



"Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros"

por

Pedro de Gales Perpétuo Rocha Pitta Sampaio

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública

Orientadora: Prof. a Dr. a Lilian Koifman





Rio de Janeiro, fevereiro de 2014.

"Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros"

apresentada por

Pedro de Gales Perpétuo Rocha Pitta Sampaio

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Carlos Hubner Moreira

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof. a Dr. a Lilian Koifman – Orientadora

Catalogação na fonte Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica Biblioteca de Saúde Pública

S192 Sampaio, Pedro de Gales Perpétuo Rocha Pitta

Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros. / Pedro de Gales Perpétuo Rocha Pitta Sampaio. – 2014.

53 f.

Orientadora: Koifman, Lilian.

Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Internato e Residência. 3. Educação em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD - 22. ed. - 610.7





AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 24 de fevereiro de 2014.

Pedro de Gales Perpétuo Rocha Pitta Sampaio

Dedicatória

Para meu filho Davi Iredê, por iluminar o que importa.

Para minha mãe Ann, mulher guerreira incansável, pelo amor todos os dias de minha vida.

Para Barbara, mulher companheira onça mãe do caroço, por trazer tanto brilho no recomeço de todos os dias. E pelo que é.

Para vó Dasa, estrela-guia, professora e inspiradora, que Deus siga iluminando nossas mãos.

Para meu pai Fernando, por acreditar e incentivar meu caminho.

Por ensinar o amor ao que faz. "Ars longa vitae brevis"

Às pessoas que compartilham seu cuidado comigo, pela oportunidade de estar no presente, pelo afeto e por me mostrarem tantas possibilidades.

Agradecimentos

O trajeto para a construção deste estudo contou com apoio de muitas pessoas que cruzarem meu caminho: o trabalho tem parte de vocês.

Aos professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária, por criarem um curso com proposta tão adequada para os desafios da construção da APS na cidade do Rio de Janeiro.

Aos professores Carlos Otávio e Elyne Engstrom, por acreditarem neste projeto pedagógico tão singular, tão cheio de percalços, apaixonamentos e reconciliações.

A Lilian Koifman, pela orientação, pela paciência, por ajudar a trazer à tona este trabalho, por acreditar e construir essa ponte entre a academia e a vida.

A Luiz Hubner, pai encontrado na vida, pela contribuição neste trabalho, pelo afeto, pela paixão pelo que faz.

Aos professores Valeria Romano, Fafá Lobato, Willer e Cadu, pelas lições, pelas perguntas, pelo brilho.

À amiga do peito e colega de tantas empreitadas Mariana Streit, pelo ombro, pelas risadas, por estar sempre tão perto.

Aos maravilhosos colegas dessa turma, que está rendendo tantos frutos de amizade, parcerias de trabalho, belas obras literárias e amores: Maria Alicia, Keka, Leonardo, Melanie, Domingos, Regina, Francine, Mari, Reniani, Tarciso, Alexandre, Alessandra, Ana, Daniele, Denise, Gislani, Juliana, Mellina, Nathália, Patricia Couto, Patricia Durovni, Solange, Waleska.

À Coordenação do Programa de Residência em Medicina de Família da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, em especial a Armando Norman, André Justino, André Lopes, Samantha Franca, Lourdes Luzón, Nulvio Lermen, pelo apoio constante, por acreditar num projeto tão grande e desafiador, por fazer acontecer e por acreditar no potencial de seus profissionais.

Às equipes da Clínica da Família Felippe Cardoso, em especial aos profissionais das equipes Merendiba e Uanapu, por compartilharem o desafio diário do trabalho. Às médicas residentes Daniela Fiuza, Suzan Maiato, Joshi Gavião e Carolina Pereira, por abraçarem este preceptor também em formação e pelo carinho diário.

Aos colegas inspiradores de todos os dias, incansáveis e obstinados: Leonardo Graever, Melanie Maia, Moisés Nunes, Alfredo de Oliveira Neto, Valter Rezende, Marcos Goldraich, Cassia Lanes, Adelson Guaraci, Renata Chaves, Rodrigo Pacheco "Maranhão", Michael Duncan, Marcos Paulo, Renato Santos, Bernardo Bastos, Gabriel Barcellos, Djalma Moraes, Luiz Nicolodi, Thais Leite, Fernanda Salvador, Jetele Seleme, Enrique Barros, Frantchesca Fripp, Ana Paula Borges, Ligia Lorandi, Dalvan Brum, Bruno Januário, Ana Peixoto Neves, Bruno Stelet, Jorge Esteves, Daniel Puig, Thais Façanha, Cris Brito, Marcos Vasconcelos, Camila Miranda, Leandro David, Eduardo Bianck.

Aos colegas do CMS Albert Sabin, onde tive a primeira experiência como Médico de Família, pela amizade e parceria.

Aos maestros Felipe Anselmi, André Klafke, Patricia Lichtenfels, Luiz Felipe Mattos, José Mauro, Roberto Umpierre, Carlo Cunha, Mario Tavares, Renata Pekelman, pelos ensinamentos, pelo amor ao ofício, por tornarem os anos em Porto Alegre tão iluminados.

Aos professores Denise Herdy, Cesar Favoretto, Lia Silveira, Ricardo Donato, Maria Inez por mostrarem a Medicina de Família ainda no berço da faculdade, pela luta de todos esses anos.

À todos professores que tive na vida, nas escolas, hospitais e postos de saúde. E principalmente aos mestres anônimos, que repartem as lições nas ruas.

À madrinha Vania, ao padrinho Gilson.

A Bruno Safadi, Rodolfo Borges, Pedro Poeta, Juninho, Tadeu, Gustavo Guimaraes, por ensinarem diariamente o que é ser amigo.

Ao padrinho Wlad, pelo carinho.

A Ossain, pai e protetor, inspirador dos cuidados, mestre da sabedoria das plantas.

À família Rocha Pitta, por ensinar a fazer perguntas.

Aos irmãos Matheus, Thiago e Gabriel, por estarem perto sempre.

Resumo

Este estudo é um relato de minha experiência como pesquisador em dois Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC): um no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e outro na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), tendo como metodologia a análise crítica comparativa. Os PRMFCs estão intimamente ligados a um projeto de formação em medicina para a construção da atenção primária em saúde no Brasil, tendo em vista que somente cerca de 10% dos médicos atuantes na atenção primária em saúde têm formação específica em MFC. Frutos de contextos históricos e políticos distintos; ambos os programas apresentam contribuições significativas em suas propostas de formação. O modelo SSC-GHC apresenta campo de ensino estruturado e consistente na convivência com residência multiprofissional e em espaços de ensino consolidados – construído ao longo dos anos de existência. O modelo SMSDC-RJ demonstra caráter construtivo, mola fundamental para expansão da Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro: seu campo de ensino está em formação, em que há forte viés assistencial fundamental para a população e para os médicos residentes. Ambos os programas ainda não apresentam objetivos específicos de ensino, como competências e habilidades a serem adquiridas pelos médicos em formação; mas são aqui descritos como possível inspiração para outros PRMFCs em expansão no país.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade; residência médica; educação e saúde; atenção primária em saúde.

Abstract

The current study is an account of my experience as a researcher in two Residency Programmes in Family Medicine and Community (PRMFC – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade): one at the Hospital Conceição's Community Health Service (SSC-GHC- Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição) and the other at Rio de Janeiro's Municipal Health Secretariat and Civil Defense (SMSDC-RJ - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro), using as methodology reflection on experience, complemented by a comparative critical analysis. The PRMFCs are closely connected to a medical training project for the development of Primary Health Care in Brazil, as only roughly 10% active doctors in primary health care have specific training in Family Medicine and Community. Products of different historical and political contexts, both programmes offer significant contributions in their training proposals. The model SSC-GHC displays a structured and consistent teaching field in its coexistence with multi-professional residency and consolidated teaching experiences, built throughout the years. The model SMSDC-RJ reveals a constructive character, fundamental incentive for the Primary Health Care expansion in Rio de Janeiro: its teaching field is developing with a powerful care nature - essential for the population and the resident doctors. Both programmes still do not present clear and specific teaching goals, such as competences and skills to be acquired by the doctors in training; nevertheless, they are here described as likely inspiration for other PRMFCs in expansion in the country.

Keywords: Family medicine and community; medical residency; education and health; primary health care.

Sumário

1 Introdução	11
1.1 Apresentação e justificativa	11
1.2 Objetivos	13
1.3 Metodologia	13
2 Referencial teórico-conceitual	15
2.1 A especialidade Medicina de Família e Comunidade	15
2.2 Atenção Primária em Saúde	16
2.3 Modalidades de especialização médica no Brasil	17
2.4 A Residência em Medicina de Família e Comunidade	18
2.5 Preceptoria em MFC	20
3 Descrição dos programas de residência	21
3.1 Grupo Hospitalar Conceição	21
3.2 SMSDC – Rio de Janeiro	27
4 Análise crítica comparativa	37
4.1 Modelos de atenção à saúde dos serviços	37
4.2 Modelo "protegido" x modelo próximo da realidade	43
4.3 Bolsa padrão x bolsa com acréscimo	44
4.4 Modelo consagrado x modelo em construção	45
5 Considerações finais	46
5.1 Contribuições dos PRMFC	46
5.2 Currículos baseados em competências	46
5.3 Programa Mais Médicos	47
5.4 Horizontes institucionais	48
6 Rafarâncias	50

Lista de abreviaturas e siglas

Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e Familiar	EURACT
Agente Comunitário de Saúde	ACS
Associação de Medicina de Família do Rio de Janeiro	AMFAC
Atenção Primária em Saúde	APS
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro Municipal de Saúde	CMS
Conselho Federal De Medicina	CFM
Consolidação das Leis de Trabalho	CLT
Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunidade	DMIFC
Estratégia Saúde da Família	ESF
Lei de Responsabilidade Fiscal	LRF
Medicina de Família e Comunidade	MFC
Ministério da Educação e Cultura	MEC
Ministério da Saúde	MS
Organização Social	OS
Política Nacional de Atenção Básica	PNAB
Problems Basead Interview	PBI
Programa de Agentes Comunitários em Saúde	PACS
Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade	PRMFC
Programa Médico de Família da Prefeitura de Niterói	PMF
Programa Saúde da Família	PSF
Residência Integrada em Saúde	RIS
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro	SMSDC-RJ
Serviço de Saúde Comunitária – Grupo Hospitalar Conceição	SSC-GHC
Sistema de Regulação	SISREG
Sistema Único de Saúde	SUS
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	SBMFC
Trabalho de Conclusão de Curso	TCC
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	UERJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ
Vírus da Imunodeficiência Humana (Síndrome da Imunodeficiência Ad	dquirida)
	HIV (SIDA)

1 Introdução

1.1 Apresentação e justificativa

Para iniciar a apresentação desta dissertação trago a citação de Minayo (2010, p. 173): "nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática". Considero que somos escolhidos pelo objeto de nossos estudos, por estarmos completamente por ele envolvidos na prática diária de trabalho. Neste caso, principalmente pela necessidade de compreender melhor os aspectos desse trabalho intrinsicamente ligado à formação médica e, especialmente, relacionado à formação em Medicina de Família e Comunidade.

