizado. E por último, apesar da estrutura da Rede Municipal comportar o Projeto, os fatores de gestão da política em nível nacional e local, que comprometeram a execução da proposta apresentada e aprovada.

Palavras-chave: Residência. Medicina. Saúde da Família. Desafios. Avanços.

ABSTRACT

The SUS Network – School, as a collaborative space for the formation of individuals, collaborative exchanges, qualified listening, meeting with reality, stimulus of knowledge by previous experience and others, tends to be a fundamental strategy for the consolidation of workers with a profile of professional competence and human. This work deals with the challenges and advances found in the implementation of Residency Programs in Family and Community Medicine in the daily services and inter-physician relations, through the experience of articulation and construction of the Residency Project in Family Medicine and Community in the Municipality of Porto Seguro in the South of Bahia. In the context of reporting an experience, the work comprehends as challenges the condition of the Health Primary Attention network as a space of low density, that is, of low use of hard technologies and, considering the high emphasis given by medical sciences to technicality, demarcator of hard technologies. It considers that medical professionals, in their training processes, are very little prepared to work with subjectivities, which are the result of conditioning and determining factors in the cultural and social relationships of the individuals and that directly imply the health-disease relationship. It also considers that the model of historical, curricular and fragmenting training, aimed at training specialists for the labor market, has not yet qualified the medical professional for teamwork, with this skill being a fundamental requirement for the quality of work in Primary Care, especially in family health teams. Considering that, although the new formations excel by the use of active methodologies and by bringing the medical student closer to the social and historical reality of the subjects, most preceptors/tutors still protect the traditional and vertical model in their practices. And finally, despite the structure of the Municipal Network comprising the Project, the policy management factors at national and local level, which compromised the execution of the proposal presented and approved.

Keywords: Residence. Medicine. Family Health. Challenges. Advances.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos médicos cursando Residência Médica em 2019 segundo especialidade.....	32
Figura 2 - Estratificação social exclusivamente por faixa salarial.....	42
Figura 3 – Zoneamento de Caraíva.....	46
Figura 4 – Aldeias Pataxó no sul da Bahia.....	47
Figura 5 - Corpo Docente.....	49
Figura 6 - Mapa da localização das Terras Indígenas Barra Velha e Águas Belas.....	53
Figura 7 - O sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Linha histórica da Medicina da Família e Comunidade no Brasil.....	22
Tabela 2 -	Resumo da formação acadêmica e atuação profissional do autor.....	37
Tabela 3 -	Características da população de Porto Seguro.....	40
Tabela 4 –	Índices domiciliar e demográficos da população do distrito de Caraíva - Porto Seguro, BA.....	44
Tabela 5 –	Estrutura da ESF em Porto Seguro/BA.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABMES	Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
APA	Área de Proteção Ambiental
APS	Atenção Primária à Saúde
CEREM	Comissão Estadual de Residência Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisas
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
COREME	Comissão de Residência Médica
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	Instituição de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral Comunitária

MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
N/A	Não se aplica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Projeto Pedagógico Curricular
PRM	Programa de Residência Médica
PRM-MFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
PROFSAÚDE	Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RM	Residência Médica
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária
SEDIS-URFN	Secretaria de Educação a Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	FORMAÇÃO MÉDICA: SIGNIFICAÇÕES E RESSIGNIFICAÇÕES.....	18
2.2	BREVE RESGATE IDENTITÁRIO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA.....	20
2.3	ESPECIFICIDADES DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	25
2.4	2.3 RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DESAFIOS E AVANÇOS.....	28
3	OBJETIVO GERAL	34
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4	METODOLOGIA	35
5	DOCÊNCIA E MOTIVAÇÃO	37
6	O CONTEXTO DE PORTO SEGURO	40
6.1	A VILA DE CARAÍVA COMO PONTO DE PARTIDA.....	43
6.2	A OPORTUNIDADE PARA IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM PORTO SEGURO.....	48
6.3	A EXPECTATIVA POSITIVA PARA A IMPLANTAÇÃO DO PRM EM PORTO SEGURO.....	49
7	AS ETAPAS DE ARTICULAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO PROJETO DA RESIDÊNCIA	52
8	AS FACILIDADES E LIMITAÇÕES NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO DA RESIDÊNCIA MUNICIPAL	56
8.1	PROJETO PEDAGÓGICO CURRICULAR DA RESIDÊNCIA MUNICIPAL..	56
9	METODOLOGIA DO PROJETO PEDAGÓGICO CURRICULAR	61
10	A COREME	65
11	A ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	67
12	A ESTRUTURA DO ENSINO EM SAÚDE E O COAPES	71
13	RESULTADOS	75
14	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79

ANEXO A - CONTRATO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	83
ANEXO B - REGULAMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	90
ANEXO C - REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA.....	120
ANEXO D - CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICAENSINO-SAÚDE.....	128
ANEXO E - ATIVIDADES PRÁTICA (R1).....	138
ANEXO F - EQUIPAMENTOS À DISPOSIÇÃO DOS RESIDENTES DO PRMEM MFC EM PORTO SEGURO-BA.....	139
ANEXO G - EQUIPAMENTOS À DISPOSIÇÃO DOS RESIDENTES DO PRMEM MFC EM PORTO SEGURO-BA.....	140
ANEXO H - DETALHES DA SEMANA PADRÃO DE RESIDENTES.....	138
ANEXO I - DETALHES DOS RODÍZIOS.....	144

1 INTRODUÇÃO

Implantar um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em um município não é tarefa fácil. A própria história da Residência Médica no Brasil é permeada por mudanças que, mesmo visando o constante aperfeiçoamento das suas diretrizes para que, na prática, a pós-graduação médica seja condizente com a evolução natural dos indivíduos da sociedade, sabe-se o quão distante estamos do cenário ideal para a formação profissional e pessoal que atenda os principais objetivos do programa, tais como o treinamento em alguma especialidade médica, a aquisição progressiva de responsabilidade pelos atos médicos, o desenvolvimento da capacidade de iniciativa, de julgamento e de avaliação, a internalização de preceitos e normas éticas e o desenvolvimento de espírito crítico.

Os modos de transformação da organização dos serviços e das práticas de saúde atrelados a processos formativos e práticas pedagógicas que, conjuntamente, desenvolvam e sedimentem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) precisam estar em equilíbrio com o movimento de mudança da formação médica, no sentido de se alcançarem novos modos de cuidar da saúde da população.

Nesta dissertação, serão explorados todos os conceitos inerentes ao processo de ensino e aprendizagem que norteiam os Programas de Residência Médica, com o aprofundamento destes conceitos aplicados à Medicina de Família e Comunidade.

Na sequência, serão abordados fatos e dados específicos para o Projeto Pedagógico Curricular elaborado para o município de Porto Seguro. Com um caso real, será possível entender detalhes intrínsecos ao processo evolutivo para implantação de um PRM em Medicina de Família e Comunidade, desde a sua inspiração inicial até a avaliação dos desafios vivenciados e dos avanços obtidos.

Tal experiência resultará numa análise crítica da situação específica, servindo de base para a compreensão geral das necessidades, das facilidades e das dificuldades que fazem parte deste contexto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FORMAÇÃO MÉDICA: SIGNIFICAÇÕES E RESSIGNIFICAÇÕES

A formação do profissional da medicina tem suas bases epistemológicas diretamente atreladas às concepções temporais da relação saúde - doença. E, neste contexto, a formação da ciência médica acompanha e adapta-se ao momento científico, cultural e histórico da sociedade.

Da compreensão integral do sujeito à ênfase na inter-relação saúde, doença e natureza, seguida da valoração humoral, microbiana e estatística, até a estruturação do pensamento cartesiano (responsável pelas crescentes especialidades médicas a partir da visão comparada do corpo com uma engrenagem mecânica) e, mais atualmente, a partir do anseio por um profissional mais humanista, a formação médica vem buscando se (res) significar.

Assim, se durante muito tempo (e ainda hoje muitas academias) pautaram-se no dito modelo flexneriano, estruturados por meio de disciplinas isoladas e promotoras da fragmentação do aprendizado (MACHADO, 1997), as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) vem buscando instituir novos rumos para a formação médica. Exemplificando, as DCN de 2014 definem:

Art.29. Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2014, p. 10).

Art.32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2014, p. 10).

Entendo aqui as metodologias ativas como práxis pedagógica que busca fomentar o aprendizado a partir da experiência prévia e de situações reais e ou simuladas e, por meio do estímulo às diversas formas de aprender e de encontrar respostas e soluções para os variados contextos sociais, a definição de tal metodologia enquanto eixo estruturante do processo formativo médico, sinaliza a reestruturação do modelo até então vigente, pautado em propostas curriculares disciplinares. Igualmente, indica a elaboração de currículos híbridos,

fundamentados nos princípios da aprendizagem ativa e significativa (MACHADO, 1997).

A este respeito importante destacar que,

As respostas da educação aos desafios encaminham-se para o replanejar a formação do médico do século XXI, entendendo que muitas das soluções estão além do conhecimento do médico ou mesmo fora da responsabilidade do setor saúde. Os médicos devem ser preparados para promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar o deficiente, de maneira ética e amorosa, dentro da sua área de competência. Trata-se de uma formação transdisciplinar que lhes dará condições de agir em equipes multidisciplinares e multiprofissionais, em estudos e soluções dos problemas de saúde (LAMPERT, 2002, p. 87).

No entanto, o processo de mudança exige a aceitação da influência dos fatores conjunturais, culturais, econômicos e históricos que vêm determinando a hegemonia do pensamento biomédico nos eixos formativos. Por exemplo,

Recursos técnico-científicos ditos "de ponta" passam a ser, cada vez mais, demandados pelos profissionais com anuidade de usuários. O alto custo destas tecnologias onera o sistema público e, indiretamente, constitui um estímulo à expansão do setor suplementar da saúde. Médicos, empresas privadas (e, em muitos casos, do setor estatal) e o complexo industrial consolidam, neste processo, uma aliança que tem um forte impacto sobre a formação e sobre as práticas dos médicos (AZEVEDO et. al. 2013, p. 189).

E este "círculo vicioso" em nada condiz com projetos que primem por produzir saúde (AZEVEDO et. al. 2013). Portanto, deliberar a ressignificação metodológica como único e ou principal mecanismo para a mudança formativa e de perfil do profissional médico é centralizar a responsabilidade apenas nas questões pedagógicas, "o que reduz, significativamente, a possibilidade de produção de processos de deslocamento do objeto da formação do corpo biológico, afetado pela doença, para a gestão de projetos de cuidado" (TEÓFILO, 2017, p. 60).

Antes, necessário que estudantes e formadores tenham clareza a respeito do perfil profissional da medicina que o campo social exige. Não por acaso as DCN do curso de graduação em medicina, definem enquanto perfil do formando egresso/profissional:

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de

promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Sintetizando, a medicina precisa entender verdadeiramente a sua significação para propor e instituir projetos de ressignificação que dialoguem com as necessidades sociais de saúde dos sujeitos. Afinal, não basta evitar as iatrogenias clínicas quando as iatrogenias sociais e culturais são os maiores fatores causais para as grandes crises em saúde pública. A este respeito, é importante refletir acerca dos programas de residência médica.

2.2 BREVE RESGATE IDENTITÁRIO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAMÉDICA

A Residência Médica (RM) como modalidade de pós-graduação *lato sensu* direcionada aos profissionais com formação médica, realizada por meio da formação em serviço, com dedicação exclusiva e sob a preceptorial/tutorial de profissionais da medicina, foi instituída pelo Decreto de nº 80.281 de 1977 e regulamentada pela Lei Federal de nº 6.932 de 1981 (BRASIL, 1977; BRASIL, 1981).

Os primeiros programas de RM do Brasil se iniciaram no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na década de 1940. Eles seguiram modelos criados em 1889 pelos professores Halstedt e Osler, da Universidade Johns Hopkins. Neles, o médico recém-formado deveriase aperfeiçoar e trabalhar em serviços hospitalares de áreas específicas, sob a orientação de professores ou de outros médicos de reconhecida experiência e competência, que, na época, constituíam os mais recomendáveis para a formação do especialista (VELHO et al. 2012, p. 352).

Se, por um lado, a implantação das RM muito vem a colaborar com a formação médica, por outro, fortalece o pensamento cartesiano e as crescentes demandas por especialidades. E, “uma consequência direta deste processo de especialização é a crescente fragmentação dos saberes e práticas médicas, ou seja, esses segmentos profissionais se isolam e desenvolvem formas organizativas

próprias em sociedades distintas” (MACHADO, 1997, p. 30).

Concomitantemente, a especialização favorece o aumento dos custos médicos, o desprezo pela relação médico-paciente, o descaso pela qualidade da confecção do prontuário médico e a fragmentação do doente (MARTINS, 1981).

Em resumo,

O cientificismo excessivo atual das práticas de saúde, desvinculado do humanismo e da ética, levou o setor a uma linha de ação cuja ligação entre o profissional e o usuário do sistema passou a ser muito mais o exame e o equipamento, em detrimento do relacionamento pessoal e profissional (COSTA NETO, 2000, p. 145).

Inegavelmente, a especialização profissional denota “aceitação e maior afirmação no mercado de trabalho” e desafiar o *status quo* é um processo (e, infelizmente, um risco) que a maioria dos estudantes da medicina não deseja enfrentar. Assim, a especialização que experimenta a medicina, normalmente, conduz “os recém-formados a fazerem escolhas mais racionais e menos vocacionais, amparados na ideia de fazer medicina mais tecnológica, com menos envolvimento pessoal e que lhes dê maiores rendimentos” (MACHADO, 1997, p. 205).

Pensada sob o prisma defendido por Durkheim, a especialização, enquanto divisão orgânica do trabalho “é um fenômeno positivo das sociedades modernas, retirando o indivíduo do estado de solidariedade mecânica e fazendo-o estabelecer relações de trocas com os demais, nas quais prevalece a solidariedade orgânica” (MACHADO, 1997, p. 29). O problema é que o tecnicismo estabelecido pelas especializações médicas, ao invés de oportunizar o trabalho inter, multi (e por que não trans) profissional, tem provocado engessamentos que incapacitam a integralidade e a gestão do cuidado a partir de práticas orgânicas e colaborativas.

Em direção inversa, e atendendo ao anseio por um profissional mais humanista, foram instituídos os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Esta proposta de reorientação ocorreu em consonância com a estratégia de reorientação do modelo assistencial adotada pelo Ministério da Saúde, com ênfase na Atenção Básica (em especial o Programa Saúde da Família), devido à necessidade de se buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento. Enfim, uma reconsideração, tanto das subjetividades presentes no complexo processo do adoecer humano, quanto da medicina como prática relacional

(NOGUEIRA, 2014, p. 916).

Buscando fomentar a formação de profissionais com perfil generalista, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade comumente encontram resistência na lógica de mercado de bens e serviços de saúde sustentada e a sustentar o complexo médico-industrial (AZEVEDO et. al.2013).

Para o Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, considerando a saúde como direito de todos, garantida mediante os princípios da integralidade, universalidade e equidade, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade são fundamentais para a garantia de uma atenção e cuidado que coloque a ciência à serviço da vida, a partir do contato com o território e com os sujeitos individuais e coletivos, sociais e históricos. Dessa forma, o programa está diretamente atrelado ao processo conjuntural do seu território área/processo.

Conforme Falk (2004), a linha histórica da Medicina da Família e Comunidade no Brasil, pode ser dividida em cinco fases. Sejam:

Tabela 1 - Linha histórica da Medicina da Família e Comunidade no Brasil

FASE	PERÍODO	MARCOS HISTÓRICOS
Primeira	1974 a 1980	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nesta primeira fase, a especialidade – e a residência médica – não tinham ainda nome definido e nenhum respaldo normativo ou legal. ✓ Existiam poucos Programas de Residência Médica (PRM) no país, incluindo os três pioneiros, iniciados em 1976: <ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de Residência em Multiprofissional em Saúde Comunitária (hoje: Residência Integrada em Saúde), Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre - RS); 2. Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária. Projeto Vitória (Vitória de Santo Antão, próximo a Recife - PE), extinto em 1986;

		3. Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, Serviço de Medicina Integral da UERJ (Rio de Janeiro - RJ).
Segunda	1981 a 1985	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Essa fase inicia-se com a Resolução 07/81 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1981, que formaliza os PRM em Medicina Geral Comunitária (MGC), oficializando esta área como uma especialidade no Brasil, com esta denominação. ✓ A especialidade MGC continuava pouco reconhecida, isolada em poucos PRMs no país e quase sem mercado de trabalho.
Terceira	1986 a 1994	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília, é reativada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), sendo eleita nova Diretoria, com médicos gerais comunitários, passando a sede para Porto Alegre, RS. ✓ Neste período há intenso e polêmico debate sobre os aspectos conceituais e o nome da especialidade; necessidade de reconhecimento da MGC pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB); o perfil do profissional e sua formação; mercado de trabalho; necessidade de implantação de políticas públicas para a APS, entre outros assuntos. ✓ Nesta fase, intensificam-se as críticas a MGC, tanto da "corporação médica" e da "direita" (considerando a área como "medicina de comunista", estatizante) quanto da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), dos sanitaristas e da "esquerda" (entendendo a MGC como a "Medicina de Família americana disfarçada" da época-modelo "saúde pobre para gente pobre" e "tampão social"). ✓ Criação do SUS.

Quarta	1995 a 2000	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nesta fase, a partir do Programa de Saúde da Família (PSF) e de outras iniciativas, as áreas voltadas à Atenção Básica em Saúde se expandem muito. Numa velocidade bem maior que a capacidade de formação de pessoal. O mercado de trabalho para a MGC começou a crescer, mas eram poucos os médicos especialistas na área, e a qualidade da formação quase sempre deixava a desejar. ✓ Intensificado o debate já iniciado sobre a conveniência da mudança de nome da especialidade.
Quinta	2001 a 2004	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nesta fase destaca-se a reativação, em março de 2001 da SBMFC, pela terceira vezem sua história. Sua nova diretoria foi eleita no período, com membros do RS, RJ e PR e sede em Porto Alegre.

Elaborada pelo autor. Fonte: Falk, 2004, p. 5-8.

Seguindo a mesma linha de construção histórica, Simas (2018) vem apresentar uma sexta fase na qual, segundo o autor, dentre outros acontecimentos marcantes,

Pode-se destacar, em 2005, a Portaria 1.143 do Ministério da Saúde, que vem apoiar programas de residência médica em MFC, por meio de bolsas para a Educação pelo Trabalho; o I Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade, o qual possibilitou um espaço de discussão e de compartilhamento de narrativas entre as Instituições de Ensino Superior com interesse e práticas na atividade (SIMAS, 2018, p.05).

Quiçá estejamos atualmente inaugurando uma nova fase. Um período marcado pelas metodologias ativas, pela interlocução com a realidade e com o território. Uma fase marcada por mais práxis social e menos “verbalismo” tecnicista; mais “trabalho vivo em ato” e menos presunção acadêmica; mais dialogicidade e menos verticalismo; mais amorosidade e menos despreparo para reconhecer e respeitar as demais formas de saber.

2.3 ESPECIFICIDADES DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA

ECOMUNIDADE

O trabalho em saúde é, indiscutivelmente, um dos espaços de (inter) relações mais complexo e desafiador. Ao tempo em que exige a habilidade para lidar com as nuances e dimensões dos serviços e dos sujeitos individuais e coletivos, requer a constante inovação e aprimoramento do perfil de competência por parte do profissional.

Neste sentido, já durante o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), as propostas das residências em saúde despontaram enquanto uma estratégia de enfrentamento à fragmentação acadêmica e à hegemonia do pensamento biomédico.

A compreensão da rede de serviços do SUS enquanto espaço facilitador de processos de ensino aprendizagem e, especialmente, enquanto espaço favorável ao aprender a aprender como gerir e fazer saúde (por parte de gestores, trabalhadores, estudantes, professores e usuários), ao tempo em que favorece as práticas pedagógicas, permite a ampliação de mútuos aprendizados colaborativos e embasados na realidade epidemiológica, sanitária e social.

Assim, quando a legislação brasileira define que, “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, [...] ordenar a formação de Recursos Humanos na área em saúde” (BRASIL, 1988), ela estabelece a institucionalização da Rede SUS Escola enquanto um dos fatores precípuos à garantia de melhor oferta de formação e de serviços pelo sistema público de saúde, inclusive no campo da medicina.

As propostas de reorientação da formação profissional em saúde buscam organizar as práticas profissionais a partir de um referencial mais abrangente – as necessidades de saúde da população –, em sincronia com os princípios ético-políticos da Reforma Sanitária brasileira e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (NOGUEIRA, 2014, p. 916).

Nesta perspectiva, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no SUS apresentam-se enquanto mecanismo e estratégia para o fortalecimento dos princípios do SUS e para a legitimação da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Tendo em vista que o referido programa estimula o trabalho em equipe e o reconhecimento das realidades sociais enquanto pressupostos fundamentais para as produções e práticas em saúde, este acaba por contribuir significativamente com a efetivação dos atributos essenciais e derivados da APS.

Embora uma especialidade reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) através da Resolução 05/2002, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade costumam ser desvalorizados e subestimados por grande parte da própria classe médica. Do mesmo que desvalorizado tem sido historicamente o SUS e todas as políticas públicas que versam priorizar as reais necessidades dos sujeitos sociais e que, comumente, ameaçam a conjuntura hegemônica e historicamente dominante.

Dessa forma, buscando garantir a maior legitimação de tais programas, a Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (BRASIL, 2020), por meio da Resolução CNRM nº 9 de 30 de dezembro de 2020, estabeleceu no seu Art. 2º que os programas de Residência Médica, até então denominados de Medicina Geral de Família e Comunidade, em consonância com o nome da Especialidade Médica, devem denominar-se Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Ainda no mesmo documento a ABMES apresenta a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, com normativas que deverão, obrigatoriamente, ser aplicadas em todo o território nacional no âmbito dos programas de Residência Médica, a partir do mês de março de 2022 (BRASIL, 2020).

De forma clara, objetiva e coerente, a referida matriz apresenta os objetivos pertinentes aos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Em nível geral, conforme o documento, o programa versa,

Formar e habilitar médicos na área da Medicina de Família e Comunidade a adquirir as competências para ser resolutivo em cenários de prática que contemplem os atributos da atenção primária à saúde, sendo eles, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação Familiar, orientação comunitária e competência cultural (BRASIL, 2020).

Especificamente a matriz propõe que o residente em Medicina de Família e Comunidade, esteja apto para,

Atuar como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, prestando um acesso e lidando com os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa; Utilizar eficientemente os recursos de saúde através da coordenação do cuidado no contexto dos cuidados primários e da gestão na interface com outras especialidades, assumindo um papel de defesa pelo paciente; Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e comunidade; Desenvolver um processo de condução da consulta focada na pessoa, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, utilizando entre outras ferramentas uma comunicação efetiva; Desenvolver um processo de tomada de decisão e raciocínio clínico, determinado pelas melhores evidências disponíveis, pela prevalência e pela incidência das doenças na comunidade; Gerir simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos, de pessoas e coletivos, apoiados em um conceito ampliado de saúde; Oferecer uma ampla gama de serviços dentro de seu escopo de ações e adaptar sua prática às necessidades de seus pacientes; Conhecer os seus pacientes e sua família e aprofundar esse conhecimento ao longo do tempo; Compreender o contexto familiar e comunitário de seus pacientes; Desenvolver sua prática considerando o contexto cultural em que está inserido; Analisar a estruturação histórica e jurídico institucional do Sistema de Saúde; Analisar os aspectos históricos, concepções, políticas públicas e modelos técnico-assistenciais da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020.).