Minha trajetória de pesquisador contempla a graduação em Medicina na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) quando fui parte da primeira turma com currículo regido pelas novas diretrizes para os cursos de graduação publicadas pelo Ministério da Educação (Brasil, 2001). Desde os primeiros semestres, em contato com as disciplinas oferecidas pelo Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunidade (DMIFC), tenho a oportunidade de discutir aspectos amplos da medicina, que não somente o da doença. Ao mesmo tempo, desenvolvendo um "currículo paralelo", participei de atividades ligadas a Medicina de Família, como as educativas em escolas e o acompanhamento de grupos terapêuticos.

Durante o internato, realizei o módulo optativo no Programa Médico de Família, da cidade de Niterói, importante referência na atenção primária em saúde (APS), no Brasil; com serviço em funcionamento desde 1992, inspirado no modelo cubano de organização. Naquele momento – eram meados de 2007 – a própria cidade do Rio de Janeiro oferecia raríssimos e inconstantes campos de estágio de graduação em Medicina de Família e Comunidade, isso por ter serviços incipientes de APS. Naquele tempo, a cobertura populacional por serviços de atenção primária era cerca de 3%, uma das piores entre as capitais brasileiras.

Tendo em vista esse panorama na cidade do Rio de Janeiro, fiz a opção por realizar o programa de especialização em um dos serviços mais antigos do país, em funcionamento desde 1982. Assim, entre os anos de 2009 e 2011, cursei o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Serviço de Saúde

Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

Ao fim do curso de Residência Médica, um grupo de colegas decidiu pela experiência de vivenciar a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em alguma cidade do Brasil. Coincidentemente, naquele momento, a cidade do Rio de Janeiro começava a investir e expandir sua rede de atenção primária. A coordenação do projeto de expansão da ESF foi apoiada por profissionais médicos de família e comunidade com experiências prévias em gestão e ensino em outras grandes cidades brasileiras, como Curitiba e Florianópolis. Com as ferramentas então adquiridas no Programa de Residência Médica do GHC, decidimos contribuir para a expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro, que afinal nos trazia um desafio instigante e nos proporcionava ampla capacidade de crescimento pessoal e profissional.

Existe enorme carência de médicos com formação específica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Os dados da Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade estimam em cerca de 10% o número de médicos com formação específica exercendo papel de médicos de família e comunidade. Tal demanda reflete-se na cidade do Rio de Janeiro, agudizada pela expansão e necessidade premente de profissionais qualificados (Campos e Izecksohn, 2010). Ceccim (2005) reforça o protagonismo dos profissionais de saúde, propondo:

retirar os trabalhadores da condição de "recursos" para introduzi-los no estatuto de "atores sociais" de produção da saúde. A implicação deles como atores sociais estabelece como trilha do trabalho, uma atuação centrada nos usuários ou na qualidade da produção social do trabalho no interesse da sociedade. (Ceccim, 2005, p. 163)

A partir do início do ano de 2012, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC) investiu na criação do Programa de Residência de Medicina de Família (PRMFC), com a abertura de 60 vagas por ano. Tratava-se de uma modalidade de especialização baseada no aprendizado em serviço, que proporciona ampla vivência (cerca de 60 horas semanais ao longo de dois anos) e aquisição de habilidades específicas, sob a supervisão constante de preceptores. Um conjunto de 23 colegas ficou responsável pelas atividades de supervisão direta e integral dos médicos residentes, faço parte do corpo de preceptores.

Pensando o processo e seu pioneirismo na cidade (levando em consideração as características das comunidades, em específico, e da cidade, em geral), torna-se

relevante a análise do PRMFC para a qualidade da formação tanto de médicos residentes quanto de preceptores de MFC.

O presente Mestrado Profissional em Atenção Primária, com ênfase na ESF, mantém a proposta de qualificar os profissionais da cidade. Dessa forma, busco ampliar o aprendizado nas áreas de Atenção Primária em Saúde e Medicina de Família e Comunidade, contribuindo para a melhora do serviço de saúde desta cidade e do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Objetivos

Para guiar o estudo, mantenho o objetivo geral de relatar experiências e descrever dois Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade em funcionamento no Brasil: o programa do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e o programa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro.

E especificamente, atendo os objetivos de a) descrever o contexto de implantação dos dois programas de residência em Medicina de Família e Comunidade; de b) analisá-los criticamente e c) contextualizar a formação em Medicina de Família e Comunidade com a necessidade de incremento à atenção primária em saúde no Brasil.

1.3 Metodologia

O Mestrado Profissional em Atenção Primária proporciona um lugar privilegiado de obtenção de ferramentas para a investigação de questões no processo de implementação da ESF no Rio de Janeiro. O fato de o pesquisador investigar questões acerca de seu próprio local de trabalho, considerando ainda que esse espaço de trabalho esteja em plena construção, pode gerar alguns enviesamentos principalmente em relação à questão do distanciamento do objeto de estudo. Entretanto, tal posição também é extremamente estratégica para análise do campo. Afinal, o olhar a partir de dentro também é privilegiado – talvez seja posição única – desde que tomados certos cuidados, principalmente em relação à própria postura reflexiva e crítica do pesquisador. Porém, para minimizar distorções, tal posição exige o cuidado constante de retirar algumas vezes o foco do objeto e buscar, como fundamental, a visão geral: perceber, contextualizar e criticar os diversos aspectos e complexidades envolvidas, buscando entende-las à luz de experiências descritas em literatura.

Nossa inserção no processo de expansão da ESF, especialmente no que concerne à formação dos médicos de família e comunidade, proporciona esse ponto de vista estratégico. E esta pesquisa, portanto, trata da possibilidade de pensá-lo desde dentro, buscando uma análise de suas questões-chave.

Além disso, ao analisar um objeto que está em pleno processo de implantação (sem a "cristalização" dos processos antigos), este estudo pretende contribuir com reflexões críticas para seu próprio desenvolvimento e de outras iniciativas que a ele se assemelham.

Minayo (2010, p. 390) fornece algumas ideias essenciais para a compreensão do lugar do sujeito-autor:

Portanto, a pesquisa qualitativa proposta aqui reconhece que o ser humano quando vive seus dramas de saúde e de enfermidade não é apenas um sujeito sujeitado, esmagado e reprodutor das estruturas e relações que o produzem e nas quais ele se constitui. É, ao contrário, um sujeito-autor, um construtor de sentidos e de rumos sobre sua vida e sobre sua morte. (Minayo, 2010, p. 390)

Este é um de estudo de abordagem qualitativa, uma espécie de reconstrução de trajetória, que trata em relato as experiências vividas nos dois Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade – um enquanto médico residente, outro enquanto médico preceptor – e que está complementado por análise documental e crítica. Tal metodologia é a adequada ao objeto de estudo em construção. É a mesma Minayo (2010, p. 57) que nos auxilia a entender o método e suas possíveis aplicações, como neste caso:

Este método é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...]. Este tipo de método tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. (Minayo, 2010, p. 57)

2 Referencial teórico-conceitual

2.1 A especialidade Medicina de Família e Comunidade

Não precisamos saber apenas que doença a pessoa tem, mas que pessoa tem essa doença. — Oliver Sacks.

A Medicina de Família e Comunidade pretende formar profissionais médicos capazes de trabalhar na Atenção Primária em Saúde; ainda é necessário explicar que não se trata do somatório de conhecimentos de diversas especialidades médicas (Anderson et alii, 2007), mas de uma área de conhecimento com atribuições específicas e definidas.

O que define a Medicina de Família e Comunidade – como especialidade dentre as demais especialidades médicas – consiste em, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde de uma pessoa. Entendese, assim, que a MFC seja inseparável dos serviços de Atenção Primária à Saúde (Anderson et alii, 2005) e, paralelamente, que o escopo de atributos da MFC – principalmente a integralidade ou holismo – confira à MFC importante papel generalista. Nesse sentido, a especialidade Medicina de Família e Comunidade poderia ser considerada como o oposto das especialidades.

McWhinney (2010) reuniu e apresentou os atributos principais da MFC: competência técnica na resolutividade dos problemas de saúde das pessoas (e seus devidos encaminhamentos quando necessários), reconhecimento como um recurso pela comunidade, realização de abordagem integral da pessoa e a coordenação do seu cuidado. McWhinney (2010) também definiu quatro competências próprias a essa especialidade: a solução de problemas que se apresentam indiferenciados; as competências preventivas; as terapêuticas (de problemas frequentes de saúde) e a competência de gestão de recursos. O campo de estudo da MFC articula-se com as demais especialidades médicas, com outros núcleos profissionais da saúde e, também, com outras áreas do conhecimento humano, como a antropologia, a comunicação e a sociologia.

A formação de profissionais de saúde, principalmente através de modelos baseados na formação em serviço, é questão chave para a qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (Anderson et alii, 2007; Campos e Izecksohn, 2010; Knupp, 2012) e podemos explicar a urgência de formação de médicos na área de Medicina de Família e Comunidade com apenas este fato: segundo as pesquisas do Conselho Federal de Medicina, na Demografia Médica (Conselho Federal, 2013) há 3.253 médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade atuantes no Brasil. Se considerarmos as cerca de 32 mil equipes de saúde da família atuantes no momento, teremos que somente 10% são especialistas em medicina da família e comunidade (Brasil, 2012).

2.2 Atenção Primária em Saúde

O Brasil adotou alguns exemplos exitosos de outros países para aprimorar algumas diretrizes de seu Sistema Único de Saúde e adaptá-lo a suas próprias particularidades. Em alguns países, como Canadá e Inglaterra, o sistema de saúde é centrado na Atenção Primária em Saúde (APS). Starfield (2002) apresenta seu conceito básico relacionando atributos da APS: o primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade. Nos países citados, a APS, como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, pretende ser referência para o cidadão integralmente (ou seja, o cidadão potencialmente recebe assistência em todas suas questões de saúde), no decorrer do tempo de sua vida (em que se aplica a longitudinalidade). Transversalmente a essas ações, a APS realiza a coordenação do cuidado pela articulação com os demais serviços da rede de saúde. Tal modelo de organização dos serviços de saúde vem se consolidando em diversos países e serve, atualmente, como inspiração para o sistema público de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

No Brasil se desenvolve um programa de atenção primária (ou básica, como é denominado pelo Ministério da Saúde, que utiliza o termo hoje por razões históricas) organizado em nível nacional a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Porém, somente desde 2006, com a transformação de Programa em Estratégia Saúde da Família (ESF), a atenção primária no Brasil efetivamente deixou de ser mais um dos programas de governo. Há a proposta de que a ESF venha a organizar e coordenar os serviços em saúde, bem como cumprir o papel de porta de entrada preferencial do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2012). Na maioria das cidades do país, o SUS e a própria ESF estão em plena construção.

A Estratégia Saúde da Família trabalha com população e território definidos (Ministério da Saúde, 2012), tendo como pressuposto um amplo reconhecimento de características peculiares de cada território, o que demanda do profissional capacidade de manejar e aplicar conhecimentos de diversos campos da saúde e das ciências humanas.

2.3 Modalidades de especialização médica no Brasil

Hoje, no Brasil, existem três modelos para o médico realizar ou receber seu título de especialista: a) a residência médica, baseada essencialmente pela formação em serviço com ampla carga horária de treinamento (60 horas semanais); b) cursos de especialização ou pós-graduação com carga horária reduzida e caráter teórico majoritário; e c) provas de títulos associadas a provas teóricas para comprovação de conhecimentos específicos de determinada área. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família, por exemplo, titula médicos especialistas que tenham pelo menos quatro anos em serviços de atenção primária documentados e obtenham nota mínima em prova teórica.