Certamente a efetivação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade poderá, significativamente, potencializar o processo de trabalho da rede de APS. Haja vista, a sua matriz estruturante apresenta objetivos diretamente alinhados com as atribuições pertinentes aos profissionais médicos, de forma específica e enquanto membro da equipe de saúde da família, apresentados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como nas leis, portarias e diretrizes que compõem o arcabouço do SUS.

De modo igual, o perfil de competência que se espera estimular no residente é completamente condizente com o perfil humano e profissional que se anseia encontrar nos trabalhadores da rede de atenção primária, para fins da efetivação de um modelo de gestão, do serviço e do cuidado, verdadeiramente humanizado e resolutivo.

2.4 RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DESAFIOSE AVANÇOS

A Rede SUS – Escola, enquanto espaço colaborativo para a formação de sujeitos, trocas colaborativas, escuta qualificada, encontro com a realidade, conhecimento estimulado pela experiência prévia e outros, tende a ser estratégia fundamental para a consolidação de trabalhadores com um perfil de competência profissional e humano que o torne capaz de basear sua prática em evidências verificadas no contato direto com as tecnologias duras, mas também, e especialmente, a partir das tecnologias leves e leve-duras.

Uma breve reflexão acerca dos desafios vivenciados pelos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no dia a dia dos serviços e das relações inter-médicas, perpassa algumas questões que cabem citar, uma vez que repercutem diretamente sobre a sua efetivação. Senão vejamos,

Considerando a condição da rede de APS enquanto espaço de baixa densidade, ou seja, de baixo uso de tecnologias duras e, considerando a elevada ênfase dada por parte das ciências médicas ao tecnicismo, demarcador das tecnologias duras, é possível concluir que os profissionais médicos, em seus processos formativos, muito pouco são preparados para trabalhar com as questões relacionais (acolhimento, vínculo, atenção integral), tampouco para (re) aprender com a estruturação de saberes novos e (porque não?) antagônicos ao seu;

Considerando que embora não faça uso das tecnologias duras, a rede de APS é um espaço de alta complexidade, uma vez que aí se estabelecem as questões do dia a dia dos indivíduos, dos núcleos familiares e comunitários e, considerando que os profissionais médicos, em seus processos formativos, muito pouco são preparados para trabalhar com as subjetividades, fruto de fatores condicionantes e determinantes das relações culturais e sociais dos sujeitos e que diretamente implicam na relação saúde – doença;

Considerando que o modelo de formação histórica, curricular e fragmentadora, direcionada a formação de especialista para o mercado de trabalho, muito pouco habilitou o profissional médico para o trabalho em equipe, sendo esta habilidade um requisito fundamental para a qualidade do trabalho na atenção primária, especialmente nas equipes de saúde da família;

Considerando que, embora as novas formações primem pelo uso de metodologias ativas e pela aproximação do estudante da medicina da realidade social e histórica dos sujeitos, a maioria dos preceptores/tutores ainda resguardam nas suas práticas o modelo tradicional e verticalizado, o que tendenciosamente ou não, acabam por repassar para os residentes;

Considerando a baixo índice de formação para tutores e preceptores em medicina de família e comunidade, dificultando a compreensão acerca dos pressupostos, objetivos e estruturação pedagógica e estrutural dos programas;

Considerando o padrão social, histórico e político, que tende a ser conveniente e permissivo com o descumprimento das obrigações médicas nos espaços de APS, o que, comumente, produz a fragmentação e insatisfação com os demais profissionais das equipes;

Considerando o pouco interesse de residentes médicos e o pouco incentivo por parte de preceptores/tutores para as ações que ultrapassam as consultas individuais de consultório (atendimento domiciliar, plano terapêutico singular, interconsulta, educação permanente, planejamento, acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), saúde escolar, gerenciamento e outros);

Considerando o valor da bolsa regulamentar ser pouco atrativa, considerando valor médio de salários nos municípios, e a

indisponibilidade de muitos municípios para implantação de valor complementar, o que acaba deixando mais atrativo o vínculo direto; Considerando que o contrato direto com os municípios normalmente oferece maior remuneração e desobriga o profissional de compromissos com os estudos, relação com preceptoria/ tutoria e outros, o que dá maior liberdade para vínculos empregatícios paralelos;

Considerando que findado o período da residência, embora o título de especialista em medicina de família e comunidade, o profissional não tem nenhum vínculo empregatício garantido;

Considerando os vieses estabelecidos a partir da existência de residência médica para médicos e a impossibilidade de inclusão destes nas residências multiprofissional, estabelecendo um claro separatismo e a delimitação de territórios de poder e;

Considerando que a rede de APS ainda é vista muitas vezes como espaço de saúde pobre para pobre, o que não garante o investimento suficiente e necessário, tampouco o sonhado *status* profissional,

Conclui-se que, tal conjunto de questões, possivelmente, constitui o nó górdio da maioria dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Infelizmente esta ainda é uma realidade encontrada na maioria dos municípios brasileiros. E, para além das questões acima elencadas, diversas são as que permeiam o cotidiano. A exemplo,

Outra questão é a de melhorar o processo pedagógico no cenário de aprendizagem, procurando romper o pensamento dicotômico entre teoria e prática. Romper este pensamento implica a construção conjunta com os docentes, preceptores, trabalhadores dos serviços e residentes da proposta de elaboração de relatórios reflexivos, que são apresentados nas reuniões de equipe nos diversos cenários de aprendizagem (BRASIL, 2006, p. 400).

Por outro lado, apesar dos tantos desafios, os avanços dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade têm sido muito significativos.

A respeito do crescimento global de vagas de residência em medicina, conforme dados disponíveis na página oficial do Curso para Residência Médica - Revisamed (2021),

Em dez anos de Residência Médica a especialidade que mais expandiu número de médicos residentes foi a Medicina de Família e Comunidade. A especialidade foi de 181 vagas de R1, em 2010, para 1.031 vagas de R1, em 2019, um aumento de 469,6%. Essa especialidade, que representou 5,3% de todos os residentes cursando R1 em 2019, cresceu quase cinco vezes mais que a taxa de crescimento global de 81,4% das vagas de R1 no período analisado (REVISAMED, 2021, n.p.).

Figura 1 - Distribuição dos médicos cursando Residência Médica em 2019 segundo especialidade.

Distribuição de médicos cursando Residência Médica em 2019 (total e R1) segundo especialidade cursada – Brasil, 2020

Especialidade	Residentes (todos os anos de RM)		Residentes R1 (primeiro ano)	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Acupuntura	24	0,1	9	0,1
Alergia e Imunologia	26	0,1	11	0,1
Anestesiologia	3.817	7,1	996	6,1
Angiologia	4	0,0	2	0,0
Cardiologia	1.757	3,3	602	3,7
Cirurgia Cardiovascular	176	0,3	62	0,4
Cirurgia da Mão	178	0,3	62	0,4
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	138	0,3	43	0,3
Cirurgia do Aparelho Digestivo	361	0,7	126	0,8
Cirurgia Geral	3.973	7,4	542	3,3
Cirurgia Oncológica	354	0,7	92	0,6
Cirurgia Pediátrica	216	0,4	55	0,3
Cirurgia Plástica	644	1,2	158	1,0
Cirurgia Torácica	123	0,2	40	0,2
Cirurgia Vascular	627	1,2	215	1,3
Clínica Médica	8.233	15,3	2.856	17,6
Coloproctologia	227	0,4	79	0,5
Dermatologia	982	1,8	260	1,6
Endocrinologia e Metabologia	556	1,0	187	1,2
Endoscopia	181	0,3	64	0,4
Gastroenterologia	458	0,8	161	1,0
Genética Médica	68	0,1	21	0,1
Geriatria	380	0,7	134	0,8
Ginecologia e Obstetrícia	4.609	8,6	1.243	7,7
Hematologia e Hemoterapia	327	0,6	113	0,7
Homeopatia	9	0,0	3	0,0
Infectologia	637	1,2	174	1,1
Mastologia	306	0,6	103	0,6
Medicina de Emergência	239	0,4	88	0,5
Medicina de Família e Comunidade	2.419	4,5	870	5,4
Medicina de Tráfego	6	0,0	2	0,0
Medicina do Trabalho	65	0,1	20	0,1
Medicina Esportiva	74	0,1	20	0,1
Medicina Física e Reabilitação	88	0,1	26	0,2
Medicina Intensiva	484	0,9	177	1,1
Medicina Nuclear	94	0,2	18	0,1
Medicina Preventiva e Social	29	0,1	12	0,2
Nefrologia	547	1,0	183	1,1
Neurocirurgia	733	1,4	129	0,8
Neurologia	1.075	2,0	287	1,8
Nutrologia	16	0,1	6	0,1
Oftalmologia	1.633	3,0	407	2,5
Oncologia Clínica	716	1,3	180	1,1
Ortopedia e Traumatologia	3.183	5,9	808	5,0
Otorrinolaringologia	830	1,5	213	1,3
Patologia	374	0,7	110	0,7
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	14	0,1	2	0,0
Pediatria	5.156	9,6	1.592	9,8
Pneumologia	259	0,5	96	0,6
Programa de pré-requisito em Área Cirúrgica Básica	1.163	2,2	1.163	7,2
Psiquiatria	1.990	3,7	518	3,2
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	1.879	3,5	489	3,0
Radioterapia	163	0,3	43	0,3
Reumatologia	334	0,6	115	0,7
Urologia	822	1,5	203	1,2
Total	53.776	100,0	16.190	100,0

Fonte: REVISAMED, 2021.

A grande expectativa é que o crescimento do índice de adesão seja proporcional ao crescimento do índice de compromisso com os princípios e diretrizes da APS, a fim de que os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade não se tornem mais um mecanismo para o profissional médico apenas acumular mais uma fonte de recurso. Antes, que sejam, verdadeiramente, caminhos potencializadores do acesso, do cuidado e do trabalho multiprofissional em defesa da vida e do SUS.

Para tanto, é necessário se pensar e estimular estratégias que favoreçam a estruturação dos programas sem perder de vista sua fundamentação e objetivos.

Considerando a Residência Multiprofissional em Saúde como um processo em construção, com muitos caminhos possíveis no que diz respeito aos campos de estágio, ao formato de preceptoria e tutoria, desenhos pedagógicos e de avaliação, bem como no que diz respeito à ênfase dos programas, alguns aspectos nos relatos dos programas devem ser destacados, como por exemplo: a necessidade de priorização do tempo para planejamento das ações e suporte pedagógico; reavaliação de estratégias pedagógicas ao longo do processo; amplo incentivo à participação e envolvimento dos residentes (nas equipes de estudo); necessidade de aprofundamento e fundamentação para assumir as aulas teóricas por parte dos preceptores; elaboração de instrumentos para avaliar o processo e os resultados da aprendizagem coerentes com a estratégia pedagógica utilizada; garantia de tempo protegido do tutor para realização da tutoria e acompanhamento sistemático - sem perder de vista a necessidade de gerar autonomia - da equipe de residentes (BRASIL, 2006, p. 401).

Somem-se aqui, a necessidade de interlocução com os demais membros da equipe e com os processos estabelecidos no cotidiano do serviço, da gestão e da comunidade.

Enfim, espera-se que os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade possam ser um dispositivo e um caminho para o fortalecimento do trabalho colaborativo na saúde, instituído, inclusive, através do reconhecimento por parte das ciências médicas da integralidade do sujeito, das realidades sociais, culturais e históricas enquanto fatores causais para o adoecimento – saúde e da existência de outras e tantas formas de saber.

3 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de construção do Projeto da Residência de Medicina de Família e Comunidade no contexto de Porto Seguro, BA, com identificação de pontos fortes e de resistência.

a. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para cumprir o objetivo geral deste projeto, têm-se como fundamentos norteadores os tópicos abaixo que representam os objetivos específicos e que serão detalhados na sequência:

a) demonstrar as etapas de articulação e construção do Projeto de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na cidade de Porto Seguro/BA.

b) apresentar o Projeto Político Pedagógico da Residência Médica em Porto Seguro/BA.

c) elencar as facilidades e limitações inerentes à construção do Projeto de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na cidade de Porto Seguro/BA.

4 METODOLOGIA

Ao se compreender os objetivos desta dissertação citados no capítulo anterior, automaticamente fica subentendido que a proposta está calcada em externar algumas experiências pessoais vivenciadas desde o início da minha trajetória profissional e acadêmica até os dias atuais, com o máximo destaque ao processo de formatação do Projeto de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, englobando todos os personagens diretamente envolvidos no caso, até o momento atual.

Ao descrever o enredo, os relatos que encorpam este trabalho, em consonância com as demais informações mais relevantes para as análises, conclusões e considerações às quais ele resulta, configuram uma metodologia fundamentada no conceito de pesquisa-intervenção, principalmente se considerarmos que:

Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática - variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno. (AGUIAR E ROCHA, 1997:97).

Ou seja, é uma pesquisa que estimula a reflexão acerca de questões práticas, tais como a relação entre a formação profissional e a aplicação real dos conhecimentos adquiridos; a concretização - ou não - do universo teórico e do universo prático; a dinâmica da relação sujeito e objeto - no caso, o profissional médico em Saúde de Família e Comunidade e a rotina inerente a ela; e, acima de tudo, é uma metodologia científica que ignora - no sentido clássico do termo - a interferência psicológica dos conflitos e tensões que são pontos cruciais de mudanças factuais relacionadas aos modelos vigentes.

O propósito de se utilizar a metodologia de pesquisa-intervenção se justifica, também, pela pertinência ao tema, devido à sua característica coletiva, que permite e favorece discussões e produções conjuntas que visam, entre outros fatores, vislumbrar novas perspectivas e oportunidades para hierarquias burocráticas e divisões obsoletas de especialidades e especialistas que, quando somadas, conseguem apenas fragmentar as soluções verdadeiramente demandadas pelas comunidades, bem como segmentar e isolar desnecessariamente os profissionais e suas valiosas contribuições, sejam elas sociais, psicológicas, econômicas e assim por diante.

5 DOCÊNCIA E MOTIVAÇÃO

A minha trajetória como docente em Medicina de Família e Comunidade teve início em 2016 como Professor Visitante da PUC-Minas e Preceptor na disciplina de Atenção à Saúde VII da FAMINAS, em Belo Horizonte - Minas Gerais.

Complementares a estas atividades, destacam-se as atuações como Professor e Coordenador da disciplina de Medicina de Família e Comunidade para os graduandos do oitavo período da PUC-Minas e, nesta mesma IES, como Supervisor do Internato em MFC para os discentes do décimo período.

O resumo histórico que contextualiza a minha formação acadêmica e profissional e que, posteriormente, servirá para melhor entendimento das informações deste dissertação, encontra-se na Tabela 2:

Tabela 2 - Resumo da formação acadêmica e atuação profissional do autor

Período	Formação / Atuação profissional
2005 - 2011	Graduação em Medicina - UNIGRANRIO. Brasil.
2014 - 2016	Especialização - Residência médica em: Medicina de Família e Comunidade. Número do registro: CRM 62600. - UFMG, Brasil.
2016 - 2018	Professor Visitante - PUC Minas, Brasil.
2016 - 2017	Professor Visitante e Preceptor do curso de Medicina na disciplina de Atenção à Saúde VII - FAMINAS, Brasil.
2016 - 2018	Médico na Atenção Básica à Saúde - Prefeitura Municipal de Igarapé, PMI, Brasil.
2018 - 2020	Médico na UBS de Caraíva - Prefeitura Municipal de Porto Seguro, PMPS/BA, Brasil.
2020 - Atual	Médico na UBS em Arraial D`ajuda Prefeitura Municipal de Porto Seguro PMPS/BA, Brasil.

Fonte: Elaborado pelo autor.CNPQ.

Estas experiências acadêmico-profissionais, em conjunto com as vivências que serão relatadas nos próximos capítulos, mostraram-se suficientemente válidas e pertinentes para confirmar que a docência perfaz a atividade que torna completa a minha rotina como médico de Família e Comunidade.

Foi este panorama que me conduziu, em 2016, a atuar como Médico na Atenção Primária à Saúde no município de Igarapé - Minas Gerais e, em paralelo, buscar caminhos que proporcionassem a minha satisfação plena como docente.

É assim que chegamos ao ponto principal e no qual devemos focar as atenções para que sejam cumpridos os fins deste trabalho: a minha mudança, em 2018, para a vila de Caraíva, no município de Porto Seguro/BA.

À medida que o conhecimento do local se misturava com a atividade médica na UBS da vila e com as interrelações profissionais e pessoais intrínsecas ao dia-a-dia, as intenções de uma possível intervenção que beneficia a população de Porto Seguro, os colegas dedicados à APS no município e a comunidade acadêmica se fortalecem mais e mais.

A partir de então, a jornada do PRM em Medicina de Família e Comunidade começa a tomar forma, graças à convergência de ideias e ideais de um grupo que crê e procura construir um futuro próspero para a saúde pública de Porto Seguro/BA, bem como e ainda mais importante, a UFSB, que figura como protagonista durante todo o processo, não apenas por ser a única universidade pública da região, mas ainda mais importante: os valores defendidos pela UFSB são plenamente compatíveis com os objetivos que se desenharam à medida que o PRM foi se desenvolvendo. Entre eles, destacam-se o papel de facilitador que a IE estabelece com seu corpo docente e discente, além de promover um campo oportuno para que a comunidade se expresse e construa novos horizontes para o pensamento acadêmico e social.

Simultaneamente à ideia inicial da criação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Porto Seguro/BA, houve a tentativa de levar ao município o internato da PUC-MG para os alunos do décimo período da faculdade - o que, infelizmente, não foi possível graças a motivos que serão detalhados no decorrer da dissertação.

De qualquer forma, os profissionais reunidos, juntamente com o apoio da UFSB, deram sequência ao desenvolvimento do PRM, que envolve diversos agentes e fatores, tais como órgãos públicos regulatórios, como o SUS e o MEC; órgãos públicos gestores, como Prefeitura, Câmara de Vereadores e SMS; contratos e comissões gestoras e reguladoras, como o COAPES, a CEREM e a COREME; entre outros.

Em primeira instância, foi criada a COREME de Porto Seguro/BA que, por meio de reuniões semanais, discutia os detalhes fundamentais para a composição do PRM no município e que, posteriormente, resultaram no PPC apresentado aos devidos responsáveis pela aprovação do programa.

O fato é que, mesmo com o engajamento dos proponentes, não foi possível implantar o PRM em Porto Seguro, o que culminou na decisão de apresentar este trabalho de mestrado para evidenciar os desafios e as oportunidades intrínsecas a este processo que tanto pode beneficiar a comunidade local.

6 O CONTEXTO DE PORTO SEGURO

A história de Porto Seguro remonta ao ano de 1500, já que seu território está localizado a apenas 62 quilômetros ao norte do Monte Pascoal, considerado como a primeira visão de terra firme que os navegadores portugueses tiveram na ocasião do descobrimento do Brasil.

A formação administrativa do município tem início em 1534, sob a alcunha de Vila Porto Seguro, passando à categoria de Cidade de Porto Seguro no ano de 1891. A partir de então, distritos fronteiriços foram anexados e desanexados constantemente até o ano de 2005, que definiu a divisão territorial do município que permanece até a data atual, e esta divisão inclui 5 distritos: Porto Seguro, Arraial D'Ajuda, Caraíva, Trancoso e Vale Verde.

Este breve histórico da formação territorial do município de Porto Seguro em vigência atualmente figura como introdução para um dos fatores-chaves de estudo e análise deste projeto: o perfil sócio-demográfico da população residente e/ou flutuante que, em termos amplos, é o público-alvo de todo e qualquer sistema de saúde pública municipal.

Sendo assim, é importante iniciar o estudo entendendo as principais características destes indivíduos para, na sequência, evidenciar a estrutura e a organização das instituições e dos profissionais ligados à saúde pública do município de Porto Seguro.

Segundo dados do IBGE (2021), tais características relacionadas ao perfil populacional do município de Porto Seguro podem ser visualizadas no quadro-resumo abaixo:

Tabela 3 - Características da população de Porto Seguro

Característica	Estatística	Comparativo
População total (último censo 2010)	126.909 pessoas	1ª maior na região geográfica imediata e 13ª do Estado
População estimada (2020)	150.658 pessoas	N/A
Densidade demográfica (último censo 2010)	52,70 hab/km ²	2ª maior na região geográfica imediata e

		88ª do Estado
Salário médio (trabalhadores formais - 2019)	1,9 salários mínimos	6º maior na região geográfica imediata e 118º do Estado
Taxa de escolarização (6 a 14 anos - 2010)	96,9%	2ª maior na região geográfica imediata e 257ª do Estado
Mortalidade infantil (2019)	14,38 óbitos por mil nascidos vivos	5ª maior na região geográfica imediata e 216ª do Estado
Área domiciliar (2010)	Urbana: 104.078 pessoas (82%) Rural: 22.851 (18%)	14ª maior população urbana e 21ª rural do Estado
Gênero (2010)	Masculino: 50% Feminino: 50%	N/A
Composição familiar (2010)	Casal com filhos: 543 famílias (20,20%) Casal sem filhos: 591 famílias (21,98%) Mulher sem cônjuge com filhos: 1.555 (57,82%)	Casal com filhos: 18º do Estado Casal sem filhos: 13º do Estado Mulher sem cônjuge com filhos: 15º
Faixa etária (2010)	0 a 5 anos: 11,5% 6 a 14 anos: 19,1% 15 a 24 anos: 18,6% 25 a 39 anos: 27,2% 40 a 59 anos: 18% 60 anos ou mais: 5,5%	0 a 5 anos: 18º do Estado 6 a 14 anos: 68º do Estado 15 a 24 anos: 279º do Estado 25 a 39 anos: 16º do Estado 40 a 59 anos: 345º do Estado 60 anos ou mais: 416º do Estado
Saneamento Básico (domicílios - 2010)	Adequado: 51,4% Inadequado: 6,9% Semi-adequado: 41,8%	Adequado: 79º do Estado Inadequado: 377º do Estado Semi-adequado: 255º do Estado
Estabelecimentos de	57 estabelecimentos	19º do Estado (total)

Saúde (2009)	(total) 49 estabelecimentos (SUS)	12º do Estado (SUS)
--------------	---	---------------------

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do IBGE.

O compilado de informações apresentado na tabela 2 permite, então, inferir que, de maneira geral, o município de Porto Seguro abriga uma população com índices sócio-demográficos aceitáveis e relativamente dentro da média da maioria dos municípios brasileiros.

No entanto, dentre todas as estatísticas selecionadas e resumidas acima, a concentração se deita sobre as características relacionadas à saúde dos indivíduos e à estrutura de saúde disponibilizada para atendê-los.

Em cima disso, o discurso analítico dos dados permite dizer, sem margem para eventuais desvios interpretativos, que o sistema de saúde do município de Porto Seguro acolhe, tanto em sua estrutura física quanto por meio dos profissionais direta ou indiretamente ligados a ele, indivíduos majoritariamente jovens, com uma qualidade de vida básica proporcionada por fatores como: (a) acesso minimamente considerável aos recursos de saneamento básico; (b) ótimo índice de formação escolar nos níveis básico e fundamental que, de forma intrínseca, presume uma interferência positiva no que concerne a perspectivas econômicas como emprego e renda; e (c) remuneração salarial incompatível com os quesitos anteriores, que posiciona a população porto-segurense na classe social E, conforme a categorização do próprio IBGE quando considera exclusivamente a faixa-salarial para determinar o ranqueamento, como mostra a Figura 2:

Figura 2 - Estratificação social exclusivamente por faixa salarial

Classe	Número de Salários-Mínimo (SM)	Renda Familiar (R\$) em 2020
A	Acima de 20 SM	R\$ 20.900,01 ou mais
B	De 10 a 20 SM	R\$ 10.450,01 a R\$ 20.900,00
C	De 4 a 10 SM	R\$ 4.180,01 a R\$ 10.450,00
D	De 2 a 4 SM	R\$ 2.090,01 a R\$ 4.180,00
E	Até 2 SM	Até R\$ 2.090,00

Fonte: IBGE.

Os três fatores citados acima - acesso a saneamento básico, formação escolar e estratificação social por faixa salarial, em conjunto com outros fatores também essenciais em menor ou igual grau devem - ou deveriam, em termos práticos e efetivos, buscar a convergência harmônica visando gerar avanços significativos e contínuos no IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de Porto Seguro.

O IDH reúne três dos requisitos mais importantes para a expansão das liberdades das pessoas: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável – saúde – , ter acesso ao conhecimento – educação – e poder desfrutar de um padrão de vida digno – renda.(...)
Assim, o IDHM – incluindo seus três componentes, IDHM Longevidade, IDHM Educação e IDHM Renda – conta um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano durante duas décadas da história brasileira. O IDHM é acompanhado por mais de 200 indicadores socioeconômicos que dão suporte à sua análise e ampliam a compreensão dos fenômenos e dinâmicas voltados ao desenvolvimento municipal. (PNUD, Ipea, FJP, 2013, p.24;26)

Dito isso, é fato afirmar que, um cenário oportuno para possíveis ganhos no nível de qualidade de vida da população de uma cidade pede, por consequência, que todos os elementos contidos no sistema público de saúde do município evoluam no sentido de acompanhar ou, em hipótese ainda mais otimista, sobrepujar o suposto progresso da sociedade local.

Para tanto, faz-se necessário, senão indispensável para os objetivos deste projeto, expor em detalhes a estrutura e a organização do sistema de saúde atualmente em exercício no município de Porto Seguro, buscando compreendê-lo e, à medida do possível, inferir o quanto este sistema se encontra equalizado (ou não) com a realidade proporcionada pela análise dos dados estatísticos conhecidos até então.

a. A VILA DE CARAÍVA COMO PONTO DE PARTIDA

Ao ingressar no programa de Mestrado da UFSB em 2019, uniram-se a convicta predisposição acadêmica-profissional ao descobrimento particular da situação da saúde pública no município de Porto Seguro - Bahia.

Segundo informações não oficiais, pode-se encontrar o seguinte perfil local:

Ecologicamente preservada, Caraíva beneficia-se de diversas proteções ambientais e históricas: Área de Proteção Ambiental – APACaraíva/Trancoso; Zona de Reserva Extrativista Marinha – Resex; Patrimônio da Humanidade da UNESCO; Zona de Proteção Rigorosa do IPHAN; e zona de entorno do Parque Nacional e Histórico de Monte Pascoal. (2021, no prelo)

E, ainda: “No vilarejo de Caraíva você encontra posto de saúde, delegacia, biblioteca da Escola Municipal, Igreja, farmácia, padaria e um pequeno comércio local.” (2021, no prelo).

Apesar de quase todas as pesquisas exploratórias citarem que o distrito de Caraíva em Porto Seguro possui uma população fixa de 1.000 habitantes, a realidade estatística desmente esta informação e revela outras características relevantes, como se vê na Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 – Índices domiciliar e demográficos da população do distrito de Caraíva - Porto Seguro, BA

ÍNDICES	FATORES	VALORES ABSOLUTOS	VALORES PERCENTUAIS	VALOR ABSOLUTO TOTAL
Situação domiciliar	Urbana	382	5%	7.893
	Rural	7.511	95%	
Sexo	Homens	4.195	53,1%	7.893
	Mulheres	3.698	46,9%	
Faixa etária	Menor de 18 anos	3.603	46%	7.893
	De 18 a 65 anos	4.033	51%	
	Maior de 65 anos	257	3%	

Elaborada pelo autor. Fonte: Censo 2010 - IBGE.

Contudo e mesmo que o levantamento estatístico do último Censo demonstre uma demanda potencial à saúde pública municipal totalmente diferente quando se compara aos dados não oficiais registrados nos parágrafos anteriores, a verdade dos fatos constatada localmente pelo autor na oportunidade em que esteve pessoalmente na vila, ainda está muito distante do que se considera minimamente ideal.

Entendamos: os próprios números do IBGE, se analisados na sua forma puramente matemática, já estão em total desacordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, a qual estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica,

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, ao versar sobre as especificidades da Estratégia de Saúde da Família e entre outros itens, determina o seguinte:

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:(..)

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição.

Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

(...)

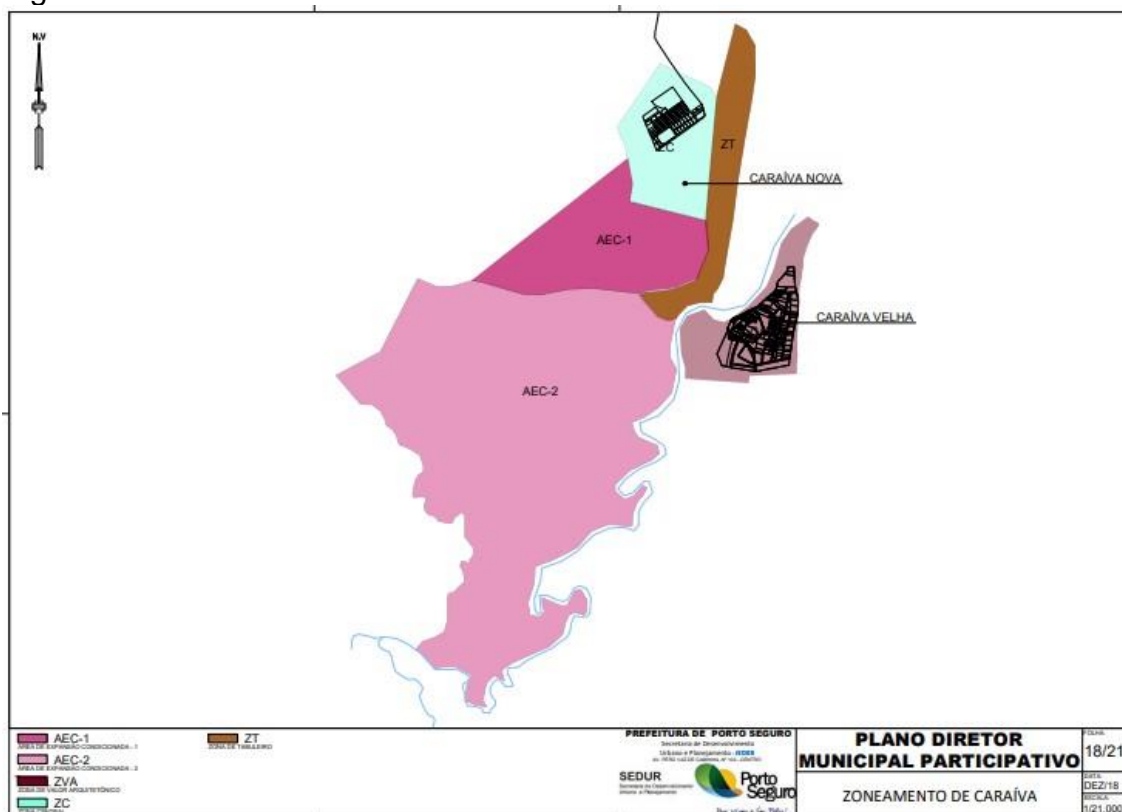
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, pgs 54-56).

Este excerto deixa clara que a quantidade máxima de pessoas sob responsabilidade de uma única eSF é de 4.000 (quatro mil) usuários e que, conforme os índices apresentados acima, já foi ultrapassada em quase 100%.

Mas a questão é ir além dos números, considerando a necessidade de avaliar fatores qualitativos e variáveis intrínsecas.

O Plano Diretor Participativo do município de Porto Seguro demonstra o seguinte território para o zoneamento de Caraíva:

Figura 3 – Zoneamento de Caraíva.



Fonte: Porto Seguro, 2018, p.116

Nesta geografia, existe uma considerável concentração de população indígena, como mostra a Figura 4:

Figura 4 – Aldeias Pataxó no sul da Bahia



Fonte: Porto Seguro, 2013.

Pois, então, somando-se demanda quantitativa do (defasado) Censo populacional de 2010, os indivíduos fixos residentes nas dezenas de aldeias indígenas destacadas na Figura 6 e, ainda e se convier, a população flutuante que porventura necessite de atendimentos ligados à Atenção Básica no distrito de Caraíva, chega-se à uma relação de oferta e demanda extremamente aquém do que preconizado, confirmada na Tabela 5 e que evidencia que a disponibilidade do serviço de saúde pública municipal nesta região é

composta por 01 unidade de ESF e 01 ponto de apoio, atendidos por 01 única eSF.

b. A OPORTUNIDADE PARA IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM PORTO SEGURO

Ao contexto que se desenvolveu em Caraíva e que se relatou no subcapítulo anterior, surgiu uma excelente oportunidade para dar início à mudança do cenário da saúde pública na comunidade local - e, de forma geral, de todo o município de Porto Seguro.

Afinal, a convergência dos fatores elencados não deixa dúvidas sobre o potencial e sobre a necessidade latente de se implantar um Projeto de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que não só beneficiaria toda a população porto-segurense, mas, também, contemplaria plenamente os objetivos profissionais e pessoais vislumbrados pelo autor deste projeto.

Continuando a sequência histórica profissional, três circunstâncias coincidiram e contribuíram decisivamente para que a construção do PRM em Porto Seguro desse seus primeiros passos.

Fato 1: o autor se depara com a iminente instalação do curso de Medicina no município, previsto para iniciar as atividades em 2020. Com isso, haveria a estrutura acadêmica necessária para atender aos requisitos mínimos exigidos pelo MEC para implantação da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (Anexo IV), bem como sustentar a demanda de residentes oriunda da graduação em Medicina.

Fato 2: a aprovação do autor no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE pela Universidade Federal do Sul da Bahia, no ano de 2019. A adesão da UFSB ao programa federal de pós-graduação Stricto Sensu em Saúde da Família reforça a coerência entre a universidade e os propósitos de trabalhar a saúde coletiva de forma multidisciplinar, tomando afrente neste contexto acadêmico-profissional.

Fato 3: a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, integrante do programa Previne Brasil e constituinte do Manual Instrutivo do Financiamento da Atenção Primária à Saúde estabeleceu novas regras para a liberação de repasses das transferências aos municípios, considerando três critérios:

captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

O terceiro critério é o mais envolvente para o caso da implantação do PRM em Porto Seguro, pois é nele que figura, entre outros pontos também importantes, o que segue:

O programa visa induzir à adesão dos municípios à criação ou expansão de residência médica, de enfermagem ou de odontologia dentro da Atenção Primária à Saúde, por meio de incentivo financeiro de custeio adicional mensal para os municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da APS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p.46.)

c. A EXPECTATIVA POSITIVA PARA A IMPLANTAÇÃO DO PRM EM PORTO SEGURO

É válido compartilhar alguns detalhes que compõem o PPC de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ao qual este projeto está se referindo, para que seja possível o entendimento pleno do enredo e, conseqüentemente, do desfecho desta história.

Inicialmente, o PPC buscava formar um total de 09 (nove) residentes nível R1 e 09 (nove) residentes nível R2, totalizando 18 (dezoito) pós-graduandos em Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade. Este era o número que a COREME entende como ideal para sanar as necessidades da saúde pública no município de Porto Seguro, visto à situação já apresentada anteriormente nesta dissertação.

Para tal, o PPC conta com a seguinte organização estrutural de docentes:

Figura 5 – Corpo Docente. Fonte: Projeto Pedagógico Curricular em Residência Médica de Família e Comunidade

Nome	Qualificação Média	Tipo Docente	Tempo de Dedicção	Carga Horária	Tempo de Experiência
Adriana da Silva Andrade	Graduado	Preceptor	Tempo Integral	40h	23 anos
Carla Tavares Cerqueira	Especialista	Supervisor	Tempo Integral	8h	12 anos
Marcelo Ribeiro da Silva	Especialista	Coordenador	Tempo Integral	40h	8 anos

Fonte: COREME PORTO SEGURO, 2019, p.4.

Entre os serviços previstos no PPC, tem-se o seguinte:

- a) Cirurgias de pequeno porte: 1.080 (mil e oitenta), sendo que 3% (três por cento) seriam realizadas pelos residentes;
- b) Partos normais: 90 (noventa), sendo que 3% (três por cento) seriam realizados pelos residentes;
- c) Atendimentos domiciliares: 200 (duzentos), sendo que 3% (três por cento) seriam realizados pelos residentes; e
- d) Consultas ambulatoriais em especialidade: 1.110 (mil cento e dez), sendo que 3% (três por cento) seriam realizadas pelos residentes.

Já as atividades práticas foram divididas considerando o nível dos residentes (R1 e R2) e especificam os tipos de atividades, os estágios, o descritivo de cada atividade, o local onde ela seria realizada, a dedicação semanal em horas e o período total de semanas dedicadas, resultando no total de horas-atividades. Todas essas informações estão detalhadas nos Anexos V e VI.

Na sequência, o Anexo VII mostra os equipamentos que ficariam à disposição dos residentes do PRM em Medicina de Família e Comunidade em Porto Seguro, o Anexo VIII traz os detalhes da semana padrão, tanto para R1 quanto para R2 e, por fim, o Anexo IX descreve os detalhes dos rodízios para R1 e R2.

Ou seja, tudo isso é apenas para reafirmar a consistência do Projeto Pedagógico Curricular da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que começava a dar sinais de conquistar uma bem-sucedida implantação quando se consideram a possível instalação de uma Faculdade de Medicina, o ingresso do autor no PROFSAÚDE e o novo modelo de financiamento da APS.

Junta-se a tudo isso a visita da equipe da CEREM - Comissão Estadual de Residência Médica da Bahia que, exatamente motivada pelo progresso do PRM nos processos burocráticos para sua instalação, deslocou-se até Porto

Seguro para realizar a visita técnica que resulta no parecer favorável ou desfavorável ao pedido de implantação do projeto.

E, ainda, o poder público municipal já havia sinalizado seu interesse para que o PRM existisse em Porto Seguro.

Concomitantemente a todos estes acontecimentos, o autor - que, na época, já residia e atuava como médico da Atenção Básica em Caraíva - mudou-se para Arraial D'Ajuda. O motivo mais relevante para esta análise é que ele passaria a assumir a coordenação da COREME porto-segurense.

Portanto, tudo convergia às expectativas, faltando “apenas” a resposta favorável da CEREM, que aconteceu logo depois, porém determinando que a quantidade de residentes do PRM deveria passar de 18 (dezoito) para 04 (quatro), sendo 02 (duas) vagas para residente R1 e 02 (duas) vagas para residente R2 por ano.

7 AS ETAPAS DE ARTICULAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO PROJETO DA RESIDÊNCIA

Aqueles que estão enamorados da prática sem ciência são como um navegador que entra em um navio sem leme ou bússola e nunca tem certeza de para onde está indo. A prática deve ser sempre baseada em um conhecimento sólido da teoria. (DA VINCI, 1452 - 1519)

O exercício da docência não se sente confortável se definido puramente com objetividade e lógica, tal como uma operação matemática exata. Pelo contrário, é uma atividade potencialmente subjetiva e desafiadora para todos aqueles que mantêm vivo a paixão pela pesquisa, pela informação, pelo saber e, principalmente, pelo compartilhamento de ideias que caminham, invariavelmente, para a direção do desenvolvimento e da evolução do ser humano, da sociedade, do meio ambiente e de todo o ecossistema que os envolve.

Obviamente que este cenário se aplica a todas as disciplinas do saber. A docência no campo da Medicina é algo valioso para quem escolhe contribuir para a formação carregada de responsabilidades e amplamente abrangente em termos de interrelações pessoais e profissionais de indivíduos que darão seguimento à prática médica.

A experiência-relato deste projeto dialoga diretamente com os objetivos que o norteiam.

A comunidade de Caraíva é um dos vilarejos mais antigos do Brasil e, como se sabe, é atualmente um distrito pertencente ao município de Porto Seguro/BA.

Configura-se como uma APA - Área de Proteção Ambiental e mantém em seu território uma população fixa de 1.000 habitantes.

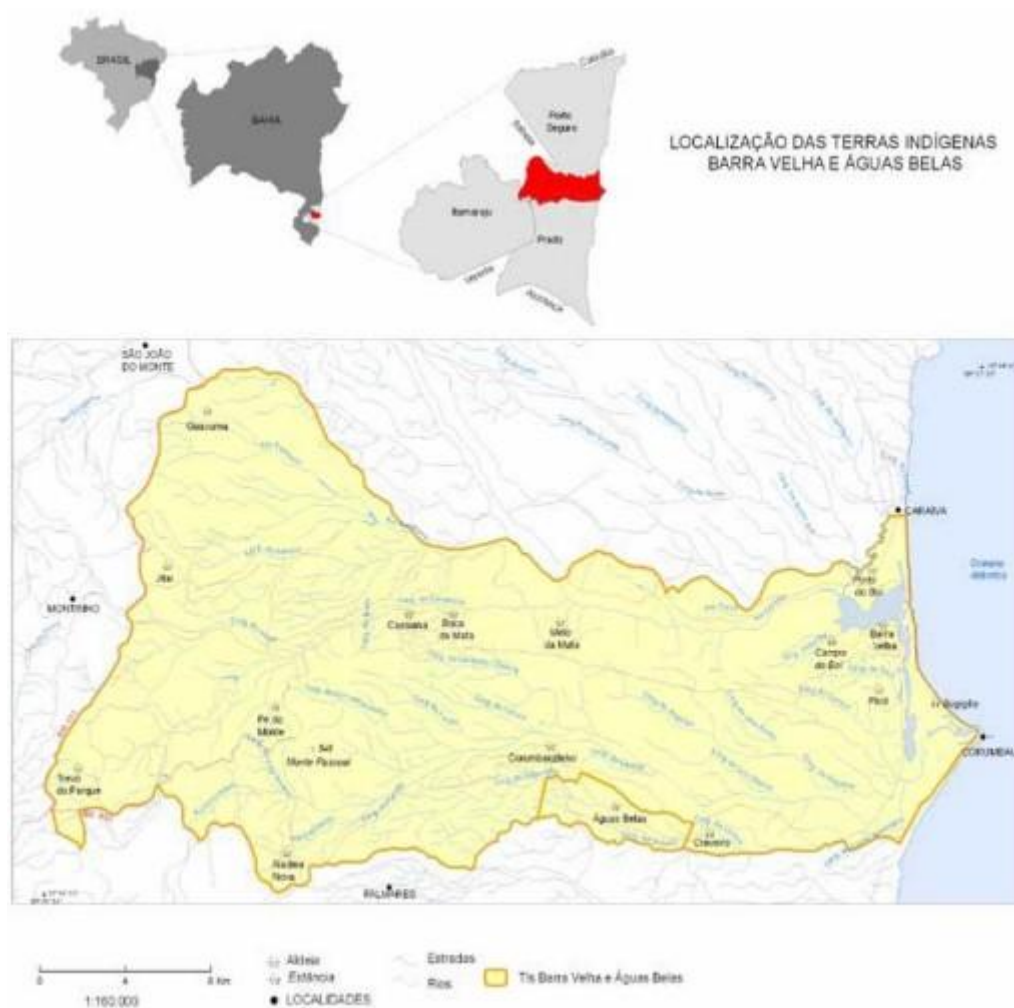
Caraíva dista 69 km da sede de Porto Seguro sendo que, destes, são 33km de estrada de chão. A este território, acrescenta-se a população de uma aldeia indígena da tribo Pataxó, vizinha ao vilarejo.

A realidade é que a comunidade de Caraíva se divide em duas tendo como limite geográfico o rio Caraíva. A informação da população estimada de

1.000 habitantes não contempla as duas comunidades, muito menos comunidades vizinhas menores e a população branca e indígena que residem na aldeia Xandó (faz divisa territorial com a vila de Caraíva). Pesquisas

locais mostram estimativas de mais de 5.000 pessoas que residem na área de abrangência da única UBS do território. Acrescido a esta informação soma-se a falta de Agente Comunitário de Saúde (ACS) há mais 3 anos na Equipe de Atenção Básica da UBS, o que dificulta a qualidade da assistência ofertada a população.

Figura 6 - Mapa da localização das Terras Indígenas Barra Velha e Águas Belas



Fonte: FUNAI.

Por mais que a realidade estatística de Porto Seguro demonstre um município dotado de uma estrutura de Atenção Primária que cobre 100% do território local (Tabela 5), a realidade prática apresenta outro panorama.

Tabela 5 – Estrutura da ESF em Porto Seguro/BA

DISTRITOS SANITÁRIOS	ABRANGÊNCIA	Nº DE EQUIPES
DISTRITO FREI CALIXTO	USF EDSON MARTINS	03 – ESF
	USF PRAÇA DO GRAVATÁ	01 – ESF
	USF PARAGUAI	01 – ESF
	USF PARQUE ECOLÓGICO	02 – ESF
	USF ARLINDA ALMEIDA	01 – ESF
	USF PRAÇA DO COELHO	01 – ESF
	TOTAL: 9 ESF	
DISTRITO CENTRO	USF MIRANTE	01 – ESF
	USF MIRAPORTO	01 – ESF
	USF ISALTINO BISPO I e II	02 – ESF
	USF AREIÃO	02 -ESF
	USF FONTANA	01 – ESF
	USF DERLAN SAAD	02 – ESF
	USF DR HERALDO LIMA	02 – ESF
	USF ORLA NORTE	01 – ESF
	TOTAL: 12 ESF	
DISTRITO LITORAL SUL	ABRANGÊNCIA	Nº DE EQUIPES
	USF ARRAIAL CENTRO	02 – ESF
	USF ARRAIAL BAIRRO	02 – ESF
	USF ARRAIAL BAIRRO SANTIAGO	02 – ESF
	USF VALE VERDE	01 – ESF
	USF TRANCOSO	03 – ESF 02 - PONTOS DE APOIO
	USF ITAPORANGA	01 – ESF
	USF NOVA CARAIVA	01 - ESF + 1 PONTO DE APOIO
TOTAL: 12 ESF; 03 PONTOS DE APOIO		

	USF VILA JARDIM	01 – ESF
	USF VILA PARRACHO	01 – ESF
DISTRITO ZONA RURAL	USF VILA VALDETE	01 – ESF
	USF VILA VITÓRIA	01 - ESF + 1 PONTO DE APOIO
	USF IMBIRUÇU DE DENTRO	01 – ESF
	USF VOVÓ EDÉZIA	01- ESF
	USF FRUTOS DA TERRA	01 - ESF + 6 PONTOS DE APOIO
	USF VERA CRUZ	03 – ESF
	TOTAL: 10 ESF; 07 PONTOS DE APOIO	
TOTAL	29 UNIDADES	43 ESF; 10 PONTOS DE APOIO À SAÚDE

Fonte: Superintendência da Atenção Básica, 2020.

Assim, mesmo com a existência da USF no vilarejo, o serviço de Atenção Básica disponibilizado para estes indivíduos não correspondia às necessidades do local como discorrido acima além de que as atividades na UBS da comunidade se encerrava às 14h e, portanto, qualquer caso relacionado à saúde pública desta comunidade em questão e que extrapolasse tal limitação de horário colocava a população do distrito em caráter de desassistência, fugindo dos princípios fundadores e regentes do Sistema Único Saúde.

Por conta dessa vivência e desse envolvimento direto com a situação apresentada, e por experiências obtidas na trajetória formativa ilustrada na Tabela 2, concebeu-se, no ano de 2019, a ideia de implantação do Projeto de RM em Medicina de Família e Comunidade no município de Porto Seguro/BA, vislumbrando a formação de profissionais que pudessem absorver a demanda local, dando razão à cobertura da população nos termos que compõem a estrutura organizacional do SUS.