Dentre essas modalidades, considerando as complexidades da formação médica, a modalidade de Residência Médica, é reconhecida como padrão-ouro (Knupp, 2012; Brasil, 2013c; Anderson e Rodrigues, 2008). Países como Inglaterra, Canadá e Holanda, que contam com sistemas de saúde de uso universal e forte APS, têm política para controlar e regular as vagas de residência médica. Dessa forma, para um médico atuar no sistema de saúde nacional, necessariamente, precisa ter feito curso de residência médica. Do total de vagas oferecidas em cursos de residência médica nesses países, em torno de 40% são de Medicina de Família e Comunidade. No Brasil, cerca de 1/3 do total de graduandos ficam sem uma vaga nos cursos de residência. Do total de vagas de todos os cursos, apenas 8% destinam-se à Medicina de Família e Comunidade.

Até o presente momento, no Brasil ainda não é obrigatório possuir qualquer tipo de especialização para exercer a função de médico de família e comunidade. Isso pode ser explicado pela desproporção entre a demanda por médicos praticamente em todas as regiões do país, principalmente Norte e Nordeste, além de periferias das grandes capitais, e a oferta de vagas nos cursos de residência. Entretanto, a obrigatoriedade de ter realizado a Residência Médica é aspecto fundamental a ser alcançado, como aponta a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Há a indicação de aumentar o número de vagas em cursos de Residência Médica em todo o país, para que

todo egresso da graduação tenha oportunidade de fazer sua especialização em serviço (Brasil, 2013c).

Em âmbito nacional, alguns movimentos estão ocorrendo em paralelo: a expansão e consolidação da APS sob o formato de ESF e a recente valorização da especialidade de MFC, como principal especialidade para atuar na APS. Ainda encontramos lugares em que a APS funciona com a lógica de atendimento dividida e compartimentada em Clínica Geral, Ginecologia-obstetrícia e Pediatria. A meta do Ministério da Saúde é tornar a APS a principal porta de acesso aos serviços de saúde, concentrando a coordenação do cuidado, preferencialmente com profissional médico de família. Não por acaso, muitas das atribuições da APS são coincidentes com as da MFC (McWhinney, 2010; Starfield, 2002).

2.4 A Residência em Medicina de Família e Comunidade

A modalidade de especialização pelo trabalho é defendida por vários autores. Segundo Feuerwerker (2009), ao

considerar a importância que o trabalho vivo e as tecnologias leves¹ têm dentro da organização do trabalho em saúde, a possibilidade de organizar a formação "em ato", no momento da produção do "encontro" entre trabalhador e usuário, é extremamente interessante. Ela pode ser usada hegemonicamente, subordinando as relações aos procedimentos. Mas também pode ser usada inventivamente, possibilitando a abertura para o desafio para ampliar a escuta, produzir novas tecnologias de cuidado, ampliar a construção compartilhada de projetos terapêuticos com a participação do usuário. (Feuerwerker, 2009, p. 229-230)

Concordamos com a autora quando diz que,

se a especialização pelo trabalho é construída de modo articulado, envolvendo gestores, trabalhadores, residentes e usuários, ela pode se configurar como agenciamento em defesa da vida. Se envolve instituições formadoras e de serviço, pode contribuir para a inovação

_

¹ Os estudos de Emerson Elias Merhy (1997, 2002) propõem: as "tecnologias leves", que associam a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão.

de práticas de saúde e de formação, num formato raro na graduação (baseado no encontro entre as profissões, pensada sempre por profissão). (Feuerwerker, 2009, p. 229-230)

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) aponta algumas direções sobre a organização de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade em consonância com as propostas do SUS e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Há menção especial no que diz respeito à atividade de preceptoria² ou supervisão em serviço. Em texto de 2007, a SBMFC

entende que a preceptoria é uma atividade eminentemente presencial, sobretudo, no que toca às práticas de consultório, considerando-se em caráter de exceção algumas situações específicas. Mesmo nesses casos que fogem à regra não se pode dispensar a preceptoria presencial em grande parte das atividades desenvolvidas pelo residente. (Anderson et alii, 2007, p. 197)

Campos e Izecksohn, em 2010, descreveu o perfil de evolução dos PRMFC no Brasil, em que direções apontam e como indicam questões extremamente pertinentes no panorama atual:

a Residência em MFC foi reformulada e buscou acompanhar a evolução da trajetória da APS no país. Dessa forma, avalia-se que essa especialidade tem consonância com a política vigente e deve ser cada vez mais estimulada a preencher as necessidades de recursos médicos qualificados para as tarefas de assistência, ensino e pesquisa no país. Há uma enorme defasagem entre as vagas oferecidas e a demanda dos municípios brasileiros por este especialista. A existência de 1.047 vagas em MFC, por ano, no Brasil, está muito aquém da necessidade do SUS, haja vista a meta do Ministério da Saúde de implantar um total de 40 mil equipes de Saúde da Família em médio prazo. A tendência à municipalização dos programas de Residência Médica em MFC deve ser avaliada em mais detalhe buscando estimar seus eventuais pontos positivos e negativos. (Campos e Izecksohn, 2010, p. 154)

_

² Tarefas e funções do preceptor estão explicadas aqui, em 2.5.

Nesse contexto a formação específica em MFC é extrema e estratégica para a consolidação de um projeto de sistema nacional de saúde no Brasil, pelo que os autores também estão de acordo, ao ressaltar a importância da formação em Medicina de Família: "[...] em qualquer cenário futuro, a Residência em MFC deverá estar colocada como prioridade máxima visando à consolidação do SUS em nosso país" (Campos e Izecksohn, 2010, p. 154).

2.5 Preceptoria em MFC

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) define a proporção de um preceptor para, no máximo, seis residentes. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família não aponta nenhum modelo específico de preceptoria em suas publicações. Os PRMFC, por sua articulação com os serviços de saúde em que estão inseridos – geralmente ligados à gestão municipal (Campos e Izecksohn, 2010) –, comportam variados modelos de preceptoria e inserção do médico residente. Uma peculiaridade e provavelmente uma exclusividade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade é a presença integral do preceptor junto ao residente (Knupp, 2012), devido à abrangência de ações e complexidade dessa especialidade. Na prática, sempre há um preceptor disponível em uma unidade de saúde para apoiar os médicos residentes. Em outros Programas de Residência Médica, a supervisão dos preceptores é parcial (geralmente concentrada em determinados horários do dia ou da semana), entenda-se que não está disponível em todos os momentos de desempenho dos médicos residentes.

3 Descrição de dois programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

A seguir faremos uma descrição de dois programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, com a perspectiva de um olhar comparativo, partindo da experiência do pesquisador-mestrando.

3.1 Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre

A descrição é derivada de experiência vivida como médico-residente do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, entre fevereiro de 2009 e janeiro de 2011. O Programa de Residência é bastante tradicional: teve sua primeira turma no início dos anos 1980 e, ao longo do tempo, sofreu algumas alterações de acordo com momentos específicos, como variações em relação ao número de vagas, mas o modelo atual está relativamente consolidado.

Os médicos residentes (22 por ano) são alocados em 12 unidades básicas de saúde de caráter docente-assistencial localizadas nos bairros da zona Norte de Porto Alegre (RS). Tais unidades de atenção primária são anteriores ao próprio Programa Saúde da Família (iniciado no Brasil em 1994) e, assim, guardam certas peculiaridades e características próprias em relação ao projeto nacional de Atenção Básica que, desde 2006, é denominado Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006). A primeira unidade de atenção básica do GHC criada foi a de Conceição, que faz a cobertura de saúde dos moradores vizinhos ao Hospital Nossa Senhora da Conceição. No princípio, essa unidade funcionava dentro do próprio hospital, logo recebendo sede própria em um imóvel nas redondezas. A experiência foi exitosa do ponto de vista dos moradores. Ao longo dos anos 1980, associações comunitárias de bairros vizinhos localizados na zona Norte da cidade organizaram-se para solicitar serviço semelhante, constituindo o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) com 12 unidades.

As peculiaridades em relação à ESF são relacionadas à cobertura das áreas, á vigilância em saúde, à composição da equipe, a carga de trabalho e o vínculo profissional. Assim como a ESF, as unidades do SSC trabalham com base populacional

definida por territórios. Uma equipe de ESF é composta basicamente de um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e cerca de seis agentes comunitários de saúde, trabalhando durante 40 horas semanais. Pela dificuldade de contratação de um profissional médico, em alguns locais é admitido o vínculo de 20 horas semanais. A ESF estipula cerca de 2.500 a 3.500 pessoas por equipe, de acordo com as vulnerabilidades específicas de cada território (Brasil, 2012). As equipes do SSC têm composição diversa, assim como os territórios adscritos por cada unidade têm populações maiores: variando entre 4 e 15 mil pessoas (Comissão de Residência, 2013). A ESF tem bases estruturantes definidas pelo Ministério da Saúde, mas a administração direta é realizada em âmbito municipal, inclusive na contratação de profissionais, através dos mais diversos tipos de vínculo em todo o país. O GHC é uma instituição federal. A forma de contratação dos profissionais é via concurso público, com contrato celetista. A carga horária dos profissionais é 30 horas semanais, o que corresponde a 6 horas diárias. Assim, na prática, as equipes se subdividem entre os turnos da manhã e da tarde, com a intersecção dos horários do meio-dia (entre 12 e 14 horas) em que os profissionais se encontram para reuniões de trabalho, almoço no trabalho e atividades de educação permanente.

As equipes são multiprofissionais: além de médico e enfermeiro, as doze equipes apresentam composições variáveis de profissionais odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas, bem como residentes dessas categorias profissionais. Desde 2004 funciona no mesmo Serviço de Saúde Comunitária, a Residência Integrada em Saúde (RIS), para especialização em serviço de atenção primária daqueles mesmos profissionais. Na prática, esses residentes também compõem as equipes, recebem supervisão em serviço e compartilham algumas disciplinas com os residentes médicos (o Currículo Integrado, que descreveremos a seguir).

A rotatividade de profissionais entre as unidades acontece com relativa frequência, mas poucos profissionais pedem demissão do GHC, o que facilita a continuidade do trabalho, um dos atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS) (Starfield, 2002).

No Brasil o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade é cumprido em dois anos. A carga horária nos é de cerca de 60 horas semanais. No programa do GHC, a carga horária é cumprida com 50 horas, de segunda a sexta, das 8 às 18 horas, com cerca de 6 horas de atividades teóricas divididas ao longo da semana, além de 12 horas de plantões noturnos no GHC. Entre o 1º e o 2º anos a grande diferença é o aumento da quantidade de estágios paralelos fora da unidade de saúde,

realizados geralmente em setores do próprio GHC, bem como os dois estágios optativos (cada qual com um mês de duração) em serviços de atenção primária a serem escolhidos pelos residentes em qualquer serviço do Brasil e do mundo.

As atividades teóricas ao longo dos dois anos de programa são basicamente:

- a) os encontros semanais de Núcleo com 2 horas (entre os profissionais da mesma categoria, no caso dos médicos, para discussão de ferramentas prioritariamente médicas, como o método clínico centrado na pessoa, além do registro clínico, ferramentas de abordagem pessoal e familiar, temas como abordagem de situações terminais e medicina do trabalho);
- b) os encontros ditos de Campo, em forma de disciplina denominada Currículo Integrado de cerca de 2 horas semanais: entre profissionais e residentes de diversas categorias, com objetivos comuns na APS, como entender a integralidade, ferramentas para conhecer o território, construção de modelo lógico para esclarecer problemas, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade;
- c) nos seminários de temas clínicos realizados nas unidades de saúde com o corpo médico local de cerca de 1 hora;
- d) e nas atividades teóricas de campo também realizadas nas unidades de saúde também com cerca de 1 hora de duração semanal.

Estágios:

- 1º ano: estágio semanal de um turno (4 horas):
- a) cirurgia ambulatorial,
- b) ginecologia e
- c) pediatria.
- 2º ano: estágios em blocos mensais, com carga horária variável:
- a) 2 meses de optativo a serem escolhidos pelo médico residente em outros serviços relacionados a APS,
- b) 2 meses em setor específico de Medicina Interna (Clínica Médica) do GHC para internação de pacientes oriundos do SSC. Este setor é uma parceria dos Serviços de Saúde Comunitária e da Medicina Interna. A supervisão é realizada por médicos internistas por formação; porém com olhar, de certa forma, ampliado para aquelas pessoas internadas. Assim, o residente tem a oportunidade de acompanhar alguns de seus pacientes durante o momento intrahospitalar, bem como a possibilidade de acessar o médico de família (via telefone, e-mail ou, por vezes, de forma presencial) específico de determinado paciente para entender aspectos de sua história e contexto familiar ou

comunitário. Nesse estágio o residente imerge no ambiente hospitalar e tem apenas três turnos semanais para atender seus pacientes na unidade de saúde;

- c) um mês no serviço de Dermatologia Sanitária realizado todas as manhãs. Este estágio contempla também ambulatório para pessoas convivendo com HIV/SIDA;
- d) 2 meses em estágio de Gerenciamento com encontros semanais teóricos e construção de projetos de intervenção gerencial em nível local;
- e) 2 meses em estágio com profissionais matriciadores de Psiquiatria (cerca de cinco turnos semanais);
- f) 2 meses em Ambulatório de Patologia Cervical e Inserção de Dispositivo Intrauterino no GHC (quatro manhãs), além de um turno semanal no programa De Volta Pra Casa (para abordagem de famílias com crianças em situação de internação hospitalar e aprofundamento em ferramentas de abordagem familiar, como genograma).

No primeiro mês de trabalho, o médico residente passa por um período de familiarização com o serviço; nesse momento ainda não realiza atendimentos. Observa e conhece a organização, a dinâmica do serviço e o trabalho específico dos demais membros da equipe (agentes comunitários, agentes administrativos, técnicos de enfermagem, médicos e demais profissionais). Assim, no 2º mês o médico residente inicia os atendimentos individuais nas consultas, que correspondem a cerca de 60% de seu tempo de trabalho. No 1º ano é recomendado que o médico residente realize atendimentos individuais em seis de seus dez turnos semanais. Os demais são destinados às atividades teóricas (dois turnos), visitas domiciliares (um turno) e atividades em grupo (um turno).

Ao longo do ano, o tempo destinado às consultas é paulatinamente diminuído, à medida que novas ferramentas clínicas e comunicativas são adquiridas. Nos quatro primeiros meses é recomendável que o turno de consultas seja dividido em tempos de 40 minutos. Nos próximos quatro meses, o tempo é reduzido para 30 minutos. E é desejável que esse tempo seja de 20 minutos no 2º ano de residência. Esse aspecto é fundamental para aquisição de ferramentas de gestão clínica, no sentindo de potencializar o tempo do médico. Tais ferramentas incluem aspectos intrínsecos como a gestão do tempo e a gestão da capacidade comunicativa. O tempo de consulta tem relação direta com a capacidade de acesso da população ao seu médico de referência, ressaltando a importância fundamental da atenção primária em saúde como principal contato da população com os serviços de saúde. A aquisição paulatina de ferramentas de

comunicação clínica com as pessoas assistidas por seu MFC proporciona maior clareza de objetivos durante o atendimento, fato que contribuirá tanto para resolutividade das questões de saúde quanto para a gestão do tempo (Sucupira, 2007).

No cotidiano, o médico residente é mais um médico da equipe. Os casos são discutidos com os médicos preceptores (sempre há presença de algum preceptor nas unidades pois que a presença integral de preceptoria é característica dos programas de residência em medicina de família e comunidade).

E a população em geral tem maior vínculo com os profissionais que trabalham há mais tempo nas unidades. O médico residente, porém, tem grande carga horária nas unidades e, assim, participa ativamente do processo de trabalho. O fato do Programa de Residência funcionar desde alguns anos tende a facilitar o entendimento do processo de aprendizagem e formação para a população e para a equipe.

Ao longo dos dois anos, o médico residente desenvolve um trabalho de conclusão de curso, baseado em aspectos do trabalho em atenção primária em saúde, especialmente em seu serviço.

Carga horária básica esquemática de PRMFC-GHC do residente de 1º ano: plantões noturnos semanais, respeitando 4 horas de descanso pela manhã, caso o plantão ocorra durante a semana)

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã (8-12h)	Atendimento	Estágio hospitalar	Atendimento	Atendimento	Atendimento
Tarde (13-18h)	13-14h Reunião de equipe 14-18h Atendimento	13-16h Atendimento 16-18h Momento teórico: Currículo Integrado	13-14h Reunião de equipe 14-16h Grupo 16-18h Momento teórico – Núcleo	13-14h Momento teórico da unidade de saúde 14-18h Atendimento	12:30-13:30h Reunião de Preceptoria ou Discussão de Casos 13:30-18h Atendimento

Nota: Elaboração e adaptação do autor a partir de orientações da CNRM.³

Esta grade é esquemática, afinal, a cada estágio complementar, a grade sofre pequenas alterações entre turnos de atendimento na unidade de saúde e os turnos nos estágios. A carga horária dos momentos teóricos é mantida.

_

³ A CNRM define a proporção de atividades práticas e teóricas dos Programas de Residência Médica: 80 a 90% de carga prática e 10 a 20% de carga teórica. Nesse caso são 6 horas semanais de carga teórica, cerca de 10% da carga horária total do Programa de Residência, considerando as 12 horas semanais destinadas para os estágios em plantões de emergência.

Carga horária básica de PRMFC-GHC do residente de 2º ano: também com 12 horas de plantões semanais, não incluídas no esquema

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã (8-12h)	Atendimento	Estágio hospitalar	Estágio hospitalar	Estágio hospitalar	Atendimento
Tarde (13-18h)	13-14h Reunião de equipe 14-18h Atendimento	13-16h Atendimento 16-18h Momento teórico: Currículo Integrado	13-14h Reunião de equipe 14-16h Grupo 16-18h Atendimento	13-14h Momento teórico da unidade de saúde 15-18h Momento Teórico: Núcleo	12:30-13:30h Reunião de Preceptoria ou Discussão de Casos 13:30-18h Atendimento

Nota: Elaboração e adaptação do autor a partir das orientações da CNRM. As proporções de carga prática ou teórica não sofrem alterações do 1º para o 2º ano do PRMFC.

3.2 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

A partir de 2009, a rede de atenção primária em saúde do Rio de Janeiro recebe fortes investimentos e entra em franca expansão. A cobertura então de 3% da população chega a 41%, em maio de 2013, com metas de chegar a 70% em 2016 (Rio de Janeiro, 2013c).

O vínculo empregatício (pelo contrato celetista) acontece através de Organizações Sociais (OS), contratadas pela Secretária Municipal de Saúde para gerir a contratação e administração dos profissionais. A medida controversa poderia ser justificada por tornar mais ágil o processo de expansão vertiginoso. A opção pela administração privada da contratação e administração do vínculo empregatício é amplamente criticada sob o argumento de que seria um caminho para a privatização do Sistema Único de Saúde. A gestão municipal da saúde do município argumenta assegurando que as decisões técnicas e de planejamento sempre serão tomadas pelos gestores governamentais. O outro argumento para a utilização das OSs é a atual lei de

responsabilidade fiscal vigente no país, que inviabiliza o pagamento de salários profissionais compatíveis com os do mercado de trabalho.

A partir de 2009, diversas unidades, as chamadas clínicas da família, são inauguradas na cidade, baseadas nos princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF). Em algumas unidades antigas de atenção primária, os Centros Municipais de Saúde (CMS), coexistem as novas clínicas da família, às vezes no mesmo espaço físico. Os antigos CMS constituíam a rede de atenção primária da saúde, sem base territorial, porém com vigilância em saúde (campanhas de vacinação e programas estratégicos como tuberculose), com o trabalho dividido entre profissionais médicos das grandes áreas (clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia).

Em 2011, o pesquisador passa a exercer função de médico de família e comunidade no antigo (a fundação data de 1982) e então reinaugurado Centro Municipal de Saúde Albert Sabin, uma unidade básica de saúde localizada na Rocinha. A partir de sua reinauguração, essa unidade de saúde passa a adotar a ESF, contando com seis equipes.

A equipe que atende a localidade da Macega, do qual o pesquisador faz parte, é das mais precárias da comunidade, tem alto número de casos de tuberculose, esgoto a céu aberto, não tem coleta de lixo, há dificuldade de acesso por becos de lama e é alto o número de habitações insalubres. A equipe, composta por agentes de saúde da comunidade, é bastante empenhada e, em cerca de seis meses, realizou o cadastramento da área: obteve dados de saúde e vida da população para articular estratégias para o enfrentamento das principais questões. O volume de atendimentos é muito grande, cerca de quarenta consultas por dia (em oito horas de trabalho). Diante dessas atuações, rapidamente a equipe é reconhecida pela população como importante recurso para atendimento e melhoria do atendimento a suas necessidades de saúde.

Os desafios tornam-se cada vez mais claros, a rede de serviços em saúde apresenta muitas lacunas, principalmente em relação ao acesso a serviços secundários (consultas especializadas) e terciários (alta complexidade e internação hospitalar). Setores essenciais são incipientes (como o de serviço social) e inconsistentes (como a educação básica). Dentro da unidade de saúde, a maior parte dos profissionais ainda não estava familiarizada com aspectos fundamentais da prática de serviços de atenção primária: a escuta cuidadosa, a responsabilização e o vínculo com os pacientes não eram o eixo norteador. A maioria das equipes baseava seu trabalho em consultas rápidas, com pouca disponibilidade para os pacientes.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Entre 2011 e 2012 houve considerável expansão dos programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade da cidade do Rio de Janeiro, especialmente nas vagas oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e UERJ, como pode ser visualizado no quadro a seguir.

PRM – Instituição	2011	2012
UERJ	10	30
UFRJ	2	4
ENSP	2	4
SMSDC	0	60
TOTAL	14	98

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (Comissão Nacional, 2012).

A partir da expansão da rede de atenção primária, os cursos de graduação em Medicina finalmente passam a dispor de campo de estágio para vivências e formação de seus alunos. Um bom exemplo: desde o ano de 2011, todos os alunos do Internato Médico da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) realizam estágio obrigatório nas unidades de ESF do município, algo inédito anteriormente nessa cidade.

Em 2012, menos de 10% dos médicos da ESF da cidade do Rio de Janeiro (seguindo a média nacional) tinham especialização ou residência em MFC. A gestão faz opção pela qualificação dos profissionais pela formação em serviço através do Programa de Residência.