8 AS FACILIDADES E LIMITAÇÕES NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO DA RESIDÊNCIA MUNICIPAL

Perante quem é que somos homens? É uma pergunta simples. Mas ela revoluciona toda a história da humanidade. Experimenta fazê-la. Experimenta pensá-la. (FERREIRA, 1916-1996)

A importância da História está em seu papel de nortear o homem no espaço e no tempo, dando-lhe a possibilidade de compreender a própria realidade e fazer uma análise crítica que o permita chegar a uma conclusão sobre determinado acontecimento passado a partir da investigação de fontes históricas. (NEVES, 2021)

Para dar sequência à proposta de implantação da RM no município de Porto Seguro/BA, consciente de todos os pormenores que envolvem tal processo - do conhecimento aprofundado concernente à estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde, passando pelos órgãos gestores e suas respectivas competências e interferências burocráticas, até a formatação e a formalização da solicitação -, permitiu, portanto, o desenvolvimento do Projeto Pedagógico Curricular da Residência em Medicina da Família e Comunidade para a atuação local.

a. PROJETO PEDAGÓGICO CURRICULAR DA RESIDÊNCIA MUNICIPAL

O PPC apresentado no final de 2019, define, conceitualmente, o seguinte objetivo geral:

Formar Médicos da Família e Comunidade para os quais as pessoas e suas famílias sejam centro do cuidado, que atuem de forma integrada e resolutiva a rede de serviços, coordenando e articulando esta rede, através do trabalho em equipe multidisciplinar, compreendendo as atribuições específicas e comuns a todos os profissionais, lidando com recursos finitos que devem ser utilizados de forma equânime em prol das pessoas e da comunidade sob sua responsabilidade. (SMS PORTO SEGURO/BA, 2019).

E é complementado pelos detalhes abaixo:

- a) Quanto à habilidades gerais: Desenvolver o processo de trabalho em saúde fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS; Trabalhar com

base na realidade local, através de uma prática humanizada associada a competência técnica e postura ética, com base no conhecimento científico buscando a integração com o conhecimento popular; Desenvolver a prática de saúde da família, alicerçada na concepção da vigilância em saúde, entendida como resposta social organizada às situações de saúde, através da combinação das estratégias de intervenção de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e atenção curativa. Conhecer, analisar, aplicar e avaliar informações, habilidades e atitudes na prática em saúde da família na lógica clínico-epidemiológica que possibilitem a realização de atenção integral à saúde individual, familiar e coletiva na sua área de formação básica, de forma disciplinar e interdisciplinar; Compreender o indivíduo, a família, a comunidade e os diferentes grupos sociais como sujeitos do seu processo de viver e ser saudável, considerando as diferentes etapas de seu ciclo vital e sua inserção social; Analisar a realidade de saúde local e propor alternativas de ações apropriadas ao cotidiano, como espaço e objeto de intervenção profissional; Desenvolver ações para integração da rede socioassistencial existente, visando potencializar os recursos existentes e melhorar a condição de vida da população; Desenvolver habilidades para o processo de planejamento e gerencial local em saúde, no contexto da ESF, considerando os princípios do SUS, bem como a visão estratégico-situacional e o processo de Distritalização da Saúde; Desenvolver o processo educativo em saúde, enquanto prática social, histórica e política que considere o perfil sócio-epidemiológico da comunidade e a participação popular na apropriação das práticas cotidianas como objeto de trabalho e a sua transformação em uma prática crítica, criativa e emancipatória; Desenvolver ações de educação permanente com profissionais de saúde, na lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; Desenvolver métodos e técnicas de trabalho de abordagem individual, familiar e coletiva; Manter um processo permanente de reflexão sobre os aspectos éticos envolvidos no processo

de trabalho em saúde; Habilidades para prática médica; Dominar a prática clínica em todos os aspectos do ciclo de vida dos indivíduos e famílias, com conhecimentos que incluam os problemas de saúde prevalentes, respeitando as especificações de cada área geográfica e/ou região, atuando principalmente em cuidados primários de saúde com alta resolutividade; Apropriar-se de ferramentas de abordagem individuais e coletivos; Apropriar-se de ferramentas de abordagem de família com o genograma e ecomapa; Integrar-se às rotinas das Ações Programáticas em Saúde dos diversos níveis de gestão do SUS, participando das fases de planejamento e avaliação; Realizar visitas domiciliares de características clínicas e de trabalho preventivo; Planejar, organizar e conduzir grupos, conhecendo as principais técnicas de sua dinâmica; executar os procedimentos cirúrgicos mais frequentes no nível de cuidados primários; Desenvolver habilidades para o atendimento de patologias mais prevalentes em APS; Desenvolver atividades de educação em saúde em instituições e/ou grupos formais e informais na comunidade; Desenvolver técnicas adequadas de registro e utilizar o prontuário da família; Integrar-se à equipe de saúde buscando desenvolver ações multiprofissionais e interdisciplinares.

- b) Quanto à habilidade em Gerenciamento: Compreender e intervir nos determinantes do processo saúde-doença, buscando a eleição e solução de prioridades em conjunto com a população em que atua; Dominar conceitos e habilitar-se para a execução de diagnósticos de demanda, de comunidade e institucionais; Participar e habilitar-se para planejar e avaliar as ações de saúde e gerenciar os serviços em nível local; Dominar conceitos de epidemiologia e exercer atividades na perspectiva do modelo de Vigilância em Saúde; Promover atividades multiprofissionais e interdisciplinares nas ações de saúde;
- c) Quanto à Habilidades em Ensino e Pesquisa: Desenvolver habilidades pedagógicas para a supervisão de acadêmicos e estagiários em MFC em outras áreas de saúde; Desenvolver o hábito de estudo imediato e

continuado orientando a solução de problemas, para promover o auto-aprendizagem e a atualização de conhecimentos; Desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde; Realizar pesquisa na área de APS como forma de integrar o conhecimento teórico com a prática de método científico; Conhecer e dominar a metodologia científica para adequada aplicação no nível individual e coletivo;

- d) Quanto à habilidades relativas a Sistemas de Saúde: Dominar conceitos básicos necessários a compreensão e a análise crítica de sistemas de saúde, especialmente do SUS; Integrar-se e participar nas instâncias de participação popular do SUS da área de abrangência de sua ESF.

Em sua estruturação prática no que tange à ocupação dos cargos e seus respectivos papéis intrínsecos quando se pretende a implantação do PPC em Porto Seguro/BA, aproveita-se para conceituá-los:

- a) preceptores: usado para designar aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, que exerce o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias.
- b) tutores: orientam a formação de profissionais já graduados e atuam no sistema de saúde. Espera-se que ele dê conselhos, atuando também como guia e modelo e têm, ainda, o importante papel de avaliar o médico residente.
- c) supervisores: estimula o novo profissional no processo de aprendizagem, propiciando-lhe desenvolver seus conhecimentos e competências, e ajudando-o também na construção da autoconfiança. Por fim, estimula o novo profissional no processo de aprendizagem, propiciando-lhe desenvolver seus conhecimentos e competências, e ajudando-o também na construção da autoconfiança.

d) residentes: realiza atividades práticas em uma instituição de saúde sob a supervisão de médicos especialistas, como atendimentos ambulatoriais; plantões; cuida e se responsabiliza por casos de emergência em sua especialidade; acompanhar pacientes internados que estejam no setor designado; e, eventualmente, substitui um médico especialista, com o objetivo de aprofundar seus conhecimentos na área, ter a oportunidade de acompanhar e trabalhar com casos reais, além de poder experimentar o dia a dia de um especialista na área desejada.

O PPC desenvolvido e finalizado em 2019 prevê todas as exigências estabelecidas pelos órgãos competentes e no que tange às questões processuais necessárias para sua implantação.

9 METODOLOGIA DO PROJETO PEDAGÓGICO CURRICULAR

A composição do Projeto Pedagógico Curricular tem suas bases fincadas nos pressupostos da Aprendizagem Significativa, que acontece de maneira constante nos diversos contextos de formação, valorizando o conhecimento prévio dos residentes e a integração dos atores do cenário em estudo.

Paulo Freire, em sua obra *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (2006) cita que a educação contemporânea deve se preocupar com um discente que se autogoverne no processo de formação. E MITRE et al. (2008) complementa: “Somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos”.

O processo ensino-aprendizagem atual configura um cenário em que alunos “aprenderem, principalmente, com suas próprias pernas”, o que faz repensar o papel do docente, que passa a ser um facilitador ou mediador. Assim, o facilitador precisará investir em sua formação, bem como valorizar o planejamento do processo de ensino e aprendizagem, apresentando aos alunos um programa justificado e que possa ser revisitado de tempos em tempos.

Por sua vez, o estudante precisa ser corresponsável pelo seu processo de ensino e aprendizagem e o facilitador pode ajudá-lo na compreensão do seu papel.

Assim, as experiências pessoais e profissionais do residente são constantemente agregadas à formação médica e cabe ao preceptor a função mediadora, com o objetivo de diminuir a discrepância entre a formação atual e a desejada, favorecendo o desenvolvimento das competências definidas no projeto pedagógico.

Fazer e receber críticas é um dos mais significativos métodos para o acompanhamento do crescimento pessoal. Se o retorno for dado corretamente, os participantes aprendem a fazer e receber críticas e com maior probabilidade poderão utilizar essas informações para um efetivo desenvolvimento profissional. (HOSPITAL SIRIO LIBANÊS, 2015).

Nesta seara de compartilhamento de conhecimentos e experiências, o PPC de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Porto Seguro se alicerça nos seguintes métodos de ensino e aprendizagem:

- a) Observação direta de atendimentos: consiste na observação da atuação

- do preceptor por parte do residente e vice-versa;
- b) Visitas domiciliares em conjunto entre preceptor e residente: capacitando e otimizando o progresso mútuo dos indivíduos;
 - c) Análise dos atendimentos do residente e do preceptor: a revisão das ações executadas permite o entendimento de acertos e erros na prática rotineira da Medicina de Família e Comunidade, visando ao aperfeiçoamento constante do processo de ensino e aprendizagem, que interfere diretamente no dia-a-dia dos profissionais da Atenção Básica;
 - d) Discussão de casos clínicos: envolvendo a análise de casos-problemas e sessões clínicas, este é um item essencial e que reforça a relevância e a indissociável necessidade do debate virtuoso de possíveis rotas para que a evolução dos atendimentos e dos tratamentos oferecidos pela Medicina de Família e Comunidade se mantenha constante;
 - e) Grupos de trabalho: promovendo as interrelações pessoais e profissionais;
 - f) Reuniões semanais entre preceptor e residente: objetiva avaliar o que vem sendo desenvolvido durante a Residência Médica, bem como discutir temas importantes para a continuidade do processo de ensino e aprendizagem, já que aborda conceituações teóricas pertinentes ao programa e discussão de tópicos relacionados à prática da Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde, tais como ações para o bom desempenho clínico em APS e quaisquer outros que se mostrem necessários para a formação do residente, mediante elaboração de trabalhos científicos e projetos de intervenção.

Não bastasse este aparato metodológico sólido com o qual o PPC foi concebido, ele ainda prevê as metodologias para avaliação do próprio programa e, também, do residente.

Com relação à avaliação do programa em si, o PPC rege que:

O residente avaliará o programa, os preceptores e o coordenador/supervisor do PRM semestralmente, sendo esta avaliação anexada ao arquivo do programa e discutida em reunião de preceptores para melhoria do programa. Será utilizada um questionário elaborado pelo MEC para avaliação do programa e da infraestrutura dos

locais de estágio. Os residentes entregarão o questionário preenchido e terão tempo para discutirem sua avaliação sobre o andamento do programa com o supervisor do programa e a coordenação da COREME. (COREME PORTO SEGURO, 2019. p. 9).

Já concernente à avaliação do residente que adere ao programa, a metodologia determina os critérios abaixo:

- a) Avaliação na Unidade Básica de Saúde: a avaliação é feita de maneira contínua, destacando-se os momentos relacionados aos próximos itens, sendo que a média para aprovação, tanto no primeiro quanto no segundo ano, é de 7,0 (setenta por cento);
- b) Avaliação inicial: nas primeiras semanas do residente durante as atividades de acolhimento, ambientação e acompanhamento das atividades dos residentes do primeiro e do segundo ano e dos preceptores do PRM-MFC, assim como dos outros profissionais que atuam na UBS, possibilitando uma avaliação inicial e a elaboração de um plano de trabalho para os meses seguintes;
- c) Avaliações trimestrais: a avaliação formal é realizada através de instrumento específico, aplicado trimestralmente. Além de envolver toda a ESF, a avaliação deve ser realizada com a participação do médico-residente, que deve fazer sua autoavaliação e manifestar-se sobre a avaliação realizada e sobre a preceptoría que está recebendo. A partir dessa avaliação, deve ser elaborado um plano de trabalho para os próximos 90 dias, objetivando corrigir as eventuais deficiências detectadas. Haverá a possibilidade de utilizar um modelo de portfólio a ser definido ao longo do programa de residência;
- d) Avaliação dos Estágios: a avaliação será feita no final de cada estágio através de ficha de avaliação específica a ser preenchida pelo preceptor responsável pelo estágio com participação do médico-residente. Ela será ponderada e incluída na avaliação trimestral.

Tanto os alicerces citados anteriormente quanto aos métodos de avaliação acima podem ser melhor compreendidos no Contrato de Residência Médica em

Medicina de Família e Comunidade (Anexo II).

Conclui-se, por conseguinte, que o PPC está consonante com uma fundamentação metodológica consistente, tanto teórica quanto prática, reafirmando o compromisso prioritário com a formação contínua de todos os agentes envolvidos no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, conforme se vê no Regulamento do PRM em Medicina de Família e Comunidade (Anexo III).

Porém, restavam etapas a cumprir junto ao MEC - como a abertura do processo seletivo pelo SUS-Bahia -, que dependiam, inevitavelmente, de decisões e resoluções por parte da administração pública de Porto Seguro.

10 A COREME

Neste afunilamento dos diversos órgãos envolvidos no processo de ensino em saúde no Brasil até culminar as tratativas relativas à Residência Médica no âmbito municipal, ainda se faz necessário definir o papel da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e, por fim, a competência Comissão de Residência Médica (COREME) de Porto Seguro/BA.

Pois bem, a CNRM caracteriza-se como um órgão de deliberação coletiva que conta, em sua composição regular, com um plenário de representantes dos Ministérios da Educação, da Previdência Social e da Saúde, bem como do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Federação Nacional dos Médicos e da Associação Nacional dos Médicos Residentes.

A CNRM é assim entendida como uma organização composta por diferentes atores de diversos grupos de interesses, públicos e privados, que têm como objetivo comum o estabelecimento de uma política pública específica que envolve a gestão da residência médica como forma de capacitação do profissional médico, no seu sentido mais amplo e tem, como atribuições fundamentais:

- a) definir as normas gerais que regulamentam a RM no país;
- b) estabelecer os requisitos mínimos necessários para o credenciamento e funcionamento de programas de residência médica; e
- c) assessorar, avaliar e sugerir modificações às instituições promotoras desta modalidade de treinamento médico.

É com base nas diretrizes da CNRM que a COREME de Porto Seguro se formou e, com reuniões semanais, estabeleceu seus princípios de atuação, quais sejam: “orientar e disciplinar o funcionamento da Comissão de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde (COREME Porto Seguro) de Porto Seguro” (PORTO SEGURO, SMS). As normativas da comissão abordam diversas responsabilidades que, em resumo, delegam à COREME atividades relacionadas à gestão plena dos PRM's existentes e futuros no município.

O Regimento Interno da COREME de Porto Seguro consta no Anexo I desta dissertação, para seu completo entendimento. Infelizmente, todos os documentos relacionados aos integrantes desta comissão, bem como as atas das reuniões, não foram arquivadas pelo município - o que revela de antemão as dificuldades de um trabalho contínuo e evolutivo durante os anos.

Pois, então, nota-se que o aparato de informações revela um complexo contexto de organizações e processos que envolvem a implantação de um Projeto de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em um município, e cabe a este estudo analisar, avaliar e levantar os pormenores de tal proposta para a cidade de Porto Seguro/BA.

11A ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

É função do Ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

I - Missão: Promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade;

II - Visão: Sistema de Saúde Público efetivo e reconhecido por todos;

III - Valores Institucionais: Inovação, Comprometimento, Empatia, Transparência, Ética, Eficiência e efetividade, Sinergia e Sustentabilidade; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em rápidas palavras, o Ministério da Saúde é o órgão governamental pertencente à esfera federal no organograma da administração pública do Brasil, portanto subordinado diretamente ao Poder Executivo do país, ou seja, à Presidência da República. Foi concebido em 1930 durante o governo de Getúlio Vargas, agregando assuntos relacionados à Educação, até iniciar sua trajetória exclusiva na área da saúde pública em 1953.

Um dos principais marcos no (que se espera) ininterrupto desenvolvimento do Ministério da Saúde e de todo o sistema governamental do Brasil - a partir da sua vocação natural e específica datada em 1953 ocorreu em 35 anos mais tarde, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal que vigora até os dias atuais. Este destaque histórico se torna imensamente relevante, pois é na Constituição Federal de 1988 que nasce o Sistema Único de Saúde - o SUS. E este, por sua vez, inicia suas atividades pouco depois, em 1990, "quando foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde que detalhava então o funcionamento do Sistema." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Aqui e antes de mais nada, é justo enfatizar que um modelo com a premissa desafiadora de universalizar a saúde coletiva em dimensões continentais não é tão simples quanto se imagina. Ademais, o SUS estabelece muito mais do que princípios subjetivos à atividade médica: ele confirma, no âmbito político e social, a postura democrática da nação, como se pode verificar (LIMA, 2005):

Na nova Constituição, afirmou-se a importância de promover a saúde como direito fundamental da cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos: "saúde, direito de todos e dever do Estado".

Sob este preceito constitucional, defendeu-se a assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo estes hierarquizados e sua gestão descentralizada. Com isso se estabelecia algo fundamental: que as ações de saúde deveriam estar submetidas ao Executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes (do governo, nas suas diversas instâncias, dos profissionais da saúde e do setor privado), além de se determinarem os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação social e descentralização.

Ainda no contexto institucional-descritivo do SUS, vale pontuar que, no Brasil e segundo dados do Ministério da Saúde, o Sistema responde pelo atendimento de mais de 70% da população do país. Por isso, “é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.”.

Com tamanho grau de complexidade e para que seus princípios se realizem na prática, a estrutura organizacional do SUS se resume conforme mostra o quadro abaixo:

Figura 7 - O sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas



Fonte: SOUZA, Renilson Rehen de.

Tal estrutura demonstra institucionalmente a organização estrutural do Sistema Único de Saúde.

Dentro desta estrutura e como parte integrante da prática da saúde pública no Brasil, foi criada em 2011 e atualizada em 2017 a chamada Política Nacional de Atenção Básica - a PNAB, e que, entre outras diretrizes, institui a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a portaria nº 4.236 da PNAB (2017, p. 8):

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Para atender plenamente os objetivos da PNAB no que concerne à articulação Atenção Básica, os tratamentos oferecidos pelo SUS na Rede de Atenção à Saúde foram divididos em três níveis:

- a) Atenção Primária: é a porta de entrada para o SUS, com atuação não somente dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como, também, nos espaços públicos, aproximando-se da comunidade para promover saúde e qualidade de vida localmente.
- b) Atenção Secundária: são os serviços especializados de complexidade média, realizados em hospitais, ambulatórios e UPAs (Unidades de Pronto Atendimento).
- c) Atenção Terciária: são os hospitais de grande porte, para realização de tratamentos de alta complexidade, que envolvem procedimentos como transplantes e oncologia.

Conceitualmente, fica claro como o SUS está instituído estruturalmente. Porém, soma-se a este emaranhado organizacional toda a estrutura humana de profissionais que dão vida à engrenagem prática do sistema.

É neste ponto que encontram-se os médicos de família e comunidade, que

são peça-chave para os objetivos deste projeto. Mas, antes, deve-se compreender como se dá a estruturação do ensino em saúde no Brasil e os demais entes envolvidos nesta articulação educacional.

12 A ESTRUTURA DO ENSINO EM SAÚDE E O COAPES

O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. (BRASIL, 2009, p. 5.)

Como evidenciado acima, a estrutura do ensino em Saúde é outro fator integrante à cadeia de competências do Sistema Único de Saúde no que tange à gestão da formação dos profissionais egressos das Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil.

Na mesma resolução que institui as diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina, os artigos 3º e 4º ainda regem que:

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à

saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Art. 4º Dada a necessária articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico, a formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas:

I - Atenção à Saúde;

II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde.

(BRASIL, 2009. pgs 1 e 2).

É na seção III - Educação em Saúde que este projeto se concentra, com vistas à compreensão do processo de ensino-aprendizado do profissional de saúde, convergindo para a proposta de implantação da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no município de Porto Seguro/BA.

Sobre a Educação em Saúde, destacam-se o segundo e o terceiro da resolução que determina que os objetivos da formação profissional em medicina:

II - aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde, desde o primeiro ano do curso;

III - aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da

colaboração e da qualidade da atenção à saúde; (BRASIL, 2009. pgs 4 e 5).

Estes dois tópicos são relevantes pois abordam a integração dos estudantes ao SUS desde o primeiro ano do curso e a inter-profissionalização do conhecimento.

É fato, portanto, que a estrutura do ensino em saúde no Brasil está calcada nos preceitos do Sistema Único de Saúde e todas as suas entranhas.

Em 2017 foi elaborado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), com “o objetivo geral de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho”.

O PRO EPS-SUS, em outras palavras, nada mais é do que um incentivo para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Também em 2017, com representantes do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, de instituições de ensino e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), surge a proposta denominada Educação Interprofissional em Saúde (EIP): uma “abordagem para melhorar a qualidade da atenção à saúde no SUS, ao contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde e a formação de estudantes das mais diversas graduações” (SEDIS-URFN, 2018).

Nesse meio tempo, aparece como protagonista para os fins deste projeto a implantação do Programa Mais-Médicos, no ano de 2013, que “abrange ações conjuntas entre os Ministérios da Saúde e da Educação e faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)” e que “prevê a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde, a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica, o aprimoramento da formação médica no Brasil e a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS.” (BRASIL, 2013).

É neste contexto que nasce, em 2015, o chamado COAPES - Contratos

Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde - do qual a UFSB é signatária - “para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL 2015) ou, em outras palavras, “para favorecer o desenvolvimento de diálogos locais que alimentem as esferas públicas para a construção prática da integração ensino-serviço-comunidade, tendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como principal referencial ético-político”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O COAPES objetiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015):

- a) Facilitar a documentação e o registro dos objetivos, metas, obrigações e responsabilidades dos atores envolvidos na integração ensino-serviço-comunidade para criar condições de divulgação e incentivo aos pactos locais entre as instituições de ensino e os serviços de saúde; e
- b) Auxiliar o planejamento integrado de ações e o diálogo entre os atores envolvidos, buscando, assim, evidenciar para a sociedade o cumprimento de pactos que respeitam e valorizam os usuários do SUS e as necessidades sociais de saúde como prioridade na formação dos profissionais.

Assim como a estrutura organizacional do SUS, todas as frentes voltadas à educação em saúde projetam suas diretrizes de gestão com base nas três esferas da administração pública - federal, estadual e municipal.

Portanto e de acordo com esta hierarquia, o município de Porto Seguro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, possui seu Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Anexo I) que, entre outras especificidades, expõe sobre as responsabilidades mútuas da IES e da SMS e que, para esta dissertação, registramos o item VI que versa sobre “Acompanhar as deliberações, participar e manter representação no Comitê Gestor Local do COAPES.” (PORTO SEGURO, SMS).