No inicio de 2012, o pesquisador passa a trabalhar como preceptor do projeto do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde. O projeto objetiva povoar os serviços de atenção primária com médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade. O PRMFC-SMSDC-RJ iniciou-se em março de 2012; é, portanto, bastante recente e sua programação completa ainda está em desenvolvimento. As próprias equipes de saúde da família ainda têm certa dificuldade em compreender as peculiaridades de um programa de formação em serviço, como a necessidade de espaços formais para discussão de casos e temas relevantes para Atenção Primária. Um exemplo desse momento inicial pode ser observado no fato de que os estágios complementares, em outros níveis de atenção, ainda não estão

completamente definidos. A tendência é o fortalecimento dos espaços dentro das unidades de ESF, incluindo o apoio matricial de outras especialidades e profissões como potenciais campos de aprendizado.

As bases do PRMFC-SMSDC-RJ são o apoio presencial da preceptoria e a imersão do residente numa equipe da ESF durante os dois anos do curso. O Programa de Residência está espalhado e inserido no cotidiano de trabalho das unidades de saúde da ESF (denominadas exclusivamente na cidade de "Clínicas da Família") em diversos bairros.

Dez unidades da cidade são escolhidas (baseadas em localização, espaço físico e composição das equipes) para receber os programas de residência, que se iniciou em março de 2012. Como a unidade em que eu trabalhava não receberia o PRMFC optei por deslocar-me para a Clínica da Família Felippe Cardoso, no bairro da Penha, zona Norte do Rio de Janeiro. Nessa unidade funcionam 13 equipes de saúde da família, com dez equipes recebendo o Programa de Residência Médica e com a disponibilidade de cinco médicos preceptores, como exemplificado a seguir.

São oferecidas 60 vagas para os residentes em toda a cidade. O desenho do programa prevê um médico preceptor para duas equipes, com um médico residente de 1º ano por equipe. Assim no primeiro ano desse programa de residência (2012), o preceptor é responsável por duas equipes e dois residentes de 1º ano. Do ponto de vista da formação, desde 2012, a equipe passou a ter em seu corpo o médico residente de 1º ano e o médico preceptor, que também divide o seu trabalho com outra equipe. A partir de 2013, com a entrada dos novos residentes de 1º ano, o desenho estará, digamos, completo: a equipe contaria com dois residentes (um de cada ano) e o médico preceptor.

O modelo de preceptoria do PRMFC da SMSDC pressupõe que um preceptor seja a referência para quatro residentes (dois residentes de 1º ano e dois residentes de 2º ano) em duas equipes de ESF, assim cada equipe conta com dois residentes: um de 1º ano (R1) e um de 2º ano (R2). As atividades principais do preceptor são prover suporte em forma de atendimento e discussão de casos, e a organização da equipe, além de apoiar os demais membros da equipe (agentes comunitários de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Há também participação ativa na gestão, como os demais trabalhadores referidos; porém, com grande responsabilidade de promover discussão e aperfeiçoamento dos processos de trabalho. Aqui trazemos à tona nosso questionamento: como é possível equilibrar e conciliar o cuidado das pessoas com a criação de campo de ensino para os residentes, mesmo considerando esses objetivos indissociáveis e interdependentes?

O foco do PRMFC da SMSDC é a formação do médico residente como eixo principal da expansão da APS na cidade do Rio de Janeiro. O médico residente, ao ingressar no programa, torna-se um dos médicos de determinada equipe – em conjunto com seu preceptor e por ventura o residente do ano anterior – assumindo paulatinamente todas as funções de um médico de família e comunidade de uma equipe de ESF. O médico residente experimenta intensamente, desde o início, as vivências de ser referência médica de determinada população. A experiência da formação é muito próxima da experiência real de ser o médico de família de uma equipe de ESF, dado que pode gerar algumas questões fundamentais para a discussão desse modelo de residência. Justamente no momento de implantação da ESF encontra-se o grande desafio, que evidencia as dificuldades advindas do desconhecimento da proposta por parte da população e por grande parte dos demais trabalhadores em saúde. Outro dado importante é o contexto histórico e político das comunidades atendidas pelas ESF com PRMFC. As unidades de ESF que recebem o PRMFC localizam-se frequentemente em áreas historicamente abandonadas (durante dominação territorial por grupos associados ao tráfico de drogas nos últimos 30 anos) pelos serviços públicos como, por exemplo, os bairros da Rocinha e o Complexo da Penha. Nesses bairros existem poucos equipamentos sociais de apoio. Não há, por exemplo, grupos e associações comunitárias permanentes, correios, serviço social, escolas profissionalizantes nem áreas de lazer. E não somente do setor saúde, mas de outros setores fundamentais que acabam por criar condicionantes para a saúde. Tal precariedade acaba por constituir as unidades de ESF como referências centrais para a população.

Os médicos residentes cumprem 40 horas de trabalho semanal na unidade de saúde e, destas, cinco horas são destinadas a atividades teóricas. Os turnos de atendimento contemplam momentos de atividades em grupo, visitas domiciliares, reuniões de equipe e, naturalmente, o atendimento em forma de consulta. Geralmente as 40 horas são cumpridas em quatro dias da semana, com a permanência do médico residente por dez horas na unidade de saúde. A carga de trabalho é complementada com doze horas destinadas a plantões hospitalares ou estágios em unidades secundárias, como, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No primeiro ano do Programa os momentos teóricos semanais acontecem em formato de aula que contempla os grandes temas da medicina de família: pré-natal, puericultura, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, tuberculose, abordagem familiar, saúde do homem, vigilância em saúde, doenças prevalentes na infância,

doenças sexualmente transmissíveis, fases da consulta e registro médico orientado por problemas, trabalho em equipe e atendimento domiciliar, entre muitos outros.

Carga horária esquemática do PRMFC-SMSDC RJ do médico residente de 1º ano

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã (8-12h)	Atendimento	8-9h Discussão de casos 9-12h Visita Domiciliar	8-9h Discussão de casos 9-12h Atendimento	Atendimento	Estágio
Tarde (13- 19h)	Atendimento	13-16h Atendimento 16-19h Aula semanal	13-16h Reunião de equipe 16-17:30h Reunião de Residentes 17:30-19h Reunião Geral da Unidade de Saúde	13-16h Atendimento 16-19h Grupo	(Sem atividades)

Nota: Elaboração e adaptação do autor a partir de orientações da coordenação do PRMFC-SMSDC-RJ baseadas em orientações da CNRM. Notar que 10% da carga total é destinada a atividades teóricas.

Lista de temas das aulas teóricas do 1º ano do PRMFC-SMSDC-RJ

		Τ
Bases da Medicina de	e Família e Comunidade	
Dases da Miculcina di	z Familia e Comunidade	

Carteira de serviços da APS

Método clínico centrado na pessoa

Oficina de territorialização

Assistência farmacêutica

Ferramentas reorganizadoras da APS

Como pesquisar, atualizar-se e estudar no dia a dia

Sistema de informações

SISREG (Sistema de Regulação)

Rastreamento

Pré-natal Puericultura Hipertensão arterial sistêmica Menopausa Dispepsia Fases da consulta Diabetes Asma Risco e prevenção Elementos da diagnose Queixas comuns de vias aéreas superiores (otites, IVAS, amigdalites, sinusites, pneumonia) Doença pulmonar obstrutiva crônica e exacerbações Problemas mais comuns no recém nato e lactente Risco cardiovascular Corrimentos/doenças sexualmente transmissíveis Autocuidado do residente em MFC Saúde mental (cerca de 6 encontros) Insulinização do paciente Contracepção Ferramentas do MFC (genograma, ecomapa, abordagem familiar) Saúde do homem (próstata, disfunção erétil, gênero, violência, cultura da paz) Tuberculose (diagnóstico, tratamento e manejo) Ciclo de vida HIV – AIDS Dor de cabeça Tonteiras e síncope Atestados e laudos Saúde do idoso Tabagismo Afecções do trato urinário (infecções e incontinência) Visita domiciliar Insuficiência cardíaca congestiva Dor torácica Vigilância em saúde: trabalho em equipe

Sangramento uterino disfuncional e amenorréia

Uso racional e como desprescrever medicações

Avaliação do paciente pré-operatório

Abordagem comunitária

Fonte: PRMFC-SMSDC-RJ, 2013, Aulas R1 (Rio de Janeiro, 2013b).

No segundo ano do Programa, os momentos teóricos semanais são divididos e alternados em dois grandes eixos. A cada 15 dias há reuniões para elaboração orientada de revisões de temas comuns do núcleo da Medicina de Família e Comunidade. Os residentes são divididos em grupos de cinco, sendo um residente o responsável principal por determinado tema. Dessa forma, os cinco residentes participam da elaboração de determinada revisão. O residente responsável por cada tema apresenta um trabalho que é também seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A outra atividade alternada, que também ocorre a cada 15 dias, constitui as sessões de *Problems Basead Interview* (PBI), traduzido livremente para Entrevista Direcionada por Problemas. Trata-se de atividade para aprimoramento específico de questões de comunicação com pacientes em situação de consulta médica, intentando efetivar e desenvolver aspectos comunicativos que auxiliem na resolução de problemas dos pacientes (Sucupira, 2007). Para tal, utiliza-se de consultas gravadas em vídeo, com consentimento dos pacientes. Em cada sessão um preceptor ou residente leva uma consulta gravada em vídeo. O vídeo pode ser pausado em qualquer momento quando solicitado por qualquer participante. Há uma série de pequenas regras, como a de exigir um grupo fechado (ninguém pode entrar ou sair durante a sessão), a de discutir exclusivamente aspectos relacionados com a comunicação (assim, se houver questões clínicas pertinentes, elas não serão abordadas naquele momento), e reserva-se a quem leva o vídeo o direito de ser primeiro a comentar; os comentários, além de perguntas específicas, devem conter feedbacks e sugestões.

Esquema de carga horária do PRMFC-SMSDC RJ de residente de 2º ano

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã (8-12h)	Atendimento	8-9h Discussão de casos 9-12h Atendimento	8-9h Discussão de casos 9-12h 15/15 dias: Matriciamento Dermatologia/ Visita domiciliar	Atendimento	Plantão
Tarde (13- 19h)	Atendimento	13-16h Atendimento 16-19h Grupo	13-16h Reunião de equipe 16-17:30h Reunião de Residentes 17:30-19h Reunião Geral da Unidade de Saúde	13-16h Atendimento 16-19h Aula teórica: 15/15 dias: Problem Basead Interview (PBI)/TCC	Plantão

Nota: Elaboração e adaptação do autor a partir de orientações da Coordenação do PRMFC-SMSDC-RJ, baseados em orientações da CNRM.⁴

O papel específico de médicos preceptores e médicos residentes em relação ao atendimento da população é de responsabilidade compartilhada. O tempo de trabalho do preceptor é compartilhado entre suas equipes, participando de atendimento em conjunto com os residentes ou discutindo casos em separado, realizando atendimentos diretamente com os usuários (nessa situação, sem presença do residente), além de ser referência e apoio para os profissionais (enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) para as duas equipes. Os casos mais complexos invariavelmente são analisados e discutidos com os preceptores. E o processo de ensino e aprendizado é constantemente avaliado, com reflexão e busca de novos caminhos.

-

⁴ Notar que a carga teórica (sessões clínicas semanais de duas horas e aula teórica semanal de três horas) corresponde a cerca de 10% da carga horária total.

O processo de implantação e desenvolvimento do PRMFC-SMSDC-RJ está em plena construção, o trabalho demanda compromisso e envolvimento, de forma intensa e viva. Assim, há sempre a necessidade de manter espaços para reflexão e reformular planejamentos e, para tal, existem espaços para reuniões regulares mensais entre os preceptores e a coordenação. Nas Clínicas da Família, geralmente, ocorre uma reunião semanal entre preceptores para planejamento e avaliação de atividades. Evidentemente os residentes reúnem-se entre si, com preceptores locais e, sistematicamente, com a coordenação.

4 Análise crítica comparativa: discussão de modelos de residência sob o eixo de questões norteadoras da formação na especialidade

4.1 Modelos de atenção à saúde dos serviços

O "modelo" de atenção primária do GHC tem algumas peculiaridades em relação às orientações da Política Nacional de Atenção Básica que definem as atribuições dos serviços da Estratégia Saúde da Família, principalmente no tocante às composições profissionais das equipes e número de usuários por equipe. As equipes de saúde do SSC-GHC têm composições ligeiramente distintas da ESF, a proporção de usuários por profissionais é menor que na ESF (segundo a Política Nacional de Atenção Básica, de 2012, o número de usuários por equipe deveria variar entre 2.500 e 3.500 pessoas). Hoje, o modelo de atenção primária praticado pelo Grupo Hospitalar Conceição – único e exclusivo no Brasil por características históricas – ainda é referência para formação de médicos de família no Brasil. O tempo de atividade (cerca de 30 anos), a experiência acumulada com constantes reavaliações e a manutenção e estímulo à permanência de seus profissionais são importantes características que ajudam a entender os motivos de sua experiência bem sucedida. Essas pequenas diferenças influenciam diretamente no processo de aprendizagem dos médicos residentes, e ocorrem por razões históricas do Serviço de Saúde Comunitária, inaugurado em 1982, que seja, 12 anos antes do início da organização do Programa de Atenção Primária em nível nacional, o Programa Saúde da Família, iniciado em 1994. A menor proporção de usuários por profissionais certamente favorece o processo de aprendizagem, por haver um pouco mais de tempo para discussão e compreensão das situações individuais e coletivas de saúde. Um dado relevante está na atuação dos agentes comunitários de saúde. No SSC-GHC a proporção de agentes comunitários de saúde por população é ligeiramente menor (4 a 6 ACS para populações de 5 mil a 15 mil pessoas) que a preconizada pela PNAB 2012 (6 a 12 ACS por cada 2,5 mil a 3,5 mil pessoas – a população de uma equipe de ESF).

No modelo brasileiro de atenção primária em saúde ocorre o apoio direto de um profissional de saúde, oriundo da própria comunidade, dentre os agentes comunitários de saúde (ACS), importante elo entre os serviços de saúde e a população. Esse modelo de organização de trabalho na atenção primária em saúde baseada em um profissional

com uma relação horizontal e humanizada com a comunidade é pioneiro no Brasil para o enfretamento de questões de saúde. Trata-se de resposta para condições históricas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de determinados agravos, como a elevada taxa de mortalidade infantil, principalmente nos estados do Norte e Nordeste do país, além de periferias de grandes cidades.

A estratégia de trabalho baseada nos ACS surge no Ceará, nos anos 1980, pela necessidade premente de ações comunitárias em saúde e falência de um modelo de saúde baseado prioritariamente no profissional médico (Flores, 2007). Alguns anos mais tarde o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) serve como alicerce para a implantação do Programa Saúde da Família e confere o caráter inovador do modelo de atenção primária brasileiro, com base territorial, forte orientação comunitária e valorização de práticas populares de cuidado. No Rio de Janeiro, por exemplo, em algumas comunidades, como a Rocinha, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde foi fundamental para o enfretamento de agravos sérios e muito prevalentes (como a tuberculose). O PACS no Rio de Janeiro é anterior à própria expansão da APS na cidade: sua proximidade e conhecimento das condições de vida da população, além da experiência dos próprios profissionais são importantes para impulsionar o desenvolvimento da Atenção Primária nas comunidades. No contexto da formação médica brasileira, em que as universidades têm ensino fortemente baseado na doença e não na pessoa, considerando serviços de atenção primária com formação de médicos de família a atuação do ACS pode carregar importante papel educativo para os residentes, principalmente no tocante às ações de educação popular e humanização dos serviços.

O SUS pressupõe um modelo compartilhado de gestão entre as instâncias federal, estadual e municipal para atender e adequar suas ações a realidades locais de saúde e garantir autonomia para os municípios. No âmbito das ações locais em saúde, os municípios podem optar por aderir ou não à ESF. No caso de adesão, os municípios recebem incentivos financeiros federais por cada equipe da ESF. Para contratação dos profissionais de saúde, o vínculo empregatício é sempre realizado no âmbito municipal, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, 2012 (Brasil, 2012). Os municípios têm autonomia completa para escolher a forma de vínculo com seus profissionais.

Para a contratação dos profissionais que atuam na equipe, são apresentadas algumas modalidades de vínculo direto entre municípios e profissionais: contratos estatutários via concurso público, contratos via Consolidação de Leis de Trabalho (CLT) via concursos públicos, contratos emergenciais via concurso público (com curta duração, geralmente 1 a 2 anos). Em alguns casos, registrados de relatos de

profissionais, não existe nenhum vínculo formal empregatício: a contratação e os demais acordos de trabalho são verbais. Existe, ainda, outra situação comum, quando o vínculo é realizado por cooperativas de profissionais, que têm diversas formas de relação trabalhista. E outra situação apresentada é aquela em que o profissional é estimulado a criar a figura de pessoa jurídica para ser contratado como empresa autônoma.

Nos últimos anos passou a haver, também, a contratação de profissionais através de contratos terceirizados, um fenômeno crescente no Brasil, não somente no setor da saúde como em diversas modalidades de prestação de serviços. Em alguns municípios, como Rio de Janeiro e São Paulo, surgiram algumas entidades como Organizações Sociais (OSs) que fazem a administração de recursos humanos. Nessa situação o vínculo empregatício existe entre o profissional e a OSs. O município faz contrato com a OSs para a prestação de serviços, com determinada taxa de administração. Tal medida é justificada para tornar mais ágil a contratação dos trabalhadores – a atual legislação trabalhista municipal dificultaria contratações rápidas de profissionais – e contornar aspectos previstos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Nesse contexto, a LRF impede a situação em que servidores públicos (médicos) recebam remuneração superior à dos chefes do executivo (prefeitos), o que pelo atual momento do mercado de trabalho inviabilizaria as contratações de médicos em determinados municípios, por exemplo.

Em resumo, existe uma gama de vínculos, dos formais aos extremamente precários, às vezes dentro de um mesmo município. O vínculo é um dos fatores determinantes para fixação e permanência de profissionais de saúde. Atualmente, nos serviços de Atenção Primária em Saúde no Brasil, por diversos motivos, a rotatividade profissional é considerada alta e o vínculo profissional é um dos fatores preponderantes. A alta rotatividade de profissionais impacta diretamente a prestação dos serviços de saúde e a manutenção do vínculo dos profissionais com a população, na continuidade dos cuidados em saúde e no planejamento das ações de saúde. Pelo ponto de vista do profissional, quando há mudança de local de trabalho há, concomitantemente, um período de adaptações a novas realidades e desconfianças da população. Existe um tempo determinado e um esforço intenso para a criação de novo vínculo com a população.

No Programa de Residência do Grupo Hospitalar Conceição, no dia a dia, os residentes atuam em equipes com cerca de quatro a seis médicos distintos: dois médicos preceptores diretos, responsáveis pela supervisão do trabalho, avaliação periódica e acompanhamento pedagógico. Os demais médicos contratados não têm

responsabilidade direta com os médicos residentes; podem, porém, participar do processo de formação, seja em supervisão de consultas ou discussão de casos e temas de acordo com sua disponibilidade. O médico preceptor tem sua agenda nas unidades de saúde e acompanha alguns pacientes, porém dispõe de determinado período para discutir casos e situações com os médicos residentes. Dessa forma, a presença do médico preceptor ou do médico do serviço é em tempo integral e muito próxima. O fato de o médico preceptor possuir sua agenda e acompanhar algumas pessoas também torna seus exemplos de condutas e posturas mais palpáveis para os residentes.

A carga horária de 30 horas cumpridas em turnos de 6 horas durante os cinco dias da semana também favorece o desempenho do médico preceptor, pois evita o recebimento de sobrecarga de trabalho. O trabalho em APS exige muita atenção, compromisso e dedicação a pessoas em situações absolutamente singulares, como são singulares as pessoas e os momentos. Essa carga horária favorece a que tanto médicos preceptores quanto demais profissionais tenham mais disponibilidade para desenvolver outras atividades, o que muito provavelmente pode contribuir para melhora do desempenho profissional. Dessa forma, o profissional dispõe de tempo a ser destinado como quiser, seja para outros trabalhos, atualização profissional, dedicação à família, descanso e outros interesses.

O GHC também valoriza seus profissionais ao permitir e facilitar liberações para educação continuada. Assim os profissionais podem realizar cursos de especialização, mestrado e doutorado com carga horária de aulas contidas na carga horária de seus contratos.

As equipes do GHC têm composição multiprofissional e também residentes multiprofissionais, sem responsabilidade direta sobre os residentes médicos, mas com ampla capacidade de apoio para a abordagem de situações mais complexas do cotidiano de trabalho. Assim, o fato de ter psicólogos e assistentes sociais principal e significativamente contribui para a compreensão dos casos de saúde da unidade e, paralelamente, a construção de um olhar amplo e a contribuição para aquisição de novas ferramentas para os médicos residentes.

Na prática, os residentes de medicina e os multiprofissionais compartilham muito tempo de trabalho na unidade de saúde, o que favorece o desenvolvimento de diversas parcerias, como as interconsultas, discussões de caso e grupos. Por exemplo, o médico pode, em sua formação, passar por momentos com agenda compartilhada para realização de interconsultas com profissionais de odontologia (crianças no primeiro ano de vida), com serviço social (situações específicas de trabalho e planejamento familiar),

psicologia (casos discutidos previamente que necessitavam de abordagem ampla, tanto de medicina quanto de psicologia). Outra possibilidade é a participação de grupos com odontólogo e assistente social, como o grupo de apoio para familiares de dependentes de crack e, também, o grupo de convivência para idosos, com participação de psicólogo e assistente social. Essas experiências durante a formação contribuem marcantemente para a aquisição de ferramentas muito úteis no trabalho do médico de família, como técnicas de abordagem, escuta ativa e problematização.

No modelo baseado na Estratégia Saúde da Família, praticado no PRMFC-SMSDC-RJ, o aprendizado da especialidade ocorre atualmente no cenário de expansão da APS no município do Rio de Janeiro. A cidade finalmente está priorizando e fortalecendo a APS, seja pela expansão, seja na formação de especialistas e capacitação de profissionais. Nesse cenário de expansão vertiginosa, há desafios urgentes: enfrentar a fragmentação e as imensas lacunas da rede de serviços em saúde. Assim a formação profissional em MFC está intimamente relacionada á consolidação da APS na cidade e ordenação da rede a partir da própria APS, entendendo-a como porta de entrada preferencial dos usuários na rede de serviços de saúde e como coordenadora do cuidado desses mesmos usuários ao longo do tempo, segundo os pressupostos de Barbara Starfield (2002).