Este é um ponto de atenção importante, porque o comitê local tem suma importância na implantação e na manutenção de uma proposta de Residência Médica no município de Porto Seguro/BA sendo, assim, determinante para as análises e conclusões deste projeto.

13 RESULTADOS

Mesmo com o cenário ideal - apesar da redução das vagas estipulada pela CEREM -, o Projeto Pedagógico Curricular para a implantação da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no município de Porto Seguro não aconteceu.

Sabendo que bastava cumprir a segunda fase do SUS-Bahia, com a realização do processo seletivo unificado que determinaria os ocupantes das 04 (quatro) vagas na Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do município, mostraremos a seguir que a realidade, na prática, apresentou obstáculos, tornando-a muito mais complexa do que as próprias exigências que o sistema brasileiro impõe.

Sem mais delongas, o que levou à não-implantação do PPC de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no município de Porto Seguro resume-se assim:

- a) O então Secretário Municipal de Saúde de Porto Seguro desistiu de apoiar a implantação imediata do projeto. Na ocasião, a justificativa foi a dificuldade de capacitar preceptores, visto que o curso de Medicina no município ainda estava inativo. Portanto, a escolha do gestor da saúde municipal foi vincular a implantação do PRM à abertura do curso de Medicina para a capacitação de preceptores.

Porém, precisamos lembrar que a previsão do início das atividades do curso de Medicina exigido pelo secretário era 2020, quando ocorreria o processo eleitoral municipal, ou seja, abrindo margem para que a responsabilidade sobre a efetiva instalação do PRM passasse para a próxima administração.

Também podemos incluir aqui um fator político-econômico incentivado pela redução no número de vagas aprovadas pela CEREM que, como se sabe, suprimiu 14 (catorze) das 18 (dezoito) originalmente solicitadas, já que, se não fosse este “detalhe”, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro, automaticamente, conseguiria economizar uma boa quantia de investimentos salariais com médicos da Atenção Básica; afinal, os residentes do Programa de Residência Médica poderiam

assumir as eSF, com suas atividades custeadas quase cem por cento através das bolsas de estudo concedidas pelo MEC; assim, caberia à administração municipal desembolsar o montante correspondente à complementação da bolsa.

- b) As eleições municipais de 2020 ocorreram conforme previsto e o resultado promoveu a mudança em todos os setores da administração pública de Porto Seguro, incluindo, é claro, a gestão da saúde pública sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Isto quer dizer que o novo ocupante do cargo não acompanhou o processo relacionado ao PPC de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade para o município. Desta forma, para implantação do PRM, é necessário reiniciar o processo de solicitação junto ao MEC.
- c) A pandemia da COVID-19, que se instalou em todo o mundo, é o último fator determinante para excluir as possibilidades de implantação do PRM.

Desta forma, a moral da história é bastante direta: o Projeto Pedagógico Curricular de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em Porto Seguro volta ao mesmo status teórico de quando foi finalizado em 2019, restando a todos os envolvidos que militam pela sua implantação renovarem suas motivações para percorrerem, novamente, o caminho que pode os levar ao destino final, porém, desta vez, aproveitando as experiências e lições aprendidas para encontrar eventuais atalhos e desviar dos perigos que tanto podem atrapalhar a jornada.

14 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Programa de Residência Médica para o município de Porto Seguro por meio do Projeto Pedagógico Curricular de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade com diretrizes estruturadas na melhor formação profissional e pessoal de todos os atores envolvidos retoma o que se apresentou no início dessa dissertação, quando se afirma a necessidade de ressignificar o processo de ensino e aprendizagem dos cursos de pós-graduação em Medicina, em especial a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Tratando-se do caso particular de Porto Seguro, no qual existe uma clara divergência entre a teoria e a prática relacionadas à cobertura do atendimento de saúde pública pela ESF - Estratégia de Saúde da Família, já que a primeira revela uma população 100% acolhida pelas eSF do município quando provou-se que a realidade é incompatível com tal informação, principalmente nas zonas geográficas mais distantes da área central, fica ainda mais evidente que implantar um PRM fundamentado em metodologias ativas são essenciais para construir um novo cenário, mais inclusivo, abrangente e moderno.

Ao mesmo tempo, entendeu-se que o processo vai além do PRM e do PPC em Medicina de Família e Comunidade, englobando variáveis externas que extrapolam as esferas acadêmica e burocrática, perpassando fatores por vezes muito mais subjetivos do que justificáveis em diversos setores, entre eles a gestão da saúde pública municipal.

Caso houvesse uma integração mais holística e focada nas necessidades emergenciais, as oportunidades poderiam ser analisadas com outros olhos, de forma a encontrar soluções ao invés de incluir obstáculos para algo tão relevante e com rico potencial de promover avanços em todos os sentidos para a APS no município de Porto Seguro.

No entanto, o PPC de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade definido pela COREME em 2019, mesmo que temporariamente inviabilizado pelas causas descritas neste projeto, mantém-se atual e totalmente válido para pleitear novamente a sua implantação. Agora, cabe a todos os interessados, retomar os esforços passo-a-passo, procurando estabelecer uma harmonia mais sólida e envolvente, com vistas a evitar percalços significativos e

que impeçam a evolução do processo.

Enquanto isso, é importante, também, estar atento a eventuais atualizações nas metodologias ligadas aos Programas de Residência Médica em geral e, em específico, em Medicina de Família e Comunidade, que possam contribuir para a melhor formação possível dos residentes, preceptores, tutores e supervisores que formam o Projeto Pedagógico Curricular já existente para Porto Seguro, para que, se necessário, os ajustes benéficos sejam realizados em tempo, tornando o PRM ainda mais relevante e indispensável para o município.

Enfim, há um passado construído em base sólida e um futuro promissor da especialidade baseado na última década de estudo e últimos 39 anos de SBMFC, mas precisamos continuar investindo na especialidade para que o número de especialistas realmente seja o número necessário para um país como o Brasil. (SBMFC, 2021).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO CARÁVAVIVA. **Sobre Nós**. Disponível em <https://www.caraivaviva.org/caraiva>

AZEVEDO, B.M.S. et al. **Medical education under debate: perspectives from the intersection of teaching institutions and the public healthcare system**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.17, n.44, p.187-99, jan./mar. 2013.

BRASIL. ABMES – Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. **Resolução CNRM nº 9**. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior. Publicado em: 04/01/2021 | Edição: 1 | Seção: 1 | Página: 46. Diário Oficial da União, 2021. Disponível em <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNRM-009-2020-12-30.pdf>

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

_____. **Decreto de nº 80.281. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências**. Presidência da República, 1977. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12907:legislacoes&catid=70:legislacoes

_____. **Lei Federal de nº 6.932. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências**. Presidência da República, 1981. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11.

_____. Ministério da Saúde. **Acesso à Informação: Institucional**. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-85-334-1490-7

_____. **Portaria n. 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html

_____. **Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de Agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <https://www.ufjf.br/icvgv/files/2017/06/2.-Portaria-Interministerial-N%c2%ba-1.127-DE-04-de-Agosto-de-2015.pdf>

_____. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, Avanços e Desafios.** Ministério da Saúde, 2006. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.

COSTA, M.V., PEDUZZI, M., FREIRE FILHO, J.R., SILVA, C.B.G. **Educação Interprofissional em Saúde.** Natal: SEDIS-UFRN, 2018.

COSTA NETO, M.M. **Tecnologia e saúde: causa e efeito?** In: Garrafa, V; Costa, SIF. *A bioética no século XXI*, Editora UnB, Brasília, p. 145-150, 2000.

FALK, J.W. **A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas.** Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de novembro de 2004 [citado 14 de agosto de 2021];1(1):5-10. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2>

FERREIRA, V. **Frases de Vergílio Ferreira.** Disponível em <https://citacoes.in/autores/vergilio-ferreira/>

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

FUNAI. **Terras Indígenas do Brasil.** Brasília: 2021. Disponível em <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/cggeo/pdf/terra-indigena.pdf>

HOSPITAL SIRIO LIBANÊS. **Encontro de Acolhimento nos Grupos Diversidade: Oficinal de Trabalho “como fazer e receber crítica”.** Hospital Sírio Libanês, 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LIMA, N.T. *et al.*, orgs. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

MACHADO, M.H., coord. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Available from SciELO Books.

MARTINS, C. **Perspectiva da Relação Médico-Paciente**. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1981.

MÉDICA, Academia. **Frases médicas #31**. Curitiba: 2021. Disponível em <https://academiamedica.com.br/blog/frases-medicas-29>

MITRE, S.M; et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciênc. saúde coletiva, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso>

NEVES, D. **O que é História?** Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historia>.

NOGUEIRA, M. I. **A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 24, n. 3 [Acessado 15 Agosto 2021], pp. 909-930. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300013>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300013>.

PNUD., IPEA., FJP. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.

PORTO SEGURO. Prefeitura Municipal de Porto Seguro. **Plano Diretor Participativo**. Porto Seguro, BA: 2018.

PORTO SEGURO. Secretaria Municipal de Saúde. **Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde**. Porto Seguro, BA, 2021.

PORTO SEGURO. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro (Coreme Porto Seguro)**. Porto Seguro, BA, 2019.

PORTO SEGURO. Superintendência da Atenção Básica. **Relatório da Superintendência da Atenção Básica**. Porto Seguro, 2020.

PORTO SEGURO. Superintendência de Assuntos Indígenas de Porto Seguro. **Mapa das Aldeias Pataxó.** Porto Seguro, 2013. Disponível em <https://aldeiavelha.files.wordpress.com/2013/06/mapa-das-aldeias-pataxc3a3c293.jpg>

REVISAMED. **Revisional em Medicina.** 2021. Disponível em: <https://www.revisamed.com.br/residencia-medica/vagas-de-residencia-medica/>. Acesso em: 15 de agosto de 2021.

SIMAS, K.B. da F, Gomes A.P., Simões P.P., Augusto D.K., Siqueira-Batista R. **A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico.** Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 17º de dezembro de 2018 [citado 14º de agosto de 2021];13(40):1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1687>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Demografia Médica 2020 e a Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro: 2021. Disponível em <https://www.sbmfc.org.br/noticias/demografia-medica-2020-e-a-medicina-de-familia-e-comunidade/>

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas.** São Paulo: 2002.

TEÓFILO, T.J.S., Santos N.L.P., Baduy R.S. **Apostas de Mudança na Educação Médica: trajetórias de uma escola de medicina.** Interface [online]. 2017; p. 60 (21) [capturado 15 agosto 2021]; 177-188. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220160007.pdf>.

VELHO, M.T.A.C. et al. **Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes.** Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2012, v.36, n. 3 [Acessado 15 Agosto 2021], pp. 351-357. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500009>. Epub 01 Out 2012. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500009>.

ANEXO A - CONTRATO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

CONTRATO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE SAÚDE DE PORTO SEGURO.

CNPJ: 08.257.417/001-46

MÉDICO RESIDENTE: _____ Filiação: _____
 _____ e _____ Estado Civil: _____
 _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Natural de: _____
 _____ Nacionalidade: _____ Endereço
 Residencial: RUA _____ Bairro: _____
 _____ Cidade: _____ Estado: _____
 _____ CEP: _____ Telefone Residencial: _____
 _____ Telefone Celular: _____ Código do
 Banco _____ Banco: _____ Agência n.º: _____
 _____ Conta Corrente n.º: _____ RG n.º: _____
 _____ Órgão Expedidor: _____ CPF n.º: _____
 _____ INSS/PIS: _____

Eu, _____, Médico(a), inscrito no Conselho Regional de Medicina do _____, sob o número CRM _____, declaro estar ciente dos termos do contrato celebrado entre a Secretaria de Saúde de Porto Seguro que me assegura o direito de realizar estágio de Residência Médica como Bolsista, dentro das normas e disposições legais da Comissão Nacional de Residência Médica, a cujo cumprimento se obriga:

1. O presente contrato padrão de matrícula terá duração de 02 ano(s), iniciando em ____/____/____ no Programa de Residência Médica em _____ com previsão de término em ____/____/____
2. Além do contido neste contrato padrão, o(a) médico(a) residente está restrito às demais disposições normativas legais e regulamentares que disciplinam a Residência Médica.
3. O presente termo não cria e não envolve nenhuma espécie de relação de emprego entre as partes.
4. O(a) médico(a) residente declara aceitar a Bolsa que lhe é conferida, comprometendo-se a cumprir o disposto neste instrumento, em todos os termos,

cláusulas e condições, inclusive declarando conhecer e aceitar o Regimento Interno desta Instituição, o Regimento Interno da COREME, o Regulamento do Programa e as normas da Comissão Nacional de Residência Médica.

5. O(a) médico(a) residente reconhece e aceita que os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Residência Médica de Porto Seguro. Se necessário, será acionada a Comissão Nacional de Residência Médica.

6. E por assim justos e contratados, estabelecem o foro da sede Instituição como competentes para dirimir dúvidas que possam advir da interpretação e aplicação do presente contrato, e assinam em duas vias de igual teor, na presença de duas testemunhas abaixo.

Porto Seguro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Médico(a) Residente

Assinatura do Secretário de Saúde

Testemunha

Testemunha

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO PARA LICENÇAS ATÉ 15 DIAS

SOLICITAÇÃO DE LICENÇA		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ___/___/___		
CURSANDO O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM:		
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO		
() Participação eventos/Congressos	() Licença Matrimônio	
() Licença médica	() Licença Paternidade	
() Licença Nojo/Luto	() Licença Maternidade	
DADOS DA LICENÇA		
DATA DO AFASTAMENTO: DE ___/___/___ À ___/___/___		
ANEXADO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO () SIM () NÃO		
DADOS PESSOAIS		
NOME:		
ENDEREÇO:		
CPF:	Matrícula:	CRM:
E-MAIL DO SOLICITANTE:		
JUSTIFICATIVA DO SUPERVISOR		
<p>Estou ciente das normas institucionais regulamentadas</p> <p style="text-align: center;">_____ Ass. do(a) médico(a) residente solicitante</p>		
<p>Esta solicitação foi:</p> <p><input type="checkbox"/> Deferida para o período ___/___/___ a ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> Indeferida</p> <p style="text-align: center;">_____ Ass. e carimbo do Supervisor</p>		
Porto Seguro ___/___/___		
<p style="text-align: center;">_____ Ass. do Coordenador do COREME de Porto Seguro</p>		

SOLICITAÇÃO DE SUSPENSÃO DE BOLSA PARA LICENÇAS ACIMA DE 15 DIAS

SUSPENSÃO DO PAGAMENTO DA BOLSA		
DATA DA SOLICITAÇÃO: ___/___/___		
CURSANDO O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM:		
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO		
() Falta sem justificativa	() Desistência	
() Licença médica	() Suspensão	
() Licença gestação	() Outros _____	
DADOS DA LICENÇA		
DATA DO AFASTAMENTO: DE ___/___/___ À ___/___/___ ou () INDETERMINADO		
ANEXADO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO () SIM () NÃO		
DADOS PESSOAIS		
NOME:		
ENDEREÇO:		
CPF:	Matrícula:	CRM:
E-MAIL DO SOLICITANTE:		
JUSTIFICATIVA DO SUPERVISOR		
 _____ <i>Ass. do(a) médico(a) residente solicitante</i>		
Ciência do residente _____ <i>Ass. e carimbo do Supervisor</i>		
Esta solicitação foi: <input type="checkbox"/> Deferida para o período ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> Indeferida		
Porto Seguro ___/___/___ _____ <i>Ass. do Coordenador do COREME Porto Seguro</i>		

SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPCIONAL INTERNO*(residente interno para outra Instituição)***SOLICITAÇÃO DO ESTÁGIO**

SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPCIONAL INTERNO <i>(residente interno para outra Instituição)</i> SOLICITAÇÃO DO ESTÁGIO		
INSTITUIÇÃO E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE INTERESSE:		
1ª Opção Período de estágio:	Data de início:	Data de término:
2ª Opção Período de estágio:	Data de início:	Data de término:
DADOS PESSOAIS		
NOME:		
CURSANDO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM:		
CPF:	Matrícula:	CRM:
E-MAIL DO SOLICITANTE:		
DADOS DO PROGRAMA – INSTITUIÇÃO DESTINO		
ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO:		
CIDADE:		ESTADO:
CONTATO:	CONTATO DO COREME:	
DATA DA SOLICITAÇÃO:		
Estou ciente das normas institucionais que regulamentam este estágio		
_____ Ass. e carimbo do Supervisor do Programa		_____ Ass. do(a) médico (a) residente solicitante
(Preenchido pela COREME Porto Seguro)		
Esta solicitação foi:		
<input type="checkbox"/> Deferida para o período ___/___/___ a ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Indeferida		
Retorne ao COREME SMS Porto Seguro em ___/___/___		
_____ Ass. e carimbo do Supervisor		
AUTORIZADO PELO NEPS:		
Porto Seguro ___/___/___		
_____ Ass. do responsável pelo NEPS		

SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPCIONAL DE OUTRAS INSTITUIÇÕES

(residente interno para outra Instituição)

DADOS DO ESTÁGIO PRETENDIDO NA INSTITUIÇÃO			
NOME DO PROGRAMA:			
PERÍODO SOLICITADO	1ª Opção ___/___/___ à ___/___/___ 2ª Opção ___/___/___ à ___/___/___		
DADOS DO RESIDENTE			
NOME:			
FILIAÇÃO: PAI			
MÃE			
RG:	ÓRGÃO:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	
CPF:	PROFISSÃO:	Nº DO CRM:	
ENDEREÇO:			
CEP:	CIDADE:	ESTADO:	
FONE: ()		CELULAR: ()	
E-MAIL DO SOLICITANTE:			
DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM			
NOME DA INSTITUIÇÃO:			
PROGRAMA DA RESIDÊNCIA:			
E-MAIL DA COREME:		TELEFONE:	
Estou ciente das normas institucionais que regulamentam este estágio			
DATA DE SOLICITAÇÃO: ___/___/___			
_____ Ass. e carimbo do Coordenador da Res. Médica Instituição de Origem		_____ Ass. do(a) médico (a) residente solicitante	
AO SERVIÇO/DISCIPLINA RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (preenchido pela COREME Porto Seguro)			
NOME DO SUPERVISOR:			
Porto Seguro ___/___/___		_____ Ass. do(a) Coordenador(a) COREME Porto Seguro	
Esta solicitação foi:			
<input type="checkbox"/> Deferida para o período ___/___/___ a ___/___/___			
<input type="checkbox"/> Indeferida			
Retorne ao COREME SMS Porto Seguro em ___/___/___			
_____ Ass. e carimbo do Supervisor			
AUTORIZADO PELO NEPS:			
Porto Seguro ___/___/___		_____ Ass. do responsável pelo NEPS	

AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO EXTERNO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM: _____		MÉDICO RESIDENTE: _____	
PERÍODO AVALIADO: ____/____/____ a ____/____/____		R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/>	
FATORES AVALIADOS		NOTA	
I – CONHECIMENTO (saber o quê e por quê fazer)	0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS
1. Fisiopatológico			
2. Semiológico			
3. Terapêutico			
4. Teórico			
5. Prático			
II – HABILIDADE (técnica, capacidade, como fazer)	0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS
1. Procedimentos eletivos			
2. Procedimentos emergenciais			
3. Raciocínio diagnóstico			
4. Discussão de casos			
5. Apresentação em reuniões			
6. Trabalho em equipe			
III – ATITUDE (identidade, determinação, querer fazer)	0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS
1. Relação médico-paciente			
2. Relação médico-equipe			
3. Ética			
4. Comprometimento			
5. Liderança			
6. Interesse			
7. Responsabilidade			
NOTA FINAL (média dos 18 itens analisados)			
COMENTÁRIOS ADICIONAIS: _____			
OPORTUNIDADE DE MELHORIAS (ITENS ABAIXO DE 7): _____			
Data: ____/____/____		_____	
Ass. e identificação do residente		Ass. e identificação do supervisor	

AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO EXTERNO EM PORTO SEGURO (residentes externos)

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM: _____		MÉDICO RESIDENTE: _____	
PERÍODO AVALIADO: ____/____/____ a ____/____/____		R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/>	
FATORES AVALIADOS		NOTA	
I – CONHECIMENTO (saber o quê e por quê fazer)	0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS
1. Fisiopatológico			
2. Semiológico			
3. Terapêutico			
4. Teórico			
5. Prático			
II – HABILIDADE (técnica, capacidade, como fazer)	0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS
1. Procedimentos eletivos			
2. Procedimentos emergenciais			
3. Raciocínio diagnóstico			
4. Discussão de casos			
5. Apresentação em reuniões			
6. Trabalho em equipe			
III – ATITUDE (identidade, determinação, querer fazer)	0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS
1. Relação médico-paciente			
2. Relação médico-equipe			
3. Ética			
4. Comprometimento			
5. Liderança			
6. Interesse			
7. Responsabilidade			
NOTA FINAL (média dos 18 itens analisados)			
COMENTÁRIOS ADICIONAIS: _____			
OPORTUNIDADE DE MELHORIAS (ITENS ABAIXO DE 7): _____			
Data: ____/____/____		_____	
Ass. e identificação do residente		Ass. e identificação do supervisor	

AValiação DO RESIDENTE INDIVIDUAL TRIMESTRAL – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

MÉDICO RESIDENTE: _____				R1 <input type="checkbox"/>	R2 <input type="checkbox"/>
PERÍODO AVALIADO: <input type="checkbox"/> 1º Trimestre (Mar/Abr/Mai) <input type="checkbox"/> 2º Trimestre (Jun/Jul/Ago) <input type="checkbox"/> 3º Trimestre (Set/Out/Nov) <input type="checkbox"/> 4º Trimestre (Dez/Jan/Fev)					
FATORES AVALIADOS		NOTA			
I – CONHECIMENTO (saber o quê e por quê fazer)		0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS	
1. Fisiopatológico					
2. Semiológico					
3. Terapêutico					
4. Teórico					
5. Prático					
II – HABILIDADE (técnica, capacidade, como fazer)		0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS	
1. Procedimentos eletivos					
2. Procedimentos emergenciais					
3. Raciocínio diagnóstico					
4. Discussão de casos					
5. Apresentação em reuniões					
6. Trabalho em equipe					
III – ATITUDE (identidade, determinação, querer fazer)		0 - 10	PONTOS FORTES	PONTOS FRANCOS	
1. Relação médico-paciente					
2. Relação médico-equipe					
3. Ética					
4. Comprometimento					
5. Liderança					
6. Interesse					
7. Responsabilidade					
NOTA FINAL (média dos 18 itens analisados)					
COMENTÁRIOS ADICIONAIS: _____					
OPORTUNIDADE DE MELHORIAS (ITENS ABAIXO DE 7): _____					
Data: ___/___/___		Ass. e identificação do residente		Ass. e identificação do supervisor	

Orientações: 1) Responsabilidade do supervisor; 2) Intervalo trimestral; 3) Residente ciente dos critérios e nota de avaliação; 4) Média final anual deverá ser ≥ 7 .

AValiação ANUAL DA PRECEPTORIA - PROFESSOR

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM: _____		ANO AVALIADO: _____				
FATORES AVALIADOS		NOTA				COMENTÁRIOS
		ÓTIMO	BOM	REGULAR	INSUFICIENTE	
I – CONHECIMENTO (saber o quê e por quê fazer)						
1. Fisiopatológico						
2. Semiológico						
3. Terapêutico						
4. Teórico						
5. Prático						
II – HABILIDADE (técnica, capacidade, como fazer)						
1. Procedimentos eletivos						
2. Procedimentos emergenciais						
3. Raciocínio diagnóstico						
4. Discussão de casos						
5. Trabalho em equipe						
III – ATITUDE (identidade, determinação, querer fazer)						
1. Relação com demais membros do corpo docente						
2. Relação com médicos residentes						
3. Ética						
4. Comprometimento						
5. Liderança						
6. Dedicção a atividade exercida						
7. Responsabilidade						
COMENTÁRIOS ADICIONAIS: _____						
_____		_____		_____		
Ass. e identificação dos residentes		Ass. e identificação do supervisor				
_____		_____		_____		
		Ass. e identificação do preceptor avaliado		Data: ___/___/___		

Orientações: 1) Responsabilidade do supervisor; 2) Intervalo Anual.

ANEXO B - REGULAMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

REGULAMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade orientar e disciplinar o funcionamento do Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro (SMS), tomando por base a legislação específica da Residência Médica e as resoluções da CNRM.

Parágrafo Único. Esse regulamento poderá sofrer alterações em qualquer época, sujeitas à aprovação pela COREME.

Art. 2º A Residência Médica, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e em 07 de julho de 1981 pela Lei nº 6.932, é uma modalidade de ensino de pós graduação *latu sensu*, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o "padrão ouro" da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

§ 1º O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista.

§ 2º A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 3º Os Programas de Residência Médica têm carga horária de 2.880 (duas mil e oitocentas e oitenta) horas anuais, possuindo carga horária padrão de 60 (sessenta) horas semanais de atividades teóricas e práticas.

§ 4º Todos os PRM's da instituição deverão contemplar os requisitos mínimos exigidos pela CNRM, de acordo com a Resolução CNRM n.º 02, de 17 maio de 2006.

Art. 3º O objetivo do PRM em MFC é formar Médicos de Família e Comunidade (MFCs) para atuar na atenção primária à saúde (APS) e redes de atenção à saúde (RAS) com foco nas famílias e comunidades assistidas, comprometidos com a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo por base os princípios da vigilância em saúde e o modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

CAPÍTULO II

DA COREME

Art. 4º A Comissão de Residência Médica da SMS de Porto Seguro (COREME-SMS-Porto Seguro) é uma instância deliberativa e normativa responsável pela regulação, coordenação e supervisão dos Programas de Residência Médica (PRM) da SMS de Porto Seguro. Ela é gerida pelas normas da CNRM e pelo seu Regimento Interno.

Artigo 5º - A Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) de Porto Seguro é representada pela Comissão de Residência Médica (COREME) da SMS Porto Seguro e áreas de atuação credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Parágrafo único. A COREME Porto Seguro tem seu funcionamento orientado e disciplinado por um Regimento Interno próprio (Anexo I), conforme Portaria nº40, de 22 de dezembro de 2015.

CAPÍTULO III

DOS INSTRUMENTOS LEGAIS E REGULAMENTARES

Art. 6º O PRM deverá ter um Projeto Pedagógico (PP), aprovado pela COREME, orientado pelas diretrizes nacionais para formação de especialistas na área, e alinhado com as diretrizes para organização dos serviços da instituição, principalmente pela Carteira de Serviços da Atenção Primária.

§ 1º O Projeto Pedagógico deve descrever as atividades práticas e teóricas do PRM em MFC.

§ 2º O Projeto Pedagógico pode sofrer alterações a qualquer momento, sujeitas a aprovação pela COREME, desde que de acordo com a legislação da CNRM e as disposições deste Regulamento.

Art. 7º O PRM será estruturado em atividades práticas e teóricas, com distribuição de carga horária definida no PP, respeitando-se os requisitos mínimos dispostos pela CNRM em sua RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006.

§1º As atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, presenciais ou em modalidade de ensino à distância, com orientação de preceptores ou convidados.

§2º As atividades teóricas compreenderão no mínimo 10% e no máximo 20% da carga horária total do programa.

§3º As atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, com acompanhamento de um preceptor ou supervisor local em cada cenário de prática.

§4º. As atividades práticas do PRMFC serão desenvolvidas em serviços de atenção primária, secundária e terciária e setores de gestão da instituição ou de instituições parceiras, com ênfase no treinamento prático em serviços de

atenção primária, complementada pelo treinamento em uma rede integrada de atenção à saúde.

Art. 8º O Projeto Pedagógico do PRM em MFC deve prever e adotar metodologias de aprendizagem ativas e orientadas pelos princípios da andragogia, visando qualificar profissionais com competências para atuar em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e para gerir seu processo de desenvolvimento profissional continuado de forma a manter a excelência clínica em diferentes contextos de implementação da APS, foco de sua formação.

Art. 9º O PRM deve adotar estratégias de ensino e formação que fomentem a articulação entre graduação e pós-graduação, entre ensino, serviço e políticas públicas de saúde, consolidando a rede de saúde como cenário de formação e de desenvolvimento profissional e contribuindo para processos de mudança do modelo assistencial a partir da atenção primária.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA DOS PROGRAMAS

SEÇÃO I

DOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

Art. 10º A definição dos cenários de prática do PRM em MFC será conduzida pelo grupo Coordenador de Residências da instituição e homologada pela COREME, levando-se em conta as diretrizes e critérios constantes no presente Regulamento e no Programa Pedagógico do PRM.

Parágrafo único. Para seleção dos locais de prática, devem ser observados os seguintes critérios:

I – Presença de espaço físico para garantir atendimento individual de uma carga horária mínima para cada residente, conforme sua especificidade;

II - Disposição da equipe em realizar adequações estruturais e de processo de trabalho para implantação da residência (redivisão de território, ajustes na agenda, mudanças internas entre os profissionais, escalas de salas);

III – A Unidade que tiver residência deverá ser docente assistencial, comportando um número de estudantes de graduação definido em articulação com o setor de educação em saúde;

IV – Presença de profissional para preceptoria com proficiência técnica suficiente – residência médica ou, excepcionalmente, título de especialista em MFC - e prática conforme com as diretrizes da Carteira de Serviços da Atenção Primária.

Art. 11º São responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde com relação aos cenários de prática visando garantir uma formação de qualidade no âmbito dos seus serviços de saúde e o pleno desempenho das atividades do PRM:

I - Selecionar, desenvolver e disponibilizar protocolos clínicos assistenciais orientados pelos princípios da medicina baseada em evidências e da prevenção quaternária, buscando excelência clínica na prática em APS;

II - Buscar adequação contínua, quantitativamente e qualitativamente, dos insumos necessários para a realização de um trabalho de alta resolubilidade e excelência na Atenção Primária, com base na Carteira de Serviços da APS;

III - Proporcionar espaço físico adequado para desenvolvimento dos programas de formação em níveis de graduação e pós-graduação nas Unidades de Saúde da Família (salas para atendimento), de forma a garantir, ao mesmo tempo, qualidade na formação em serviço e acesso avançado à população;

IV - Promover ativamente a adesão e o apoio das equipes dos cenários de prática, das coordenações locais e das gerências distritais aos processos de formação em serviço em níveis de graduação e pós-graduação, compreendidos

como estratégicos para a formação de profissionais de saúde e para a qualificação da rede, contribuindo para a viabilidade destes locais como Unidades Docentes Assistenciais;

V - Manter comunicação regular e eficaz com as equipes das unidades de Saúde da família e outros cenários de prática do PRM, visando identificar e valorizar experiências positivas, bem como identificar e buscar solução para problemas que comprometam o desenvolvimento das atividades docente-assistenciais.

SEÇÃO II

DOS PRECEPTORES

Art. 12º Os preceptores deverão ser médicos vinculados à instituição e possuir titulação mínima para a função, ou seja, residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, poderão ser aceitos preceptores com Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade e sem residência médica, com notória experiência e competência na especialidade do PRM, com aprovação da COREME.

Art. 13º As atividades de Preceptoría ocorrem durante sua jornada de trabalho.

Art. 14º A definição dos preceptores será conduzida e homologada pela COREME.

Parágrafo único. Para seleção dos preceptores, devem ser observadas as seguintes características de perfil desejado:

I - Ser profissional de saúde exemplar em seu ambiente de trabalho, respeitando normas da instituição e pactuações realizadas no serviço;

como estratégicos para a formação de profissionais de saúde e para a qualificação da rede, contribuindo para a viabilidade destes locais como Unidades Docentes Assistenciais;

V - Manter comunicação regular e eficaz com as equipes das unidades de Saúde da família e outros cenários de prática do PRM, visando identificar e valorizar experiências positivas, bem como identificar e buscar solução para problemas que comprometam o desenvolvimento das atividades docente-assistenciais.

SEÇÃO II

DOS PRECEPTORES

Art. 12º Os preceptores deverão ser médicos vinculados à instituição e possuir titulação mínima para a função, ou seja, residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, poderão ser aceitos preceptores com Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade e sem residência médica, com notória experiência e competência na especialidade do PRM, com aprovação da COREME.

Art. 13º As atividades de Preceptoría ocorrem durante sua jornada de trabalho.

Art. 14º A definição dos preceptores será conduzida e homologada pela COREME.

Parágrafo único. Para seleção dos preceptores, devem ser observadas as seguintes características de perfil desejado:

I - Ser profissional de saúde exemplar em seu ambiente de trabalho, respeitando normas da instituição e pactuações realizadas no serviço;

II - Contribuir ativamente para adequação da organização e da oferta de serviços locais à Carteira de Serviços da Atenção Primária do município;

III - Atuar de forma horizontal com sua equipe, de forma a desenvolver um trabalho integrado em equipe e uma relação colaborativa;

IV - Ter compromisso com processos e atividades de educação permanente, integração assistencial e desenvolvimento dos serviços de APS, participando de fóruns, comissões e grupos de trabalho para estes fins.

Art. 15º São atribuições mínimas dos preceptores do PRM em MFC:

I - Acompanhar diretamente o treinamento do Médico Residente em todas as etapas;

II - Buscar excelência clínica e resolubilidade na oferta de serviços de APS, orientando-se pela medicina baseada em evidências e pelos princípios da prevenção quaternária;

III - Aperfeiçoar suas habilidades de comunicação clínica de forma continuada, participando nos espaços formativos ofertados para este fim, com frequência mínima de 70% da carga horária prevista no programa considerando que as atividades de educação permanente em habilidades de comunicação fazem parte do programa teórico do PRMFC;

IV - Colaborar com o programa teórico, se responsabilizando por um conjunto de aulas e outras atividades, inclusive em horários alternativos ao funcionamento das unidades de saúde da família;

V - Colaborar com os intercâmbios de outras instituições formadoras e programas de residência, prevendo a disponibilidade de quatro semanas por ano para recebimento de intercambistas conforme pactuação do grupo de preceptores e disponibilidade do serviço;

VI - Colaborar regularmente com a formação de recursos humanos para o SUS em nível de graduação e pós-graduação, de forma integrada à equipe multiprofissional, na perspectiva de construção de rede docente assistencial e

compreendendo a formação do MFC como um processo contínuo que inicia na graduação, por meio da oferta de campo de prática para alunos de graduação em medicina de acordo com a conformação da Rede Docente-Assistencial da SMS e pactuação com o Setor de Educação em Saúde;

VII - Ter compromisso com o processo pedagógico da residência incluindo seu componente avaliativo, participando das reuniões pedagógicas regulares, fóruns e eventos programados, bem como disponibilizando os instrumentos de avaliação relativos ao residente sob sua preceptoría;

VIII - Orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Médico Residente;

IX - Controlar a frequência dos Médicos Residentes sob sua preceptoría, justificar faltas, validar as folhas de frequência e informar eventuais trocas nas escalas de estágios, plantões, férias e outras atividades junto à coordenação do programa;

X – Participar do processo de gestão do programa instituído na rotina de reuniões mensais de preceptoría justificando eventuais ausências no momento da convocatória.

XI – Orientar sua prática assistencial pela Carteira de Serviços da APS, buscando aperfeiçoá-la quanto aos serviços ofertados, modalidades de acesso e carga horária semanal alocada junto à Equipe de Saúde da Família em que está adscrito.

Art. 16º Os preceptores podem ser destituídos de suas funções caso deixem de observar o cumprimento das atribuições mínimas definidas neste Regulamento, mediante processo disciplinar realizado pela COREME.

Art. 17º A proporção considerada ideal para o funcionamento ótimo do PRM é de um residente para um preceptor, devendo esta ser buscada sempre que possível.

Parágrafo único. A proporção máxima de residentes por preceptor é de dois residentes para um preceptor, a depender das condições estruturais e da conformação do serviço.

Art. 18º O Corpo Clínico da SMS participará de forma complementar do treinamento dos médicos residentes da instituição.

Art. 19º Os preceptores do PRM mantêm sua responsabilidade assistencial como médicos da instituição e deverão, como os demais membros do Corpo Clínico, manter a oferta de serviços ainda que de maneira compartilhada com os Médicos Residentes, com vistas à implementação progressiva da Carteira de Serviços de Atenção Primária em Saúde.

Art. 20º Os pacientes dos demais membros do Corpo Clínico poderão ser atendidos pelos Médicos Residentes, de acordo com a necessidade assistencial e comum acordo entre os preceptores e médicos assistentes.

SEÇÃO III

DOS SUPERVISORES LOCAIS DE ESTÁGIO

Art. 21º Supervisor local é o profissional de saúde com formação ou experiência profissional em área de conhecimento a ser desenvolvida pelo residente, que não possui vínculo regular com o programa como preceptor, mas que apoia a preceptoria nas unidades locais ou o recebe em estágios de aperfeiçoamento.

§1 No caso específico de atividades clínicas ou ambulatoriais é necessária supervisão por outro profissional médico no campo de estágio conforme legislação em vigor.

§2 A seleção dos Supervisores Locais é feita conforme demanda do PRMFC a partir da disponibilidade e concordância dos chefes de serviço e adesão voluntária do profissional.

Art. 22º Compete ao supervisor local de estágio:

I – Exercer a função de supervisão para o residente no desempenho de suas atividades práticas vivenciadas no âmbito do estágio;

II – Orientar e participar da elaboração de material teórico e relatórios desenvolvidos pelos residentes em relação às atividades realizadas no estágio;

III – Monitorar a frequência e avaliar o desempenho dos residentes nas atividades realizadas conforme pactuação com o PRMFC;

IV – Participar dos espaços organizativos previstos para planejamento das atividades.

SEÇÃO IV

DO SUPERVISOR DO PRM

Art. 23º O Supervisor do PRM deverá ser médico especialista na área, definido pela instituição, a partir de consulta ao grupo de preceptores do PRM.

Parágrafo único. O supervisor do PRM poderá manter-se vinculado à prática assistencial, dispondo de até 8 horas semanais de carga horária dedicada às atividades de gestão do PRM, combinadas com a chefia imediata de modo a minimizar o prejuízo de suas funções, e não cumulativas com horas de liberação regular para outras atividades não assistenciais, conforme previsto na carteira de serviços da APS.

Art. 24º Compete ao supervisor do PRM:

- I - participar das reuniões da COREME como membro efetivo e, em seu impedimento, informar o coordenador da COREME e designar um substituto;
- II - coordenar o PRM no âmbito de sua especialidade e apoiar as unidades de saúde da família e outros cenários de prática na implantação do PRM, em conjunto com a gestão dos serviços;
- III - convocar e presidir reuniões dos preceptores do PRM sob sua coordenação;
- IV – elaborar e revisar, anualmente, o Projeto Pedagógico do PRM, de acordo com os pré-requisitos estipulados na Resolução da CNRM n.º 02/2006;
- V - remeter relatórios à COREME, quando solicitado, sobre as atividades do PRM sob sua coordenação;
- VI - organizar, supervisionar e controlar a execução do PRM;
- VII - encaminhar cópia atualizada do Projeto Pedagógico à COREME da SMS;
- VIII - indicar substituto eventual;
- IX - responsabilizar-se pelo preenchimento de formulários com vistas à regularização, credenciamento, recredenciamento e aumento de vagas do PRM que supervisiona;
- X – Atualizar-se quanto às Normas e Resoluções emanadas da CNRM e SMS;
- XI - Garantir que ocorram as avaliações trimestrais dos Médicos Residentes, conforme Modelo de Avaliação aprovado pela COREME;
- XII - encaminhar ao Coordenador da COREME:
 - I - os casos de desistências e licenças para afastamento de Médicos Residentes, em tempo hábil para cancelamento da bolsa auxílio, quando pertinente;

II - as faltas, insuficiência nas avaliações ou transgressões disciplinares dos Médicos Residentes, com as justificativas devidas;

III - cumprir normas específicas definidas em Regimento Interno ou Regulamento específico ao seu PRM, aprovado pela COREME.

SEÇÃO V

DO TUTOR DO PROGRAMA

Art. 25º O PRM pode contar ainda com um tutor ou coordenador pedagógico, que também deverá ser médico especialista na área do PRM, definido pela instituição a partir de consulta ao grupo de preceptores.

§ 1º Assim como o supervisor do PRMFC, o tutor poderá manter-se vinculado à prática assistencial, dispondo de até 8 horas semanais de carga horária dedicada às atividades de gestão do PRMFC, combinadas com a chefia imediata de modo a minimizar o prejuízo de suas funções, e não cumulativas com horas de liberação regular para outras atividades não assistenciais, conforme previsto na carteira de serviços da APS.

§ 2º Compete ao tutor auxiliar e apoiar o supervisor do PRM e os preceptores na organização e execução das atividades do programa teórico como aulas, avaliações, organização de estágios, TCC entre outros.

§ 3º Quando o PRMFC contar com tutor, este deverá ser o substituto preferencial do supervisor do PRM quando necessário.

Art. 26º O cargo de Tutor do PRMFC será exercido por médico da instituição que tenha elevada competência profissional e ética, portador de título de especialista na área afim, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com a Resolução CNRM Nº 005/2004, de 08 de junho de 2004 e as demais normas legais vigentes.

Art. 27º Compete ao tutor do PRMFC:

I - orientar diretamente os médicos residentes e preceptores do programa priorizando um processo pedagógico centrado no residente;

II - conduzir o programa teórico organizando o cronograma de aulas e das demais atividades previstas;

III - promover, em conjunto com o supervisor do programa, um processo avaliativo eficaz e regular buscando a qualidade formativa bem como o cumprimento dos requisitos mínimos impostos pela CNRM e legislação em vigor no que diz respeito às avaliações trimestrais e apoio a situações problema.

CAPÍTULO V

DO ACESSO AOS PROGRAMAS

Art. 28º - A seleção para o programa será anual e o ingresso no PRM se dará por meio de processo seletivo público, de acordo com critérios estabelecidos pelos Programas/Área de atuação e com as normas da Resolução CNRM n.º 04, de 23 de outubro de 2007.

§ 1º A execução do processo seletivo será de responsabilidade da instituição (Secretaria Municipal de Saúde), com supervisão da COREME.

§ 2º Os critérios de classificação/eliminação constarão no Edital a ser publicado nos meios de comunicação local e regional e amplamente divulgado.

Art. 29º Serão chamados os candidatos que obtiverem rendimento conforme normas descritas nos editais do processo seletivo, até que o número de vagas ofertadas seja preenchido. Os demais serão considerados excedentes e

poderão ser chamados durante o prazo legal de validade do edital, conforme ordem de classificação e critérios estabelecidos na legislação vigente.

Parágrafo único. No edital de seleção será descrita a documentação necessária ao candidato para a efetivação da matrícula na instituição como médico residente.

Art. 30º Os médicos residentes que ingressarem ao programa terão atividades de acolhimento e integração como atividades iniciais em que será apresentada a estrutura organizacional da SMS e do PRMFC, o modelo de atenção à saúde do município, os locais e preceptores aos quais os residentes estarão diretamente vinculados, bem como os dispositivos legais previstos neste regulamento.

§1º A escolha dos locais deverá ocorrer por consenso de grupo e, caso não seja possível, será por escolha individual conforme ordem crescente de classificação no processo seletivo.

§2º Após início do programa, os residentes poderão solicitar transferência para outros cenários de prática mediante abertura e aprovação de processo administrativo junto a COREME, considerando-se disponibilidade de vagas e priorização gerencial da Superintendência da Atenção Básica.

Art. 31º O PRM será iniciado no primeiro dia útil do mês de março de cada ano, conforme legislação vigente.

Art. 32º Em caso de desistência, desligamento ou abandono do programa por residente do primeiro ano, a vaga poderá ser preenchida até sessenta (60) dias após o início do programa, observando-se rigorosamente a classificação no processo seletivo e a disponibilidade de cadastramento junto ao órgão financiador e CNRM.

Parágrafo único. As ocorrências mencionadas no caput desse artigo deverão ser formalizadas por meio de ofício enviado ao órgão financiador e à Comissão Nacional de Residência Médica.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 33º Ao médico residente será concedida bolsa, no valor estipulado pela CNRM, até o término previsto para a conclusão do PRM.

Parágrafo único. O residente deve inscrever-se na Previdência Social, a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do artigo 4º da Lei Nº 6. 932 de 07/07/1981.

Art. 34º O médico residente deverá cumprir até 60 horas semanais com carga horária de 2880 horas anuais, incluindo até 24 horas de plantão presencial, com pós-plantão nas seis (6) horas subsequentes a este, além de ter ao menos 1 (um) dia de folga semanal. O residente fará jus a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso por ano de atividade, de acordo com Lei nº 6932, 7 de julho de 1981, e atualizações.

§1º A escala de repouso dos residentes e as eventuais alterações deverão ser aprovadas pelo respectivo preceptor e pelo supervisor do PRM.

§2º Casos excepcionais serão avaliados pela supervisão do PRM mediante justificativa escrita encaminhada pelo residente.

§3º A programação de férias será de responsabilidade do supervisor do PRM, não sendo permitidas férias no último mês do PRM e férias fracionadas.

Art. 35º Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem reposição, nas seguintes hipóteses:

I. Nupcias: cinco dias consecutivos;

II. Óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: sete dias consecutivos;

III. Nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos para o médico residente pai.

Art. 36º Será concedida licença maternidade 04 (quatro) meses para as médicas residentes por nascimento ou adoção de filho, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista.

Parágrafo Único - A instituição responsável por programas de residência médica poderá prorrogar, nos termos da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, quando requerido pela residente em até sessenta dias como licença amamentação.

Art. 37º O trancamento de matrícula, parcial ou total, exceto para o cumprimento de obrigações militares, poderá ser concedido, excepcionalmente, mediante aprovação da COREME e comunicação à Comissão Nacional de Residência Médica.

Parágrafo Único. Durante o período de trancamento fica suspenso o pagamento da bolsa.

Art. 38º Todo afastamento do residente deve ser avaliado e aprovado pela COREME.

Parágrafo único. O médico residente que se afastar do programa por motivo devidamente justificado ou não deverá completar a carga horária prevista, repondo as atividades perdidas em razão do afastamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas no programa.

Art. 39º O Médico Residente poderá interromper o PRM nas seguintes situações, além das já citadas nos artigos anteriores:

I - licença médica, concedida pela SMS, quando necessário, por um período de até 15 (quinze) dias por ano, para tratamento de saúde, sendo assegurada ao Médico Residente o recebimento integral de sua bolsa;

II - afastamento para participações em Congressos e Atividades Científicas na especialidade, fora da instituição, de até dez dias úteis;

III - afastamento para participação nas reuniões da Associação Nacional dos Médicos Residentes – ANMR – ou Associação Estadual de Médico Residentes para as quais o médico residente for designado como representante oficial;

IV – afastamento por interesses pessoais, desde que cumpridos 25% iniciais do tempo previsto para o programa, sem direito a bolsa e por tempo máximo de 50% do tempo previsto para duração de cada programa.

§1º A partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento por licença médica, prevista no inciso I deste artigo, o Médico Residente receberá o auxílio doença do INSS, ao qual está vinculado por força de sua condição trabalhista.

§2º O período de afastamento por licença médica que exceder o previsto no inciso I deste artigo, seja consecutivo ou no somatório total das licenças anuais, deverá ser recuperado integralmente ao término do Programa de Residência Médica.