O PRMFC - através de sua coordenação, preceptoria e residentes - auxilia ativamente na construção e consolidação da APS na cidade. A busca por boas práticas médicas no cotidiano, a busca pela resolutividade e cuidado com os usuários são o eixo das atividades do PRMFC. Como a rede ainda não está funcionando em muitas áreas, como algumas especialidades focais, os profissionais da APS acabam por ser premidos a se capacitar na abordagem de algumas situações comuns. Grande exemplo de tal situação acontece na abordagem de pessoas com sofrimento mental. Como a atuação de profissionais de saúde mental ainda é incipiente em diversas áreas da cidade, os profissionais da APS precisam desenvolver habilidades próprias para a abordagem e cuidado desses casos. Esse exemplo ocorre em diversos graus com outras especialidades médicas (como situações de necessidade de internação e investigação rápida de casos graves) ou de outras áreas da saúde (como fisioterapia), mas também em relação a outros setores relacionados diretamente com a saúde, como o Serviço Social. Assim, em diversos momentos, essas dificuldades com a rede de serviços de saúde em construção pode gerar angústia nos profissionais médicos em formação. A responsabilidade é sentida pelo fato de as pessoas cuidadas estarem muito próximas e os profissionais da APS muitas vezes serem os únicos contatos possíveis da rede e, afinal, serem a única referencia em saúde cuja própria APS seria a porta preferencial. A maioria dos médicos em formação está em seu primeiro ano de atividade profissional, um momento de grande aumento de responsabilidades e de exigências de aquisição e consolidação de atitudes profissionais.

A própria especialidade – Medicina de Família e Comunidades – é considerada difícil por lidar com pessoas em amplos graus de sofrimento, amplos graus de conhecimento médico e amplos graus de incerteza. Trata-se de especialidade em relação a outras especialidades médicas, mas seu escopo de atribuições é paradoxalmente geral, e vasto: primordialmente, a Medicina de Família e Comunidade cuida de pessoas, que apresentam questões de saúde frequentes, mas completamente singulares. Aplicar os conhecimentos técnicos da medicina no momento exato, de acordo com as necessidades das pessoas e mantendo sua participação ativa e autonomia é extremamente único, considerando que o profissional e a pessoa cuidada são únicos, e que seus momentos de vida também o são. Assim, no campo da medicina de família e comunidade, as atitudes mecânicas são quase inexistentes se forem consideradas ferramentas como a abordagem centrada na pessoa. Nessa especialidade (de certa forma a antiespecialidade), as doenças mais comuns e frequentes, como hipertensão arterial sistêmica (situação geralmente crônica que exige entendimento e participação ativa da pessoa no cuidado), devem ser amplamente conhecidas pelo médico de família e comunidade, mas cada pessoa portadora de hipertensão terá uma abordagem centrada em sua compreensão e na relação com a hipertensão.

Durante a formação da especialidade muitos conceitos fundamentais para uma boa prática médica ainda não estão completamente entendidos e ainda são pouco utilizados no dia a dia. Alguns temas amplos da medicina são pouco abordados na graduação, como a comunicação clínica, a abordagem centrada na pessoa e o trabalho em equipe. Progressivamente, ao adquirir instrumentos e ferramentas relacionados a esses temas, por exemplo, o médico em formação percebe o impacto positivo na relação de cuidado com as pessoas. Considerando a cultura médica mais abrangente e amplamente difundida nas escolas médicas, a centrada na doença, é crucial o processo de promover e estimular os médicos residentes a deslocarem do foco de atenção para a pessoa, não para o médico ou para a doença. Porém esse processo é bastante árduo, trata-se de uma mudança no paradigma da medicina, pois exige que o médico esteja numa situação mais horizontal em relação à pessoa, que de certa forma abra mão de determinado "poder". Tal atitude é fundamental para negociar e obter sucesso em planos de tratamento com pessoas ao longo do tempo, pois a grande parte do cuidado

quem realiza é a própria pessoa. O médico precisa apoiar o autocuidado, principalmente em situações de adoecimento crônico. Com o objetivo de preparar o profissional médico para essa habilidade, entre as pautas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, existe a proposta de introduzir no curso médico o tema da abordagem centrada na pessoa: provavelmente em paralelo com a disciplina de Semiologia Médica, momento do curso em que os alunos começam a lidar com as pessoas-paciente ao aprender técnicas de coleta de história (anamnese) e exame físico.

Na implantação do PRMFC-SMSDC-RJ, os preceptores tinham pouca ou nenhuma experiência de preceptoria de residentes. Somente um dos preceptores havia exercido a função anteriormente, os demais (em sua maioria) orientaram e foram preceptores de alunos da graduação de medicina. Durante o trabalho, o PRMFC também funciona como campo de formação de seus preceptores. O apoio e a supervisão dos preceptores são realizados por membros da coordenação, com experiência prévia em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Para os preceptores são ofertados métodos fundamentais para a aquisição de ferramentas de ensino e avaliação, como oficinas (como Comunicação Clínica e PBI) e cursos para formadores em Medicina de Família e Comunidade, como o Leonardo Euract – curso desenvolvido e aplicado pela European Academy of Teachers in General Practice –, além da Oficina para capacitar preceptores em Medicina de Família e Comunidade ministrada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

4.2 Modelo "protegido" x modelo próximo da realidade

No modelo GHC, o médico residente trabalha em equipes que variam de seis a oito médicos, em unidades em funcionamento há cerca de 20 anos. As áreas geográficas de cobertura e as pessoas que ali vivem são relativamente conhecidas, embora o processo seja dinâmico, bem no perfil de saúde e adoecimento das pessoas. Assim, já existe uma relação de cuidado entre as comunidades e os serviços de atenção primária relativamente sólida, construída em cerca de 30 anos de trabalho, na maioria das vezes planejado e contínuo.

No PRMFC-SMSDC RJ, o médico residente compõe a equipe com o residente do ano anterior e seu preceptor. Tendo em vista a expansão da APS na cidade, as unidades de saúde são relativamente novas no território (cerca de três a quatro anos). As atividades do PRMFC foram iniciadas em março de 2012. Nesse contexto, o vínculo entre equipe e comunidade está em construção, são por isso menores as referências

médicas para a população. O número de pacientes nas equipes do Rio de Janeiro está no limite superior da Política Nacional de Atenção Básica de 2012: cerca de 3.500 a 4 mil pessoas por equipe (Brasil, 2012). Dessa forma, o volume de atendimentos torna-se muito grande, principalmente por ter como guia o princípio de tentar fornecer acesso amplo. Essa grande demanda muitas vezes gera bastante desgastante, opressão e angústia sobre os profissionais em formação. Trata-se de uma situação completamente comum, tendo em vista a realidade brasileira de investimento mínimo no setor da saúde. Poucas cidades no país, talvez somente Belo Horizonte, propõem que o número de pessoas por equipe de estratégia saúde da família seja baseado no grau de vulnerabilidade de sua população. Na capital mineira, o número de pessoas atendidas por equipe é calculado com base nos indicadores de saúde (número de gestantes e crianças, pessoas com hipertensão e diabetes melito, idosos, acamados, pessoas com tuberculose, usuários de álcool e drogas) e também nos indicadores de condição social (como saneamento básico, presença de violência ostensiva, analfabetismo) (Belo Horizonte, 2012).

No PRMFC-SMSDC-RJ, o médico em formação tem experiências muito próximas da realidade brasileira predominante e, especialmente no momento de expansão da Atenção Primária em Saúde, participa ativa e criativamente na construção de ideias e formas de enfrentamento dos principais agravos de saúde.

4.3 Bolsa padrão x bolsa com acréscimo

No PRMFC-SSC-GHC a bolsa-auxílio de custo é a padrão do MEC, em 2013 encontra-se em torno de 2.300 reais (Brasil, 2012). Muitos residentes necessitam realizar outros trabalhos (geralmente como plantonistas de emergências) para complementar essa bolsa, o que aumenta o desgaste já engrandecido pela carga horária de 60 horas semanais cumpridas no programa de residência.

No PRMFC-SMSDC-RJ, o médico residente recebe a bolsa padrão do MEC acrescida do salário equivalente ao de um médico contratado para 20 horas semanais, ou seja, um acréscimo de cerca de 4.500 reais. Questões bastante pertinentes surgem em relação a esse incentivo financeiro. Ao mesmo tempo, essa política favorece e facilita o ingresso e a manutenção dos residentes; mas não se pode dizer até que ponto essa medida não estaria selecionando médicos residentes sem o perfil da MFC. E, também não de pode afirmar até que ponto médicos que, a princípio, não pensavam nessa opção profissional, foram atraídos pelo valor da bolsa e se apaixonaram, encantaram-se ao

longo da residência. As situações prováveis são muito particulares, e obviamente são baseadas nos projetos pessoais de cada médico em formação. Entretanto do ponto de vista de fortalecimento do modelo de atenção centrado na Atenção Primária em Saúde, o estímulo financeiro para os médicos de família e comunidade em formação (considerando também o mercado de saúde do Brasil) torna-se estratégia importante para a consolidação e expansão desse modelo, pois valoriza e torna competitiva a atividade de médico de família e comunidade (Anderson e Rodrigues, 2008).

4.4 Modelo consagrado x modelo em construção

O GHC apresenta diversos aspectos bastante estruturados ao longo de seus 30 anos de experiência, funcionando razoavelmente bem. Podemos citar o acesso dos pacientes do Serviço de Saúde Comunitária aos serviços de emergência e aos médicos especializados do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). O apoio matricial consolidado em áreas como saúde mental e clínica médica, pela supervisão semanal nas unidades de saúde. Equipes de saúde da família amplas – grande número de médicos, enfermeiros e odontólogos, mas também outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionistas. E a presença de preceptores com bastante experiência – alguns há cerca de 30 anos exercendo a atividade no mesmo programa de residência.

No PRMFC-SMSDC-RJ, os preceptores não contam com tamanha experiência, o que de certa forma é equilibrado pela motivação do coletivo. Considerando a construção da APS no município, há imensos desafios para a criação da rede, como apoio de saúde mental, acesso a serviços de emergência de qualidade e consultas com especialidades médicas. Há avanços através do próprio PRMFC, como o sistema de regulação (SISREG) de vagas para especialidades médicas e exames de alto custo regulados pelos responsáveis técnicos médicos e também pelos preceptores do PRMFC-SMSDC-RJ, que tenta garantir bom aproveitamento dos recursos em encaminhamentos médicos bem realizados. Apesar dos grandes desafios, há apoio e interlocução próximos da gestão no cotidiano de trabalho. E há marcadamente a tentativa de construção da APS realmente como a porta de acesso preferencial do sistema e coordenadora do cuidado.

5 Considerações finais

5.1 Contribuições dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade

O PRMFC-SSC-GHC provavelmente funciona até hoje por sua excelência na formação, motivado pelo esforço constante do grupo de preceptores e da coordenação. O campo de formação ocorre em um serviço estruturado previamente e repleto de excelentes e experientes trabalhadores de diversas profissões da saúde. Como o serviço está regido por uma esfera federal, diretamente ligado ao Ministério da Saúde, não sofre tantas influências das políticas locais. A função prioritária – em paralelo com a assistência – é a formação dos médicos residentes.