§3º Os afastamentos dos incisos II e III deste artigo poderão ser atendidos de acordo com as necessidades do serviço e no limite máximo de 10 (dez) dias por ano, sempre com a anuência do preceptor e do supervisor do PRM e sem prejuízo para o cumprimento do PRM pelo residente.

§ 4º O médico residente que interromper o programa sem o cumprimento da carga horária total, por motivos justificados, e aceitos pela COREME, poderá retomar no prazo máximo de 01 (um) ano após a interrupção, desde que haja anuência da COREME, vaga e bolsa disponível.

Art. 40º São direitos dos residentes:

I - Recebimento de bolsa mensal paga pelo Ministério da Saúde;

II - Participação em eventos de caráter científico de interesse do PRMFC, conforme as disposições deste regulamento e legislação e fluxos próprios da SMS;

III - Aperfeiçoar-se tecnicamente de acordo com o as atividades estabelecidas para o PRMFC, com orientação dos preceptores e processo avaliativo;

IV - Receber certificado correspondente ao curso de especialização, quando obtida a aprovação e cumprimento integral de carga horária;

V - Eleger anualmente seus representantes junto à COREME;

Art. 41º São deveres dos médicos residentes:

I – Firmar Termo de Compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no programa;

II – Cumprir com as atribuições definidas neste Regulamento e ordenadas pelo PRMFC, inclusive quanto ao processo avaliativo, programa teórico, atividades práticas, estágios e trabalho de conclusão de curso;

III - Cumprir as disposições regulamentares gerais da COREME, deste regulamento e as demais normas da instituição (SMS);

IV - Em caso de desistência, informá-la ao Supervisor do PRM e formalizá-la por escrito junto à COREME, para que possam ser tomadas as medidas administrativas cabíveis. O não cumprimento acarretará em ressarcimento à União dos valores pagos como bolsa após a desistência;

V - Manter postura ética com os outros residentes do programa, com os demais profissionais e com os usuários dos serviços de saúde, observando o Código de Ética Médica, principalmente no que se refere a resguardar o sigilo e a veiculação de informação a que tenham acesso em decorrência das atividades do PRMFC;

VI - entregar o Trabalho de Conclusão da Residência Médica, até a data de término do PRM;

VII - Comparecer a todas as atividades teóricas e reuniões convocadas pela COREME, supervisor e preceptores do PRM, justificando sua ausência em no máximo 20% da carga horária total e repondo as atividades quando solicitado pelo preceptor ou supervisão do programa;

VIII – Registrar diariamente a frequência por meio de ponto manual e/ou eletrônico em todos os cenários de prática da SMS, utilizando registro por outros instrumentos nos serviços externos conforme orientado pelo PRMFC;

IX - Em caso de doença ou gestação, comunicar o fato imediatamente ao seu preceptor e ao supervisor do PRM, apresentando atestado médico devidamente identificado;

X - Usar trajes adequados em concordância com as normas internas dos locais onde o programa está sendo realizado e portar crachá de identificação;

XI - Agir com discrição e respeito nas relações com a equipe e usuários dos serviços;

XII - Zelar pelo patrimônio dos serviços onde o programa está sendo realizado;

XIII - Dedicar-se exclusivamente ao programa de residência, cumprindo a carga horária determinada e os horários que lhe forem atribuídos;

XIV - Comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;

XV - Manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência médica;

XVI - Responsabilizar-se pelo transporte, alimentação e moradia no período da residência;

XVII – Respeitar os valores culturais dos serviços e das comunidades em que está inserido;

XVIII - Dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;

XIX - Participar de todas as atividades previstas no projeto pedagógico do PRM;

XX - Levar ao conhecimento das autoridades superiores da instituição irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas em qualquer cenário de prática durante suas atividades no PRM;

XXI - Completar a carga horária total prevista, em caso de interrupção do PRM, por qualquer causa, justificada ou não;

XXII – Oficializar troca de plantão, conforme modelo padrão estabelecido pela COREME, quando aplicável.

XXIII - O que consta nas Resoluções editadas pela CNRM do MEC;

Art. 42º Ao residente é vedado:

I - Ausentar-se do local onde esteja exercendo suas atividades sem prévia autorização de seu preceptor;

II - Retirar sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer objeto ou documento do serviço;

III - Tomar medidas administrativas sem autorização por escrito da supervisão do PRMFC;

IV - Conceder a pessoa estranha ao serviço o desempenho de atribuições que sejam de sua responsabilidade;

V - Prestar quaisquer informações para terceiros que não sejam as de sua específica atribuição;

VI - Utilizar instalações e/ou material do serviço para lucro próprio;

VII - Atuar em Campo de Prática sem acesso a orientação do preceptor ou de outro profissional especificamente designado para a função;

VIII - Delegar a outrem responsabilidades suas previstas no PRMFC;

IX - Exercer atividade remunerada junto à SMS, a qualquer título.

CAPÍTULO VII

DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 43º Poderão ser aplicadas as seguintes sanções disciplinares aos Médicos Residentes ou Preceptores, sempre que houver infrações às normas da instituição, ao Regimento da COREME, a este Regulamento e ao Código de Ética Médica, além daquelas previstas pela legislação referente à Residência Médica e ao Conselho Regional de Medicina:

I - advertência verbal;

II - advertência escrita;

III - suspensão;

IV - desligamento.

Art. 44º A aplicação das penalidades, depende da gravidade e/ou reincidência da falta cometida, ou ainda da presença de agravantes, podendo não ser seguida a ordem acima.

Parágrafo único. São considerados agravantes:

I - Reincidência;

II - Ação premeditada;

III - Alegação de desconhecimento das normas e regulamentos da instituição;

IV - Alegação de desconhecimento do Código de Ética Médica, do Regimento da COREME ou do Regulamento do PMFC.

Art. 45º Aplicar-se-á a penalidade de ADVERTÊNCIA ao profissional residente ou preceptor que:

- I – Faltar sem justificativa cabível nas atividades do programa, apresentando frequência insuficiente em qualquer das atividades previstas;
 - II – Desrespeitar o Código de Ética Médica;
 - III – Agir com indisciplina, insubordinação ou negligência;
 - IV – Realizar agressões verbais entre residentes ou outros colegas de trabalho;
 - V – Assumir atitudes e praticar atos que desconsiderem os pacientes e familiares ou desrespeitem preceitos de ética profissional e do regulamento da Instituição;
 - VI – Faltar aos princípios de cordialidade para com os funcionários, colegas e colaboradores;
 - VII – Usar de maneira inadequada instalações, materiais e outros pertences da Instituição;
 - VIII – Ausentar-se das atividades sem autorização ou justificativa em tempo oportuno;
 - IX – Não atender ao processo avaliativo ou fazê-lo de maneira insuficiente;
 - X – Omitir-se das atividades decorrentes das atribuições mínimas sem justificativa ou plano de compensação pactuado com o supervisor ou tutor do PRMFC em tempo oportuno;
 - XI – Desviar-se do perfil definido neste regulamento prejudicando as atividades de ensino em serviço sem justificativa ou pactuação prévia. Outras transgressões disciplinares de gravidade leve a moderada.
- § 1º As advertências verbais, desde que reconhecida sua gravidade leve, serão feitas pelo supervisor do PRMFC e comunicadas à COREME.

§ 2º As advertências escritas, nos casos de reincidência nas hipóteses mencionadas no artigo anterior, desde que reconhecida sua gravidade moderada, serão feitas pelo supervisor do PRMFC e comunicadas à COREME.

Art. 46º Aplicar-se-á a penalidade de SUSPENSÃO ao profissional por:

- I – Reincidência do não cumprimento de tarefas designadas;
- II – Reincidência por falta a atividades previstas sem justificativa ou plano de compensação pactuado em tempo oportuno;
- III – Desrespeito ao Código de Ética Médica;
- IV – Ausência não justificada das atividades assistenciais por um período superior a 48 horas;
- V – Faltas frequentes que comprometam severamente o andamento do PRMFC ou prejudiquem o funcionamento do serviço;
- VI – Agressões físicas relacionadas ao ambiente de trabalho;
- VII – Outras transgressões disciplinares de caráter grave.

§1º A suspensão será de no mínimo 03 (três) dias e no máximo 30 (trinta) dias, devendo o profissional repor as atividades dos dias em que ficou afastado por este motivo.

§2º A sanção de suspensão será aplicada após julgamento realizado em reunião da COREME.

§3º O cumprimento da suspensão terá início a partir do término do prazo para recurso ou data da ciência da decisão do mesmo, conforme o caso.

Art. 47º Aplicar-se-á a penalidade de DESLIGAMENTO ao profissional que:

- I – Reincidir em falta com pena máxima de suspensão;
- II – Como médico residente apresentar aproveitamento formativo insuficiente, evidenciado por no mínimo duas avaliações trimestrais, complementadas pela

apreciação do caso por comissão específica designada em reunião de preceptoria, encaminhamento e julgamento do caso pela COREME;

III – Como médico residente não comparecer às atividades do Programa de Residência, sem justificativa, por 03 (três) dias consecutivos ou 15 (quinze) dias intercalados, no período de até seis meses;

IV – Apresentar perfil incompatível com o estabelecido pelo programa, após avaliação, advertência e apreciação do caso pela COREME;

V – Fraudar ou prestar informações falsas na inscrição e rotinas do PRMFC; neste caso, além do desligamento, o profissional sofrerá as sanções disciplinares previstas nos Códigos Civil e Penal brasileiros, devendo ressarcir à União os valores pagos como Bolsa;

VI – Cometer outras transgressões disciplinares de caráter gravíssimo.

§1º A aplicação da sanção de desligamento será necessariamente precedida de sindicância determinada pela COREME, assegurando-se ampla defesa ao profissional implicado.

§2º A sanção de desligamento será aplicada pela COREME após julgamento realizado em reunião extraordinária convocada para este propósito apenas, devendo ser notificada pela COREME às Comissões Estadual e Nacional de Residência Médica no caso de inscrição do profissional junto a estas instâncias.

Art. 48º Todas as penalidades deverão ser comunicadas à COREME num prazo de sete dias úteis.

Art. 49º As atitudes que impliquem nas sanções de suspensão e desligamento deverão ser comunicadas à COREME pelo supervisor do Programa para providenciar a instauração de processo para apurar possíveis irregularidades.

§ 1º Depois de instaurado o processo, o coordenador da COREME deverá abrir prazo de 5 (cinco) dias úteis para a defesa do profissional, designar o

supervisor ou um preceptor do PRM para relatar o processo e nomear a comissão de apuração;

§ 2º A comissão de apuração será composta pelo Supervisor do Programa, um Preceptor e um médico residente (desde que não envolvido);

§ 3º O Médico Residente ficará suspenso de suas atividades do PRM até a conclusão do processo;

§ 4º Em qualquer situação, fica assegurado amplo direito de defesa e contraditório ao profissional, inclusive assegurado o direito de constituir defensor;

§ 5º É concedida ao profissional vistas ao processo em qualquer uma de suas fases;

§ 6º O prazo para apuração dos fatos, sua divulgação e medidas pertinentes é de 15 (quinze) dias corridos, excepcionalmente prorrogáveis por mais 15 (quinze) dias, por decisão do Coordenador da COREME;

§7º Será assegurado ao profissional punido com suspensão ou desligamento o direito a recurso, com efeito suspensivo, ao Coordenador da COREME, no prazo de três dias úteis, computados a partir da data em que for cientificado, devendo-se o recurso ser julgado em até sete dias após o recebimento, impreterivelmente.

Art. 50º As mesmas sanções disciplinares poderão ser aplicadas aos preceptores sempre que constatada inadequação da prática profissional às diretrizes da Carteira de Serviços da APS, sem situações de contexto ou justificativa condizentes com a oferta assistencial corrente.

CAPÍTULO VIII

DA AVALIAÇÃO, FREQUÊNCIA E APROVAÇÃO NO PROGRAMA

Art. 51º Os Médicos Residentes serão avaliados sistematicamente a cada três meses, por meio de instrumentos próprios definidos pelo PRMFC contemplando critérios referentes a aquisição de conhecimentos, frequência, habilidades e atitudes.

Art. 52º A critério do supervisor ou do tutor do PRMFC, com anuência da COREME, poderão ser feitas avaliações adicionais de natureza diversa (prova oral, escrita, prática e outras).

Art. 53º Os Residentes deverão ter no mínimo 75% de presença nas atividades teóricas comprovada por meio de registro específico conforme definido pelo PRMFC;

Art. 54º Os Residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. Na ocorrência de faltas, estas serão repostas contemplando atividades equivalentes as não frequentadas.

Art. 55º Em caso de ausência do preceptor em campo de prática o residente deve registrar frequência regularmente e informar imediatamente a tutoria ou supervisão do programa, mantendo as atividades ambulatoriais sempre que houver apoio de outro profissional médico.

Art. 56º Excepcionalmente, a COREME poderá autorizar, após análise do processo e anuência em reunião ordinária, estágio de médico residente do PRMFC fora da instituição, em instituição não conveniada a SMS Porto Seguro e credenciada pela CNRM para o PRM realizado pelo solicitante.

§ 1º - O tempo máximo de estágio será de 30 dias, sendo permitidos até dois estágios por ano.

§ 2º - Para a solicitação de estágios externos, o médico residente deverá preencher o formulário específico para estágios externos da SMS Porto Seguro (ANEXO IV) e encaminhá-lo a COREME, que após sua análise autorizará e preencherá os documentos solicitados pela instituição externa, a qual o residente realizará o estágio.

§ 3º - Ao término do seu estágio externo, o médico residente deverá entregar à COREME, em até 5 (cinco) dias úteis, a avaliação do seu estágio pelo preceptor direto ou supervisor do PRM da instituição executora (ANEXO V), certo que serão anexados ao histórico. Poderá ser aceita, em substituição ao documento do SMS de Porto Seguro, ficha de avaliação que contemple quesitos semelhantes originada da instituição executora. A não entrega desta documentação acarretará em Advertência Verbal a ser aplicada pelo supervisor do PRM, conforme consta no Regimento da COREME, sem prejuízo de reposição da carga horária não conferida.

Art. 57º A SMS de Porto Seguro é campo de estágio para médicos residentes de outras instituições, tanto como parte dos programas credenciados junto à CNRM, como por oferta de estágio por meio de convênio com outras instituições.

§ 1º - O médico residente oriundo de outra instituição, durante o período de estágio na SMS de Porto Seguro, deverá cumprir e estará subordinado a todas as normas vigentes na instituição, incluindo o Regimento da COREME e este regulamento. O não cumprimento destas normas acarretará nas punições apresentadas neste regulamento;

§ 2º - A solicitação de estágio deverá obedecer às normas presentes neste regulamento, com o preenchimento completo do Formulário de Solicitação de Estágio Opcional (ANEXO VI) e suas orientações;

§ 3º - O PRM da SMS de Porto Seguro poderá oferecer aos médicos residentes de outras instituições, sem prejuízo para o seu programa, estágio opcional destinado exclusivamente para residentes a partir do primeiro dia do

segundo ano de residência, matriculados em programas reconhecidos pela CNRM;

§ 4º - Ao término do estágio, o Residente receberá do preceptor do estágio ou do supervisor do PRM onde foi realizado seu estágio a Avaliação de Estágio (ANEXO VII) que será o documento comprobatório da realização do mesmo. Não serão entregues quaisquer outros documentos, incluindo declarações para o médico residente.

Art. 58º A realização de trabalho de conclusão de curso (TCC) é pré-requisito obrigatório para aprovação no PRMFC.

Art. 59º Farão jus ao Certificado de Conclusão os Médicos Residentes que:

I - cumprirem carga horária integral considerando-se 100% da carga horária de atividades práticas e 75% das atividades previstas no programa teórico;

II - obtiverem suficiência nos processos avaliativos do PRMFC, incluindo o trabalho de conclusão de curso;

III - satisfizerem as condições mínimas previstas neste regulamento, consoante o previsto na Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981.

Art. 60º Ao término da Residência Médica, a COREME, mediante lista de aprovação encaminhada pelo Supervisor do PRM, conferirá certificado de conclusão emitido pela CNRM.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 61º Com relação aos estágios oferecidos para médicos de outras instituições fica definido o Setor de Educação em Saúde como referência para novas solicitações e demanda ao grupo de preceptores para campo de prática.

Como prioridade para recebimento define-se os preceptores e supervisores locais que estejam sem residente vinculado no período e os que não tenham ofertado o mínimo de quatro semanas anuais previsto neste regulamento.

Art. 62º Os casos omissos serão resolvidos pela COREME e, quando aplicável, encaminhados à CEREM/BA, à CNRM e à SMS.

Art. 63º Este regulamento poderá ser revisto a qualquer momento por proposta escrita, discutida e aprovada em reunião da COREME e encaminhada para apreciação da direção da SMS de Porto Seguro.

Art. 64º O presente regulamento entra em vigor nesta data, em virtude de aprovação em reunião da COREME, revogando-se quaisquer disposições em contrário.

Porto Seguro - Bahia, Janeiro de 2019.

ANEXO C - REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO (COREME PORTO SEGURO)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente Regimento Interno tem por finalidade orientar e disciplinar o funcionamento da Comissão de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde (COREME Porto Seguro) de Porto Seguro, tomando por base as resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

§ 1º - Esse regimento poderá sofrer alterações em qualquer época, sujeitas à aprovação pela COREME Porto Seguro.

§ 2º - As alterações podem ser solicitadas por qualquer membro da COREME, mediante expediente formal, por escrito, dirigido ao coordenador da COREME.

§ 3º - As propostas de alterações neste Regimento devem ser discutidas e apreciadas em reunião da COREME, devendo ser aprovadas por maioria simples dos membros.

§ 4º - As alterações do Regimento aprovadas pela COREME devem ser submetidas à apreciação da direção da instituição (SMS).

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA COREME

Art. 2º - A COREME Porto Seguro é órgão máximo deliberativo e normativo dos Programas de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro, constituída pelos seguintes membros:

I – um coordenador com formação médica, eleito entre os membros da comissão;

II – dois representantes indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, e seus respectivos suplentes;

III – um supervisor com formação para cada PRM da instituição e seu respectivo suplente;

IV – um representante dos preceptores de cada programa, com formação médica, e seu respectivo suplente;

VI – um representante dos médicos residentes por programa e seu respectivo suplente, indicados por seus pares;

Art. 3º - O coordenador da COREME deve ser eleito dentre os Supervisores de cada PRM, através de votação direta e secreta, definida por maioria simples, para um mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reeleito para até um mandato consecutivo.

§ 1º – No caso de a instituição ter apenas um PRM, o coordenador deverá ser indicado pela instituição e o vice-coordenador da COREME será o supervisor do programa.

Art. 4º - O colégio eleitoral para a eleição do coordenador será composto pelos membros da COREME, salvo as situações previstas no artigo 3º.

Parágrafo Único. Em caso de empate em votação, a decisão será realizada pela instituição.

Art. 5º - Compete ao coordenador da COREME:

I - coordenar as atividades de planejamento, execução e avaliação dos Programas de Residência Médica, em conjunto com os respectivos supervisores;

II - encaminhar à SMS os assuntos que dependam da sua aprovação;

III - convocar e presidir as reuniões da COREME;

IV - indicar o Secretário da COREME;

V - aplicar penalidades de acordo com decisão da COREME;

VI - estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRM;

VII - executar e fazer executar o que estabelece a legislação pertinente à Residência Médica, inclusive o presente Regimento da COREME e os Regulamentos específicos de cada Programa aprovados pela COREME;

VIII - representar a COREME em todas as atividades que se fizerem necessárias e, no seu impedimento, ser representado pelo vice-coordenador;

IX - receber, responder, despachar e assinar toda a correspondência da COREME;

X - tomar decisões ad referendum da COREME, em caráter de urgência, sempre que se fizer necessário;

XI - autorizar afastamento temporário de Médico Residente por meio de ato motivado;

XII - assinar, em conjunto com o supervisor do PRM, os diplomas de conclusão da Residência Médica, de acordo com a legislação pertinente;

XIII – Coordenar o processo seletivo aos Programas de Residência.

§ 1º - Em caso de vacância da função de coordenador, deve ser convocada eleição em até 15 dias.

Art. 6º - O representante dos preceptores deverá ser eleito entre os preceptores do respectivo PRM, para mandato de um ano, podendo ser reeleito para outros mandatos, sem limitação.

Art. 7º - Compete aos Representantes dos Preceptores:

I - representar os Preceptores nas reuniões da COREME;

II - solicitar ao coordenador da COREME, a inclusão de assuntos de interesse dos Preceptores na pauta de reuniões da COREME;

III - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME;

IV – participar regularmente das reuniões de preceptores;

IV - no impedimento de participação na reunião, indicar um substituto e informar o Coordenador da COREME.

Art. 8º - O representante dos residentes deverá ser eleito entre os residentes do respectivo PRM, para mandato de um ano, podendo ser reeleito para outros mandatos, sem limitação.

Parágrafo Único. Recomenda-se a indicação de um médico residente de cada ano, por PRM, como representantes titular e suplente dos residentes na COREME, de forma a facilitar a discussão das problemáticas específicas dos residentes de cada ano do PRM nas reuniões da COREME.

Art. 9º - Compete aos Representantes dos Residentes:

I - representar os Médicos Residentes nas reuniões da COREME;

II - solicitar ao coordenador da COREME, a inclusão de assuntos de interesse dos Médicos Residentes na pauta de reuniões da COREME;

III - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME;

IV - no impedimento de participação na reunião, indicar um substituto e informar o Presidente da COREME.

Art. 10º - Compete ao (à) Secretário(a) da COREME:

I - dirigir os serviços da Secretaria da COREME;

II - exercer as atividades administrativas rotineiras e próprias da Secretaria;

III – convocar as reuniões da COREME, sob demanda do coordenador da COREME;

- IV - assistir às reuniões da COREME, lavrando as atas;
- V - submeter ao coordenador da COREME os assuntos em pauta;
- VI - guardar e zelar os arquivos da COREME;
- VII - cumprir o que for determinado pelo coordenador da COREME.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES DA COREME

Art. 13º - A COREME Porto Seguro é responsável pela regulação, coordenação e supervisão dos PRM da instituição, e pelo contato com a Comissão Estadual de Residência Médica da Bahia - CEREM/BA e com a CNRM.

Art. 14º – Compete à COREME Porto Seguro:

- I – discutir questões relativas ao processo de gestão da educação no trabalho, de forma colegiada e dialógica entre seus membros e coerente com os objetivos e estratégias dos PRM's da instituição;
- II – aprovar criação, credenciamento, extinção ou modificação de Programas de Residência Médica, de acordo com as normas e fluxos vigentes na legislação nacional da Residência Médica;
- III - aprovar os critérios de seleção dos Residentes, por meio da elaboração dos Editais de Seleção;
- IV – aprovar os critérios de seleção de preceptores e locais de estágio, conforme o Regulamento de cada PRM;

- V - aprovar as licenças e afastamentos solicitados pelos Residentes, após apreciação dos Supervisores dos PRM's;
- VI - apreciar propostas de penalidades encaminhadas pelos supervisores dos PRM's;
- VII - discutir temas e documentos, relacionados à Residência Médica;
- VIII - representar os interesses dos Programas de Residência Médica da Secretaria Municipal (SMS) de Porto Seguro/BA junto à CNRM e ao CEREMBA;
- IX - estar sempre atualizada com as Normas e Resoluções da CNRM;
- X - cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da COREME e os Regulamentos dos Programas de Residência Médica da SMS e a legislação específica da CNRM;
- XI - planejar, monitorar e avaliar a execução dos PRM's da instituição;
- XII – resolver ou propor solução para os casos omissos neste Regimento e nos Regulamentos dos PRM.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO DA COREME

Art. 15º - As deliberações e demais atos da COREME ocorrerão em reuniões ordinárias mensais, ou extraordinárias, sempre que necessárias.