Já o PRMFC-SMSDC-RJ está em expansão – a previsão é de que, em seu terceiro ano de atividades, o número de vagas anuais suba de 60 para 100 – motivada pela ideia da consolidação de um modelo de atenção primária em saúde com profissional médico especialista em medicina de família e comunidade. Seu grande foco atualmente parece ser a garantia da assistência de qualidade para a população. Um desafio é conciliar o trabalho do preceptor em suas duas equipes de saúde da família, além de conciliar a assistência da população com a formação do médico residente.

5.2 Construção de currículos baseados em competências

Os dois modelos de Residência em Medicina de Família e Comunidade apresentam grandes virtudes e muitas questões para serem aprimoradas. Caminham juntos na construção de serviços de atenção primária em saúde no país e são influenciados diretamente pelas realidades locais e políticas nacionais. Esta descrição dos programas contempla genericamente alguns objetivos, como a formação de médicos para trabalhar em serviços de atenção primária brasileiros. Porém, em ambos os programas, requer nossa atenção a ausência de objetivos específicos de aprendizagem durante os programas, como aquisição de determinadas habilidades e competências. Somente a lista de temas de aulas, quadro de horários e estágios está disponível.

Muitos residentes apresentam graves lacunas de aprendizado durante a graduação médica, pois, em vários casos, cursaram faculdades com baixa carga prática

de atendimento. Assim, as necessidades de aprendizado desses médicos residentes são enormes, pois acumulam aprendizados negligenciados na graduação com os novos aprendizados específicos da especialidade em curso. Assim, torna-se mais um desafio trabalhar os aspectos pendentes em paralelo com as habilidades a serem desenvolvidas durante o programa de residência.

Outra questão pertinente se refere ao ensino de atitudes fundamentais para o médico, também não privilegiadas durante a maioria dos cursos de graduação. Atitudes profissionais como compromisso e disponibilidade para a população com a qual se trabalhe são fundamentais para o médico de família e comunidade. Atitudes pessoais como empatia também interferem no vínculo com a população, favorecem a adesão a tratamentos e a motivação para uma mudança no estilo de vida das pessoas cuidadas; principalmente se considerarmos que a atenção primária em saúde tem como um de seus eixos centrais o cuidado de pessoas em condições crônicas.

Atualmente um grupo de preceptores do PRMFC-SMSDC-RJ trabalha para tentar definir algumas dessas habilidades e competências, associadas a metodologias específicas de ensino e avaliação. Tal grupo de trabalho encontra inspiração na Agenda Educativa Euract (2005), documento que enumera diversas atribuições, competências e objetivos de aprendizagem de forma clara a serem adquiridas pelos médicos em formação. A proposta europeia de objetivos de aprendizado para os programas de residência em medicina de família e comunidades está baseada em seus sistemas de saúde nacionais e adequadas para suas realidades e contextos populacionais. Talvez seja um dos únicos documentos existentes com definições muito claras e detalhadas de habilidades e competências específicas para os médicos de família e comunidade. Assim, é fonte de inspiração para o desenvolvimento de Programas de Residência em MFC nacionais, mas não deixa de se constituir em desafio porque, a partir destas propostas, é preciso também estabelecer um projeto de formação brasileiro baseado em competências específicas para o médico de família e comunidade, não será demais repetir, no Brasil.

5.3 Programa Mais Médicos

Alguns dados recentes contribuem para entender o quadro situacional da demanda médica no Brasil; em agosto de 2013, durante o lançamento e a apresentação do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde, os municípios brasileiros solicitaram em torno de 13 mil médicos para atuação em 2.868 municípios (Brasil,

2013b). Segundo dados colhidos em pesquisas do próprio Ministério da Saúde, para a percepção da população, o principal problema da saúde brasileira é a carência de médicos. No momento, há enorme demanda por profissionais médicos no Brasil, principalmente para trabalhar no Sistema Único de Saúde, em especial nos serviços de atenção primária. E na formação do Mais Médicos, para aumentar a oferta de profissionais no país, o MS optou por abrir inscrições também para médicos estrangeiros. Em especial, foi realizado acordo com Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para trazer médicos de Cuba para trabalhar especificamente nas áreas de maior carência médica do Brasil, as regiões do Norte e do Nordeste, além das periferias violentas e abandonadas dos grandes centros urbanos.

O programa Mais Médicos encontra-se em pleno desenvolvimento e implantação no país. Trouxe mais uma vez ao debate nacional a política de saúde, a política de formação médica, a regulação dos cursos de especialização e a distribuição de profissionais médicos. No campo da formação, inicialmente houve a proposta de estender o tempo de graduação em medicina de seis para oito anos, sendo estes dois anos de acréscimo de trabalho obrigatório no SUS nas áreas de atenção primária e urgência. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em documento de 25 de julho de 2013, em resposta às propostas do programa Mais Médicos, posiciona-se como favorável à formação no formato de Residência Médica para todos os recém-formados a partir de 2021, com a criação paulatina de vagas nos cursos de residência (Sociedade, 2013).

De qualquer forma, o programa Mais Médicos como apresentado vem sendo discutido por muitos setores da sociedade e, como um grande ponto de crítica, tem o formato de implantação, aparentemente sem o amplo debate com a academia (universidades e pesquisadores que estudam o tema) e Conselhos Profissionais Médicos (regionais e federal). Parte das propostas desagradam a setores conservadores e parte desagradam aos setores progressistas da sociedade e das organizações profissionais. Ao que parece, será necessário abrir o debate com os diversos atores (profissionais, gestores, academia e população) para que seja amadurecida e constituída a política referente à Saúde.

5.4 Horizontes institucionais

Em 24 de janeiro de 2014, os ministérios da Saúde e da Educação lançaram uma portaria conjunta relacionada a questões e dilemas atuais da especialidade Medicina de

Família e Comunidade, principalmente relacionados com a formação médica de forte orientação para a atenção primária em saúde. Tal portaria

estabelece a criação de um Grupo de Estudos para atuar na reformulação dos conteúdos das residências médicas em medicina de família e comunidade, refletir sobre possibilidades de incremento de atividades na graduação voltadas à atenção básica, discutir a ampliação da oferta de especialistas na área de medicina geral de família e comunidade e propor iniciativas de formação de preceptores e supervisores com finalidade de atender a ampliação dos campos de práticas ao nível de graduação e residência médica na atenção primária em saúde. (Brasil, 2014)

.

6 Referências

AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2005.

ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo e CASTRO Filho, Eno Dias de. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, UFJF, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005.

ANDERSON, Maria Inez Padula; RODRIGUES, Ricardo Donato. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. Cadernos ABEM, 2008.

ANDERSON, Maria Inez Padula; CASTRO FILHO, Eno; RODRIGUES, Ricardo Donato; DALLA, Marcelo e BOURGET, Maria. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e **Comunidade:** Rev. Bras. Med. Fam. e Com. Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, out.-dez. 2007.

ASSOCIAÇÃO de Medicina de Família do Rio de Janeiro (AMFAC). **Oferta de vagas** para **Residência em Medicina de Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro**. Disponível em http://www.amfacrj.org.br, acessado em 20 out. 2012.

BELO HORIZONTE. **Índice de vulnerabilidade da saúde 2012**. Disponível em http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=indice_vuln erabilidade2012.pdf, acessado em 28 jan. 2014.

BRASIL. Lei complementar n° 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm, acessado em 8 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura (MEC). **Diretrizes curriculares no cursos de graduação**. Ministério da Educação. Brasil, 2001. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf, acessado em 22 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. **Profissionais cubanos** atuarão no Norte e Nordeste. Disponível em

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13109/1058/91-dos-profissionais-cubanos-atuarao-no-norte-e-no-nordeste.html, acessado em 7 set. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. **Raio-x da saúde no Brasil**. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&c odConteudo=11745&codModuloArea=1053, acessado em 7 set. 2013b.

BRASIL. **Política nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasil, 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/políticanacionalatenção básica2006.pdf, acessado em 24 ago. 2013.

BRASIL. **Política nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasil, 2012. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/geral/pnab.pdf, acessado em 24 ago. 2013

BRASIL. Portal Brasil. **Novas equipes de saúde da família**. Disponível em http://www.brasil.gov.br/saude/2012/08/novas-equipes-de-saude-da-familia-ja-estao-aptas-para-atender-a-população, acessado em 2 fev. 2014a.

BRASIL. Portaria conjunta n° 2, de 24 de janeiro de 2014. Disponível em http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/122342-2.html, acessado em 1° fev. 2014b.

BRASIL. **Residência médica**. Ministério da Educação, Portal da Educação, Brasil, 2013. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Ite mid=506, acessado em 5 out. 2013c.

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

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

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA Médica do Grupo Hospitalar Conceição (COREME). Programa de Residência Médica do Serviço de Medicina de Família e **Comunidade**. Disponível em http://www2.ghc.com.br/GepNet/medicinadefamilia.html, acessado em 24 ago. 2013.

COMISSÃO NACIONAL de Residência Médica (CNRM). Lei nº 6.932, de 7 de setembro de 1981. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm, acessado em 24 ago. 2013.

CONSELHO FEDERAL de Medicina. **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2013.

EURACT. The Euract Educacional Agenda of General Practice – Family Medicine. Conselho da Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e Familiar. Tradução portuguesa oficial da versão integral de 2005.

FEUERWERKER, Laura. No olho do furação: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, v. 13, n. 28, p. 213-37, jan.-mar. 2009.

FLORES, Oviromar. **O agente comunitário de saúde**: caracterização de sua formação sociohistórica como educador em saúde. Doutorado (Tese). Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo. Atlas, 2002. GRUPO Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre. Brasil. 2013. Dados disponíveis em http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades_sc, acessado em 24 ago. 2013.

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

McWHINNEY, Ian. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: ArtMed, 2010.

MERHY, Emerson. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R (orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

RIO DE JANEIRO. **Mapa das unidades de saúde do PRMFC-SMSDC**. Disponível em http://www.rmfcrio.org/p/mapas-dos-polos.html, acessado em 8 set. 2013a.

RIO DE JANEIRO. **PRMFC-SMSDC-RJ**: Aulas R1. Disponível em http://www.rmfcrio.org/2013 01 01 archive.html, acessado em 26 set. 2013b.

RIO DE JANEIRO. **Regulamento da Residência em Medicina de Família e Comunidade**. PRMFC–SMSDC. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em http://www.rmfcrio.org/p/doc-residencia.html, acessado em 24 ago. 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Clínicas da Família**: a nova rede de atendimento da cidade. Disponível em http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-dafamilia1, acessado em 24 ago. 2013c.

SILVA LIMA, André Luiz da. **Revisitando os Agentes Comunitários de Saúde**: a experiência da Unicef na Rocinha (Rio de Janeiro, 1980-1985). In: *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH*. São Paulo, jul. 2011. Disponível em http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308103428_ARQUIVO_Revisitand oosAgentesComunitariosdeSaude_enviado.pdf, acessado em 28 nov. 2013.

SOCIEDADE Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Posicionamento sobre o Programa Mais Médicos**. 25 de julho de 2013. Disponível em http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=11&mNoti_ Acao=mostraNoticia¬iciaId=647, acessado em 7 set. 2013.

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

SUCUPIRA, Ana Cecília. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, v. 11, n. 23, p. 619-635, 2007.