§ 1º - As reuniões serão convocadas pelo coordenador da COREME, e as convocações serão acompanhadas da ordem do dia e pauta, onde constarão todos os assuntos a serem analisados e votados pelos membros.

§ 2º - As sessões ordinárias deverão ter sua pauta comunicada, no mínimo, 05 (cinco) dias consecutivos de antecedência para os membros da COREME Porto Seguro. As solicitações de pauta devem ser enviadas ao coordenador com no prazo mínimo de 10

(dez) dias antes da realização da reunião. As sessões extraordinárias deverão ser convocadas com, no mínimo, 01 (um) dia útil de antecedência.

§ 3º - A reunião instalar-se-á com a presença de no mínimo um terço (1/3) de seus membros, e será presidida pelo coordenador da COREME.

§ 4º - Caso o coordenador da COREME não possa participar da reunião ele será substituído pelo supervisor da COREME.

§ 5º - O calendário de reuniões ordinárias será divulgado amplamente no início de cada ano letivo.

Art. 16º - Cada membro terá direito a um voto e a votação será nominal e aberta, sendo todas as decisões definidas por maioria simples dos presentes, possuindo o coordenador da COREME o voto de desempate.

Parágrafo Único. É facultado ao coordenador da COREME abrir a reunião para participação de membros suplentes e convidados, sem direito a voto.

Art. 17º - Após a leitura da pauta, o Presidente da COREME abrirá a discussão, franqueando a palavra aos membros que a solicitarem, podendo o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão ou votação, devendo apresentar justificativa, sujeita à votação imediatamente.

Parágrafo Único - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária, podendo, a juízo dos membros, ser prorrogado ou reduzido em face de urgência ou relevância do assunto.

Art. 18º - É facultado aos membros da COREME solicitar o reexame de resoluções de reuniões anteriores, devendo para tal apresentar justificativa de possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo Único. A solicitação deve ser apresentada em reunião da COREME e submetida a votação imediata pelos membros da COREME.

Art. 19º - As reuniões extraordinárias da COREME serão realizadas a qualquer tempo, por convocação do coordenador da COREME ou por solicitação de supervisor de PRM da instituição.

Parágrafo Único. Os demais membros da COREME também poderão solicitar a realização de reuniões extraordinárias, mediante justificativa dirigida ao coordenador da COREME.

Art. 20º - Os membros da COREME que faltarem a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas sem justificativa e sem enviar um representante serão excluídos da mesma.

Parágrafo Único – Quando ocorrer a exclusão de um membro, o coordenador da COREME notificará o diretor da instituição (Secretário Municipal de Saúde) e o segmento ou instituição ao qual pertencia o membro excluído, para que se realize a indicação de novo representante.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 21º Cabe às instituições formadoras e executoras dos PRM proverem condições de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos para a instalação e o funcionamento da COREME.

Art. 22º Os casos omissos serão resolvidos pela COREME e, quando aplicável, poderão ser encaminhados à SMS, à CEREM e/ou à CNRM para apreciação e deliberação.

Art. 23º Este Regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO D - CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA



CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE

TERMO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE (COAPES) QUE ENTRE SI CELEBRAM A INSTITUIÇÃO FORMADORA: XXXXXXXXX E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO, PARA OS FINS QUE ESPECIFICA.

Com base na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências, e nas demais normas legais vigentes aplicáveis à espécie, o XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, sediado à Rua XXXXCCCC, nº XXX, Bairro XXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXXXXX, inscrito no CNPJ/ MF sob o nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, entidade mantenedora da XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, neste ato representada pelo seu Diretor geral, Prof. (NOME) XXXXXXXXXXXXX, brasileiro, casado, portador da carteira de identidade nº XXXXXXXXX e inscrito no CPF nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, instituição de ensino responsável pela oferta de cursos da área da saúde e/ou Programas de Residência em Saúde no Estado de XXXXXXXX, de ora em diante referidas simplesmente como Instituições de Ensino, e a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO**, neste ato representada pelo seu Secretário(a) Municipal de Saúde, Sr. XXXXXXXXXXXX, brasileiro, profissão XXXXX, casado(a), portador da carteira de identidade nº XXXXXXXXX e inscrito no CPF sob o nº XXXXXXXXX, residente e domiciliado em Porto Seguro - Bahia, no uso de suas atribuições legais, RESOLVEM celebrar o presente instrumento de **CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA ENSINO-SAÚDE**, no qual estabelecem cláusulas, condições e obrigações de cada signatário.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA



Este termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde tem por objeto viabilizar a reordenação da oferta de Estágios, Cursos de Graduação, pós-graduação e Residências em Saúde, no município de Porto Seguro - Bahia, com garantia de estrutura de serviços de saúde em condições de oferecer campo de prática, mediante a integração ensino-serviço nas Redes de Atenção à Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES MÚTUAS

Constituem responsabilidades da Instituição de Ensino e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro:

I. Comprometer-se com a formação de estudantes e trabalhadores de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde tendo como eixo à abordagem integral do processo saúde doença e demais termos deste Contrato Organizativo;

II – Comprometer-se com o respeito à diversidade humana, a autonomia dos cidadãos e a atuação baseada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança do paciente tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos estudantes no cenário de prática;

III – Comprometer-se com as condições de biossegurança dos estudantes nos serviços da rede;

IV – Comprometer-se com a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde;

V - Elaborar anualmente os Planos de Atividades de Integração Ensino Saúde, nos termos deste Contrato Organizativo, nos quais deve constar:

a) as diferentes atividades de ensino a serem desenvolvidas na comunidade/serviço de saúde específico;

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA**



- b) as atribuições dos profissionais dos serviços e dos docentes da Instituição de Ensino;
- c) A relação quantitativa estudante/docente, estudante/preceptorial de forma a atender às necessidades do ensino e da assistência de qualidade;
- d) Proposta de avaliação da integração ensino-serviço-comunidade com definição de metas e indicadores.

VI – Acompanhar as deliberações, participar e manter representação no Comitê Gestor Local do COAPES.

VII - Reconhecer o papel do controle social em saúde, representado pelas instâncias dos Conselhos de Saúde no processo de fortalecimento da integração ensino-pesquisa-serviço-comunidade, seu monitoramento e avaliação da execução dos contratos.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS RESPONSABILIDADES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Constituem responsabilidades da Instituição de Ensino além das dispostas neste Contrato Organizativo:

- I. Contribuir de forma corresponsável com a gestão dos serviços de saúde, visando qualificar a atenção prestada, incluindo apoio à elaboração de ações em saúde a fim de melhorar indicadores de saúde loco-regionais;
- II. Promover atividades de ensino, extensão e pesquisa nos serviços e territórios nos quais atua, articulando os fundamentos teóricos e éticos às situações práticas nas perspectivas interprofissional, interdisciplinar e intersetorial, com íntima ligação entre as necessidades de saúde;
- III. Supervisionar efetivamente as atividades desenvolvidas pelos estudantes, nas redes de atenção à saúde, definindo professor (es) da Instituição de Ensino e/ou preceptores do programa de residência responsáveis para cada cenário de prática. A periodicidade será estabelecida no Plano de Atividades de

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA**



Integração Ensino-Saúde-Comunidade, anexo a este contrato, e deve ser estabelecida conforme natureza das atividades realizadas e das competências a serem desenvolvidas pelos estudantes, observadas as legislações específicas;

IV. Garantir a promoção da atenção contínua, coordenada, compartilhada e integral, de modo a evitar a descontinuidade do atendimento, a superlotação do serviço e prejuízos da atenção à saúde ao usuário do SUS;

V. Promover a realização de ações, focado na melhoria da saúde das pessoas, a partir de diretrizes e de normas técnicas para a realização de processos e procedimentos com vistas a qualidade e segurança do usuário do SUS fundamentado em princípios éticos;

VI. Oferecer aos profissionais da rede de serviços oportunidades de formação e desenvolvimento que contribuam com a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

VII. Fomentar ações de valorização e formação voltada para profissionais da rede, tais como: inclusão em pesquisas (como pesquisadores), certificação da atividade de preceptoria, dentre outros, que deverão estar explicitados no plano presente instrumento de contrato;

VIII. Contribuir para a formulação e desenvolvimento de políticas de ciência, tecnologia e inovação, com base nas necessidades locais regionais;

IX. Garantir o fornecimento de instrumentos de identificação do seu estudante combinado no plano de atividades de cada serviço e de acordo com as atividades a serem desenvolvidas;

X. Contribuir com a rede de serviços do SUS com investimentos nos cenários de prática, tais como: aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens; oferta de processos formativos para os trabalhadores e gestores da rede; oferta de bolsas e consultorias, residência em saúde; desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias, previstos no contrato;

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA**



XI. Realizar ações de assistência estudantil quando o campo de prática for fora do Município sede da IES, quando de difícil acesso.

CLÁUSULA QUARTA – DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA DE SAÚDE

Constituem responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde:

- I. Mobilizar o conjunto das IES e municípios com campo de prática no seu território para discussão, organização e fortalecimento permanente da integração ensino-serviços de saúde-comunidade;
- II. Definir de forma articulada com as instituições de ensino os critérios para seleção de profissionais dos serviços de saúde para desenvolvimento das atividades de supervisão/tutoria/preceptoria;
- III. Estimular a atividade de preceptoria mediante sua inclusão nas políticas referentes à qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de medidas como gestão de carga horária, incentivos de qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, dentre outras possibilidades;
- IV. Garantir a distribuição equânime dos cenários de prática a fim de permitir o desenvolvimento de atividades acadêmicas dos cursos de graduação e programas de residência que celebram este contrato, priorizando as instituições de ensino públicas, conforme preceitos do Sistema Único de Saúde;
- V. Disponibilizar as instalações e equipamentos nas Redes de Atenção à Saúde para o desenvolvimento das atividades acadêmicas teóricas e práticas dos cursos de graduação e de Programas de Residência em Saúde, conforme Plano de Atividades de Integração Ensino-Pesquisa-Serviço-Comunidade anexo a este contrato.

CLÁUSULA QUINTA - DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA**



As atividades acadêmicas desenvolvidas por profissionais e gestores do SUS, estudantes e docentes dos cursos de graduação e de pós-graduação em saúde não criam vínculo empregatício de qualquer natureza com a Secretaria de Saúde e Instituições de Ensino, desde que estejam nos termos do planejamento acadêmico semestral e/ou do calendário acadêmico.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS

O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde atuarão em conformidade com os termos dispostos na portaria 1.127 de 04 de agosto de 2015 e legislação vigente.

Os recursos necessários para a execução do presente contrato serão de responsabilidade das partes e determinado em Plano de Contrapartida em anexo, bem como, no Plano de Atividades que será criado posteriormente à assinatura deste, que regulamentará as atividades de inserção e consolidação dos programas formativos e de qualificação, visando contribuir com a rede de serviços do SUS através das seguintes modalidades de contrapartida:

- a) Oferta de processos formativos para os trabalhadores, preceptores e gestores da rede.
- b) Participação da instituição formadora na realização de projetos e práticas locais de educação permanente junto aos gestores, trabalhadores e usuários do SUS, tanto nos cenários de prática, como em ações que envolvam de maneira abrangente os trabalhadores das redes de atenção do Município.
- c) Oferta de residência em saúde.
- d) Desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias, a serem estipulados nos Planos de Atividade de Integração Ensino Serviço.
- e) Infraestrutura e recursos materiais para qualificar os cenários de prática de acordo com as demandas e necessidades dos processos de ensino-aprendizagem.

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA



Parágrafo Único – O presente instrumento não envolve a transferência de recursos financeiros entre as instituições e as despesas necessárias à plena consecução do objeto deste instrumento e execução do presente contrato de responsabilidade das partes será determinado nos respectivos planos de contrapartida anexo a este instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA CONTRAPARTIDA

Dadas às peculiaridades e necessidades distintas de cada um dos partícipes, as contrapartidas serão definidas na forma de aditivos e/ou anexos a este Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E AUDITORIA

A celebração e implementação dos contratos serão avaliadas por meio de metas e indicadores nacionais, estabelecidas pela Comissão Executiva Nacional dos COAPES.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Após a celebração do presente contrato deverá ser constituído um Comitê Gestor Local do COAPES que terá como competências acompanhar e avaliar a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito da região de saúde;

PARÁGRAFO SEGUNDO - O COAPES será avaliado anualmente cabendo revisão das metas se necessário.

PARÁGRAFO TERCEIRO – As normas de auditoria decorrentes do presente contrato estarão definidas por normativa complementar, expedida pela Comissão Executiva Nacional do COAPES.

CLÁUSULA NONA - PRAZO DE VIGÊNCIA

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA



O prazo de vigência deste instrumento de contrato será de 5 (cinco) anos, a partir da data de sua assinatura, com validade e eficácia condicionada à publicação do seu extrato no Diário Oficial da União e do Município, podendo ser prorrogado por interesse de ambas as partes.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES E RESCISÃO

O presente Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde poderá ser denunciado, por escrito, a qualquer tempo, em caso de descumprimento das normas estabelecidas na legislação vigente, à inadimplência de quaisquer de suas cláusulas ou condições, ou a superveniência de norma legal ou de fato que o torne material ou formalmente inexecutável.

PARAGRAFO PRIMEIRO - O procedimento de denúncia do contrato deverá ser comunicado obrigatoriamente à Comissão Executiva Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

PARAGRAFO SEGUNDO - O acesso aos serviços de saúde e as contrapartidas definidas nos Planos de Atividades de Integração Ensino Saúde deverão ser mantidos por até seis meses após a denúncia oficial do contrato e sua comunicação à Comissão Executiva Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde, exceto nos casos onde houver consenso entre as partes para rescisão imediata.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos referentes a este contrato poderão ser resolvidos de comum acordo entre as partes com a interveniência dos Ministérios da Saúde e do Ministério da Educação.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA**



O foro competente para dirimir questões oriundas deste contrato, não resolvidas de comum acordo entre as partes, será o da Justiça Federal de Salvador, Seção Judiciária do Estado da Bahia, com renúncia expressa de qualquer outro.

E por se acharem justas e contratadas, as partes assinam o presente Contrato em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas para que produza seus efeitos legais.

Porto Seguro - Bahia, XX de XXXXXXXXXXXX de 2021.

XXXXXXXXXXXXX
Diretor(a) - Geral
Faculdade Atenas

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Secretário(a) Municipal de Saúde
Porto Seguro - BA

TESTEMUNHAS:

Nome _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO SEGURO
ESTADO DA BAHIA



ANEXO I

DOS RECURSOS - CONTRAPARTIDA DA FACULDADE ATENAS

Em consonância com o EDITAL Nº 6/2014/SERES/MEC publicado no DOU, seção 3, em 23 de dezembro de 2014 e nos termos da Portaria Normativa nº 16, de 25 de dezembro de 2014, a mantenedora da Faculdade XXXXXXXXXX destinará 10% do faturamento mensal do curso de Medicina para investimento na rede SUS de Porto Seguro, própria ou conveniada, nos cenários onde se desenvolvam as atividades práticas ou o estágio obrigatório curricular dos discentes do curso de medicina da Faculdade XXXXXXXXXX. A contrapartida à estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina, ofertada pela Faculdade XXXXXXXXXXXXXXXX, contemplará as seguintes modalidades:

I - formação para os profissionais da rede de atenção à saúde, nos termos do art. 35 da Resolução CNE/CES nº 03, de 20 de junho de 2014;

II - Construção e/ou reforma da estrutura dos serviços de saúde;

III - Aquisição de equipamentos para a rede de atenção à saúde;

IV - Pagamento de bolsas de Residência Médica em Programas de Medicina de Família e Comunidade e, no mínimo, dois outros das áreas prioritárias (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia).

V – Instituir e pagar a bolsa incentivo de preceptoría aos médicos do Município – Secretaria Municipal de Saúde, que demonstrarem capacidade e interesse, bem como se dispuserem a atuar como preceptores dos alunos estagiários e residentes da Faculdade Atenas.

Havendo disponibilidade em seu quadro de pessoal e em comum acordo com o MUNICÍPIO – Secretaria Municipal de Saúde, a Faculdade Atenas poderá indicar médicos e/ou médicos residentes para atuarem na rede municipal de saúde.

Porto Seguro, 18 de dezembro de 2020.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Diretor- Geral
Faculdade Atenas

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Secretário(a) Municipal de Saúde
Porto Seguro – BA

Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Vala, s/n, Centro – Porto Seguro – Bahia
CEP – 45.810-000 CNPJ: 08.257.417/0001-46
Fone: (73) 3288-3449 / 3288-1080

ANEXO E - ATIVIDADES PRÁTICA (R1)

R1		Atividades - Práticas (R1)			
Atividade	Tipos Estágios	Descrição Atividade	Local	Duração de Semanal	Tot. Horas Semanas
Ambulatório de Especialidades	Ambulatório	Nos ambulatórios de especialidades os residentes adquirem competências, habilidades e atitudes específicas para desenvolver capacidade crítica-resolutiva para manejar 85% dos problemas de saúde na Atenção Básica e capacidade de discernimento para definir os casos que devem ser encaminhados para a rede especializada, sem perder o papel de coordenador do cuidado das pessoas que assiste. Ele procurará acompanhar o eventual atendimento em atenção secundária e terciária do usuário do território de atuação ao qual está vinculado. O residente procurará, sempre que possível, acompanhar admissão e/ou parto das gestantes de seu território de atuação.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	6	58 348
Unidades Básicas de Saúde	Medicina de Família e Comunidade	O residente fará sua formação numa Unidade de Saúde da Família, sendo responsável por uma população adscrita para que forme-se especialista em pessoa, estabeleça vínculo com a comunidade, independente do sexo, idade e a presença ou não de doença, trabalhando em equipe multiprofissional e lidando com os problemas diferenciados. Realizar atendimentos domiciliares, através de visita domiciliar (VD) programada, com ou sem outros profissionais de saúde, das pessoas do território de abrangência da ESF na qual o residente está inserido. E ainda, o residente deve participar das atividades junto à comunidade que estejam sendo desenvolvidas pela ESF ou que venham a ser criadas. Estão contempladas como cenários de aprendizagem as atividades que são realizadas na atenção primária, sob supervisão ou matriciamento de outras especialidades quando necessário, tais como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Serviço de Atenção Domiciliar.	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	42	48 2016
Urgência e Urgência e	Urgência e	Nos serviços de urgência e emergência os residentes adquirem competências, habilidades e atitudes específicas para desenvolver capacidade crítica-resolutiva para manejar casos de emergências menores na Atenção Básica e capacidade de discernimento para definir os casos que devem ser encaminhados para as grandes	FUNDO MUNICIPAL	12	48 576
Emergência	Emergência	urgências	DE SAÚDE		

ANEXO F - ATIVIDADES PRÁTICAS (R2)

R2		Atividades - Práticas (R2)			
Tipo Atividade	Estágios	Descrição Atividade	Local	Dedicação Semanal	Duração de Semanas Tot. Horas
Ambulatório de Especialidades	Medicina de Família e Comunidade	Nos ambulatórios de especialidades os residentes adquirem competências, habilidades e atitudes específicas para desenvolver capacidade crítica-resolutiva para manejar 85% dos problemas de saúde na Atenção Básica e capacidade de discernimento para definir os casos que devem ser encaminhados para a rede especializada, sem perder o papel de coordenador do cuidado das pessoas que assiste. Ele procurará acompanhar o eventual atendimento em atenção secundária e terciria do usuário do território de atuação ao qual está vinculado. O residente procurará, sempre que possível, acompanhar admissão e/ou parto das gestantes de seu território de atuação.	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	58	348
Unidades Básicas de Saúde	Medicina de Família e Comunidade	O residente fará sua formação numa Unidade de Saúde da Família, sendo responsável por uma população adscrita para que torne-se especialista em pessoa, estabeleça vínculo com a comunidade, independente do sexo, idade e a presença ou não de doença, trabalhando em equipe multiprofissional e lidando com os problemas indiferenciados. Realizar atendimentos domiciliares, através de visita domiciliar (VD) programada, com ou sem outros profissionais de saúde, das pessoas do território de abrangência da ESF na qual o residente está inserido. E ainda, o residente deve participar das atividades junto a comunidade que estejam sendo desenvolvidas pela ESF ou que venham a ser criadas.	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	48	2016
Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	Nos serviços de urgência e emergência os residentes adquirem competências, habilidades e atitudes específicas para desenvolver capacidade crítica-resolutiva para manejar casos de emergências menores na Atenção Básica e capacidade de discernimento para definir os casos que devem ser encaminhados para as grandes urgências.	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	12	288

ANEXO G - EQUIPAMENTOS À DISPOSIÇÃO DOS RESIDENTES DO PRMEM MFC EM PORTO SEGURO-BA

Equipamentos	
R1	
Equipamento	Equipamentos (R1) Descrição
Distrito Sanitário Especial Indígena, Secretaria Municipal de Saúde, UPAs, Policlínica de Especialidades	Atendimento de urgência, acompanhamento de pacientes internados e estágio em ambulatório de especialidades na rede. Atividades relacionadas a planejamento local, à vigilância em saúde e discussão interdisciplinar de casos.
Unidades Básicas de Saúde	Atendimento ambulatorial de demanda espontânea. Atendimento ambulatorial a grupos específicos por patologia (hipertensos, diabéticos, gestantes, saúde mental) e ciclos de vida (infância, adolescência, adulto e idoso), Inseção de DIU, Vistas Domiciliares dentro da área adscrita. Atividades nas escolas (Saúde na Escola).

R2		Equipamentos (R2)	
Equipamento		Descrição	
Distrito Sanitário Especial Indígena, Secretaria Municipal de Saúde, UPAs, Policlínica de Especialidades	Atendimento de urgência, acompanhamento de pacientes internados e estágio em ambulatório de especialidades na rede. Atividades relacionadas a planejamento local, à vigilância em saúde e discussão interdisciplinar de casos.		
Unidades Básicas de Saúde	Atendimento ambulatorial de demanda espontânea. Atendimento ambulatorial a grupos específicos por patologia (hipertensos, diabéticos, gestantes, saúde mental) e ciclos de vida (infância, adolescência, adulto e idoso). Inserção de DIU. Visitas Domiciliares dentro da área adscrita. Atividades nas escolas (Saúde na Escola).		

ANEXO H - DETALHES DA SEMANA PADRÃO DE RESIDENTES

Detalhes da Semana Padrão (Semana Padrão R1)					
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00	Atividade: Ambulatório de Especialidades Horário: 07:00 às 13:00	Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00	Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00	Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00	Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00
	Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 14:00 às 17:00				

Segunda		Terça		Quarta		Quinta		Sexta		Sábado	
Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 07:00 às 17:00		Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00		Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00		Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00		Atividade: Medicina de Família e Comunidade Horário: 08:00 às 17:00		Atividade: Urgência e Emergência Horário: 07:00 às 19:00	
Atividade: Estudo Dirigido Horário: 18:00 às 20:00		Atividade: Sessões Clínicas Horário: 18:00 às 20:00				Atividade: Sessões Clínicas Horário: 18:00 às 20:00		Atividade: Sessões Clínicas Horário: 18:00 às 20:00			

Detalhes da Semana Padrão (Semana Padrão R2)

ANEXO I - DETALHES DOS RODÍZIOS

Detalhes Do Rodízio (RODÍZIO R1)

Fevereiro		Março		Abril		maio		Junho	
Estágio: CIR. AMBULATORIAL Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1
Estágio: FÉRIAS Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA CRIANÇA Grupo: GRUPO B Semana Padrão: Semana Padrão R1	Estágio: SAÚDE DA MULHER Grupo: GRUPO A Semana Padrão: Semana Padrão R1

